Warszawski Uniwersytet Medyczny

PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

KWARTALNIK Nr 4/2025 (21)



ISSN 2657-8573

Warszawski Uniwersytet Medyczny

PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

KWARTALNIK nr 4/2025 (21)



PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

Kwartalnik recenzowany według wytycznych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Czasopismo punktowane MNiSW: 70 pkt.

ISSN 2657-8573, e-ISSN 2719-3748

Rada Programowa

Przewodniczący: prof. dr hab. Leszek Pączek (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Medycyna: prof. dr hab. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska (Warszawski Uniwersytet Medyczny), prof. dr hab. Tomasz Grodzicki (Uniwersytet Jagielloński), prof. dr hab. Marcin Gruchała (Gdański Uniwersytet Medyczny), Łukasz Jankowski (Naczelna Rada Lekarska), prof. dr hab. Tomasz Pasierski (Warszawski Uniwersytet Medyczny), dr Piotr Pawliszak (Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie), dr Tadeusz Urban (Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach), dr Piotr Winciunas (Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie), prof. dr hab. Paweł Włodarski (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Etyka: dr Anna Alichniewicz (Uniwersytet Medyczny w Łodzi), prof. dr hab. Alicja Przyłuska-Fiszer (Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie), prof. em. dr hab. Zbigniew Szawarski (Uniwersytet Warszawski)

Prawo: prof. em. dr hab. Teresa Dukiet-Nagórska (Uniwersytet Śląski w Katowicach), prof. dr hab. Kinga Flaga-Gieruszyńska (Uniwersytet Szczeciński), prof. dr hab. Agnieszka Malarewicz-Jakubów (Uniwersytet w Białymstoku), prof. dr hab. Teresa Mróz (Uniwersytet w Białymstoku), prof. em. dr hab. Mirosław Nesterowicz (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu), dr hab. Małgorzata Świderska, prof. ucz. (Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu w Gdyni), prof. em. dr hab. Mirosław Wyrzykowski (Uniwersytet Warszawski), prof. Judit Sándor (Central European University, Węgry), prof. Atina Krajewska (University of Birmingham, Wielka Brytania), prof. Filip Křepelka (Masarykova Univerzita, Czechy), prof. Karl Harald Søvig (Universitetet i Bergen, Norwegia)

Redakcja

Redaktor naczelna: dr hab. Maria Boratyńska, prof. ucz. (Uniwersytet Warszawski, Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Zastępca redaktor naczelnej: dr Wojciech Rożdżeński

Sekretarz redakcji: mgr Krzysztof Ślaski

Redaktorzy merytoryczni: dr hab. Kinga Bączyk-Rozwadowska, prof. ucz., dr hab. Przemysław Konieczniak, dr hab. Wojciech Machała, dr Jacek Malczewski, dr Ewa Plebanek, dr Joanna Różyńska

Redaktor techniczny: mgr Aleksander Wiaderek

Skład i korekta: dr Joanna Płużańska

Projekt okładki: CORNERIA

Wydawca: Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa

Adres redakcji: Warszawski Uniwersytet Medyczny – Przegląd Prawa Medycznego,
ul. A. Pawińskiego 3, 02-106 Warszawa

Spis treści

dr Grzegorz Kowalski
Akademia Wymiaru Sprawiedliwości

Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego na podstawie art. 18 ust. 10 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (uwagi *de lege lata* i wnioski *de lege ferenda*) 5

dr hab. Grzegorz Matusik
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Zgoda rodzica osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi, która nie ukończyła 16 lat, na stosowanie wobec niej czynności postępowania leczniczego 34

dr Anita Galęska-Śliwka
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Refleksje nad prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych na przykładzie chorych na zespół przewlekłego zmęczenia 65

dr Joanna Różyńska
Uniwersytet Warszawski
dr Emilia Kaczmarek
Uniwersytet Warszawski

Protecting research participants against undue influence and exploitation. An ethico-legal analysis of Article 23b(2) of the Polish Act on the Professions of Physician and Dentist 91

dr Katarzyna Łakomiec
Instytut Nauk Prawnych PAN

Rola bardzo dużych platform i wyszukiwarek internetowych w ochronie zdrowia publicznego 129

mgr Paweł Szecówka

Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

Jednostki samorządu terytorialnego jako podmioty tworzące SPZOZ – kilka uwag z perspektywy finansów publicznych 144

Z SALI SĄDOWEJ

dr Jan Ciechorski

Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego w sprawach o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w trybie wnioskowym (art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) 168

Dr Grzegorz Kowalski
Akademia Wymiaru Sprawiedliwości
ORCID: 0009-0004-7620-4795

Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego na podstawie art. 18 ust. 10 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (uwagi *de lege lata* i wnioski *de lege ferenda*)

DOI: 10.70537/ppm/210281

Streszczenie

W artykule omówiono przepisy art. 18 ust. 10 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego regulujące ocenianie zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Wykorzystując metodę dogmatyczno-prawną, szczegółowej analizie poddano zagadnienia dotyczące przedmiotu i kryteriów ww. oceny, podmiotów uprawnionych do dokonania tej oceny, przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego podlegających ocenie, obowiązku i terminu jej dokonania, a także jej treści i charakteru. Przeprowadzona analiza przepisów art. 18 ust. 10 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego prowadzi do wniosku, że jest to regulacja niepełna i niewystarczająca, zarówno jeżeli chodzi o zapewnienie obiektywizmu ww. oceny, jak i zapewnienie ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym wolności od przymusu bezpośredniego), a co za tym idzie również z punktu widzenia określonych w preambule tej ustawy celów, jakie ustawa ta ma realizować. W związku z powyższym w ostatniej części artykułu zaprezentowano propozycje wprowadzenia zmian w ww. ustawie, które pozwoliłyby usunąć wskazane powyżej mankamenty obecnej regulacji.

Słowa kluczowe: osoby z zaburzeniami psychicznymi, przymus bezpośredni, lekarz, pielęgniarka, kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego

1. Wstęp

Wskazuje się, że uniknięcie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest w praktyce możliwe, zaś z uwagi na ingerencję jego stosowania w prawa tych osób rodzi niebezpieczeństwo oskarżeń o nadużycia w tym zakresie, wobec czego poddanie ścisłej kontroli tego rodzaju postępowania w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi leży w interesie zarówno tych osób, jak i osób ten przymus stosujących[1]. Jedną z form ww. kontroli jest niewątpliwie przewidziana w art. 18 ust. 10 u.o.z.p.[2] procedura oceniania zasadności zastosowania na podstawie tej ustawy przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Celem artykułu jest analiza przepisów art. 18 ust. 10 u.o.z.p. z punktu widzenia zapewnienia przez tę regulację owej ścisłości kontroli stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W szczególności udzielenie odpowiedzi na pytania: czy ww. regulacja dotycząca oceny zasadności zastosowania na podstawie u.o.z.p. przymusu bezpośredniego obejmuje wszystkie przypadki zastosowania tego przymusu, a także czy zapewnia w należytym stopniu obiektywizm tej oceny i jakąkolwiek kontrolę prawidłowości jej przeprowadzenia, a jeśli nie, to czy i jakie ewentualnie zmiany stanu prawnego w tym zakresie należałoby postulować? Próby udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania dokonano z zastosowaniem metody dogmatyczno-prawnej.

W tym miejscu trzeba odnotować, że dokonywana na podstawie art. 18 ust. 10 u.o.z.p. ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego nie jest jedyną dokonywaną oceną tego rodzaju uregulowaną w u.o.z.p. Takiej oceny będzie bowiem – i to *ex ante* – dokonywał także sam podmiot decydujący o zastosowaniu tego przymusu w konkretnym przypad-

[1] K. Bobińska, P. Gałecki, *Art. 18* [w:] *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, P. Gałecki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, Warszawa 2016, s. 123; L.K. Paprzycki, *Ochrona praw człowieka w świetle projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, cz. II, Palestra 1993, z. 11, s. 23.

[2] Ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917).

ku (podejmując decyzję o jego zastosowaniu, uzna przecież jego zastosowanie za zasadne w danych okolicznościach). Także lekarz, działając na podstawie art. 18 ust. 4 u.o.z.p., tj. zatwierdzając stosowanie przymusu bezpośredniego zastosowanego przez pielęgniarkę albo nakazując zaprzestanie jego stosowania, w istocie oceni zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę, tj. uzna jego zastosowanie za zasadne (w przypadku zatwierdzenia tego przymusu) bądź niezasadne (w przypadku nakazania zaprzestania dalszego stosowania). W końcu oceny takiej będą dokonywać zarówno działający w oparciu o przepisy art. 43 i art. 43a u.o.z.p. sędzia w ramach przeprowadzanych kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych, domach pomocy społecznej oraz placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, jak i rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego uczestniczący na podstawie art. 10b u.o.z.p. w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg osób z zaburzeniami psychicznymi[3]. Omówienie wskazanych przypadków dokonywania oceny zasadności zastosowania na podstawie u.o.z.p. przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wykracza jednakże poza tematykę niniejszego opracowania, stąd też nie zostaną one tu poddane analizie.

[3] Por. N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, s. 140. W doktrynie formuluje się nawet prawo osób z zaburzeniami psychicznymi do niestosowania wobec nich przymusu bezpośredniego (wolność od tego przymusu) w przypadkach braku dopuszczania się przez te osoby zamachu przeciwko zdrowiu i życiu własnemu i innych osób, braku zagrażania przez nie bezpieczeństwu powszechnemu, czy niszczenia bądź uszkadzania w sposób gwałtowny przedmiotów znajdujących się w ich otoczeniu, oraz braku poważnego zakłócania lub uniemożliwiania przez nie funkcjonowania podmiotu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, w których przebywają (zob. H. Miturska, R. Susło, J. Drobnik, D. Kurpas, M. Kaczmarek, *Zagadnienia etyczne i prawne w opiece psychiatrycznej*, [w:] D. Kurpas, H. Miturska, M. Kaczmarek (red.), *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*, Wrocław 2009, s. 216). Niewątpliwie ww. prawo mieściłoby się w grupie praw dotyczących poszanowania autonomii pacjenta z zaburzeniami psychicznymi (zob. G. Kowalski, *Art. 18* [w:] P. Drembkowski, B. Kmieciak, R. Tymiński (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2023, s. 282. J. Ciechorski, *Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego – zarys problematyki*, Prawo i Medycyna 2017, nr 1, s. 41).

2. Osoby, wobec których można zastosować przymus bezpośredni

Zgodnie z art. 18 ust. 1 *in principio* u.o.z.p. przewidziany w tej ustawie przymus bezpośredni można stosować wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Osoby te ustawodawca „zdefiniował" w art. 3 pkt 1 u.o.z.p. wskazując w tym przepisie, że chodzi o osoby:

1. chore psychicznie (określane jako osoby wykazujące zaburzenia psychotyczne),
2. upośledzone umysłowo,
3. wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoby te wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym, lub społecznym.

Kategoryczne brzmienie art. 3 pkt 1 u.o.z.p. wskazuje, że powyższe wyliczenie kręgu osób ma charakter taksatywny. Niemniej należy mieć na uwadze, że wskazane w przywołanym przepisie kryteria zaliczenia danej osoby do kręgu osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu u.o.z.p. jest mało precyzyjne, a przez to w dużym stopniu ocenne[4]. To z kolei skutkuje tym, że w wielu przypadkach o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec danej osoby będzie decydować aktualna ocena jej stanu psychicznego dokonana przez podmiot stosujący ten przymus. Ustawodawca nie wymaga bowiem w tym względzie żadnego „urzędowego" potwierdzenia ww. zaburzeń psychicznych (np. w postaci zaświadczenia lekarskiego o chorobie psychicznej albo upośledzeniu umysłowym)[5].

[4] Co też jest o tyle zrozumiałe, że – przynajmniej obecnie – nauka nie dysponuje narzędziami pozwalającymi dokładnie mierzyć właściwości psychiczne człowieka, a przynajmniej z taką precyzją, z jaką możliwe jest to w odniesieniu do jego właściwości fizycznych (czy to skalarnych, czy to wektorowych). Brak też jest ściśle określonej granicy pomiędzy tym, co określa się mianem zdrowia psychicznego (normy psychicznej) z jednej strony oraz zaburzeniami psychicznymi z drugiej (por. C.L.M. Keyes, *Choroba psychiczna i/lub zdrowie psychiczne. Analiza aksjomatów modelu zdrowia jako stanu złożonego*, [w:] W. Galewicz (red.), *Antologia bioetyki, t. 6, Ochrona zdrowia psychicznego*, Kraków 2019, s. 96-98; J.C. Czabała, *Norma a patologia psychiczna*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańsk 2002, s. 560-564; *Norma psychologiczna. Perspektywy spojrzeń*, Z. Uchnast (red.), Lublin 1998, *passim*).

[5] Na temat zastrzeżeń co do ustawowego określenia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wynikających stąd możliwych nadużyć względem tych osób zob. D. Miedziak, *Art. 3* [w:] P. Drembkowski,

Nie można też zapominać, że na podstawie odesłania zawartego w art. 123 u.w.r.n.[6] przepisy u.o.z.p. regulujące stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi mają zastosowanie także do nieletnich umieszczonych w zakładzie leczniczym. Chodzić więc będzie o nieletnich, co do których sąd na podstawie u.w.r.n. orzekł środek leczniczy albo środek tymczasowy (będący *quasi* środkiem zapobiegawczym) w postaci umieszczenia nieletniego w zakładzie leczniczym, w którym są udzielane nieletnim świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień[7]. Biorąc pod uwagę, że sąd rodzinny może orzec na podstawie u.w.r.n. środek leczniczy w przypadku stwierdzenia u nieletniego choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych, lub uzależnienia[8] (dodatkowo tylko wobec takiego nieletniego, który wykazuje przejawy demoralizacji lub dopuścił się czynu karalnego, bo tylko wobec takich nieletnich stosuje się środki przewidziane w u.w.r.n., w tym środek leczniczy[9]) należy stwierdzić, że również w takim przypadku, tj. stosowania na zasadach określonych w u.o.z.p. przymusu bezpośredniego wobec nieletnich umieszczonych

B. Kmieciak, R. Tymiński (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz,* Warszawa 2023, s. 95-97; K. Bobińska, P. Gałecki, *Art. 2* [w:] *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz,* P. Gałecki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, Warszawa 2016, s. 41; S. Pużyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, Psychiatria Polska 2007, nr 3, s. 306-308; J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Środki zabezpieczające: umieszczenia – pobytu w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, w zakładzie karnym, w zakładzie zamkniętym przeznaczonym dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych albo skierowania takich sprawców na leczenie ambulatoryjne oraz terapia i elektroniczna kontrola miejsca pobytu stosowane wobec sprawców z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniem osobowości*, [w:] L.K. Paprzycki (red.), *System Prawa Karnego, t. 7, Środki zabezpieczające*, Warszawa 2015, s. 177; B. Chętnik, B. Kowalewska, *Choroba psychiczna a zaburzenie psychiczne*, [w:] A. Lankau, E. Krajewska-Kułak (red.), *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia, t. 5*, Białystok 2020, s. 32-35. Nie można przy tym zapominać, że również nie jest możliwe precyzyjne określenie normy psychicznej (zdrowia psychicznego) a co za tym idzie dokładnego wyznaczenia granicy pomiędzy zdrowiem psychicznym a patologią (zob. C.L.M. Keyes, *Choroba psychiczna i/lub zdrowie psychiczne. Analiza aksjomatów modelu zdrowia jako stanu złożonego*, s. 96-98; J.C. Czabała, *Norma a patologia psychiczna* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańsk 2002, s. 560-564).

[6] Ustawa z 9.06.2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 978 ze zm.).

[7] Zob. art. 8 u.w.r.n. Szerzej na ten temat: G. Kowalski, *Art. 123* [w:] P. Drembkowski, G. Kowalski (red.), *Ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. Komentarz,* Warszawa 2023, s. 546-554.

[8] Zob. art. 17 u.w.r.n.

[9] Zob. art. 6 w zw. z art. 1 u.w.r.n.

w zakładzie leczniczym, przymus ten będzie stosowany wobec osób z szeroko pojętymi zaburzeniami psychicznymi.

3. Rodzaje dopuszczalnego przymusu bezpośredniego

Zgodnie z art. 3 pkt 6 u.o.z.p. przez przymus bezpośredni rozumie się jedynie:

1. przytrzymanie polegające na doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej,
2. przymusowe zastosowanie leków polegające na doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniu leków do organizmu osoby bez jej zgody[10],
3. unieruchomienie polegające na obezwładnieniu osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
4. izolację polegającą na umieszczeniu osoby pojedynczo w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Powyższy katalog rodzajów przymusu bezpośredniego, jaki można stosować na podstawie u.o.z.p. wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, ma charakter zamknięty. Przy czym zaznaczyć należy, iż nie we wszystkich okolicznościach, w których ustawodawca dopuszcza zastosowanie tego przymusu względem ww. osób, możliwe jest zastosowanie każdego jego rodzaju[11].

[10] Zgodnie z art. 3 pkt 4 u.o.z.p. zgoda oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania.

[11] Zob. art. 18 ust. 6 u.o.z.p. Należy zaznaczyć, iż określony w art. 3 pkt 6 u.o.z.p. zamknięty katalog rodzajów przymusu bezpośredniego, jaki można na podstawie tej ustawy stosować wobec osób z zaburzeniami psychicznymi nie oznacza, że wobec takich osób wykluczone jest stosowanie także innych środków przymusu bezpośredniego, a nawet broni palnej, czy to na zasadach określonych w ustawie z 24.05.2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 383 ze zm.), czy w innych ustawach (np. w ustawie z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2152 ze zm.; ustawie z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 924 ze zm.; czy ustawie z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie

4. Podmioty uprawnione do stosowania przymusu bezpośredniego

Ustawodawca przewidział jedynie trzy podmioty uprawnione do decydowania o zastosowaniu na podstawie u.o.z.p. przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Po pierwsze, zgodnie z art. 18 ust. 2 zd. 1 u.o.z.p. jest to lekarz, którego można określić mianem decydenta pierwszego stopnia z uwagi na to, że to jemu w pierwszej kolejności przynależy kompetencja, o której tu mowa. Przy czym ustawodawca stanowi ogólnie o lekarzu, a zatem chodzi o – z jednym tylko wyjątkiem – każdego lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w danym momencie, a nie tylko lekarza psychiatrę w rozumieniu u.o.z.p.[12] Lekarz jest uprawniony do stosowania każdego rodzaju przymusu bezpośredniego przewidzianego przez u.o.z.p. i w każdym dopuszczonym przez tę ustawę przypadku. Wyjątkiem, o którym wspomniano wyżej, jest lekarz wchodzący w skład zespołu ratownictwa medycznego. Wówczas bowiem, jeżeli będzie uprawnionym do stosowania przymusu bezpośredniego, to nie jako lekarz, o którym mowa w art. 18 ust. 2 zd. 1 u.o.z.p., lecz jako kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych[13].

życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1689). Będzie to oczywiście możliwe, ale tylko w okolicznościach przewidzianych w tych innych ustawach i tylko przez podmioty do tego uprawnione na podstawie tych innych ustaw. A zatem zastosowanie wówczas przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi nie będzie odbywało się na podstawie u.o.z.p., lecz przepisów odrębnych. W tym miejscu warto przywołać postanowienia art. 46a ust. 1-2 u.o.z.p., zgodnie z którym, w przypadku stosowania przymusu bezpośredniego przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego, przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w u.o.z.p. albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe.

[12] Zgodnie z art. 3 pkt 7 u.o.z.p., ilekroć przepisy tej ustawy stanowią o lekarzu psychiatrze należy przez to rozumieć lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

[13] Wniosek taki zdaje się wynikać z faktu, że ustawodawca na gruncie u.o.z.p. wyraźnie rozróżnił pojęcia lekarza, pielęgniarki oraz kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, a także w sposób odmienny w odniesieniu do każdego z tych podmiotów uregulował kompetencję do stosowania przymusu bezpośredniego. Należy pamiętać, że zgodnie z § 10 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 20.06.2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej" (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 283), do oznaczenia jednakowych pojęć używa się jednakowych określeń, a różnych

Po drugie, zgodnie z art. 18 ust. 2 zd. 2 oraz art. 18a ust. 6 zd. 1 u.o.z.p. jest to pielęgniarka (pod którym to pojęciem należy rozumieć także pielęgniarza[14]), którą można określić mianem decydenta drugiego stopnia z uwagi na to, że jej uprawnienie do zastosowania przymusu bezpośredniego jest warunkowane brakiem możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu tego przymusu. Ustawodawca w ww. przepisach również stanowi ogólnie o pielęgniarce, a zatem chodzi o – podobnie z jednym tylko wyjątkiem – każdą pielęgniarkę. Wyjątkiem, o którym mowa jest pielęgniarka wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego. Wówczas bowiem, jeżeli będzie uprawnioną do stosowania przymusu bezpośredniego, to nie jako pielęgniarka, o której mowa w art. 18 ust. 2 zd. 2 albo w art. 18a ust. 6 zd. 1 u.o.z.p., lecz jako kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Pielęgniarka jest uprawniona do stosowania każdego rodzaju przymusu bezpośredniego przewidzianego przez u.o.z.p., o ile nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu tego przymusu, jednakże tylko:

1. w szpitalach psychiatrycznych, innych zakładach leczniczych oraz jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej,
2. w trakcie wykonywania czynności polegającej na:

a) przewiezieniu do szpitala osoby poddanej przymusowemu badaniu psychiatrycznemu, co do której lekarz badający zarządził bezzwłoczne przewiezienie do tego szpitala (z uwagi na to, że jej zachowanie wskazuje, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać

pojęć nie oznacza się tymi samymi określeniami. Dlatego skoro art. 18 ust. 5 u.o.z.p. reguluje kompetencję do stosowania przymusu bezpośredniego kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, to nawet jeśli jest nim lekarz albo pielęgniarka, nie można do kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych stosować przepisów art. 18 ust. 2 u.o.z.p. regulujących taką samą kompetencję, ale innych podmiotów i w odmienny sposób. Ani bowiem w tzw. słowniczku – art. 3 u.o.z.p., ani w żadnym innym przepisie tej ustawy (w szczególności w art. 18 ust. 5 u.o.z.p.) nie ma mowy o tym, by pod pojęciem kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych ustawodawca rozumiał także, m.in., czy też w szczególności lekarza albo pielęgniarkę. Jakkolwiek autor zdaje sobie sprawę, iż przedstawiony pogląd może nie być bezsporny.

[14] Zob. art. 8 ust. 1 i art. 9 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 814 ze zm.).

bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź, że nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych),

b) w trakcie realizacji zatrzymania i przymusowego doprowadzenia przez Policję:
   – osoby, wobec której sąd wydał postanowienie o przyjęciu jej do domu pomocy społecznej, czego osoba ta odmawia lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia,
   – osoby psychicznie chorej, która w związku z toczącym się postępowaniem o przyjęcie jej do szpitala psychiatrycznego bądź wypisanie jej z takiego szpitala ma być poddana badaniu przez biegłego lub biegłych psychiatrów, a osoba ta odmawia stawienia się na badania lub w inny sposób uchyla od niego,
   – osoby psychicznie chorej, wobec której sąd wydał postanowienie o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, czego osoba ta odmawia lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia.

Po trzecie zgodnie z art. 18 ust. 5 zd. 1 u.o.z.p. jest to kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, którego można określić mianem decydenta trzeciego stopnia z uwagi na to, że jego uprawnienie do zastosowania przymusu bezpośredniego jest warunkowane brakiem możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji o zastosowaniu tego przymusu zarówno od lekarza, jak i pielęgniarki. Kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego (co do zasady lekarz albo pielęgniarka bądź ratownik medyczny wskazany przez dysponenta jednostki), a gdy do zdarzenia został zadysponowany więcej niż jeden zespół, kierującym jest osoba wyznaczona przez dyspozytora medycznego spośród kierowników zespołów ratownictwa medycznego zadysponowanych na miejsce zdarzenia[15]. Kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunko-

[15] Zob. art. 3 pkt 5 u.o.z.p. w zw. z art. 36 ust. 1, 4 i-5, art. 36a ust. 2 oraz art. 41 ust. 1-2 ustawy z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 91 ze zm.).

wych jest uprawniony do stosowania tylko niektórych rodzajów (tj. z wyłączeniem izolacji) przymusu bezpośredniego przewidzianego przez u.o.z.p., o ile nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji zarówno lekarza, jak i pielęgniarki o zastosowaniu tego przymusu, i tylko:

1. w przypadku udzielania pomocy osobie z zaburzeniami psychicznymi, która dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu, lub bezpieczeństwu powszechnemu, lub w sposób gwałtowny niszczy przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub poważnie zakłóca, lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego,
2. w trakcie wykonywania czynności, przy wykonywaniu których uprawnioną do zastosowania przymusu bezpośredniego jest również pielęgniarka (tj. w trakcie przewożenia do szpitala oraz realizacji zatrzymania i przymusowego doprowadzania przez Policję).

Żadne inne osoby, choćby należące do personelu zakładu leczniczego czy jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (np. sanitariusze), nie posiadają uprawnień do decydowania o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie u.o.z.p. wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (co najwyżej mogą wykonywać przymus bezpośredni, o którego zastosowaniu zdecydowały uprawnione do tego osoby – lekarz, pielęgniarka, kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych).

5. Przedmiot i kryteria oceny

Przepis art. 18 ust. 10 u.o.z.p. jako jedyny stanowi *expressis verbis* o ocenianiu zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, która to zasadność stanowi przedmiot tej oceny. Ustawodawca nie wskazuje natomiast, choćby przykładowo jej kryteriów. Wskazania tych kryteriów nie powierza również wprost przepisom wykonawczym, które zgodnie z art. 18f u.o.z.p. mają określać jedynie sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposób dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (a więc tryb postępowania w tym zakresie), sposób przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicz-

nymi unieruchomionej lub izolowanej, jak również rodzaje i wzory dokumentów stosowanych przy wykonywaniu ww. czynności (aczkolwiek przepisy wykonawcze ustalają kryteria oceny, o której tu mowa, o czym jeszcze niżej). Brak wyraźnego wskazania w u.o.z.p. kryteriów oceny nie oznacza dowolności oceniającego, która wyłączona została określeniem przedmiotu oceny. Zasadność oznacza bowiem zgodność z zasadami. W tym konkretnym przypadku zasadami rządzącymi stosowaniem przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi sformułowanymi w przepisach u.o.z.p., a których ścisłe przestrzeganie jest tym, co pozwala odróżnić legalny przymus bezpośredni od bezprawnej przemocy[16]. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego musi opierać się zatem na kryteriach ustawowych regulujących zagadnienia zastosowania tego przymusu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Kryteria te można podzielić najogólniej na podmiotowe i przedmiotowe. Podmiotowe odpowiadają na pytanie, czy osoba, która zastosowała przymus bezpośredni, była do tego uprawniona (w tym do zastosowania danego rodzaju przymusu bezpośredniego) oraz czy zastosowany *in concreto* rodzaj przymusu bezpośredniego był dopuszczalny w odniesieniu do osoby, w stosunku do której go zastosowano. Natomiast kryteria przedmiotowe obejmują przepisy u.o.z.p. określające przede wszystkim: katalog dopuszczalnych rodzajów przymusu bezpośredniego oraz podstaw (okoliczności) faktycznych jego stosowania, wymóg uprzedzenia o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego przed jego zastosowaniem, wymóg wyboru przymusu bezpośredniego możliwie najmniej uciążliwego oraz zachowania przy jego stosowaniu szczególnej ostrożności i dbałości o dobro osoby, maksymalne granice czasowe stosowania przymusu bezpośredniego oraz czas, na jaki można zlecić zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji[17].

[16] Zob. I. Kupś, J. Pełka-Wysiecka, J. Samochowiec, *Przymus bezpośredni – realizacja założeń Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim*, Psychiatria 2007, nr 3, s. 92.

[17] G. Kowalski, *Art. 18*, s. 346-347.

Wydane na podstawie art. 18f u.o.z.p. przepisy wykonawcze przy ocenie zasadności przymusu bezpośredniego nakazują uwzględnić nie tylko wymagania, o których mowa w art. 18-18f u.o.z.p., lecz również aktualny stan wiedzy medycznej[18]. Ten ostatni wymóg w istocie również ma swoje źródło w u.o.z.p., a konkretnie w art. 18 ust. 8 *in fine* nakazującym przy stosowaniu przymusu bezpośredniego zachowanie szczególnej ostrożności i dbałości o dobro osoby, wobec której przymus ten zastosowano. Brak uwzględnienia aktualnego stanu wiedzy medycznej przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego przez lekarza, pielęgniarkę, czy kierującego akcją medycznych czynności ratunkowych, którzy są obowiązani do uwzględniania tego kryterium przy wykonywaniu swojego zawodu[19], nie mógłby zostać uznany nawet za zachowanie jedynie zwykłej ostrożności przy stosowaniu ww. przymusu, którego stosowanie na podstawie u.o.z.p. wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest częścią wykonywanego przez nich zawodu medycznego[20].

Ponadto w myśl postanowień § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, którą przeprowadza się na podstawie karty zastosowania przymusu bezpośredniego oraz innej przekazanej dokumentacji medycznej (jeżeli zawarte w niej wpisy mają znaczenie dla zastosowanego przymusu bezpośredniego) obejmuje takie oceny cząstkowe, jak ocenę:

1. istnienia podstawy prawnej i faktycznej,
2. zasadności zastosowanego rodzaju przymusu bezpośredniego,
3. prawidłowości zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, w tym zasadność

[18] Zob. § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 731).

[19] Zob. art. 4 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287 ze zm.), art. 11 ust. 1 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz art. 35 ustawy z 1.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 339).

[20] G. Kowalski, *Art. 18*, s. 347-348.

czasu stosowania poszczególnych środków przymusu bezpośredniego o charakterze ciągłym,
4. sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta,
5. prawidłowego udokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego.

6. Przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego podlegające ocenie

Należałoby się spodziewać, że ocenie, o której tu mowa podlega każdy przypadek zastosowania na podstawie u.o.z.p. przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Tymczasem brzmienie art. 18 ust. 10 u.o.z.p. wskazuje na coś innego. Mianowicie, że ocenie tej nie podlega przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę w zakładzie leczniczym (w tym w szpitalu psychiatrycznym), jak również w sytuacji zastosowania przez nią tego przymusu w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 u.o.z.p.[21] Punkt 1 art. 18 ust. 10 u.o.z.p. przedmiotem oceny czyni bowiem jedynie przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym przez lekarza zatwierdzającego stosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę. Przywołany przepis nie stanowi o dokonywaniu oceny przymusu bezpośredniego zastosowanego przez inną osobę niż lekarz i zatwierdzonego przez tegoż lekarza (wówczas tej ocenie podlegałoby zastosowanie przymusu bezpośredniego przez ową inną osobę), lecz o poddaniu tej ocenie faktu zastosowania przymusu bezpośredniego przez takiego lekarza, tj. tego, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę (ową inną osobą jest oczywiście pielęgniarka, gdyż to jedynie zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę podlega zatwierdzeniu przez lekarza zgodnie z art. 18 ust. 4 i art. 18a ust. 7 u.o.z.p.).

[21] Podobnie D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013, s. 187, cyt. za: A. Wojcieszak, *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2022, rozdział V § 4 pkt II, Legalis.

Nie stanowi przedmiotu oceny zatem przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego przez tę inną osobę[22]. Z faktu, że lekarz zatwierdził przymus bezpośredni zlecony przez inną osobę, nie wynika przecież, że to ta właśnie inna osoba nie zastosowała tego przymusu następnie zatwierdzonego przez lekarza i że zastosował go ten właśnie lekarz, a nie owa inna osoba. Z kolei pkt 2 art. 18 ust. 10 u.o.z.p. poddaje ocenie zasadności jedynie zastosowanie przymusu bezpośredniego przez innego lekarza (tj. innego niż określonego w art. 18 ust. 10 pkt 1 u.o.z.p.), przez kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych oraz przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, a więc nie pielęgniarkę podmiotu leczniczego, w tym szpitala psychiatrycznego[23]. Trudno znaleźć uzasadnienie dla wyłączenia spod oceny *nomen omen* zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę w szpitalu psychiatrycznym lub innym zakładzie leczniczym, lub w trakcie wykonywania czynności, o jakich mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 u.o.z.p. Tym bardziej że oceną taką objęte jest zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Zupełnie niezrozumiała jest sytuacja, że ocenie zasadności podlega zastosowanie przymusu bezpośredniego przez lekarza, a nie podlega takiej ocenie zastosowanie takiego przymusu przez osobę czyniącą to w zastępstwie lekarza – pielęgniarkę, posiadającą przynajmniej formalnie niższe kwalifikacje medyczne niż lekarz, wobec czego potencjalne ryzyko niezasadności zastosowania przez nią przymusu bezpośredniego jest wyższe niż w przypadku tego rodzaju decyzji lekarza (ryzyko to zdaje się dostrzegać też ustawodawca, skoro w przypadkach zastosowania przymu-

[22] Oczywiście dokonanie przez lekarza zatwierdzenia zastosowania przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę opiera się na jego ocenie o zasadności podjęcia takiego działania przez pielęgniarkę. Taka ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego nie jest jednak oceną zasadności zastosowania tego przymusu dokonywaną w trybie art. 18 ust. 10 u.o.z.p.

[23] Zgodnie bowiem z art. 6 pkt 5 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.) jednostką organizacyjną pomocy społecznej jest regionalny ośrodek polityki społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych – w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19.07.2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019, poz. 1818), dom pomocy społecznej, placówka specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodek wsparcia i ośrodek interwencji kryzysowej.

su bezpośredniego przez pielęgniarkę wymaga – jeśli przymus ten ma być nadal stosowany – zatwierdzenia tej decyzji przez lekarza, a nie odwrotnie)[24]. Wprawdzie w doktrynie postuluje się, aby do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę inną niż pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, stosować przepis art. 18 ust. 10 pkt 1 u.o.z.p. na zasadzie analogii[25], to jednak należałoby pójść dalej i postulować przeredagowanie wskazanego przepisu tak, aby w sposób wyraźny obejmował on zakresem swego normowania również przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego przez ww. pielęgniarkę. Stosowanie bowiem w takiej sytuacji przepisu art. 18 ust. 10 u.o.z.p. *per analogiam* stanowi oczywiście jakieś *antidotum* na wadliwość przyjętych rozwiązań prawnych, aczkolwiek dalekie od doskonałości i zawsze narażonym na zarzut braku podstawy prawnej dla dokonania oceny, o której tu mowa, a co za tym idzie i możliwość jej zakwestionowania (i to nie tylko, jeśli chodzi o treść, ale i samo istnienie w obrocie prawnym).

7. Podmioty dokonujące oceny

W sytuacji zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza podmiotu leczniczego (w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę), zgodnie z art. 18 ust. 10 pkt 1 u.o.z.p. uprawnionym do oceny zasadności tego zastosowania jest kierownik tego podmiotu leczniczego, o ile jest lekarzem, lub lekarz przez tego kierownika upoważniony. Z powyższego wynika, że kompetencja do dokonania oceny, o której tu mowa, nie przysługuje niebędącemu lekarzem kierownikowi podmiotu leczniczego, w którym lekarz zastosował przymus bezpośredni. Oznacza to, że wówczas kompetencja taka przysługiwać będzie jedynie lekarzowi upoważnionemu przez takiego kierownika podmiotu leczniczego. Inaczej natomiast przedstawia się sytuacja w przypadku, gdy kierownik podmiotu leczniczego jest lekarzem i to niezależnie od rodzaju posiadanej specjalizacji, czy też w ogóle jej po-

[24] G. Kowalski, *Art. 18*, s. 348-350.

[25] Zob. T. Sroka, *Ochrona zdrowia psychicznego*, [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *System Prawa Medycznego. T. 2. Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018, s. 502.

siadania. Posłużenie się bowiem przez ustawodawcę we wskazanym przepisie alternatywą nierozłączną powoduje, że ww. oceny może dokonywać: bądź tylko będący lekarzem kierownik podmiotu leczniczego (a więc na zasadzie wyłączności, co będzie miało miejsce w przypadku braku upoważnienia przez niego do dokonywania takiej oceny jakiegokolwiek innego lekarza), bądź tylko lekarz upoważniony przez będącego lekarzem kierownika podmiotu leczniczego (a więc na zasadzie wyłączności, co będzie miało miejsce w przypadku przekazania w drodze upoważnienia przez tegoż kierownika tej kompetencji w całości owemu innemu lekarzowi), bądź też zarówno będący lekarzem kierownik podmiotu leczniczego, jak i upoważniony przez niego lekarz, którzy będą wówczas współdzielić kompetencję do dokonywania oceny, o jakiej tu mowa (co będzie miało miejsce wówczas, gdy będący lekarzem kierownik podmiotu leczniczego upoważni innego lekarza do dokonywania ww. oceny, jednakże nie na zasadzie wyłączności). Należy zauważyć, że ta ostatnia możliwość jest nawet rozwiązaniem najbardziej pożądanym. Jako jedyna spośród wyżej wskazanych pozwala bowiem uniknąć wysoce wątpliwej sytuacji polegającej na dokonywaniu oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez osobę, która sama ten przymus zastosowała. Trudno bowiem w takiej sytuacji o obiektywizm oceny, a wręcz sytuacja taka musi rodzić podejrzenia o jego brak. Niewątpliwie też stwarza szerokie pole do nadużywania stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przez osoby, które następnie mają oceniać zasadność jego zastosowania. Podkreślić jednak należy, że ustawodawca wprost nie wyklucza dopuszczalności sytuacji, gdy to sam lekarz stosujący taki przymus będzie oceniał zasadność jego zastosowania, co należy uznać za błędne rozwiązanie i postulować w tym zakresie wprowadzenie przepisów, które zapewniłyby przestrzeganie zasady *nemo iudex idoneus in causa sua* (eliminujących takie przypadki), np. w postaci instytucji wyłączenia lekarza z mocy samego prawa od dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, który sam zastosował[26].

[26] G. Kowalski, *Art. 18*, s. 350-351.

Natomiast w myśl postanowień art. 18 ust. 10 pkt 2 u.o.z.p., zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez innego lekarza niż lekarz podmiotu leczniczego, przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, a także przez kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, ocenia na zasadzie wyłączności lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii upoważniony do tego przez marszałka województwa. Jak się zdaje, nie może to być lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, gdyż w takim przypadku ustawodawca powinien wskazać w art. 18 ust. 10 pkt 2 u.o.z.p. lekarza psychiatrę jako osobę dokonującą oceny, o której tu mowa. Zgodnie bowiem z art. 3 pkt 7 u.o.z.p. lekarz psychiatra w rozumieniu tej ustawy oznacza zarówno lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii jak o lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Ustawodawca zatem wyraźnie rozróżnił obie ww. specjalizacje[27].

Wspomnieć wypada o pojawiających się postulatach wprowadzenia przepisów, które w ogóle powierzałyby dokonywanie oceny zasadności każdego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego na podstawie u.o.z.p. (a więc także przez lekarza podmiotu leczniczego) konsultantom wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii[28], powoływanym przez wojewodów na mocy art. 6 ust. 1 ustawy z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia[29]. Rozwiązanie takie zasługuje niewątpliwie na rozważenie. Poza bowiem zwiększeniem obowiązków ww. konsultantów (co może stanowić pewien mankament ww. propozycji), pozwalałoby nie tylko w większym stopniu ustandaryzować tę ocenę, ale przede wszystkim zwiększało obiektywizm dokonywanej oceny zastosowania przymusu bezpośredniego w zakładzie leczniczym poprzez „wyprowadzenie" tej oceny na zewnątrz tego zakładu i przekazanie go osobie nie będącej

[27] Zob. też pkt 65 i 66 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 4.05.2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2023 r., poz. 975) oraz § 10 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 20.06.2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej", zgodnie z którym do oznaczenia jednakowych pojęć używa się jednakowych określeń, a różnych pojęć nie oznacza się tymi samymi określeniami.

[28] E. Sarnacka, *Ochrona zdrowia psychicznego jako szczególne zadania ustawodawcy – zastosowanie przymusu bezpośredniego*, Studia Biura Analiz Sejmowych 2018, nr 4(56), s. 156-157.

[29] T.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 254.

współpracownikiem osób ten przymus stosujących (oczywiście przy założeniu, że pracownikiem tego zakładu nie byłby dokonujący oceny konsultant wojewódzki).

8. Obowiązek i termin dokonania oceny oraz jej treść

Z kategorycznego brzmienia art. 18 ust. 10 u.o.z.p. wynika, że w przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego określonych w pkt 1 i 2 tego przepisu dokonanie oceny zasadności tego rodzaju postępowania względem osób z zaburzeniami psychicznymi jest obligatoryjne. Oznacza to, że podmioty uprawnione na podstawie wskazanego przepisu do dokonania oceny są jednocześnie do tego zobowiązane, nie mogąc się od tego uchylić. Ustawodawca wyznaczył zarazem trzydniowy termin wywiązania się z tego obowiązku. Jakkolwiek należy podkreślić, że termin ten jest terminem instrukcyjnym, a nie zawitym[30]. Ustawodawca nie określił żadnych skutków niedochowania tego terminu. Wobec tego należy przyjąć, że jego przekroczenie nie skutkuje ani automatycznym (*ex lege*) uznaniem zasadności albo niezasadności zastosowania przymusu bezpośredniego podlegającego ocenie, ani wygaśnięciem obowiązku dokonania oceny, ani też utratą przez podmioty wskazane w art. 18 ust. 10 u.o.z.p. kompetencji do dokonania tej oceny, czy przejściem tej kompetencji na inny podmiot[31].

Obowiązek dokonania oceny, o której tu mowa oznacza, że podmiot zobowiązany do jej dokonania zobligowany jest do uznania poddanego jego ocenie przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego za zasadny albo niezasadny. *Tertium non datur*. Nie można bowiem uznać za zasadne czegoś, co jednocześnie jest choćby tylko w części niezasadne i *vice versa*. Dlatego konkluzja oceniającego powinna być jednoznaczna. Stąd też za wykonanie ww. obowiązku nie można uznać ani sytuacji powstrzymania się w ogóle od dokonania oceny, ani też sytuacji uznania jedynie

[30] Odmiennie A. Milik, która termin ten określa mianem „nieprzekraczalnego", nie wskazując jednocześnie skutków, jakie miałoby pociągać za sobą jego przekroczenie (A. Milik, *Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów*, Prawo i Medycyna 2007, nr 2, s. 127).

[31] G. Kowalski, *Art. 18*, s. 355-357.

częściowej zasadności albo niezasadności zastosowania przymusu bezpośredniego poddanego ocenie[32].

Zauważyć trzeba, że ustawodawca w ogóle nie wymaga uzasadnienia dokonanej oceny niezależnie od jej treści. Wymóg taki, i to nie wprost, formułuje prawodawca dopiero w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 18 f u.o.z.p., a i to tylko w przypadku uznania niezasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Zgodnie bowiem z pkt 10 ppkt 4 wzoru karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz pkt 10 ppkt 4 wzoru karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, albo w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 albo w art. 46a ust. 3 u.o.z.p., stanowiących załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, wymóg uzasadnienia zajętego przez dokonującego oceny stanowiska istnieje tylko w przypadku „braku potwierdzenia" zasadności ocenianego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego. Wzory kart, o których tu mowa nie formułują zaś takiego wymogu w przypadku potwierdzenia tej zasadności. W istocie zatem przywołane przepisy wykonawcze (których wskazane załączniki w postaci ww. wzorów kart są integralną częścią) chronią osoby stosujące przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (a nie osoby, wobec których ten przymus jest stosowany) przed bezpodstawnym uznaniem zastosowania tego przymusu za niezasadny, a co za tym idzie przed narażeniem osób stosujących przymus bezpośredni na bezpodstawne oskarżenia o nadużycia w tym zakresie i mogącymi wyniknąć z tego konsekwencjami prawnymi. Taka regulacja jest jednak sprzeczna z postanowieniami preambuły u.o.z.p., która wprost wskazuje na spoczywający na państwie obowiązek ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi jako jeden z dwóch – obok uznania zdrowia psychicznego za fundamentalne dobro osobiste człowie-

[32] G. Kowalski, *Art. 18*, s. 353.

ka – powodów ustanowienia u.o.z.p., a której to ustawy rozwinięciem są także wskazane wyżej przepisy wykonawcze mające swe źródło w tej ustawie. Dlatego przepisy te regulując kwestie dokonywania oceny zasadności zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, powinny mieć na uwadze przede wszystkim ochronę tych osób i ich praw. To z kolei wymaga, aby uzasadnieniu podlegało przede wszystkim – by posłużyć się nomenklaturą przywołanego rozporządzenia – „potwierdzenie" zasadności (a nie jej braku) zastosowania przymusu bezpośredniego w drodze merytorycznego, rzetelnego uzasadnienia takiej oceny w świetle kryteriów jej dokonywania. Brak obecnie takiego wymogu stwarza pole do nadużyć tego rodzaju, że oceniający zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego nie chcąc szkodzić swoim kolegom/koleżankom po fachu lub zatrudnionych w tym samym podmiocie leczniczym, w sytuacji nawet pełnego przekonania o niezasadności zastosowania tego przymusu *in concreto*, będzie mógł jego zastosowanie uznać za zasadne bez konieczności przedstawienia jakichkolwiek racjonalnych argumentów przemawiających za taką oceną (co będzie wygodne zwłaszcza w przypadkach oczywistej niezasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, kiedy to takich argumentów po prostu zabraknie). Z uwagi na powyższe, a także fakt głębokiej ingerencji przymusu bezpośredniego w prawa osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których przymus ten został zastosowany[33], należy postulować wprowadzenie bezwzględnego obowiązku każdorazowego uzasadnienia oceny stwierdzającej zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, nie rezygnując przy tym z istniejącego obecnie obowiązku uzasadnienia również oceny, której treścią jest stwierdzenie niezasadności zastosowania tego przymusu. Objęcie obowiązkiem uzasadnienia każdej z ocen, tj. zarówno tej stwierdzającej zasadność, jak i tej stwierdzającej niezasadność zastosowania przymusu bezpośredniego jest uzasadnione z kilku powodów. Niewątpliwie wzmacniałoby kontrolę nad stosowaniem

[33] Przede wszystkim w wolność tych osób oraz ich nietykalność osobistą i cielesną (szerzej na ten temat zob. K. Bobińska, P. Gałecki, *Art. 18*, s. 123; M. Balicki, *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, Prawo i Medycyna 1999, nr 1, s. 53).

przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, a przez to zwiększało ochronę praw tych osób przed naruszeniem wskutek zastosowania tego przymusu. Chroniłoby również samych oceniających przed zarzutami dowolności dokonanej przez nich oceny poprzez ukazanie motywów leżących u jej podstaw.

9. Charakter oceny

Dokonana ocena jest ostateczna. Brak jest przepisów pozwalających, czy to osobie stosującej przymus bezpośredni, czy to osobie, wobec której go zastosowano, zakwestionować tę ocenę przed jakimkolwiek organem, czy to w formie kontroli instancyjnej, czy też w jakimkolwiek innym trybie. Zatem w przypadku niezgadzania się z tą oceną nie ma drogi prawnej, która umożliwiałaby domaganie się uchylenia albo zmiany tej oceny. Jakkolwiek należy podkreślić, że ocena dokonana przez będącego lekarzem kierownika podmiotu leczniczego lub innego upoważnionego przez niego lekarza, jak też przez upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, nie jest wiążąca dla innych organów przy wykonywaniu ich zadań. W szczególności dla organów kontroli i ochrony prawa (jak np. Najwyższa Izba Kontroli, Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka), ścigania (np. Policja, prokuratura) czy wymiaru sprawiedliwości (sądy). Ocenienie na podstawie u.o.z.p. zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego nie wyklucza dokonania przez ww. organy w prowadzonym przez siebie postępowaniu, oceny odmiennej. A to z kolei może rodzić m.in. odpowiedzialność karną, cywilną czy zawodową osób, które ten przymus zastosowały. Będzie tak w przypadku uznania przez ww. organy, że zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi wypełniło znamiona czynu zabronionego lub stanowiło bezprawne naruszenie dóbr osobistych, lub przewinienie zawodowe (którym jest również naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, pielęgniarki oraz ratownika medycznego, nie wyłączając przepisów zawartych w u.o.z.p. a regulujących – związane z wykonywaniem także ww. zawodów – stoso-

wanie przez te podmioty przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi[34,35]).

Za istotny mankament regulacji zawartej w art. 18 ust. 10 u.o.z.p. należy uznać fakt braku zobligowania osoby dokonującej oceny do poinformowania kogokolwiek o jej przeprowadzeniu i treści. Postulat wprowadzenia takiego obowiązku w odniesieniu do osoby, która zastosowała przymus bezpośredni oraz osoby, wobec której został on zastosowany (ewentualnie jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego[36]), a także – przynajmniej w sytuacji ocenienia zastosowania przymusu bezpośredniego jako niezasadnego – rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego oraz podmiotów nadzorujących działalność czy to podmiotu leczniczego, czy tych jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, jakimi są zespoły ratownictwa medycznego, należy uznać za nie tylko zasadny, ale i pożądany. Pozwoliłoby to bowiem zwiększyć kontrolę nad stosowaniem przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. To z kolei w większym stopniu realizowałoby ochronę ich praw, a co za tym idzie obowiązek państwa wynikający w tym zakresie z postanowień preambuły u.o.z.p.

---

[34] Zob. art. 53 ustawy z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342), art. 36 ust. 1 ustawy z 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 628) oraz art. 151 ust. 1 ustawy z 1.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

[35] G. Kowalski, *Art. 18*, s. 353-354; Zob. też A. Augustynowicz, A. Czerw, *Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – zagadnienia wybrane*, Prawo i Medycyna 2013, nr 1-2, s. 51; A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, *Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów*, Pediatria Polska 2013, nr 88, s. 211; K. Piątkowska-Zagiczek, *Przymus bezpośredni jako (bezpieczny) mechanizm zapewniający bezpieczeństwo pacjentów zakładów leczniczych*, [w:] I. Witczak, Ł. Rypicz (red.), *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego. Uwarunkowania ergonomiczne*, Wrocław 2020, s. 161, K. Łakoma, *Zdrowie psychiczne jako chroniona konstytucyjnie wartość w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich*, [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, J. Wiórka (red.), Warszawa 2014, s. 100-101; *Ochrona zdrowia psychicznego w działaniach Rzecznika Praw Obywatelskich*, *passim* (https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ochrona-zdrowia-psychicznego-w-dzialaniach-rpo; dostęp 03.04.2025 r.); J. Chaciński, *Prawa podmiotowe a ochrona dóbr osobistych*, Lublin 2004, s. 116; J. Kołtun, *Izby wytrzeźwień a prawa człowieka w kontrolach NIK*, [w:] T. Gardocka, J. Sobczak (red.), *Izby wytrzeźwień a prawa człowieka*, Toruń 2013, s. 163-165; K. Patora, *Pojęcie „bezprawności" w różnych gałęziach prawa*, Prokuratura i Prawo 2018, nr 10, s. 68.

[36] Por. art. 18b ust. 3 u.o.z.p.

10. Zakończenie

Podsumowując, należy stwierdzić, iż zawarte w art. 18 ust. 10 u.o.z.p. przepisy regulujące ocenę zasadności zastosowania na podstawie tej ustawy przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi mogą budzić uzasadnione zastrzeżenia. Powyższa regulacja bowiem jest niepełna, zawierając zupełnie niezrozumiałą lukę w postaci pozostawienia poza ww. procedurą oceniania niektórych przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Jest też niewystarczająca, jeżeli chodzi o zapewnienie obiektywizmu tej oceny, nie przewidując żadnej jej kontroli, a także dopuszczając możliwość oceniania zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza, który ten przymus zastosował. Z punktu widzenia realizacji wyrażonych we wstępie do u.o.z.p. celów ustanowienia tej ustawy, przede wszystkim konieczności ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi, które to prawa, i to te najcenniejsze jak życie i zdrowie, są szczególnie narażone na naruszenie[37] w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego, regulację tę należy uznać za ułomną. Stąd też warty rozważenia jest postulat dokonania w u.o.z.p. przynajmniej takich zmian, które:

1. obejmą *expressis verbis* procedurą oceny, o której mowa w art. 18 ust. 10 u.o.z.p., wszystkie przypadki zastosowania na podstawie tej ustawy przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (a więc i przez pielęgniarkę w zakładzie leczniczym, w tym w szpitalu psychiatrycznym, jak również w sytuacji zastosowania przez nią tego przymusu w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 u.o.z.p.),
2. wykluczą sytuację, w której uprawnionym do dokonania oceny zasadności zastosowania na podstawie u.o.z.p. przymusu bezpośredniego

[37] Przez naruszenie praw jednostki rozumiem takie zagrożenie tych praw (tj. czynniki, które uniemożliwiają w ogóle realizację tych praw bądź tylko zakres tej realizacji realnie ograniczają w większym albo mniejszym stopniu), które wynika z niezgodnego z prawem (bezprawnego) zachowania innego podmiotu, nie zaś z zachowania zgodnego z prawem bądź oddziaływania czynników obiektywnych – niebędących zachowaniem ludzkim (zob. B. Banaszak, *Zagadnienia podstawowe. Terminologia*, [w:] *System ochrony praw człowieka*, B. Banaszak, A. Bisztyga, K. Complak, M. Jabłoński, R. Wieruszewski, K. Wojtowicz, Zakamycze 2005, s. 20-21).

jest osoba, która przymus ten zastosowała (sytuację oceniania zasadności własnych działań),
3. zobowiążą oceniającego do uzasadnienia oceny stwierdzającej także zasadność (a nie jedynie niezasadność) zastosowania przymusu bezpośredniego,
4. wprowadzą obowiązek poinformowania o dokonanej ocenie i jej treści osoby, które zastosowały podlegający tej ocenie przymus bezpośredni, jak i osoby, wobec których został on zastosowany (ewentualnie jej przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego), a w razie ocenienia zastosowania przymusu bezpośredniego jako niezasadnego, także rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego oraz organu nadzorującego podmiot leczniczy czy zespoły ratownictwa medycznego.

Wartym rozważenia (w kontekście dążenia do maksymalnej obiektywizacji oceny) jest również postulat „wyprowadzenia" ww. oceny w każdym przypadku na zewnątrz, tj. powierzenia uprawnienia do dokonywania tej oceny w każdym przypadku jednemu (rodzajowo) podmiotowi, który dodatkowo byłby usytuowany poza strukturą organizacyjną obejmującą osoby, których zasadność decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego miałby oceniać. Być może dla maksymalnego zobiektywizowania dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego, należałoby tę kompetencję powierzyć nawet niezależnemu sądowi, w którym zasiadają niezawiśli sędziowie, np. sądowi opiekuńczemu, co współgrałoby z rozwiązaniami przyjętymi w art. 23 ust. 4 zd. 2, art. 24 ust. 3 i art. 28 u.o.z.p.

Bibliografia:

Augustynowicz A., Czerw A., *Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – zagadnienia wybrane*, Prawo i Medycyna 2013, nr 1-2.

Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., *Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów*, Pediatria Polska 2013, nr 88.

Balicki M., *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, Prawo i Medycyna 1999, nr 1.

Banaszak B., *Zagadnienia podstawowe. Terminologia*, [w:] *System ochrony praw człowieka*, B. Banaszak, A. Bisztyga, K. Complak, M. Jabłoński, R. Wieruszewski, K. Wojtowicz, Zakamycze 2005.

Bobińska K., Gałecki P., *Art.* 18 [w:] *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz,* P. Gałecki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, Warszawa 2016.

Bobińska K., Gałecki P., *Art. 2* [w:] *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz,* P. Gałecki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, Warszawa 2016.

Chaciński J., *Prawa podmiotowe a ochrona dóbr osobistych*, Lublin 2004.

Chętnik B., Kowalewska B., *Choroba psychiczna a zaburzenie psychiczne*, [w:] A. Lankau, E. Krajewska-Kułak (red.), *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia, t. 5*, Białystok 2020.

Ciechorski J., *Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego – zarys problematyki*, Prawo i Medycyna 2017, nr 1.

Czabała J.C., *Norma a patologia psychiczna* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańsk 2002.

Gierowski J.K., Paprzycki L.K., *Środki zabezpieczające: umieszczenia – pobytu w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, w zakładzie karnym, w zakładzie zamkniętym przeznaczonym dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej popełnionych w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych albo skierowania takich sprawców na leczenie ambulatoryjne oraz terapia i elektroniczna kontrola miejsca pobytu stosowane wobec sprawców z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniem osobowości*, [w:] L.K. Paprzycki (red.), *System Prawa Karnego, t. 7, Środki zabezpieczające*, Warszawa 2015.

Karczewska-Kamińska N., *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.

Karkowska D., Włodarczyk W.C., *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013.

Keyes C.L.M., *Choroba psychiczna i/lub zdrowie psychiczne. Analiza aksjomatów modelu zdrowia jako stanu złożonego*, [w:] W. Galewicz (red.), *Antologia bioetyki, t. 6, Ochrona zdrowia psychicznego*, Kraków 2019.

Kołtun J., *Izby wytrzeźwień a prawa człowieka w kontrolach NIK*, [w:] T. Gardocka, J. Sobczak (red.), *Izby wytrzeźwień a prawa człowieka*, Toruń 2013

Kowalski G., *Art. 123* [w:] P. Drembkowski, G. Kowalski (red.), *Ustawa o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. Komentarz*, Warszawa 2023.

Kowalski G., *Art. 18* [w:] P. Drembkowski, B. Kmieciak, R. Tymiński (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2023.

Kupś I., Pełka-Wysiecka J., Samochowiec J., *Przymus bezpośredni – realizacja założeń Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim*, Psychiatria 2007, nr 3.

Łakoma K., *Zdrowie psychiczne jako chroniona konstytucyjnie wartość w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich*, w: *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, J. Wiórka (red.), Warszawa 2014.

Miedziak D., *Art. 3* [w:] P. Drembkowski, B. Kmieciak, R. Tymiński (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2023.

Milik A., *Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów*, Prawo i Medycyna 2007, nr 2.

Miturska H., Susło R., Drobnik J., Kurpas D., Kaczmarek M., *Zagadnienia etyczne i prawne w opiece psychiatrycznej*, [w:] D. Kurpas, H. Miturska, M. Kaczmarek (red.), *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*, Wrocław 2009.

Norma psychologiczna. Perspektywy spojrzeń, Z. Uchnast (red.), Lublin 1998.

Ochrona zdrowia psychicznego w działaniach Rzecznika Praw Obywatelskich, (https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ochrona-zdrowia-psychicznego-w-dzialaniach-rpo).

Paprzycki L.K., *Ochrona praw człowieka w świetle projektu ustawy o ochroni zdrowia psychicznego, cz. II*, Palestra 1993, z. 11.

Patora K., *Pojęcie „bezprawności" w rożnych gałęziach prawa*, Prokuratura i Prawo 2018, nr 10.

Piątkowska-Zagiczek K., *Przymus bezpośredni jako (bezpieczny) mechanizm zapewniający bezpieczeństwo pacjentów zakładów leczniczych*, [w:] I. Witczak, Ł. Rypicz (red.), *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego. Uwarunkowania ergonomiczne*, Wrocław 2020.

Pużyński S., *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, Psychiatria Polska 2007, nr 3.

Sarnacka E., *Ochrona zdrowia psychicznego jako szczególne zadania ustawodawcy – zastosowanie przymusu bezpośredniego*, Studia Biura Analiz Sejmowych 2018, nr 4(56)

Sroka T., *Ochrona zdrowia psychicznego*, [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *System Prawa Medycznego. T. 2. Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018.

Wojcieszak A., *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2022, rozdział V § 4 pkt II, Legalis.

Ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2152 ze zm).

Ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 917).

Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287 ze zm.).

Ustawa z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1283 ze zm.).

Ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 91 ze zm.)

Ustawa z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 254)

Ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 924 ze zm.)

Ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342)

Ustawa z 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 628)

Ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 814 ze zm.)

Ustawa z 24.05.2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 383 ze zm.)

Ustawa z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1689)

Ustawa z dnia 19.07.2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019, poz. 1818)

Ustawa z 9.06.2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 978 ze zm.)

Ustawa z 1.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 339)

Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 20.06.2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej" (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 283)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 731)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4.05.2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2023 r., poz. 975)

Summary

Assessing the justification for the use of direct coercion under Article 18, Section 10 of the Act of 19 August 1994 on the protection of mental health (*de lege lata* comments and *de lege ferenda* conclusions)

The article analyses the provisions of Article 18, Section 10 of the Act of 19 August 1994 on the Protection of Mental Health, which regulate the assessment of the justification for the use of direct coercion against persons with mental disorders. Based on the dogmatic-legal method, in particular, the issues concerning the subject and criteria of the above-mentioned assessment, entities authorized to make this assessment, cases of the use of direct coercion subject to assessment, the obligation and deadline for its performance, as well as its content and nature were discussed.

The analysis of the provisions of Article 18, section 10 of the Act of 19 August 1994 on the protection of mental health leads to the conclusion that this regulation is incomplete and insufficient, both from the point of view of ensuring the objectivity of the above-mentioned assessment and protecting the rights (including freedom from direct coercion) of people with mental disorders, and consequently also from the point of view of the purposes specified in the preamble to this Act, which this Act is to achieve. Therefore, the last part of the article presents proposals for introducing changes to the above-mentioned Act, which would eliminate the above-mentioned defects of the current regulation.

Key words: persons with mental disorders, direct coercion, physician, nurse, the person in charge of action of conducting medical rescue activities, assessment of the justification for the use of direct coercion

Dr Hab. Grzegorz Matusik
Uniwersytet Śląski w Katowicach
ORCID: 0000-0001-8699-4760

Zgoda rodzica osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi, która nie ukończyła 16 lat, na stosowanie wobec niej czynności postępowania leczniczego

DOI: 10.70537/ppm/210282

Streszczenie

W niniejszym artykule podjęto rozważania nad problemem zgody wyrażanej przez rodzica osoby małoletniej w wieku poniżej 16 roku życia. Ustalono, że zgoda rodzica nie jest oświadczeniem woli ani czynnością prawną, natomiast stanowi oświadczenie podobne do oświadczenia woli. Rodzic (w tym przysposabiający oraz zastępczy) dysponuje samodzielnym i autonomicznym uprawnieniem do jednoosobowego wyrażania zgody na czynności lecznicze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego swojego dziecka. Zgoda nie stanowi działania w sferze reprezentacji dziecka, tylko jest przyznaną na podstawie szczególnych przepisów ustaw medycznych prerogatywą rodzica mającego status przedstawiciela ustawowego. Wynika z tego wiele konsekwencji, w tym dotyczących następstw niezachowania wymaganej w niektórych przypadkach formy dla oświadczenia o zgodzie, wad oświadczenia oraz sposobów rozstrzygania sytuacji milczenia jednego z rodziców lub złożenia przez rodziców odmiennych oświadczeń w sprawie zgody.

Słowa kluczowe: zgoda, czynności lecznicze, małoletni dotknięty zaburzeniami psychicznymi, ochrona zdrowia psychicznego małoletnich

1. Kwestie wprowadzające

Przedmiot rozważań został określony dość wąsko, ale mimo to, aby go rozpoznać, konieczne jest rozstrzygnięcie kilku zagadnień o ogólnej naturze. Dotyczą one: a) miejsca zgody na czynności lecznicze z obszaru zdrowia psychicznego w konstrukcji władzy rodzicielskiej, b) pozycji prawnej rodzica udzielającego zgody (w jakim charakterze prawnym działa on przy tej czynności), c) znaczenia sprzecznych oświadczeń rodziców w kontekście zgody na czynności lecznicze, a także d) charakteru prawnego zgody regulowanej w ustawach medycznych[1].

Analizą objęto zgodę na czynności postępowania leczniczego z zakresu ochrony zdrowia psychicznego[2], które mają być stosowane wobec najmłodszych osób fizycznych. Górna granica wieku tej grupy pacjentów została określona w ustawach medycznych wysoko, bo na 16 rok życia[3]. Nie jest przedmiotem rozważań to, czy granica ta została określona należycie. Nie ulega jednak wątpliwości, że pozycja prawna osób poniżej tej granicy wieku jest w ustawach medycznych słaba. Nie są one podmiotem samodzielnych uprawnień w zakresie wyrażania zgody na stosowane wobec nich czynności postępowania leczniczego, co tym bardziej skłania do podjęcia tytułowego zagadnienia. Jednocześnie, rozważania zawężono do zgody udzielanej przez rodzica, któremu przysługuje (w odniesieniu do takiego małoletniego) władza rodzicielska w wymaganym zakresie[4],

[1] Przez pojęcie „ustawy medyczne" rozumiem, na potrzeby niniejszych rozważań, ustawy: z 18.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 917; dalej: UOZP); z 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1287; dalej UZL lub ustawa o zawodzie lekarza) oraz z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 581; dalej: UPP lub ustawa o prawach pacjenta).

[2] Katalog czynności postępowania leczniczego zrekonstruowany został przede wszystkim na podstawie regulacji Rozdziału 3 u.o.z.p., ale konieczne stało się także sięgnięcie do Rozdziału 5 UPP oraz Rozdziału 5 u.z.l. Zob. punkt III. niniejszego opracowania.

[3] Poza eksperymentem medycznym, dla którego granica ta została określona na 13. rok życia.

[4] Chodzi zarówno o rodzica, któremu przysługuje pełna władza rodzicielska, jak i o tego, któremu władza ta została ograniczona, ale nie w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej (fizycznej i psychicznej) dziecku. Zob. trafnie J. Słyk, *Zezwolenie (zgoda) sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi* (art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), Prawo w Działaniu 2016, Nr 25, s. 157.

ale odniesiono się także do sytuacji rodziców zastępczych. Najczęściej bowiem te podmioty udzielają zgody na czynności postępowania leczniczego wobec małoletnich.

Pojęcie zaburzeń psychicznych zostało zdefiniowane w art. 3 pkt 1) UOZP[5] i w takim też znaczeniu posługuję się nim w niniejszym opracowaniu.

2. Czynności postępowania leczniczego a władza rodzicielska

Panuje zgodny pogląd, że czynności dotyczące zapewnienia szeroko pojętej opieki zdrowotnej dziecku pozostającemu pod władzą rodzicielską mieszczą się w zakresie wskazanej w art. 95 § 1 k.r.o. pieczy nad jego osobą[6]. Oznacza to prawo i obowiązek rodziców do zapewnienia tej opieki. Nie ma już jednak jednolitości poglądów czy jej zapewnienie stanowi „istotną sprawę" dziecka wymagającą wspólnego rozstrzygnięcia rodziców (art. 97 § 2 k.r.o.). Z jednej strony przyjmuje się, choć przy użyciu pojęć nieostrych, że tylko ważniejsze lub bardziej ryzykowne czynności z zakresu opieki zdrowotnej stanowią takie sprawy[7]. Z drugiej zaś strony

[5] Zgodnie z tym przepisem osobą z zaburzeniami psychicznymi jest osoba: a) chora psychicznie (z zaburzeniami psychotycznymi), b) upośledzona umysłowo, c) wykazująca inne zaburzenia psychiczne scharakteryzowane szerzej w powołanym przepisie.

[6] Zamiast wielu zob. Z. Mańk, *Władza rodzicielska*, Warszawa 1978, s. 36; T. Sokołowski, *Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem*, Poznań 1987, s. 23, 33; J. Ignatowicz, *Prawo rodzinne*, Warszawa 2002, s. 321-322 oraz T. Smyczyński, *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Warszawa 2003, s. 190. W okresie przed wejściem w życie KRO zob. też K. Jagielski, *Istota i treść władzy rodzicielskiej*, SC 1963, t. III, s. 127. W odniesieniu do sfery zdrowia psychicznego zob. też J. Haberko, *Prawnomedyczne relacje rodzice-dziecko-państwo*, [w:] *Dziecko-Rodzice-Państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej*, red. M. Łączkowska-Porowska, Warszawa 2020, s. 17.

[7] Zob. w szczególności J. Ignatowicz, *Prawo*, s. 329 (autor przyjmuje, że uzgodnienia wymaga decyzja „co do leczenia dziecka, oczywiście w wypadku poważniejszej choroby"); T. Sokołowski, *Art. 97 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. H. Dolecki, T. Sokołowski, Warszawa 2013, pkt 7 (autor wskazuje, że istotną sprawą jest zgoda na „zabieg operacyjny lub decyzja o kierunku leczenia poważnej choroby"); R. Kubiak, *Zgoda na zabieg leczniczy przeprowadzony u osoby małoletniej. Rola sądu opiekuńczego*, Rodzina i prawo 2015, Nr 33, s. 12-13 (autor posługuje się pojęciem „zabiegów prostych" oraz „operacyjnych" i „o podwyższonym ryzyku", uznając, że tylko te pierwsze nie są istotnymi sprawami dotyczącymi dziecka); J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda rodziców na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, Prok. i Prawo 2018, Nr 5, s. 74 (autorka zalicza do istotnych spraw metody i środki leczenia stwarzające obiektywnie podwyższone ryzyko, ale także takie, które w konkretnym przypadku, przy rozważeniu wszystkich okoliczności, mogą być za takie uznane); H. Haak, A. Haak-Trzuskawska, *Art. 97* k.r.o.,

podnosi się, że w zakresie istotnych spraw dziecka mieści się każda decyzja dotycząca sposobu jego leczenia[8].

Należy przyjąć, że jedynie decyzje w zakresie poważniejszych czynności leczniczych powinny być traktowane jako istotne sprawy dziecka (a zatem odrzucić należy pogląd kwalifikujący po prostu leczenie dziecka jako sprawę istotną). Leczenie przeziębienia lub skaleczeń powinny pozostawać w gestii jednego rodzica. Jak jednak w każdej tego rodzaju kwalifikacji, także i w tej, nie sposób wskazać wszystkich chorób lub dolegliwości, które są już istotne w rozumieniu art. 97 § 2 k.r.o., a które jeszcze nie[9].

Mimo tych trudności kwalifikacyjnych, postuluję, aby w zakresie zdrowia psychicznego dziecka, traktować konsultacje psychologiczne lub psychiatryczne, o ile nie prowadzą one jeszcze do diagnozy (psychologicznej lub psychiatrycznej) i nie stanowią terapii (w tym psychoterapii) lub nie wdrażają procesu leczenia (w tym przy użyciu substancji psychotropo-

---

[w:] *Pokrewieństwo i powinowactwo* (pochodzenie dziecka, stosunki między rodzicami a dziećmi, przysposobienie), Warszawa 2019, pkt A.5, s. 300 (autorzy uzależniają kwalifikację takich spraw jako istotnych w zależności od „rodzaju choroby, stanu zdrowia dziecka, rodzaju i rozmiarów możliwych interwencji lekarskich i skutków interwencji"); J. Słyk, *Art. 97 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*. Komentarz, red. M. Domański, J. Słyk, Legalis 2024, Nt 4, 12 (autor uznaje za istotną sprawę „przeprowadzenie poważniejszych zabiegów medycznych i badań").

[8] Zob. B. Dobrzański, *Art. 97 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. B. Dobrzański, J. Ignatowicz, Warszawa 1975, s. 666; A. Zieliński, *Sądownictwo opiekuńcze w sprawach małoletnich*, Warszawa 1975, s. 218; Z. Mańk, Władza, s. 43; J. Ignaczewski, *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003, s. 51; tenże, *Art. 97 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2009, Nb 2; tenże (aktualizacja K. Pudłowska), *Władza rodzicielska*, [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem*, Warszawa 2019, s. 64; M. Świderska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 45; H. Ciepła, *Art. 97 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*. Komentarz, red. K. Piasecki, Warszawa 2011, pkt 1; E. Trybulska-Skoczelas, *Art. 97 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. J. Wierciński, Warszawa 2014, pkt 2; J. Ignatowicz, J. Gajda, *Art. 97 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2023, Nb 2; A. Pośpiech, *Art. 97 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz aktualizowany*, red. M. Fras, M. Habdas, Lex 2023; pkt 17. Niejednoznaczne jest stanowisko A. Wojcieszak, *Rola przedstawiciela ustawowego w procesie wyrażania zgody na zabieg medyczny wobec pacjenta małoletniego*, [w:] *Prawo – rodzina – praca*, red. M. Andryszczak, R. Badowiec, D. Gęsicka, Toruń 2017, s. 148 (autorka z jednej strony traktuje „leczenie" jako sprawę istotną, ale – z drugiej – dla „zabiegów prostych" wydaje się łagodzić to stanowisko).

[9] Por. np. B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 184; J. Słyk, *Zezwolenie*, s. 153; P. Rafałowicz, K. Pająk, T. Jurek, *Sytuacja lekarza wobec braku zgody rodziców na świadczenia zdrowotne udzielane pacjentowi małoletniemu*, Pomeranian Journal of Life Sciences 2019, Nr 1(65), s. 92.

wych[10]), jako czynności inne niż istotne w znaczeniu art. 97 § 2 k.r.o. Uważam też, że nie należy kwalifikować jako czynności istotnych, obserwacji psychologicznych oraz tzw. psychologicznych interwencji kryzysowych, w szczególności związanych ze zdarzeniami w placówkach edukacyjnych, do których uczęszcza dziecko[11]. Mało tego, uważam, że nawet w ramach obowiązujących przepisów można traktować powyższe czynności jako niewymagające w ogóle zgody przedstawiciela ustawowego dziecka[12].

Kwalifikacja danej czynności z zakresu ochrony zdrowia psychicznego jako istotnej ma niewątpliwie znaczenie w relacji między rodzicami. Powstaje natomiast zagadnienie, jakie ma znaczenie w relacji: „rodzic – lekarz lub psycholog", albo szerzej: „rodzic – podmiot leczniczy". Analogicznie bowiem jak w innych sprawach, także w sprawach pieczy nad stanem zdrowia dziecka, władza rodzicielska obejmuje czynności rodziców w sferze wewnętrznej (*pro foro interno;* zob. art. 96-97 k.r.o.), jak i reprezentację (*pro foro externo;* zob. art. 98 k.r.o.)[13]. Sfera wewnętrzna to decyzja rodzica lub rodziców w sprawie kierunków zapewnienia opieki zdrowotnej, natomiast sfera zewnętrzna to realizacja tej decyzji poprzez składanie stosownych oświadczeń woli[14]. Ustawodawca przyjął, że jeśli obojgu rodzicom

[10] Co do tego pojęcia zob. art. 4 pkt 25 ustawy z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1939). Por. też art. 1 ust. 2 ustawy z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 686).

[11] Warto zauważyć, że w poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Druk Sejmowy nr 748 Sejmu X. kadencji) proponuje się dopuszczalność udzielania dziecku, które ukończyło 13 lat, a nie ukończyło lat 16, bez zgody jego przedstawiciela ustawowego, do trzech: porad psychologicznych, sesji psychoterapii w ramach interwencji kryzysowej lub sesji wsparcia psychospołecznego.

[12] Wydaje się, że odmiennie J. Haberko, *Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta, Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2020, Nr 1(19), s. 14, która podkreśla, że w ramach obowiązującego prawa dziecko nie może „samodzielnie korzystać z wizyt lekarskich niezależnie od wieku czy stopnia osobniczego rozwoju".

[13] Por. zamiast wielu S. Szer, *Prawo rodzinne w zarysie*, Warszawa 1969, s. 200-201, 206 oraz J. Ignatowicz, *Władza rodzicielska*, [w:] *System prawa rodzinnego i opiekuńczego*, red. J. St. Piątowski, Wrocław-Warszawa 1985, s. 804.

[14] Dystynkcja ta nie zawsze jest dostrzegana w literaturze. Zob. np. A. A. Dąbrowski, *Zgoda rodziców na leczenie dziecka w świetle unormowań prawa polskiego*, [w:] *Rodzina w prawie administracyjnym*, red. A. Ziółkowska, A. Gronkiewicz, Katowice 2015, s. 167 i A. Wojcieszak, *Rola*, s. 148, którzy łączą wyrażenie zgody na czynności lecznicze z ustaleniem czy dana sprawa jest istotna. Zob. też S. Kiełbasa, A. Niedzielski, *Regulacje prawne dotyczące zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego małolet-*

przysługuje władza rodzicielska, to każde z nich może samodzielnie reprezentować dziecko (art. 98 § 1 zd. 2 k.r.o.).

W związku z tym w zakresie reprezentacji dziecka (także w sferze opieki zdrowotnej) rozważenia wymagają dwie kwestie.

Po pierwsze, konieczne jest rozróżnienie oraz poprawna identyfikacja czynności podejmowanych przez rodzica *pro foro externo* w imieniu i na rzecz dziecka (przedstawicielstwo ustawowe; reprezentacja *sensu stricto*) oraz tych podejmowanych w imieniu własnym, choć ze skutkiem w sferze dóbr osobistych dziecka (potocznie, ale błędnie, mówi się w tym przypadku także o reprezentacji). W tym drugim przypadku, rodzic realizuje własną kompetencję z zakresu pieczy nad osobą dziecka i nie działa w sferze przedstawicielstwa ustawowego, choć przepis może przyznawać mu tę kompetencję ze względu na to, że jest przedstawicielem ustawowym. Do kwestii wypadnie powrócić w dalszej części rozważań (punkt IV), natomiast już w tym miejscu należy zasygnalizować, że zgoda rodzica na czynności z zakresu postępowania leczniczego (w tym na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) nie jest udzielana w imieniu małoletniego i nie jest to czynność z zakresu jego reprezentacji (przedstawicielstwa ustawowego).

Po drugie, w sprawach, w których rodzice działają jako przedstawiciele ustawowi (a zatem w imieniu i na rzecz dziecka) rozstrzygnąć należy, czy przepis art. 98 § 1 zd. 2 k.r.o., wprowadzając reprezentację dziecka przez jednego rodzica, zwalnia go z konieczności wykazania (a kontrahenta z konieczności weryfikowania), że czynność „istotna" została uzgodniona z drugim rodzicem.

Przypomnieć należy, że art. 98 § 1 zd. 2 k.r.o. miał na celu ułatwienie i usprawnienie wykonywania władzy rodzicielskiej. Sporym utrudnieniem byłaby przecież konieczność zapewnienia jednoczesnej obecności obojga rodziców w odniesieniu do każdej czynności podejmowanej w imieniu i na rzecz dziecka. Mimo tego niewykluczona jest hipoteza, że celem

niemu – wybrane zagadnienia, [w:] *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. M. Zdyb et. al., Warszawa 2018, s. 92; R. Kubiak, *Nowe uwarunkowania prawne przeprowadzania eksperymentów medycznych,* PS 2021, Nr 1, s. 16.

ustawodawcy było jedynie ułatwienie samej reprezentacji, bez zwolnienia samodzielnie działającego rodzica od wykazania, że działa za zgodą rodzica drugiego (o ile dana sprawa jest istotna), a także bez zwolnienia osoby trzeciej (adresata) od domagania się wykazania, że stanowisko działającego rodzica zostało uzgodnione z drugim. Można nawet twierdzić, że czynność dokonana przez jednego rodzica w istotnej sprawie dziecka, bez uzgodnienia z drugim rodzicem, oznacza przekroczenie zakresu umocowania i powoduje nieważność czynności prawnej[15]. Takie wnioskowanie jest jednak błędne, gdyż czyni art. 98 § 1 zd. 2 k.r.o. w zasadzie zbędnym, a nadto całkowicie odrywa się od realiów i potrzeb obrotu. Słusznie podkreśla się, że prawo do reprezentacji dziecka jest jedynie pomocniczym elementem władzy rodzicielskiej, gdyż zapewnia realizację decyzji wewnętrznych przedstawicieli ustawowych[16]. Owa pomocniczość nie oznacza jednak, że w sprawach istotnych reprezentacja powiela zasady rządzące decyzjami wewnętrznymi (np. wprowadza reprezentację łączną dziecka przez rodziców albo uzależnia poprawność reprezentacji od uzyskania zgody drugiego małżonka), tylko stanowi techniczno-prawne rozwiązanie odrywające się od tych wewnętrznych zasad[17]. Ustawodawca rozdzielił więc zakres kompetencji rodziców w relacjach wewnętrznych (istotne sprawy wymagają uzgodnienia) oraz zewnętrznych (nawet w istotnych sprawach wystarcza jednoosobowa reprezentacja dziecka)[18]. Słusznie zatem podniesiono, że zasada jednoosobowej reprezentacji dziecka osłabia zasadę z art. 97 § 2 k.r.o. o wspólnej decyzji dotyczącej istotnych spraw dziecka (choć nie zwalnia rodziców z jej stosowania)[19].

[15] Tak H. Haak, A. Haak-Trzuskawska, *Art. 98 k.r.o.*, pkt II.A.6, s. 311. T. Sokołowski, *Władza*, s. 35 przyjmuje nieważność czynności prawnej w przypadku dokonania jej przy wiadomym drugiej stronie sprzeciwie jednego z rodziców. W późniejszym opracowaniu, T. Sokołowski, *Art. 98 k.r.o.*, pkt 7, złagodził jednak swój pogląd przyjmując, że złożenie oświadczenia przez jednego rodzica mimo nieuzgodnienia go z drugim, rodzi skutki prawne dla dziecka.

[16] Por. S. Szer, *Prawo*, s. 205; B. Dobrzański, *Art. 98 k.r.o.*, s. 667; T. Sokołowski, *Władza*, s. 39; T. Smyczyński, *Prawo*, s. 194; J. Strzebinczyk, *Prawo rodzinne*, Kraków 2003, s. 299; tenże, *Władza rodzicielska*, [w:] *System Prawa Prywatnego. Prawo rodzinne i opiekuńcze*, red. T. Smyczyński, Warszawa 2011, Nb 106, s. 286; H. Haak, A. Haak-Trzuskawska, Art. 98 k.r.o., pkt I.A.3, s. 307; J. Ignatowicz, J. Gajda, *Art. 98 k.r.o.*, Nb 6.

[17] Tak słusznie J. Strzebinczyk, *Prawo*, s. 299.

[18] Zob. S. Szer, Prawo, s. 206; J. Strzebinczyk, *Prawo*, s. 303.

[19] J. Strzebinczyk, *Władza*, Nb 126, s. 299.

W związku z powyższym podzielić należy stanowisko, że oświadczenie woli w istotnej sprawie złożone osobie trzeciej w imieniu i na rzecz dziecka, nawet bez uzgodnienia z drugim rodzicem (a nawet wbrew jego woli), będzie skuteczne dla osoby trzeciej[20]. Ani rodzic działający samodzielnie w imieniu dziecka, ani osoba trzecia (adresat oświadczenia) nie mają obowiązku odpowiednio wykazania lub domagania się wykazania, że oświadczenie rodzica działającego, zostało uzgodnione z drugim rodzicem[21].

W związku z zasadą jednoosobowej reprezentacji dziecka przez każdego z rodziców trzeba rozwiązać jednak problem sprzeczności ich oświadczeń. Dotyczy to zarówno sprzeczności w przypadku jednoczesnej obecności rodziców, jak i wtedy, gdy sprzeczne oświadczenia składane są przez nich sukcesywnie.

W odniesieniu do pierwszej sytuacji w literaturze zarysowała się rozbieżność stanowisk. Z jednej strony podniesiono, że jeśli jednocześnie obecni rodzice składają sprzeczne oświadczenia woli, to „nie ma ważnego prawnie oświadczenia"[22]. Z drugiej strony wskazano, że oświadczenie (oświadczenia) złożono, ale ewentualnie sąd opiekuńczy ma podstawy do adekwatnej ingerencji w późniejszym etapie[23]. Przychylić się należy do pierwszego stanowiska. Pozostaje ono w zgodzie z zasadą jednoosobowej reprezentacji dziecka. Poza tym, przemawiają za nim treść art. 61 § 1 zd. 2 k.c. (regulującego ogólną zasadę odwoływalności oświadczenia woli), a także argument z konsekwencji stanowiska odmiennego (*argumentum ad consequentiam*). Jeśli przyjąć, że złożone zostały w takim przypadku dwa równoległe i skuteczne (wiążące nadawcę, a zatem w istocie reprezentowane dziecko) oświadczenia woli, to rodzi się pytanie, czy adresat ma

[20] S. Szer, *Prawo*, s. 206; B. Dobrzański, *Art. 98 k.r.o.*, s. 669; J. Ignatowicz, *Władza*, s. 834, 841; tenże, *Art. 98 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, Nb 7; J. Strzebinczyk, *Władza*, Nb 126, s. 299; J. Ignatowicz, J. Gajda, *Art 98 k.r.o.*, Nb 9. W okresie przed wejściem w życie k.r.o. tak też K. Jagielski, *Istota*, s. 129.

[21] Zob. trafnie B. Dobrzański, *Art. 98 k.r.o.*, s. 669.

[22] Tak B. Dobrzański, *Art. 98 k.r.o.*, s. 669; J. Ignatowicz, *Władza*, s. 834; tenże, *Art. 98 k.r.o.*, Nb 9; H. Haak, A. Haak-Trzuskawska, *Art. 98 k.r.o.*, pkt II.A.7, s. 312; J. Ignatowicz, J. Gajda, *Art. 98 k.r.o.*, Nb 9; P. Wicherek, *Art. 98 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz aktualizowany*, red. M. Fras, M. Habdas, LEX/el. 2023, pkt 16.

[23] Zob. J. Strzebinczyk, *Władza*, Nb 126, s. 299.

wybrać oświadczenie, które przyjmuje, a jeśli tak, to według jakich kryteriów? Czy adresat nie naraża się na uznanie jego wyboru za działanie w złej wierze i niezgodnie z zasadami współżycia społecznego? Dlatego optymalnym rozwiązaniem jest stosowanie art. 61 § 1 zd. 2 k.c. W efekcie, jednocześnie obecni rodzice, składając sprzeczne oświadczenia woli, odwołują wzajemnie swoje oświadczenia, co oznacza, że adresat znajduje się w sytuacji takiej, jakby żadne oświadczenie nie zostało złożone.

Z kolei w przypadku sukcesywnie składanych oświadczeń woli (najczęściej jest to sprzeciw[24] drugiego rodzica po złożeniu oświadczenia woli przez rodzica pierwszego), to należy rozstrzygnąć, czy zostały dochowane przesłanki z art. 61 § 1 zd. 2 k.c.[25] Jeśli tak, to doszło do skutecznego odwołania oświadczenia woli. Jeśli nie, to czynność pierwszego rodzica jest skuteczna i następczy sprzeciw drugiego z nich pozostaje irrelewantny z punktu widzenia dokonania czynności prawnej (zawarcia umowy)[26]. W takim przypadku, późniejsze oświadczenie rodzica może stanowić czynność jednostronną mającą na celu odstąpienie od umowy, jej wypowiedzenie, uchylenie się od skutków oświadczenia woli ze względu na wady tego oświadczenia, a także inne czynności następcze względem dokonanej już czynności prawnej[27]. Jest to już jednak odrębne oświadczenie podlegające ocenie w okolicznościach skutecznie złożonego oświadczenia pierwszego rodzica.

Analogicznie należy ocenić sytuację, w której jeden rodzic zgłosił sprzeciw, a następnie drugi składa oświadczenie woli (dokonuje czynności prawnej) wbrew temu sprzeciwowi. O ile nadal, biorąc pod uwagę czas związania ofertą lub termin na dokonanie czynności, dopuszczalne jest złożenie skutecznego oświadczenia woli, to mimo uprzedniego sprzeciwu jednego rodzica (wiadomego adresatowi oświadczenia), drugi rodzic

[24] Oświadczenie sprzeczne względem oświadczenia pierwszego rodzica.

[25] Warunkiem skutecznego odwołania jest jego dojście do adresata jednocześnie z samym odwoływanym oświadczeniem woli lub wcześniej.

[26] Tak też B. Dobrzański, *Art. 98 k.r.o.*, s. 669; J. Ignatowicz, *Władza*, s. 834; P. Wicherek, *Art. 98 k.r.o.*, pkt 14-15.

[27] Por. trafnie J. Ignatowicz, *Władza*, s. 834; H. Haak, A. Haak-Trzuskawska, *Art. 98 k.r.o.*, pkt II.A.7, s. 312; J. Ignatowicz, J. Gajda, *Art. 98 k.r.o.*, Nb 9.

może złożyć skuteczne oświadczenie woli[28]. W praktyce zatem, w takim stanie faktycznym wiążące jest ostatnie oświadczenie woli.

Mimo że powyższe uwagi dotyczą oświadczeń woli składanych przez rodzica w ramach reprezentacji dziecka, to jednak znajdą też zastosowanie w odniesieniu do oświadczeń (woli, jak i innych) składanych przez rodzica poza tą reprezentacją, jeśli przepisy szczególne przyznają obojgu rodzicom uprawnienie do składania takich oświadczeń. Do kwestii wypadnie powrócić w dalszej części rozważań (punkty IV i V).

3. Przedmiot i charakter prawny zgody

Zgoda na czynności postępowania leczniczego w zakresie zdrowia psychicznego stanowi zezwolenie na naruszenie dóbr osobistych małoletniego pacjenta dotkniętego zaburzeniami psychicznymi[29], w szczególności jego wolności i nietykalności psychofizycznej.

W Rozdziale 3. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, uregulowano w sposób szczególny właściwie tylko dwa przypadki takich czynności: przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego (art. 22 ust. 3 u.o.z.p.) oraz podejmowanie czynności leczniczych w czasie pobytu w szpitalu stwarzających podwyższone ryzyko dla małoletniego (art. 33 ust. 3 u.o.z.p.)[30]. Nie jest to zatem regulacja kompleksowa[31]. W sprawach nieuregulowanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego należy stosować ustawę o zawodzie lekarza oraz ustawę o prawach pacjenta[32].

---

[28] Tak J. Ignatowicz, *Władza*, s. 841. Odmiennie T. Sokołowski, Art. 98 k.r.o., pkt 7 i G. Jędrejek, *Art. 98 k.r.o.*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2019, pkt 2.

[29] O przedmiocie zgody zob. szerzej M. Sośniak, *Znaczenie zgody uprawnionego w zakresie cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej*, ZNUJ. Prace Prawnicze 1959, z. 6, s. 128 i n. Zob. też J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 14 oraz J. Haberko, *Sytuacja prawna,* s. 17 i n.

[30] Przepis stanowi delegację ustawową w celu określenia katalogu takich czynności wymagających każdorazowej zgody.

[31] Tak L. Paprzycki, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*, Kraków 1996, s. 7. Odmiennie jednak P. Sobolewski, *Zgoda na zabieg medyczny*, [w:] *System Prawa Medycznego*. Instytucje Prawa Medycznego, t. 1, red. L. Bosek, M. Safjan, Warszawa 2018, Nb 24, s. 379, który przyjmuje, że UOZP zawiera kompleksową regulację problematyki zgody na czynności lecznicze.

[32] Zob. trafne uwagi M. Świderskiej, *Zgoda*, s. 292 oraz B. Janiszewskiej, *Zgoda*, s. 138, 183-184.

Analiza powyższych regulacji pozwala skonstruować katalog kluczowych czynności postępowania leczniczego wobec małoletniego dotkniętego zaburzeniami psychicznymi. Na czynności te składają się: a) badanie psychiatryczne (zob. *a contrario* art. 21 u.o.z.p. w zw. z art. 32 u.z.l. oraz art. 17 u.p.p.)[33], b) przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (zob. art. 22 u.o.z.p.) oraz c) czynności terapeutyczne (leczenie małoletniego zarówno przyjętego do szpitala, jak i korzystającego z opieki ambulatoryjnej; zob. art. 32 i 34 u.z.l. i art. 17-18 u.p.p., a także art. 33 ust. 3 u.o.z.p.)[34]. Zgoda wymagana jest na każdą nową czynność leczniczą, a zatem nie można jej domniemywać (np. zgoda na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, nie obejmuje „ze swej natury" włączenia farmakoterapii)[35].

Legislacyjną próbę ustalenia pojęcia „zgody" udzielanej przez pacjenta dotkniętego zaburzeniami psychicznymi podjęto w art. 3 pkt 4) u.o.z.p.[36] W myśl tej definicji ustawowej, *verba legis*, zgoda oznacza zgodę (*idem per idem*). Ustawodawca nie wyjaśnił więc, czym jest zgoda, tylko skupił się na charakterystyce jej podmiotowego aspektu (zgoda ma być swobodna i wyrażona przez odpowiednio poinformowanego pacjenta, zdolnego do zrozumienia przekazywanej informacji)[37]. Wyjaśnienie charakteru prawnego „zgody" pozostawiono nauce i orzecznictwu. Oprócz tego, w ustawach medycznych ustawodawca nie definiuje ani nie charakteryzuje zgody przedstawiciela ustawowego, w tym rodziców małoletniego.

[33] Tak B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 200-201.

[34] Tak trafnie B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 373.

[35] Nietrafne jest więc stanowisko S. Dąbrowskiego i J. Pietrzykowskiego, *Art. 22 u.o.z.p.*, [w:] *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997, s. 126, którzy przyjmują, że zgoda na przyjęcie do szpitala dotyczy także samego leczenia. Odmiennie i trafnie M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 66, T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 56; B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 353, 364 oraz P. Sobolewski, *Zgoda*, Nb 150-151, s. 427. Zob. też M. Świderska, *Zgoda*, s. 292-293.

[36] „Zgoda" oznacza: „swobodnie wyrażoną zgodę [*podkr. GM*] osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania".

[37] P. Sobolewski, *Zgoda*, Nb 26, s. 380, przyjął w związku z tym, że w u.o.z.p. nie ma definicji legalnej „zgody".

Dało to asumpt do słusznej tezy, że zgoda przedstawiciela ustawowego nie jest zgodą pacjenta[38], a zatem, w zakresie rozważanych w niniejszym opracowaniu czynności, nie podlega regulacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tylko ustaw o zawodzie lekarza oraz o prawach pacjenta.

Charakter prawny zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych był już wielokrotnie rozważany w literaturze. W ostatnim czasie wydaje się dominować stanowisko, że jest to oświadczenie woli stanowiące czynność prawną[39]. Podstawowe argumenty wspierające ten pogląd wynikają z przyjętej w nauce definicji czynności prawnej jako aktu obejmującego przynajmniej jedno oświadczenie woli, zmierzającego na nawiązania, zmiany lub zakończenia stosunku prawnego[40]. Jak się zatem podnosi, zgoda ma prowadzić do nawiązania stosunku prawnego między pacjentem i lekarzem oraz upoważniać do ingerencji w dobro osobiste[41]. Najpełniej uzasadnione stanowisko przeciwko takiej kwalifikacji przedstawił M. Sośniak, który – nie bez racji – zwracał uwagę na istotne różnice między „zgodą" rozumianą jako oświadczenie podobne do oświadczenia woli, a czynnością prawną[42].

W świetle art. 65^1 k.c.[43], mimo niezmiennej, dogmatycznej doniosłości powyższego sporu, w praktyce stracił on na znaczeniu.

Specyfika zgody na dokonanie czynności leczniczych nie budzi żadnych wątpliwości. Dotyka ona dyspozycji dobrem osobistym (nawet jeśli

[38] Tak B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 153, 193-194.

[39] Spośród wielu zob. B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 1 (przypis nr 1), s. 366 (przypis nr 605); P. Sobolewski, *Zgoda*, Nb 111 i n., s. 412 i n. Por. też M. Świderska, *Zgoda*, s. 38.

[40] Zob. gruntowną analizę P. Sobolewskiego, *Zgoda*, Nb 111-124, s. 412-417.

[41] Ibidem.

[42] Zob. M. Sośniak, *Znaczenie*, s. 137-138, 142; tenże, *Funkcje i skuteczność zgody osoby uprawnionej w zakresie ochrony dóbr osobistych*, [w:] *Prace z prawa cywilnego*, Wrocław-Warszawa 1985, s. 67, gdzie autor wskazuje, że zgoda to: „jednostronne, odwołalne działanie prawne, zbliżone w swym charakterze do oświadczenia woli". W tym kierunku również M. Pazdan, *Dobra osobiste i ich ochrona*, [w:] *System Prawa Prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna*. t. 1, red. M. Safjan, Warszawa 2012, Nb 94, s. 1276, przy czym autor zalicza „zgodę" do działań prawnych podobnych do czynności prawnych. Zob. też M. Safjan, *Prawo*, s. 67, który podkreśla, że „zgoda" nie jest oświadczeniem woli *sensu stricto*. W tę stronę także P. Rafałowicz, K. Pająk, T. Jurek, *Sytuacja*, s. 91 oraz A. Fiutak, *Art. 3 u.o.z.p.*, [w:] M. Balicki, A. Fiutak, T. Gardocka, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2024, pkt 17.

[43] Przepis wszedł w życie 8.09.2016 r. Zgodnie z nim, przepisy o oświadczeniach woli stosuje się odpowiednio do innych oświadczeń.

w postaci upoważnienia do ingerencji w nie, a nie rozporządzenia nim), a więc dobrem niemajątkowym, co już powoduje nieadekwatność wielu konstrukcji prawa prywatnego. Specyfika ta potęguje się w odniesieniu do zgody udzielanej na podstawie przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, skoro w centrum uwagi jest tu pacjent dotknięty zaburzeniami psychicznymi, co rodzi pytania o możliwość składania przez niego wolnego od wad oświadczenia[44]. Znaczenie zgody nie ogranicza się do przepisów prawa cywilnego, ale jej istnienie lub brak podlega ocenie z punktu widzenia prawa karnego[45], a także regulacji prawa administracyjnego[46]. Nawet z punktu widzenia prawa prywatnego, czym innym jest zawarcie umowy o świadczenie zdrowotne, a czym innym zgoda na wykonanie takiego świadczenia[47]. Nie podlega także szerszej dyskusji pogląd o odwołalności zgody i to nie na zasadach z art. 61 § 1 zd. 2 k.c.[48] Można też wątpić, czy udzielenie zgody powołuje stosunek prawny z zakresu prawa cywilnego, zwłaszcza w odniesieniu do obowiązków, które miałyby być treścią tego stosunku. W braku zgody pacjenta (przedstawiciela ustawowego lub innego uprawnionego podmiotu) na badanie psychiatryczne lub na umieszczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym dopuszczalne staje się działanie podmiotu leczniczego w ramach *imperium* (wykonywania władzy publicznej). Zgoda (lub jej brak) może zatem wpłynąć na reżim prawny odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza i podmiotu leczniczego.

---

[44] Por. S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Art. 3 u.o.z.p.*, s. 67; B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 139, 164.

[45] Zob. w szczególności art. 192 k.k. W literaturze dyskusyjne jest, czy brak zgody przedstawiciela ustawowego oznacza brak zgody pacjenta, o której mowa w art. 192 k.k. Zob. szerzej J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda*, s. 91-93.

[46] Warunkiem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej jest ich wykonywanie zgodnie z przepisami (także tymi regulującymi zgodę pacjenta na te świadczenia). Jeśli zatem nie zostaną spełnione wymagania dotyczące zasad udzielania świadczeń (określone nie tylko w ustawach medycznych, ale także w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia), to może się okazać, że podmiot leczniczy nie uzyska finansowania ze środków publicznych lub je utraci (por. np. art. 61a ust. 1 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146). Tak może się zdarzyć nawet jeśli dany stan faktyczny związany z brakiem zgody pacjenta na świadczenie opieki zdrowotnej, nie będzie rodzić odpowiedzialności karnej lub cywilnej lekarza.

[47] Tak też M. Sośniak, *Znaczenie*, s. 137. M. Pazdan, *Dobra*, Nb 94, s. 1276 zauważa, że „zgoda" może zostać włączona do umowy jako jej element. Moim zdaniem nie traci przez to swojego autonomicznego znaczenia.

[48] Zob. M. Sośniak, *Znaczenie*, s. 150; P. Sobolewski, *Zgoda*, Nb 119-121, s. 416-417.

Ta specyfika zgody (zwłaszcza jej wpływ na różne gałęzie prawa), skłania do ostrożności w formułowaniu tez o jej charakterze prawnym. Co oczywiste, można zawsze stwierdzić, że zgoda stanowi czynność prawną, ale o tak odmiennych cechach i przesłankach, że większość regulacji kodeksu cywilnego i tak nie ma do niej zastosowania. Pytanie tylko, jaki efekt uzyskuje się przez taką kwalifikację?

W związku z powyższym, za wystarczające na potrzeby praktyki uważam inspirowane tradycyjnym podejściem M. Sośniaka i M. Pazdana wyjaśnienie, że zgoda na czynności lecznicze stanowi działanie prawne przybierające postać oświadczenia (podobnego do oświadczenia woli), podlegające autonomicznej regulacji przepisów ustaw medycznych. Na podstawie art. 65^1 k.c., na potrzeby oceny następstw tego oświadczenia w sferze prawa cywilnego, dopuszczalne jest odpowiednie stosowanie wobec niego wybranych przepisów o oświadczeniach woli.

Z tego też powodu, w dalszych rozważaniach nie posługuję się pojęciem „ważności" zgody[49]. Oznacza to, że niedochowanie regulowanych przepisami ustaw medycznych przesłanek wymaganych dla zgody oznacza jej brak[50]. Takie podejście pozwala respektować interdyscyplinarność przepisów o zgodzie.

4. Podmiot wyrażający zgodę

Ustawy medyczne, jako podmiot uprawniony do udzielenia zgody na czynności lecznicze (określone w punkcie III wyżej) względem małoletniego poniżej 16 roku życia, wskazują przedstawiciela ustawowego. Z punktu widzenia niniejszych rozważań jest to rodzic (w tym przysposabiający)[51], któremu przysługuje władza rodzicielska nad dzieckiem. Należy dodać, że zgodę na badanie psychiatryczne (tylko na badanie), wyrazić może także opiekun faktyczny, co wynika z dopuszczalności zastosowania w tym

[49] Co sugerowałoby, że zgoda jest czynnością prawną.

[50] Zob. M. Safjan, *Prawo*, s. 62; M. Pazdan, *Dobra*, Nb 95, s. 1277, którzy posługują się pojęciem bezskuteczności.

[51] Bez względu na rodzaj przysposobienia (tak trafnie M. Świderska, *Zgoda*, s. 47).

przypadku art. 32 ust. 3 u.z.l.[52] Takim faktycznym opiekunem może być np. rodzic dziecka, który w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej ma ograniczoną władzę rodzicielską, ale faktycznie zajmuje się dzieckiem.

Warto w tym miejscu poświęcić uwagę sytuacji rodziców zastępczych. W odniesieniu do małoletnich umieszczonych w pieczy zastępczej (w szczególności w rodzinie zastępczej) powstaje zasadnicza trudność interpretacyjna. Ustawodawca w art. 112^1 § 1 pkt 1 k.r.o. upoważnił rodziców zastępczych do wykonywania „bieżącej pieczy" nad dzieckiem oraz wychowania i reprezentowania go „w tych sprawach". Reszta praw i obowiązków wynikających z władzy rodzicielskiej pozostaje u rodziców dziecka. Należy wyjść od tego, że rodzice zastępczy mają status przedstawicieli ustawowych dziecka umieszczonego w ich pieczy, co wynika wprost z tego, że mogą je reprezentować w sprawach bieżącej pieczy i wychowania[53]. Zakres tego przedstawicielstwa ustawowego jest zawężony do spraw wymienionych, niestety nieprecyzyjnie, w art. 112^1 § 1 pkt 1 k.r.o. Jak nietrudno zauważyć, co najmniej dyskusyjne jest ich uprawnienie do wyrażania zgody na czynności postępowania leczniczego względem dziecka, gdyż można podawać w wątpliwość to, czy są to sprawy z zakresu „bieżącej pieczy"[54]. Postuluję, aby sprawy zdrowia psychicznego (co zresztą odnosi się także do zdrowia fizycznego) dziecka pozostającego w pieczy zastępczej traktować jako „sprawy bieżącej pieczy" nad dzieckiem i to bez różnicowania ich na „lżejsze", „mniej istotne" oraz „ważniejsze" lub „poważniejsze". Oznacza to, że rodzice zastępczy mogą wyrażać zgodę na czynności postępowania leczniczego, o których mowa była w punkcie III. Zgodnie z art. 112^1 § 2 k.r.o. sąd opiekuńczy może postanowić inaczej, a zatem pozostawić decyzję u rodziców dziecka. W braku jednak takiego rozstrzygnięcia, należy przyjmować domniemanie kompetencji – w tych sprawach – dla rodziców zastępczych.

[52] Zob. punkt III. i tak też B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 200-201. Nie podzielam przy tym zastrzeżenia autorki, że badanie psychiatryczne może stanowić inną czynność diagnostyczną niż badanie, o którym mowa w art. 32 ust. 2-3 u.z.l.

[53] Zamiast wielu zob. J. Słyk, *Art. 112^1 k.r.o.*, pkt 5.

[54] Za włączeniem do bieżącej pieczy spraw związanych z zapewnieniem dziecku opieki zdrowotnej, choć w wybranych sprawach („lżejszych schorzeń"), opowiadają się np. J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda*, s. 73; J. Słyk, *Art. 112^1 k.r.o.*, pkt 8. Przeciwko np. J. Ignatowicz, J. Gajda, *Art. 112^1*, Nb 2.

Na tym tle rodzi się kwestia wykazania przez osobę zamierzającą wyrazić zgodę swojego statusu (w tym przysługiwania w odpowiednim zakresie władzy rodzicielskiej). Nie powinno ulegać wątpliwości, że podstawowym i w istocie jedynym środkiem dowodowym jest oświadczenie takiej osoby. Podmiot leczniczy może ustalić jego tożsamość na podstawie dokumentów ją potwierdzających, natomiast nie ma obowiązku pozyskiwać i analizować dokumentów, z których wynika zakres władzy rodzicielskiej[55].

W polskiej literaturze silnie reprezentowany jest błędny pogląd, zgodnie z którym rodzice, wyrażając zgodę na czynności lecznicze wobec dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską, działają w sferze reprezentacji (działają w imieniu i na rzecz dziecka), a zatem realizują atrybut tej władzy, o którym stanowi art. 98 k.r.o.[56]

Tymczasem zgoda rodzica jest jego własnym oświadczeniem i nie działa on w tym przypadku w ramach reprezentacji dziecka (przedstawicielstwa ustawowego)[57]. W związku z tym celowe jest używanie na określenie tej zgody zwrotu „zgoda wyłączna”[58], zamiast najczęściej stosowanego:

[55] W odniesieniu do statusu opiekuna tak też T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia*, s. 67.

[56] Zob. w szczególności: J. Ignatowicz, *Władza*, s. 833; tenże, *Art. 98 k.r.o.*, Nb 6; J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 50; J. Strzebinczyk, *Prawo*, s. 292; tenże, *Władza*, Nb 76, s. 273; M. Świderska, *Zgoda*, s. 44; R. Kubiak, *Zgoda*, s. 9; T. Rek, *Dziecko – pacjent oraz świadczeniobiorca*, [w:] M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko-pacjent i świadczeniobiorca*, Warszawa 2015, s. 66; A. Wojcieszak, Rola, s. 146; H. Haak, A. Haak-Trzuskawska, *Art. 98 k.r.o.*, pkt I.A.4, s. 307; R. Zegadło, *Władza rodzicielska*, [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem*, Warszawa 2019, s. 108-111; J. Haberko, *Sytuacja prawna*, s. 18-19; taż, Prawnomedyczne, s. 25-26; M. Manowska, P. Gałecki, *Przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego w myśl polskiego prawa. Część I, Psychiatria Polska* 2021, Nr 3(55), s. 588; J. Ignatowicz, J. Gajda, *Art. 98 k.r.o.*, Nb 6.

[57] Przypomnieć należy, że zgodnie z art. 95 § 1 k.c., z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych albo wynikających z właściwości czynności prawnej, można dokonać czynności prawnej przez przedstawiciela. Oznacza to, że rodzic reprezentuje dziecko jako przedstawiciel ustawowy, co do tych czynności, których może dokonywać w imieniu dziecka (por. np. Z. Mańk, *Władza*, s. 39). Jeśli rodzic działa ze skutkiem w sferze dóbr osobistych lub majątkowych dziecka, ale nie w jego imieniu, to nie jest to reprezentacja w rozumieniu art. 95 k.c. i 98 k.r.o. Tak T. Sokołowski, *Władza*, s. 33-34 jak i J. Ignatowicz, J. Gajda, *Art. 98 k.r.o.*, Nb 1. Por. P. Sobolewski, *Zgoda*, Nb 84, s. 402.

[58] Takiego określenia trafnie używa J. Haberko, *Prawnomedyczne*, s. 24.

„zgoda zastępcza”[59] lub „substytucyjna”[60]. Te dwa ostatnie pojęcia wprowadzają w błąd, gdyż sugerują, że rodzic wyraża zgodę właśnie w imieniu dziecka. Takiej konstrukcji ustawodawca jednak nie przyjął. Z całą stanowczością należy stwierdzić, że oświadczenie o zgodzie składane jest w imieniu własnym rodzica i stanowi realizację jego własnej kompetencji[61].

Takie rozwiązanie nie jest wyjątkowe w prawie rodzinnym i opiekuńczym. Po pierwsze, w czasie sprawowania władzy rodzicielskiej zdecydowana większość czynności prawnych składających się na poszczególne atrybuty tej władzy, dokonywana jest przez rodzica (rodziców) nie w sferze reprezentacji, a więc nie w imieniu i na rzecz dziecka, tylko w imieniu własnym, choć na potrzeby dziecka i ze skutkiem w sferze jego interesów[62]. Po drugie, ustawodawca w regulacjach szczególnych często wskazuje jako uprawnioną do dokonania danej czynności osobę będącą przedstawicielem ustawowym dziecka (wskazanie podmiotu uprawnionego ze względu na jego status), ale nie traktuje dokonania tej czynności jako reprezentacji w techniczno-prawnym znaczeniu (działania w imieniu i na rzecz dziecka)[63]. Należy więc rozróżnić reprezentację (przedstawicielstwo ustawowe) oraz działanie w sferze interesów dziecka[64], które jednak reprezentacją nie jest.

[59] Takiego pojęcia używają np. L. Paprzycki, *Ustawa*, s. 34; S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Art. 3 u.o.z.p.*, s. 70; J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 17; R. Kubiak, *Zgoda*, s. 11; J. Słyk, *Zezwolenie*, s. 149; A. Wojcieszak, *Rola*, s. 146; J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda*, s. 65; S. Kiełbasa, A. Niedzielski, *Regulacje*, s. 92; P. Rafałowicz, K. Pająk, T. Jurek, *Sytuacja*, s. 92.

[60] Tak np. M. Safjan, *Prawo*, s. 40; M. Świderska, *Zgoda*, s. 43, 292.

[61] Zob. trafnie B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 500; P. Sobolewski, *Zgoda*, Nb 84, s. 402; J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda*, s. 66; J. Słyk, *Art. 98 k.r.o.*, pkt 2, 25. W tym zakresie trafnie także M. Puk, *Kompetencje przedstawiciela ustawowego do wyrażania zgody na interwencję medyczną wobec pacjenta małoletniego*, Zeszyt Studencki Kół Naukowych WPiA UAM 2014, Nr 4, s. 170.

[62] Spośród wielu można jedynie przykładowo wskazać zawieranie umów o świadczenie usług edukacyjnych na rzecz dziecka, nabywanie z własnych środków rodzica „dla dziecka” żywności, książek, ubrań, organizowanie pobytów wakacyjnych, zajęć dodatkowych, itp. Por. J. Ignatowicz, *Władza*, s. 832.

[63] Zob. np. art. 3 ust. 3 ustawy z 7.04.1989 r. – Prawo o stowarzyszeniach (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 2261; dalej: PrStowU); art. 8 ust. 1 Rozporządzenia z 27.04.2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO; Dz. U.UE.L.2016.119.1); art. 115 ust. 1 ustawy z 14.12.2016 r. – Prawo oświatowe (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 737).

[64] Zbliża się ono do konstrukcji zastępstwa pośredniego.

Uprawnienie do wyrażenia zgody na czynności z zakresu postępowania leczniczego względem małoletniego można zaliczyć do prerogatyw przedstawicieli ustawowych dziecka (ustawy medyczne przyznały to uprawnienie podmiotom mającym taki status). Jak powyżej ustalono, zapewnienie opieki zdrowotnej mieści się w szerokim pojęciu pieczy nad osobą dziecka i wyrasta z tego fundamentalnego elementu władzy rodzicielskiej. Mimo to, podstawy prawnej dla wyrażania tej zgody próżno szukać w k.r.o. Uprawnienie do jej wyrażania przez rodziców przyznane zostało na podstawie szczególnych przepisów ustaw medycznych. Przepisy te stanowią autonomiczną względem k.r.o. regulację[65], opartą na własnych założeniach i przesłankach dla wyrażenia skutecznej zgody[66].

Analiza tych przepisów uprawnia do wniosku, że do udzielenia prawnie doniosłej zgody przedstawiciela ustawowego, wymaganej w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego (choć także w pozostałych ustawach medycznych), wystarczy zgoda jednego z rodziców[67]. Uzasadnieniem dla tej tezy nie jest tu jednak brzmienie art. 98 § 1 zd. 2 k.r.o. (bo to nie jest czynność z zakresu reprezentacji), a przy tym nie sprzeciwia się jej art. 97 § 2 k.r.o.

---

[65] W tę stronę S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Art. 3 u.o.z.p.*, s. 67 i B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 139, 162.

[66] O autonomii tych przepisów świadczy nawet art. 25 ust. 2 u.z.l., który w sprawach udzielania zgody przez przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej na eksperyment medyczny nakazuje stosować art. 97 § 2 k.r.o. W literaturze podniesiono, że jest to wadliwa regulacja (zob. J. Haberko, *Sytuacja małoletniego uczestnika eksperymentu medycznego. Uwagi na tle nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, PiP 2022, Nr 11, s. 39). Jak przyjmuje J. Haberko, skoro intencją ustawodawcy było wprowadzenie wymogu uzyskania zgody obojga rodziców na eksperyment medyczny, to należało wyłączyć zastosowanie art. 98 § 1 zd. 2 k.r.o., a nie odsyłać do stosowania art. 97 § 2 k.r.o., który i tak miałby zastosowanie. Pomijając intencje ustawodawcy, wprowadzenie tego przepisu i jego redakcja potwierdzają autonomiczność regulacji ustaw medycznych. Ustawodawca uznał za stosowne, aby przesądzić, że poddanie dziecka eksperymentowi medycznemu (bez względu na jego rodzaj, skalę ingerencji i nawet nieznaczne ryzyko niepowodzenia), stanowi zawsze istotną sprawę dziecka. Uregulował więc tę kwestię na potrzeby samych rodziców (ich wewnętrzne decyzje). Nie jest dopuszczalna interpretacja, która czyni dany przepis zbędnym.

[67] W niektórych regulacjach ustawodawca wymaga zgody „przedstawicieli ustawowych" (używając liczby mnogiej; zob. art. 3 ust. 3 PrStowU), w niektórych wymaga wprost zgody obojga rodziców (zob. np. art. 43 ust. 1 ustawy z 27.01.2022 r. o dokumentach paszportowych, t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1063). Argument z treści przepisu, w którym posłużono się liczbą pojedynczą a nie mnogą podnoszony jest w literaturze. Zob. np. T. Rek, *Dziecko*, s. 66; J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda*, s. 76; M. Manowska, P. Gałecki, *Przyjęcie*, s. 589. Oczywiście posłużenie się przez ustawodawcę liczbą pojedynczą nie przesądza *per se* o poprawności tej tezy (ze względu na zasady techniki prawodawczej), ale niewątpliwie ją wspiera.

(ze względu na szczególną regulację ustaw medycznych). Uzasadnieniem jest tu autonomiczność regulacji ustaw medycznych.

W relacjach wewnętrznych między rodzicami sprawującymi władzę rodzicielską, zgoda na wymienione w punkcie III czynności z zakresu postępowania leczniczego stanowi sprawę istotną i wymaga uzgodnienia między nimi[68]. Brak tego uzgodnienia jest jednak wewnętrznym deliktem prawno-rodzinnym, związanym z naruszeniem praw i obowiązków między samymi rodzicami[69]. Z punktu widzenia lekarza lub psychologa (czy też szerzej – podmiotu leczniczego) brak takiego uzgodnienia między rodzicami nie oznacza braku zgody. Podmiot leczniczy (lekarz, psycholog) nie musi żądać złożenia oświadczenia przez drugiego rodzica lub ustalać w jakikolwiek inny sposób jego stanowiska[70].

W tej niezwykle istotnej dla praktyki sprawie, zarysowała się jednak rozbieżność stanowisk paraliżująca sprawne udzielanie pomocy małoletnim. Oprócz bowiem bronionego w niniejszym opracowaniu poglądu (że dla dokonania czynności leczniczych wobec małoletniego wystarczająca jest zgoda jednego rodzica[71]), prezentowane są dwa inne stanowiska. Jedno, zgodnie z którym, konieczne jest uzyskanie zgody obojga rodziców, przy czym albo ma to dotyczyć każdego przypadku interwencji medycznej[72], albo tylko sytuacji, gdy zabieg nie jest „prosty"[73]. Drugie, zgodnie z którym, to czy potrzebna jest zgoda jednego, czy obojga rodziców zależy od decyzji lekarza, która podjęta ma być po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, w tym sytuacji rodziny[74]. Dwa ostatnie poglądy błędnie utożsa-

[68] W zakresie przyjęcia dziecka do szpitala psychiatrycznego tak też M. Manowska, P. Gałecki, *Przyjęcie*, s. 587.

[69] Podobnie J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda*, s. 76 oraz M. Manowska, P. Gałecki, *Przyjęcie*, s. 588.

[70] Tak też J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 51; T. Rek, *Dziecko*, s. 67; J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda*, s. 77; M. Manowska, P. Gałecki, *Przyjęcie*, s. 588.

[71] Pogląd ten wyrażają np. S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Art. 22 u.o.z.p.*, s. 132; J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 51; B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 184; J. Kosonoga-Zygmunt, *Zgoda*, s. 76; J. Haberko, *Sytuacja prawna*, s. 19; M. Manowska, P. Gałecki, *Przyjęcie*, s. 588.

[72] Tak, jak można sądzić, M. Safjan, *Prawo*, s. 55-56 i M. Puk, *Kompetencje*, s. 169-170. M. Safjan rozważa problem konfliktu rodziców wymagając uzgodnienia między nimi każdego typu interwencji medycznej. Wydaje się, że taki postulat *de lege ferenda* popiera J. Haberko, *Prawnomedyczne*, s. 26-27.

[73] Tak np. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 346; A. Wojcieszak, *Rola*, s. 148.

[74] Tak S. Kiełbasa, A. Niedzielski, *Regulacje*, s. 93; P. Rafałowicz, K. Pająk, T. Jurek, *Sytuacja*, s. 93-94.

miają wewnętrzne relacje między rodzicami ze składaniem podmiotom trzecim oświadczeń (o zgodzie), a ponadto wprowadzają trudny do zaakceptowania stan niepewności po stronie lekarza lub psychologa.

5. Sytuacje kwalifikowane jako brak zgody

Nie wymaga analizy przypadek oczywisty, czyli jednoznaczna odmowa udzielenia przez rodzica zgody na czynności postępowania leczniczego wobec małoletniego. Celowe jest natomiast zwrócenie uwagi na cztery inne sytuacje, w których można rozważać, czy zaistniał stan braku zgody: a) niezachowanie odpowiedniej formy dla oświadczenia o zgodzie, b) milczenie rodzica, c) odwołanie udzielonej uprzednio zgody (w tym sprzeczne działania rodziców) oraz d) udzielenie zgody dotkniętej wadą, co dotyczy przede wszystkim tzw. zgody niepoinformowanej[75].

Przechodząc do pierwszego zagadnienia (a), zgodnie z art. 32 ust. 7 u.z.l. (oraz art. 17 ust. 4 u.p.p.) zgoda (w tym przedstawiciela ustawowego) na czynności lecznicze może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania małoletniego proponowanym przez lekarza czynnościom. Z kolei zgodnie z art. 22 ust. 3 u.o.z.p. przyjęcie do szpitala psychiatrycznego małoletniego (poniżej 16 roku życia) wymaga pisemnej zgody rodzica (przedstawiciela ustawowego). Pisemna zgoda powinna zostać także udzielona na dokonanie czynności stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 33 ust. 3 u.o.z.p w zw. z art. 34 ust. 1 u.z.l. i art. 18 ust. 1 u.p.p.)[76]. Nie wchodząc w szczegóły, można zasygnalizować, że w odniesieniu do czynności postępowania leczniczego w ramach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, regulacja art. 32 ust. 7 u.z.l. (art. 17 ust. 4 u.p.p.) znajduje zastosowanie, a zatem rodzic może wyrazić zgodę na czynności inne niż przyjęcie do szpitala psychiatrycznego oraz inne

[75] O tzw. informed consent zob. np. M. Safjan, *Prawo*, s. 39.

[76] W wydanym na podstawie art. 33 ust. 3 UOZP Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24.4.2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody (Dz. U. poz. 494) jako takie świadczenia wskazano punkcję podpotyliczną lub lędźwiową oraz leczenie elektrowstrząsami (co do zasady nie stosuje się go wobec małoletnich).

niż czynności lecznicze stwarzające podwyższone ryzyko dla małoletniego, w dowolnej formie i w każdy sposób manifestujący tę zgodę[77]. Z kolei niezachowanie wymaganej dla tych szczególnych dwóch kategorii czynności leczniczych formy pisemnej, zgodnie z trafnym stanowiskiem prezentowanym w literaturze[78], nie oznacza braku zgody.

Co do drugiej wskazanej na wstępie tego punktu sytuacji (b): milczenie rodzica nie jest zgodą[79]. Wystarczy jednak każde zachowanie (działanie), z którego można jednoznacznie wywodzić aprobatę na czynność medyczną: gest, wysłanie wiadomości tekstowej z obrazkiem wskazującym na aprobatę, użycie zapożyczeń językowych (np. zwrotu „OK"), przesłanie wiadomości z informacją „nie sprzeciwiam się"[80].

Przechodząc do zagadnienia odwołania lub częściowego odwołania zgody (c) należy rozważyć dwa przypadki. Po pierwsze, jednocześnie obecni rodzice składają sprzeczne oświadczenia, ewentualnie, składają je sukcesywnie, ale przed rozpoczęciem czynności leczniczych. Po drugie, już po udzieleniu zgody przez jednego rodzica i wykonaniu lub rozpoczęciu czynności leczniczych, drugi rodzic sprzeciwia się tym czynnościom lub odwołuje zgodę pierwszego rodzica[81].

---

[77] Zob. trafnie B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 370.

[78] Tak np. M. Safjan, *Prawo*, s. 67; J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 16; M. Świderska, *Zgoda*, s. 294; A.A. Dąbrowski, *Zgoda*, s. 170; P. Sobolewski, *Zgoda*, Nb 127-128, s. 418-419. Nie jest natomiast celowe kwalifikowanie tej formy jako formy *ad probationem* z konsekwencjami płynącymi z art. 74 § 1 k.c. (czyli zakazem korzystania z osobowych źródeł dowodowych; zob. np. wyr. SN z 8.07.2010 r., II CSK 117/10, LEX nr 602677). Niezachowanie tej formy pozwala właśnie wykazywać wszelkimi dowodami, w tym z zeznań świadków, okoliczności udzielenia i treści zgody. Zgoda nie jest czynnością prawną, więc nie ma potrzeby usilnego poszukiwania następstw niezachowania wymaganej dla niej formy w przepisach prawa cywilnego. Niezachowanie tej formy powinno być rozpatrywane w zakresie odpowiedzialności dyscyplinarnej i porządkowej personelu medycznego.

[79] Tak np. A.A. Dąbrowski, *Zgoda*, s. 170; P. Sobolewski, *Zgoda*, Nb 138, s. 422. Odmiennie jednak T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia,* s. 57, przy czym bliższa analiza stanowiska autorki wskazuje, że ma ona raczej na myśli zgodę wyrażoną *per facta concludentia*. Autorka podaje bowiem jako przykład milczącej zgody sytuację, w której pacjent poinformowany o konieczności włączenia leczenia farmakologicznego przystępuje do zażywania leku. Moim zdaniem jest to zgoda wyrażona właśnie poprzez świadome działanie (czynność).

[80] W literaturze pojawiło się pojęcie „negatywnego milczenia" tak B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 176. Sugerowałoby to, że istnieje „akceptujące milczenie". Jak już wskazano, stanowisko to można dopuścić, jeśli przedstawiciel ustawowy niewerbalnie, ale choćby gestem, zaaprobuje dokonanie czynności leczniczych.

[81] Np. żąda wypisania małoletniego ze szpitala (zob. B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 371).

Zgodnie z wcześniejszym ustaleniem (zob. punkt III.), zgoda stanowi odwołalne oświadczenie rodzica składane w imieniu własnym, a przy tym jednoosobowo. Do oświadczenia tego, poprzez art. 65^1 k.c., stosuje się odpowiednio przepisy o oświadczeniach woli, przy czym bez ograniczeń wynikających z art. 61 § 1 zd. 2 k.c. O ile zgoda jest każdocześnie odwołalna, o tyle różne mogą być następstwa jej odwołania ze względu na chwilę, w której do odwołania doszło.

Każdy z rodziców, któremu przysługuje władza rodzicielska, ma w ustawach medycznych pozycję równorzędnego przedstawiciela ustawowego. Dlatego, tak samo, jak w przypadku oświadczeń woli (zob. punkt II.), jeden rodzic może odwołać oświadczenie w sprawie zgody drugiego rodzica i to zarówno wtedy, gdy oboje są jednocześnie obecni i składają sprzeczne oświadczenia, jak i wtedy, gdy oświadczenia są składane sukcesywnie[82].

W praktyce, jeśli przed rozpoczęciem czynności leczniczych jednocześnie obecni rodzice składają sprzeczne oświadczenia (jeden wyraża zgodę, drugi jej odmawia), to znaczy, że odwołują wzajemnie swoje oświadczenia, co jest równoznaczne z brakiem wymaganej zgody. Z kolei, jeśli oświadczenia rodziców (przed rozpoczęciem czynności leczniczych) składane są sukcesywnie, to dla podmiotu leczniczego istotne jest ostatnie oświadczenie (zarówno o zgodzie, jak i o braku zgody). Uważam zatem, że skoro drugi rodzic może odwołać zgodę pierwszego rodzica, to może też odwołać jego oświadczenie o braku zgody. W takim przypadku czynność lecznicza może być wykonywana „za zgodą"[83]. W literaturze dominuje pogląd, że każdy spór między rodzicami w sprawie zgody na czynności postępowania leczniczego wyklucza przyjęcie, iż zgoda na te czynności została udzielona[84]. Mimo odmiennych założeń dogmatycznych, pogląd

[82] Por. M. Sośniak, *Znaczenie*, s. 150.

[83] Oczywiście, jeśli istnieje tego typu spór między rodzicami, to podmiot leczniczy musi spodziewać się ponownego oświadczenia pierwszego rodzica, co oznaczać będzie stan braku zgody, o ile czynność lecznicza nie została jeszcze wykonana.

[84] Zob. np. M. Safjan, *Prawo*, s. 55-56; J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 51; T. Rek, *Dziecko*, 67; R. Kubiak, *Zgoda*, s. 14; J. Słyk, *Zezwolenie*, s. 156; A. Wojcieszak, *Rola*, s. 149; J. Haberko, *Sytuacja prawna*, s. 19. Odmiennie i nietrafnie M. Manowska, P. Gałecki, *Przyjęcie*, s. 588, którzy uważają, że sprzeciw jednego z rodziców jest nieistotny dla podmiotu leczniczego.

ten prowadzi do tego samego efektu jak ten wyrażony w niniejszym opracowaniu, ale tylko w przypadku sprzecznych oświadczeń składanych przez jednocześnie obecnych rodziców. W pozostałym zakresie trudno się z nim zgodzić w świetle istoty zgody i regulacji ustaw medycznych.

Z kolei, jeśli drugi rodzic sprzeciwia się czynnościom leczniczym podjętym za zgodą pierwszego rodzica, przy czym ten sprzeciw zostaje zgłoszony dopiero po ich rozpoczęciu, to wówczas należy traktować to oświadczenie jako odwołanie uprzedniej zgody, ze skutkiem jedynie na przyszłość (*ex nunc*)[85]. Z omawianą sytuacją koresponduje art. 28 u.o.z.p.[86], przy czym dotyczy on jedynie odwołania zgody (zwanej w ustawie „cofnięciem zgody") na pobyt w szpitalu psychiatrycznym. Przepis ten określa zasady, na jakich ten pobyt może być kontynuowany, mimo odwołania zgody. W odniesieniu do pozostałych czynności postępowania leczniczego, odwołanie zgody oznaczać powinno konieczność natychmiastowego przerwania tych czynności. Ich kontynuacja jest możliwa, tylko jeśli ustawa upoważnia do działania bez zgody i po spełnieniu wszystkich wymaganych przesłanek[87].

Na końcu przejść należy do przypadku zgody dotkniętej wadą (d). Dyskusyjne jest stosowanie przepisów o wadach oświadczenia woli do zgody na czynności postępowania leczniczego wobec osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Biorąc jednak pod uwagę przedmiot rozważań oraz już dokonane ustalenie (zob. punkt III.), że zgoda rodzica, nie jest zgodą pacjenta, sprawa budzi mniej kontrowersji. Można założyć, że jeśli zgoda rodzica jest dotknięta wadą, to najczęściej jest to brak świadomości albo swobody w podjęciu decyzji i wyrażeniu woli[88], albo błąd[89]. Pozostawanie w błędzie łączy się z obowiązkiem informacyjnym lekarza wzglę-

[85] Do chwili odwołania zgody, czynności lecznicze uważane są zatem jako wykonane za zgodą.

[86] Zgodnie z tym przepisem, jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2-5 oraz art. 25-27.

[87] Zob. art. 21 ust. 1, art. 23-24, art. 29 u.o.z.p.

[88] Przedstawiciel ustawowy może działać w takim stanie (np. pod wpływem środków odurzających). Tak też trafnie M. Manowska, P. Gałecki, *Przyjęcie*, s. 593. Autorzy słusznie przyjmują, że w takim przypadku zachodzi stan braku zgody.

[89] Zob. M. Sośniak, *Znaczenie*, s. 146-147.

dem rodzica małoletniego pacjenta. Zgodzić należy się z prezentowanym w literaturze stanowiskiem, że skoro zgoda rodzica nie jest zgodą osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 4) u.o.z.p., to zakres obowiązków informacyjnych względem rodzica jest regulowany przepisami art. 31 ust. 1 u.z.l. oraz art. 9 ust. 2 u.p.p.[90] Nie ma tu miejsca na szerszą analizę tego zagadnienia, natomiast wypada zasygnalizować trzy kwestie.

Po pierwsze, nie można ulegać skrajnym stanowiskom dotyczącym świadomości rodzica co do następstw czynności leczniczej, na którą wyraża zgodę. Z jednej więc strony za daleko idący jest pogląd, że nie jest błędem prawnie doniosłym (rodzica), brak świadomości skutków czynności leczniczej[91]. Przy takim podejściu rozdzielony zostaje obowiązek informacyjny oraz świadomość następstw u podmiotu wyrażającego zgodę. Innymi słowy, prawnie doniosła zgoda mogłaby zostać udzielona przy nieświadomości następstw wynikającej z niezrozumienia informacji podanych przez lekarza lub po prostu z tego, że lekarz by ich nie podał. Z drugiej zaś strony, nie można wymagać od lekarza przedstawienia rodzicowi dziecka wszystkich, w tym hipotetycznych i rzadkich, następstw czynności leczniczej. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym, psychoterapia lub farmakoterapia mogą powodować całkiem odmienne zachowania i reakcje psychiczne, które zależne są niejednokrotnie od cech indywidualnych małoletniego pacjenta. Chodzi zatem o zapewnienie świadomości rodzica co do „dających się przewidzieć" i realnych następstw czynności leczniczych[92].

Po drugie, jeśli jednak rodzic wyraża zgodę na czynności postępowania leczniczego, nie będąc należycie poinformowany o ich zakresie (np. o włączeniu farmakoterapii w toku hospitalizacji) lub nie będąc świadomy następstw (co najczęściej wynika z niedostosowania treści informacji do

[90] Tak M. Świderska, *Zgoda*, s. 292; B. Janiszewska, *Zgoda*, s. 153.

[91] Taki zbyt skrajny pogląd, właściwie aprobujący zgodę blankietową, wyrażał M. Sośniak, *Znaczenie*, s. 147.

[92] W tym kierunku M. Safjan, *Prawo*, s. 70. Zob. jednak J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 24-25, który uważa, że lekarz ma obowiązek przedstawiania informacji w najszerszym możliwym zakresie.

możliwości percepcyjnych rodzica), to w takim przypadku zachodzi stan braku zgody[93].

Po trzecie, uważam, że warunkiem istnienia zgody jest również dopełnienie przez lekarza obowiązku informacyjnego wobec małoletniego pacjenta, o którym stanowi art. 31 ust. 7 u.z.l. oraz art. 9 ust. 7 u.p.p.[94] Dotyczy to także (a wręcz przede wszystkim) małoletnich z zaburzeniami psychicznymi. Oznacza to, że niedopełnienie tego obowiązku, mimo udzielenia formalnej zgody przez rodzica, oznacza stan braku zgody wymaganej na czynności z zakresu postępowania leczniczego.

6. Podsumowanie

W ramach podsumowania dotychczasowych rozważań celowe jest wskazanie zasadniczych ustaleń i wniosków.

Po pierwsze, zapewnienie dziecku należytej opieki w zakresie zdrowia psychicznego stanowi prawo i obowiązek rodzica dysponującego władzą rodzicielską (nawet ograniczoną, o ile te sprawy nie zostały wyłączone z zakresu pozostawionej rodzicowi władzy rodzicielskiej) i wynika ze sprawowania pieczy nad jego osobą. Nie należy przy tym kwalifikować jako spraw istotnych dziecka (art. 97 § 2 k.r.o.) konsultacji, obserwacji i interwencji psychologicznych lub psychiatrycznych, które nie kończą się diagnozą ani nie prowadzą do wszczęcia procesu leczenia albo terapii. Należy bronić poglądu, że takie czynności mogą być wykonywane nawet bez zgody rodzica. Kwalifikacja danej sprawy jako istotnej lub nieistotnej ma znaczenie tylko w relacjach między rodzicami. Brak uzgodnienia danej istotnej sprawy nie pozbawia rodzica prawa do jednoosobowego działania w sprawie udzielania zgody na stosowanie wobec dziecka czynności postępowania leczniczego.

[93] Zob. np. M. Safjan, *Prawo*, s. 68 i n.; J. Ignaczewski, *Zgoda*, s. 20. Na tym tle widać istotną różnice między oświadczeniem woli złożonym pod wpływem błędu, a zgodą, do której odpowiednio stosuje się przepisy o błędzie. W pierwszym przypadku podmiot, który złożył oświadczenie pod wpływem błędu może uchylić się od jego skutków.

[94] Zgodnie z tymi przepisami, pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz (inna osoba wykonująca zawód medyczny) udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.

Po drugie, nie należy mylić reprezentacji dziecka przez rodzica z jego działaniem w imieniu własnym, choć w sferze interesów dziecka. Nie jest reprezentacją dziecka *sensu stricto* (art. 98 k.r.o.), podejmowanie decyzji i ich ogłaszanie podmiotom trzecim, we wszystkich sprawach, w których uprawnienie to zostało przyznane podmiotowi mającemu akurat status przedstawiciela ustawowego. Przyznanie tej kompetencji przedstawicielowi ustawowemu nie oznacza, że czynność ta jest wykonywana w imieniu i na rzecz dziecka, tj. w ramach przedstawicielstwa ustawowego. Oznacza jedynie, że osoba uprawniona do podjęcia decyzji została określona przez ustawodawcę poprzez wskazanie jej statusu względem dziecka. Zgoda na czynności postępowania leczniczego w u.o.p.z. jest właśnie takim przypadkiem wyłącznej kompetencji rodzica realizowanej poza sferą przedstawicielstwa ustawowego.

Po trzecie, zgoda na czynności postępowania leczniczego nie jest czynnością prawną, tylko oświadczeniem podobnym do oświadczenia woli, którego znaczenie rozciąga się na różne gałęzie prawa: prawo prywatne, prawo karne, prawo administracyjne. Na potrzeby prawa cywilnego, zgodnie z art. 65^1 k.c., stosuje się do niego odpowiednio przepisy o oświadczeniach woli. Nadrzędne znaczenie mają jednak przepisy ustaw medycznych, które zawierają autonomiczną względem k.c. i k.r.o. regulację tego oświadczenia.

Po czwarte, powyższe ustalenie rodzi wiele konsekwencji (różnic między tym oświadczeniem a oświadczeniem woli). Zgoda jest oświadczeniem każdocześnie odwołalnym. Na szczególnych zasadach podlega ocenie brak świadomości albo swobody w podjęciu decyzji o zgodzie i jej wyrażeniu (co ma znaczenie dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi). Również szczególne zasady dotyczą tego, czy zgoda została wyrażona pod wpływem błędu (błąd łączy się z zakresem obowiązku informacyjnego lekarza względem pacjenta i przedstawiciela ustawowego). Całkowicie autonomicznie regulowana jest kwestia formy tego oświadczenia. Nawet jeśli wymagana jest forma pisemna, to jej niezachowanie nie skutkuje stanem braku zgody lub ograniczeniami dowodowymi w wykazywaniu faktu udzielenia zgody (nie jest to forma *ad probationem*).

Po piąte, każdy z rodziców dysponujący władzą rodzicielską (w tym zakresie), może samodzielnie wyrażać zgodę na czynności lecznicze z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dziecka. Podstawą prawną są tu poszczególne przepisy ustaw medycznych. Nie ma żadnej podstawy prawnej dla wymagania zgody drugiego rodzica lub dla prowadzenia przez lekarza swoistego dochodzenia w zakresie jego stanowiska, lub sytuacji rodzinnej. Zgody na czynności lecznicze z zakresu zdrowia psychicznego udzielić mogą także rodzice zastępczy.

Po szóste, w związku z tym, że każdy z rodziców jest uprawniony do samodzielnego wyrażania zgody, to w przypadku złożenia przez jednocześnie obecnych rodziców sprzecznych oświadczeń w tej sprawie, zachodzi stan braku zgody. Doszło bowiem do wzajemnego odwołania oświadczeń. Z kolei w razie składania sprzecznych oświadczeń sukcesywnie, dla podmiotu leczniczego istotne jest ostatnie oświadczenie, gdyż odwołuje ono oświadczenie wcześniejsze (bez względu na to, czy była to zgoda, czy jej odmowa).

Bibliografia:

Balicki M., Fiutak A., Gardocka T., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2024.

Dąbrowski A.A., *Zgoda rodziców na leczenie dziecka w świetle unormowań prawa polskiego*, [w:] *Rodzina w prawie administracyjnym*, red. A. Ziółkowska, A. Gronkiewicz, Katowice 2015.

Dąbrowski S., Pietrzykowski J., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997.

Dercz M., Izdebski H., Rek T., *Dziecko-pacjent i świadczeniobiorca*, Warszawa 2015.

Dobrzański B., *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. B. Dobrzański, J. Ignatowicz, Warszawa 1975.

Dukiet-Nagórska T., *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008.

Haak H., Haak-Trzuskawska A., *Pokrewieństwo i powinowactwo (pochodzenie dziecka, stosunki między rodzicami a dziećmi, przysposobienie)*, Warszawa 2019.

Haberko J., *Prawnomedyczne relacje rodzice-dziecko-państwo*, [w:] *Dziecko – Rodzice – Państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej,* red. M. Łączkowska-Porowska, Warszawa 2020.

Haberko J., *Sytuacja małoletniego uczestnika eksperymentu medycznego. Uwagi na tle nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, PiP 2022, Nr 11

Haberko J., *Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta, Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2020, Nr 1(19).

Ignaczewski J. (aktualizacja K. Pudłowska), R. Zegadło, *Władza rodzicielska*, [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem*, Warszawa 2019.

Ignaczewski J., *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2009.

Ignaczewski J., *Zgoda pacjenta na leczenie*, Warszawa 2003.

Ignatowicz J., *Prawo rodzinne*, Warszawa 2002.

Ignatowicz J., *Władza rodzicielska*, [w:] *System prawa rodzinnego i opiekuńczego*, red. J. St. Piątowski, Wrocław-Warszawa 1985

Jagielski K., *Istota i treść władzy rodzicielskiej*, SC 1963, t. III

Janiszewska B., *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013.

Jędrejek G., *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2019.

Kiełbasa S., Niedzielski A., *Regulacje prawne dotyczące zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu – wybrane zagadnienia*, [w:] *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. M. Zdyb et. al., Warszawa 2018.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz aktualizowany, red. M. Fras, M. Habdas, Lex 2023.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. H. Dolecki, T. Sokołowski, Warszawa 2013.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. J. Wierciński, Warszawa 2014.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2023.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. M. Domański, J. Słyk, Legalis 2024

Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, red. K. Piasecki, Warszawa 2011.

Kosonoga-Zygmunt J., *Zgoda rodziców na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, Prok. i Prawo 2018, Nr 5.

Kubiak R., *Nowe uwarunkowania prawne przeprowadzania eksperymentów medycznych*, PS 2021, Nr 1

Kubiak R., *Zgoda na zabieg leczniczy przeprowadzony u osoby małoletniej. Rola sądu opiekuńczego*, Rodzina i prawo 2015, Nr 33.

Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010.

Manowska M., Gałecki P., *Przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego w myśl polskiego prawa.* Część I, Psychiatria Polska 2021, Nr 3(55).

Manowska M., Gałecki P., *Przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego w myśl polskiego prawa.* Część I, Psychiatria Polska 2021, Nr 3(55).

Mańk Z., *Władza rodzicielska*, Warszawa 1978.

Paprzycki L., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*, Kraków 1996.

Pazdan M., *Dobra osobiste i ich ochrona, w: System Prawa Prywatnego*. Prawo cywilne – część ogólna. t. 1, red. M. Safjan, Warszawa 2012.

Puk M., *Kompetencje przedstawiciela ustawowego do wyrażania zgody na interwencję medyczną wobec pacjenta małoletniego*, Zeszyt Studencki Kół Naukowych WPiA UAM 2014, Nr 4.

Rafałowicz P., Pająk K., Jurek T., *Sytuacja lekarza wobec braku zgody rodziców na świadczenia zdrowotne udzielane pacjentowi małoletniemu*, Pomeranian Journal of Life Sciences 2019, Nr 1(65).

Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.

Słyk J., *Zezwolenie (zgoda) sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi* (art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), Prawo w Działaniu 2016, Nr 25.

Smyczyński T., *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Warszawa 2003.

Sobolewski P., *Zgoda na zabieg medyczny*, [w:] *System Prawa Medycznego*. Instytucje Prawa Medycznego, t. 1, red. L. Bosek, M. Safjan, Warszawa 2018.

Sokołowski T., *Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem*, Poznań 1987.

Sośniak M., *Funkcje i skuteczność zgody osoby uprawnionej w zakresie ochrony dóbr osobistych*, [w:] *Prace z prawa cywilnego*, Wrocław-Warszawa 1985.

Sośniak M., *Znaczenie zgody uprawnionego w zakresie cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej*, ZNUJ. Prace Prawnicze 1959, z. 6.

Strzebinczyk J., *Prawo rodzinne*, Kraków 2003

Strzebinczyk J., *Władza rodzicielska*, [w:] *System Prawa Prywatnego. Prawo rodzinne i opiekuńcze*, red. T. Smyczyński, Warszawa 2011.

Szer S., *Prawo rodzinne w zarysie*, Warszawa 1969.

Świderska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.

Wojcieszak A., *Rola przedstawiciela ustawowego w procesie wyrażania zgody na zabieg medyczny wobec pacjenta małoletniego*, [w:] *Prawo – rodzina – praca*, red. M. Andryszczak, R. Badowiec, D. Gęsicka, Toruń 2017

Zieliński A., *Sądownictwo opiekuńcze w sprawach małoletnich*, Warszawa 1975.

Summary

Consent of the parent of a person with mental disorders under the age of 16 to the use of medical treatment on that person

This article explores the legal implications of parental consent on behalf of a minor under the age of 16 Parental consent does not qualify as a legal act (act in law, declaration of intent), but it exhibits certain features similar to such a statement. Parental consent (in matters related to protection of mental health) may be given unilaterally by one parent. Such an act shall not be qualified as a legal representation of the minor. The foregoing findings entail multiple legal implications, such as those concerning the consequences of non-compliance with the required form of consent, a parent's silence, or the resolution of disputes between parents.

Key words: consent, medical proceedings, a minor afflicted with mental disorder, protection of minors mental health

Dr Anita Gałęska-Śliwka
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ORCID: 0000-0002-0868-609X

Refleksje nad prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych na przykładzie chorych na zespół przewlekłego zmęczenia

DOI: 10.70537/ppm/210287

Streszczenie

Artykuł analizuje sytuację pacjentów z zespołem przewlekłego zmęczenia (ME/CFS) w kontekście realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia. Choroba ta, mimo ciężkiego przebiegu i znaczącego wpływu na jakość życia, pozostaje niedostatecznie rozpoznana w systemie prawnym i organizacyjnym, m.in. z powodu braku jednoznacznej praktyki kodowania ICD-10. Brak odpowiednich regulacji i dedykowanych procedur skutkuje ograniczeniem dostępu pacjentów do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, co narusza konstytucyjną zasadę równego dostępu do opieki zdrowotnej. W artykule zwrócono uwagę na możliwe naruszenia praw pacjenta oraz brak widoczności problemu w systemie sprawozdawczości NFZ.

Słowa kluczowe: świadczenie zdrowotne, pacjent, prawa pacjenta, encefalopatia mialgiczna (ME) /zespół przewlekłego zmęczenia (CFS)

Definicja przewlekłego zmęczenia (ME/CFS)

Zespół przewlekłego zmęczenia (ang. Chronic Fatigue Syndrome, CFS), zwany również łagodną encefalopatią mialgiczną (ME) jest wieloukłado-

wym, złożonym zespołem chorobowym charakteryzującym się długotrwałym, patologicznie nasilonym zmęczeniem nieustępującym mimo odpoczynku, któremu towarzyszy szereg objawów somatycznych. Do podstawowych objawów należą złe samopoczucie po wysiłku fizycznym, zaburzenia snu, deficyty poznawcze, w tym utrata pamięci, trudności z koncentracją oraz ogólne obniżenie sprawności poznawczej. W ciągu ostatnich dwóch dekad zaproponowano szereg hipotez mających na celu wyjaśnienie złożonej etiologii tego zespołu[1]. Dostępne badania naukowe przedstawiają kilka kryteriów diagnostycznych, opartych m.in. na definicji amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC), kryteriach oksfordzkich oraz wytycznych kanadyjskich. Kryteria CDC, które uznawane są za akceptowalne przy rekrutacji pacjentów z ME/CFS do badań naukowych[2].

Zespół ME/CFS może mieć przebieg od umiarkowanego po ciężki, a w najbardziej zaawansowanych przypadkach prowadzi do głębokiej niepełnosprawności pacjenta. Szacuje się, że nawet blisko 75% chorych nie jest zdolnych do podjęcia pracy zarobkowej z powodu objawów towarzyszących ME/CFS[3]. Jako jednostka chorobowa ME/CFS nie ma jeszcze w pełni ustalonej etiologii. Podejrzewa się m.in. udział czynników zakaźnych i immunologicznych, a trudności diagnostyczne wynikają z braku swoistych markerów biologicznych choroby[4]. Szacuje się, że częstość występowania ME/CFS na świecie wynosi od 0,4% do 2,5% i rośnie. ME/CFS dotyka od 0,3% do 3,3% populacji Stanów Zjednoczonych, 2,6% populacji Wielkiej Brytanii oraz 3% populacji Chin[5]. W literaturze zwraca się uwagę na związek tzw. długiego COVID z objawami przypo-

[1] D. Missailidis, S.J. Annesley, P.R. Fisher, *Pathological Mechanisms Underlying Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome*, Diagnostics (Basel), 2019 r., 9(3):80, s. 80; doi: 10.3390/diagnostics9030080.

[2] J. Słomko, J.L. Newton, S. Kujawski. M. Tafil-Klawe, J. Klawe, D. Staines, S. Marshall- Gradisnik, P. Zalewski, *Prevalence and characteristics of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) in Poland: a cross-sectional study*, BMJ Open, 2019 Mar 7, Nr 9(3):e023955, s. 1-2, doi: 10.1136/bmjopen-2018-023955.

[3] What is ME? https://www.meaction.net/learn/what-is-me/ [dostęp: 14.07.2025 r.].

[4] S. Kujawski, J. Słomko, B.R. Godlewska, A. Cudnoch-Jędrzejewska, M. Murovska, J. L. Newton, Ł. Sokołowski, P. Zalewski, *Combination of whole body cryotherapy with static stretching exercises reduces fatigue and improves functioning of the autonomic nervous system in Chronic Fatigue Syndrome*; Journal of Translational Medicine, 2022 r., 20(1):273, s. 1-2; doi: 10.1186/s12967-022-03460-1.

[5] Ibidem.

minającymi zespół przewlekłego zmęczenia, co może oznaczać, iż liczba pacjentów zmagających się z chronicznym zmęczeniem będzie w najbliższych latach rosła[6]. Jeżeli powyższe statystyki odnieść do populacji Polski oznaczałoby to, że nawet ponad sto tysięcy osób w kraju może cierpieć na zespół przewlekłego zmęczenia. Należy podkreślić, że ME/CFS nie stanowi zwykłego „przemęczenia", a jest ciężką chorobą przewlekłą. Badania jakości życia osób cierpiących na ME/CFS wykazały, że codzienne funkcjonowanie chorych jest upośledzone bardziej niż w sytuacji wielu innych poważnych schorzeń jak np. depresji, schizofrenii, stwardnienia rozsianego czy raka płuca[7]. Choroba często prowadzi do wykluczenia z życia zawodowego i społecznego, a w skrajnych przypadkach do całkowitej zależności pacjenta od otoczenia. Dostępne dane dowodzą, że zespół przewlekłego zmęczenia stanowi istotny problem z zakresu zdrowia publicznego i społecznego, mimo że bywa określany mianem choroby „niewidzialnej", co wynika z faktu, że objawy nie są zewnętrznie oczywiste, a świadomość tej jednostki chorobowej w społeczeństwie i wśród części personelu medycznego pozostaje ograniczona.

Ze względu na niejednorodność kryteriów rozpoznania, ME/CFS bywa opisywany w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 różnymi terminami medycznymi. Najczęściej przypisuje mu się kod G93.3 tj. zespół przewlekłego zmęczenia po infekcji wirusowej (tzw. post-viral fatigue syndrome, analogicznie do ME)[8]. W praktyce klinicznej brak jednoznacznej praktyki kodowania bywa powodem rozpoznawania ME/CFS także jako neurastenii (F48.0 w ICD-10) lub niespecyficznego osłabienia i zmęczenia (kod R53). Potwierdza to trwający brak konsensusu w zakresie klasyfikacji tego schorzenia[9].

---

[6] Ibidem.

[7] M.F. Hvidberg, L. Schouborg Brinth, A.V., Olesen, K.D., Petersen, L. Ehlers, *The Health-Related Quality of Life for Patients with Myalgic Encephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS)*, „PLOS One", 2015 r., Nr 10 (7), s. 1-16, doi: 10.1371/journal.pone.0132421, PMID: 26147503, PMCID: PMC4492975.

[8] E.B. Strand, L. Nacul, A.M. Mengshoel, I.B. Helland, P. Grabowski, A. Krumina, J. Alegre-Martin, M. Efrim-Budisteanu, S. Sekulic, D. Pheby, G.K. Sakkas, C. Adella Sirbu, F. J. Authier, *Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue Syndrome (ME/CFS): Investigating care practices pointed out to disparities in diagnosis and treatment across European Union*, PLoS ONE, 2019 r., Nr 14 (12), s. 1-12, doi: 10.1371/journal.pone.0225995.

[9] Ibidem.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych w prawie polskim i europejskim

Prawo do świadczeń zdrowotnych jest jednym z fundamentalnych praw pacjenta zarówno w polskim porządku prawnym, jaki i w standardach europejskich. Na gruncie prawa polskiego wynika ono *expressis verbis* z przepisu zawartego w art. 6 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[10] (dalej: u.p.p.), który stanowi m.in., że *pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej*, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia danych świadczeń, pacjent ma prawo do przejrzystej i obiektywnej procedury ustalania kolejności dostępu (np. czytelnych zasad prowadzenia list oczekujących). Ustawa gwarantuje pacjentowi również prawo do natychmiastowego udzielenia świadczenia w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia (art. 7 ust. 1 u.p.p.), a także prawo do świadczeń udzielanych z należytą starannością i w warunkach spełniających wymagania fachowe i sanitarne (art. 8). Wspomniane uprawnienia pacjenta znajdują oparcie także na poziomie konstytucyjnym. Zgodnie z przepisem art. 68 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r.[11] *każdy ma prawo do ochrony zdrowia*, zaś *władze publiczne zapewniają obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (na zasadach i w zakresie określonym w ustawie)*. Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oznacza, że państwo ma obowiązek tak organizować system opieki zdrowotnej, aby wszyscy uprawnieni (ubezpieczeni) pacjenci mieli możliwość skorzystania z gwarantowanych świadczeń, w miarę potrzeb medycznych, na równych prawach, bez dyskryminacji[12]. Należy podkreślić, że prawo to ma charakter tzw. prawa socjalnego o zróżnicowanej mocy roszczeniowej[13] i jest

[10] Dz. U. z 2024, poz. 581.

[11] Dz.U. 1997, Nr 78 poz. 483 z zm.

[12] M. Zdyb, *Istota prawa do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP ze szczególnym uwzględnieniem art. 68 ust. 1. Dylematy i kontrowersje*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, 2024 r., *vol. LXXI, 1, s. 173-194, doi:10.17951/g.2024.71.1.173-192;* O. Broż, A. Podolak*, Wybrane elementy prawne wpływające na system ochrony zdrowia,* Ius et Administratio, 2023 r., Nr 4 (53), s. 16-28, doi: 10.15584/iuseta.2023.4.2.

[13] L. Garlicki, M. Zubik (red.), Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2016 r.

realizowane w granicach określonych ustawowo[14]. Realizacja tego prawa wymaga aktywnego działania ustawodawcy i administracji publicznej, a jego zakres i skuteczność zależy od bieżącej polityki zdrowotnej państwa oraz poziomu dostępnych środków. W praktyce, jednostkowe roszczenie pacjenta o określone świadczenie istnieje, o ile dane świadczenie mieści się w przewidzianym prawem zakresie opieki finansowanej ze środków publicznych (tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych). Z punktu widzenia polskiego systemu ochrony zdrowia pacjent cierpiący na każdą chorobę, także przewlekłą i rzadką, ma prawo do uzyskania porady lekarskiej, diagnostyki oraz leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną. W praktyce jednak realizacja tego prawa, przez chorych na ME/CFS, może napotykać specyficzne bariery systemowe, o czym będzie mowa w dalszych częściach artykułu.

Na poziomie prawa europejskiego również funkcjonują gwarancje dotyczące dostępu do opieki zdrowotnej. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 7 grudnia 2000 r. w przepisie art. 35 proklamuje, iż *każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktyce krajowej. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego*. Choć prawo to jest urzeczywistniane głównie na skutek ustawodawstwa państw członkowskich[15], to stanowi ważną deklarację zasady dostępu do opieki medycznej. Ponadto, przepis art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu UE zobowiązuje Unię i kraje członkowskie do zapewniania wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy określaniu i realizacji polityk krajowych[16]. W kontekście pacjentów cierpiących

[14] Konstytucja odsyła do ustawy regulującej warunki i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych tj. ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025, poz. 129 ze zm.).

[15] UE nie ma kompetencji do organizacji systemów zdrowotnych państw poza regulacjami o koordynacji świadczeń czy transgranicznej opiece zdrowotnej, zob. M. Guy, *Towards a European Health Union: What Role for Member States?,* European Journal of Risk Regulation, 2020 r., nr 11(4), s. 757-76, doi: 10.1017/err.2020.77.

[16] C. Seitz, *The European Health Union and the protection of public health in the European Union: Is the European Union prepared for future cross-border health threats?,* ERA Forum, 2023 r., Nr 23(4), s. 543-66, doi: 10.1007/s12027-023-00732-1.

na przewlekłe schorzenia, istotna jest również dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej[17]. Ustanawia ona m.in. reguły korzystania ze świadczeń medycznych w innym państwie Unii Europejskiej na koszt systemu kraju ojczystego pacjenta. Jeżeli w danym państwie czas oczekiwania na leczenie jest nadmiernie długi lub pacjent nie może uzyskać odpowiedniego świadczenia, ma on prawo wyjechać na leczenie za granicę i ubiegać się o refundację kosztów (do wysokości, jaka byłaby pokryta w kraju). Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE jeszcze przed wydaniem tej dyrektywy potwierdzało, że nadmierne kolejki lub brak dostępu do określonej terapii nie mogą arbitralnie ograniczać prawa pacjenta do skorzystania ze świadczenia w innym kraju UE na podstawie swobody przepływu usług. W głośnej sprawie Watts (C-372/04)[18] Trybunał uznał, że brytyjska pacjentka, która nie mogła doczekać się operacji w rozsądnym terminie, miała prawo do zabiegu za granicą (w tym przypadku we Francji) i refundacji poniesionych kosztów, a sam fakt istnienia list oczekujących nie uzasadnia automatycznie odmowy takiej autoryzacji. Odmowa musi uwzględniać indywidualny stan pacjenta i kryterium bezpieczeństwa medycznego[19]. Ta linia orzecznicza zwiększa realne możliwości pacjentów w całej UE do uzyskania leczenia, zwłaszcza w sytuacji, gdy w kraju ojczystym świadczenie jest niedostępne lub opóźnione. W kontekście zespołu przewlekłego zmęczenia może to mieć znaczenie o tyle, że w niektórych państwach (w tym w Polsce) brakuje wyspecjalizowanych ośrodków leczenia ME/CFS. Pacjent mógłby zatem teoretycznie poszukiwać pomocy w innym państwie członkowskim, powołując się na wspomnianą dyrektywę i orzecznictwo[20].

[17] Dz.U. L 88 z 4.4.2011.

[18] EUCJ judgment in Watts, C-372/04, EU:C:2006:325; from the UK to France.

[19] M. Frischhut, R. Levaggi, *Patient mobility in the context of austerity and an enlarged EU: The European Court of Justice's ruling in the Petru Case*, Health Policy, 2015 r., Nr 119 (10), s. 1293-1297, doi: 10.1016/j.healthpol.2015.07.002.

[20] Europejska sieć badawczo-kliniczna (EUROMENE) zajmująca się diagnozą, leczeniem i opieką nad ME/CFS obejmuje 22 kraje, w tym m.in. Austrię, Belgię, Danię, Finlandię, Francję, Niemcy, Ir-

W europejskim systemie ochrony praw człowieka Europejska Konwencja Praw Człowieka z 4 listopada 1950 r. (dalej: EKPC) nie gwarantuje wprost prawa do świadczeń medycznych, jednak Europejski Trybunał Praw Człowieka w pewnych okolicznościach wywodzi pozytywne obowiązki państwa z prawa do życia (art. 2[21] EKPC) lub zakazu nieludzkiego traktowania (art. 3[22] EKPC) w kontekście ochrony zdrowia obywateli. W szczególności, gdy państwo samo ustanowi prawo do określonego leczenia lub programu zdrowotnego, musi go realnie zapewnić, w przeciwnym razie może dojść do naruszenia postanowień Konwencji. Przykład stanowić może sprawa Panaitescu przeciwko Rumunii (skarga nr 30909/06[23]), w której Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził naruszenie art. 2 EKPC, uznając, że władze rumuńskie nie dopełniły obowiązku ochrony życia ciężko chorego na raka pacjenta na skutek niezagwarantowania mu dostępu do niezbędnego leczenia, mimo iż krajowe orzeczenia przyznawały mu prawo do bezpłatnego leku onkologicznego. Trybunał podkreślił, że państwo powinno było dostarczyć pacjentowi potrzebny lek zgodnie z wyrokiem sądu krajowego, a zaniechanie to przy-

landię, Włochy, Łotwę, Holandię, Polskę, Portugalię, Rumunię, Słowenię, Hiszpanię, Szwecję, Wielką Brytanię. W praktyce nie oznacza to jednak funkcjonowania wyspecjalizowanych klinik leczenia ME/CFS stąd pomimo funkcjonowania wspomnianej dyrektywy i orzecznictwa dostęp do leczenia ME/CFS jest utrudniony. Zob. L. Nacul, F.J. Authier, C. Scheibenbogen, L. Lorusso, I.B. Helland, J.A. Martin, C.A. Sirbu, A.M. Mengshoel, O. Polo, U. Behrends, H. Nielsen, P. Grabowski, S. Sekulic, N. Sepulveda, F. Estévez-López, P. Zalewski, D.F.H. Pheby, J. Castro-Marrero, G.K. Sakkas, E. Capelli, I. Brundsdlund, J. Cullinan, A. Krumina, J. Bergquist, M. Murovska, R.C.W. Vermuelen, E.M. Lacerda*, European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe,* Medicina, 2021 r.; Nr 57(5): 510, s. 2. doi: 10.3390/medicina57050510.

[21] Art. 2 ust. 1. Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego, skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę. Ust. 2. Pozbawienie życia nie będzie uznane za sprzeczne z tym artykułem, jeżeli nastąpi w wyniku bezwzględnie koniecznego użycia siły: a) w obronie jakiejkolwiek osoby przed bezprawną przemocą; b) w celu wykonania zgodnego z prawem zatrzymania lub uniemożliwienia ucieczki osobie pozbawionej wolności zgodnie z prawem, c) w działaniach podjętych zgodnie z prawem w celu stłumienia zamieszek lub powstania.

[22] Art. 3 Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.

[23] M.A. Nowicki, *Panaitescu przeciwko Rumunii – wyrok ETPC z dnia 10 kwietnia 2012 r., skarga nr 30909/06*, [w:] M.A. Nowicki, Europejski Trybunał Praw Człowieka. Wybór orzeczeń 2012 r., LEX 2013, s. 16.

czyniło się do pogorszenia jego stanu i w konsekwencji śmierci[24]. Orzeczenie to ukazuje, że brak realnego dostępu do świadczeń, formalnie gwarantowanych, może stanowić naruszenie podstawowych praw człowieka. Co prawda sytuacja pacjentów z ME/CFS rzadko będzie aż tak dramatyczna (choć w najcięższych przypadkach zagrożenie życia również może zaistnieć), jednak należy mieć na uwadze, że ograniczenie lub utrudnianie dostępu do opieki medycznej z powodów systemowych może rodzić konsekwencje prawne. W europejskim kręgu prawnym warto wspomnieć także o zobowiązaniach wynikających z Konwencji ONZ z 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, której stroną jest Polska i UE. Konwencja ta w art. 25 gwarantuje osobom z niepełnosprawnościami prawo do najwyższego osiągalnego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, zobowiązując państwa do zapewnienia im takiego samego dostępu do usług zdrowotnych jak innym osobom. W kontekście ME/CFS, często skutkującego częściową lub całkowitą niezdolnością do pracy i udziałem w życiu społecznym, pacjenci ci mogą być traktowani jako osoby niepełnosprawne (w ujęciu prawnym), co wzmacnia ich uprawnienia do równego traktowania w systemie ochrony zdrowia.

Podsumowując, zarówno polskie, jak i europejskie regulacje prawne przyznają pacjentom prawo do świadczeń zdrowotnych i dostępu do opieki medycznej, jednak prawo to ma charakter względny tzn., realizowane jest w granicach organizacyjno-finansowych określonych przez ustawodawcę i politykę zdrowotną państwa. Władze publiczne ponoszą odpowiedzialność za stworzenie takich ram systemowych, by prawo to nie pozostawało iluzoryczne.

Niestety, w sytuacji chorób przewlekłych słabo zdefiniowanych, jak w przypadku ME/CFS, istnieje ryzyko, że rzeczywista dostępność potrzebnych świadczeń odbiega od deklarowanych standardów.

[24] Pełna treść orzeczenia ETPC dostępna: https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2018/06/CASE-OF-PANAITESCU-v.-ROMANIA-1.pdf? [dostęp: 10.07.2025 r.].

Znaczenie kodów ICD-10 w rozliczaniu świadczeń zdrowotnych

System finansowania opieki zdrowotnej w Polsce opiera się w przeważającej mierze na publicznym płatniku tj. Narodowym Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ), który kontraktuje i opłaca świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom. W obowiązującym systemie prawidłowa kodyfikacja medyczna ma fundamentalne znaczenie dla sprawozdawczości i rozliczeń. Każde świadczenie udzielone pacjentowi musi zostać wykazane w dokumentacji z odpowiednim kodem rozpoznania choroby tj. według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 oraz często kodem wykonanej procedury medycznej tj. według klasyfikacji ICD-9 lub innych katalogów zabiegów. Zgodnie z obowiązującymi przepisami lekarz ma obowiązek wpisać nazwę rozpoznanej choroby lub problemu zdrowotnego oraz odpowiadający jej numer statystyczny według ICD-10 w dokumentacji medycznej. Wymóg ten jest uregulowany m.in. w § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania[25]. Kody ICD-10 pełnią podwójną rolę. Po pierwsze, porządkują informacje medyczne (ułatwiając komunikację, statystykę i analizę epidemiologiczną), a po drugie stanowią podstawę rozliczeń finansowych z NFZ. W systemie informatycznym NFZ każde sprawozdane świadczenie musi zawierać kod rozpoznania, na podstawie którego Fundusz weryfikuje czy dane świadczenie jest zgodne z umową i podlega refundacji. Błędne lub nieprecyzyjne kodowanie może skutkować zakwestionowaniem finansowania. W takich przypadkach świadczeniodawca naraża się na odmowę zapłaty, konieczność zwrotu środków za nienależnie rozliczone świadczenia, a nawet kary umowne. Błędy w zakresie kodowania rozpoznań wg. ICD-10 i procedur wg. ICD-9 bezpośrednio przekładają się na straty finansowe dla placówki medycznej. NFZ opracowuje w swoich zarządzeniach i komunikatach szczegółowe wytyczne dotyczące kodowania, a systemy informatyczne weryfikują poprawność zgłoszonych kombinacji kodów.

[25] § 7. 1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, (Dz. U. z 2024, poz. 798).

W kontekście chorób przewlekłych, rzadkich lub trudnych diagnostycznie, w tym ME/CFS, znaczenie kodów ICD jest jeszcze bardziej doniosłe. Jeżeli bowiem dana jednostka chorobowa nie ma jednolitej praktyki kodowania lub funkcjonuje w ICD-10 jedynie w sposób pośredni (np. jako podkategoria innej choroby lub kod objawowy), może to powodować chaos informacyjny i rozbieżności w raportowaniu. Międzynarodowe badania wskazują, że w różnych krajach stosuje się odmienne kody ICD-10 dla pacjentów z ME/CFS[26]. W części krajów używa się kodu G93.3 (encefalopatia mialgiczna, zespół męczliwości powirusowej) jako ekwiwalentu ME/CFS, jednakże w innych krajach diagnoza ta bywa klasyfikowana jako F48.0 (neurastenia) o podłożu psychicznym, a w innych posiłkuje się kodami: G93.4 (inne zaburzenia mózgu), G90.9 (zaburzenie autonomicznego układu nerwowego, nieokreślone), F45.3 (zaburzenia somatoformiczne autonomiczne) czy wspomniany R53 (złe samopoczucie i zmęczenie)[27]. Taki brak standaryzacji kodowania wynika z braku jednolitej praktyki kodowania w ICD-10 dla tego zespołu oraz ze sporów, czy kwalifikować go jako chorobę o podłożu neurologicznym, immunologicznym czy psychiatrycznym. Konsekwencją jest nie tylko utrudnienie w prowadzeniu badań epidemiologicznych (dane o częstości ME/CFS są rozproszone pod różnymi kodami), ale także istotne implikacje finansowe i organizacyjne. System rozliczeniowy NFZ oparty jest o jednorodne grupy pacjentów (JGP) i katalogi świadczeń, gdzie często określone kody ICD-10 warunkują kwalifikację do danego zakresu świadczeń lub grupy refundacyjnej. Brak odpowiedniego kodu albo jednolitej praktyki kodowania może skutkować tym, że świadczenie nie zostanie właściwie zidentyfikowane w systemie np. jeżeli pacjentowi z ME/CFS przypisany

[26] E.B. Strand, L. Nacul, A.M. Mengshoel, I.B. Helland, P. Grabowski, A. Krumina, J. Alegre-Martin, M. Efrim-Budisteanu, S. Sekulic, D. Pheby, G. K. Sakkas,, C. A. Sirbu, F. J. Authier; *op.cit.*

[27] Różnorodność rozwiązań w zakresie kodowania potwierdzają m.in.: Hiszpania, gdzie od 2023 r. wprowadzono podkody G93.31, G93.32 i G93.39- wcześniej używano G93.3; Łotwa gdzie najczęściej korzysta się z kodu R53, G93.3 lub B94.8; Dania gdzie stosuje się G93.3 lub F48.0. Szerzej zob.: E. Brenna, D. Araja, D.F.H. Pheby, *Comparative Survey of People with ME/CFS in Italy, Latvia, and the UK: A Report on Behalf of the Socioeconomics Working Group of the European ME/CFS Research Network (EUROMENE)*, Medicina, 2021 r., Nr 57(3):300, s .8, doi: 10.3390/medicina57030300.

zostanie jedynie kod ogólny R53 (objaw)[28]. NFZ może potraktować taką hospitalizację czy poradę jako niezwiązaną z konkretną jednostką chorobową wymagającą specjalistycznego leczenia, co utrudnia rozliczenie kosztów leczenia. Innymi słowy, co nie jest zakodowane, to z punktu widzenia płatnika nie istnieje. Brak precyzyjnego kodu rozpoznania może oznaczać niewidoczność problemu zdrowotnego w statystyce świadczeń, a tym samym pominięcie go przy alokacji środków i planowaniu świadczeń. W skrajnym przypadku świadczeniodawca może nie otrzymać zapłaty za leczenie pacjenta, jeżeli nie znajdzie on odpowiedniego kodu rozpoznania lub zastosuje kod, który nie figuruje w wykazach uprawniających do refundacji danego rodzaju świadczenia[29].

Podkreślić należy, że system klasyfikacji ICD jest systemem międzynarodowym opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia (dalej: WHO), jednak jego implementacja w krajowym systemie ochrony zdrowia zależy od decyzji władz[30]. Polska do tej pory oficjalnie posługuje się ICD-10 (w polskiej wersji adaptacyjnej), podczas gdy w 2019 r. została przyjęta opracowana przez WHO nowa klasyfikacja ICD-11. Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace przygotowawcze związane z implementacją klasyfikacji ICD-11 do polskiego systemu ochrony zdrowia co ma znaczenie z uwagi na fakt, iż w klasyfikacji chorób ICD-11 wprowadzono wiele innowacji, w tym dodano lub wyodrębniono jednostki chorobowe dotychczas pomijane bądź ukryte w ICD-10. Zmiany te dotyczą m.in. niektórych chorób rzadkich, zespołów przewlekłego bólu, a także bardziej precyzyjnego ujęcia zespołów pokrewnych ME/CFS. Dotyczy to m.in. niektórych chorób

[28] E. B. Strand, L. Nacul, A. M. Mengshoel, I. B. Helland, P. Grabowski, A. Krumina, J. Alegre-Martin, M. Efrim-Budisteanu, S. Sekulic, D. Pheby, G. K. Sakkas, C. Adella Sirbu, F. J. Authier, *op.cit.*

[29] M. Sakowicz, B. Jagielska, L. Bodnar, J. Jaroszyński, M. Krzakowski, *Implementation of the Polish version of the 11th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11): importance for oncology*, Oncol Clin Pract 2023r. Nr 19(5), s. 356-361, doi: 10.5603/OCP.2023.0032; M. Mroczek, *Dlaczego wprowadzanie ICD-11 tyle trwa?*, Remedium, https://remedium.md/publikacje/ciekawostki/dlaczego-wprowadzanie-icd-11-tyle-trwa? [dostęp: 10.07.2025 r.].

[30] Wśród krajów, które używają ICD-11 do celów statystyki zdrowotnej, rozliczeń medycznych i raportowania klinicznego są Kanada, Holandia, Tajlandia, Norwegia i Finlandia, zob. A. Comfort, ICD-11 in 2025: Evolution, Global Progress, and What to Watch, 2.06.2025 r., tekst dostępny: https://icd10monitor.medlearn.com/icd-11-in-2025-evolution-global-progress-and-what-to-watch/? [dostęp: 24.08.2025 r.].

rzadkich, zespołów przewlekłego bólu, a także precyzyjniej ujmuje zespoły pokrewne ME/CFS. Eksperci podkreślają, że przejście na ICD-11 może zostać uznane za przełomowe dla pacjentów z chorobami rzadkimi czy trudnymi do zaklasyfikowania. Uzyskają oni bowiem odrębne kody, co spowoduje, że te choroby staną się widoczne w systemach informacji zdrowotnej dzięki odpowiedniemu kodowaniu. W odniesieniu do zespołu przewlekłego zmęczenia ICD-11 także wprowadza zmiany na rzecz ujednoliconej kategorii obejmującej ME/CFS jako rozpoznanie odrębne. Dopóki jednak Polska nie zaadaptuje ICD-11, dopóty lekarze i szpitale muszą posługiwać się ICD-10, często z konieczności stosując kody przybliżone. To rodzi ryzyko niejednolitości praktyki. Różni lekarze mogą bowiem różnie kodować tę samą chorobę, a w konsekwencji aktualne pozostaje ryzyko sporów z płatnikiem w kontekście rozliczeń świadczeń.

Reasumując, kody ICD-10 odgrywają kluczową rolę w systemie opieki zdrowotnej. Determinują formalne istnienie choroby w dokumentacji i sprawozdawczości. Brak jednolitej praktyki kodowania (lub brak świadomości, jaki kod zastosować) może przekładać się na poważne problemy praktyczne, w tym m.in. statystyczne niedoszacowanie problemu, na skutek trudności w rozliczeniu kosztów leczenia czy ograniczenie dostępności terapii w sytuacji, gdy system nie „widzi" potrzeby ich finansowania dla danej jednostki chorobowej.

Zasady rozliczania świadczeń zdrowotnych w Polsce a problemy przy braku kodu ICD-10

Organizacja finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce opiera się na modelu ubezpieczeniowo-budżetowym. Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowy płatnik, zawiera z placówkami medycznymi umowy i kontrakty określające zakres świadczeń, które będą udzielane ubezpieczonym pacjentom, oraz warunki ich rozliczania. W umowach tych (oraz w przepisach wydawanych przez Prezesa NFZ i Ministra Zdrowia) często enumeratywnie wskazuje się, jakie świadczenia i dla jakich rozpoznań chorobowych są finansowane. Przykładowo rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie tzw. świadczeń gwarantowanych z poszczególnych

dziedzin (np. rehabilitacji leczniczej, leczenia uzdrowiskowego, opieki psychiatrycznej) zawierają załączniki z wykazami kodów ICD-10 chorób kwalifikujących do danego rodzaju świadczeń. Tylko pacjenci spełniający te kryteria (tj. z rozpoznaniem mieszczącym się w wykazie) mogą skorzystać z danego świadczenia w ramach funduszu. Przykładowo, w programach rehabilitacji finansowanych przez NFZ znajduje się lista kodów chorób uprawniających do rehabilitacji, obejmująca m.in. określone schorzenia neurologiczne, ortopedyczne, kardiologiczne itd. Jeżeli schorzenie pacjenta nie figuruje na takiej liście, świadczenie rehabilitacyjne może nie zostać mu udzielone lub sfinansowane (nawet jeżeli z medycznego punktu widzenia rehabilitacja byłaby zasadna). To poważny problem dla jednostek chorobowych nieuwzględnionych w katalogach. Najczęściej dotyczy to chorób rzadkich lub takich, które nie mają odrębnego kodu i „nie mieszczą się" w typowych kryteriach.

W przypadku ME/CFS problemy wynikają z braku spójnej praktyki klasyfikacyjnej i rozliczeniowej, co w praktyce może prowadzić do nieuwzględniania tego schorzenia w wykazach NFZ stanowiących podstawę finansowania określonych świadczeń. W efekcie pacjentom z ME/CFS trudniej uzyskać dostęp do specjalistycznej rehabilitacji, turnusów leczniczych czy opieki uzdrowiskowej, chyba że ich lekarz zakwalifikuje ich pod inną jednostkę chorobową. Przykładowo, osoba cierpiąca na ME/CFS doświadczająca objawów ze strony układu mięśniowego i autonomicznego mogłaby potrzebować rehabilitacji neurologicznej, jeżeli jednak w skierowaniu widnieje rozpoznanie „zespół przewlekłego zmęczenia" (który nie występuje na liście uprawniającej do rehabilitacji), NFZ może odmówić finansowania takiego turnusu. Lekarze czasem radzą sobie z tym problemem, wpisując jako rozpoznanie wiodące np. „encefalopatię" lub „inne zaburzenia mózgowe" (G93.4) bądź „zaburzenia wegetatywne" (G90.9), które znajdują się w katalogu. Jest to jednak półśrodek, wymagający pewnej fikcji diagnostycznej. Takie „dostosowywanie" diagnoz do wymogów systemu budzi wątpliwości etyczne i prawne, a przede wszystkim obarcza pacjentów ryzykiem otrzymania świadczenia, które nie jest optymalne. Ponadto, nie każdą formę pomocy da się tak „obejść" np. jeżeli

dany lek czy technologia medyczna jest refundowana tylko w określonych chorobach (wymienionych z nazwy i kodu), pacjent z ME/CFS formalnie nie kwalifikuje się, ponieważ nie ma odpowiedniej diagnozy.

Rozliczanie świadczeń zdrowotnych odbywa się według zasad określonych w przepisach (ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wydanych na jej podstawie rozporządzeniach oraz zarządzeniach NFZ). Kluczową zasadą jest, że Fundusz finansuje tylko te świadczenia, które są świadczeniami gwarantowanymi, czyli mieszczą się w koszyku i są udzielone zgodnie z określonymi warunkami. Jeżeli pacjent cierpi na schorzenie rzadkie czy niewymienione wprost, pojawia się pytanie, czy istnieje w ogóle ścieżka finansowania jego leczenia. W polskim systemie przewidziano pewne mechanizmy dla sytuacji wyjątkowych, np. możliwość finansowania terapii w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych, czy indywidualnych przypadków w drodze decyzji administracyjnej Ministra Zdrowia, jednakże dotyczą one głównie leków w chorobach zagrażających życiu lub zdrowiu, a nie kompleksowej opieki rehabilitacyjnej. W sytuacji ME/CFS problemem nie jest zwykle brak samej kategorii świadczenia (ponieważ pacjent może korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych, szpitali – teoretycznie na równi z innymi), lecz brak uwzględnienia specyfiki tego schorzenia w organizacji świadczeń. Pacjenci skarżą się, że z powodu braku odpowiednich procedur i kodów „odsyłani są od specjalisty do specjalisty" nie otrzymując skoordynowanej pomocy. W systemie nie istnieją wyspecjalizowane poradnie leczenia zespołu przewlekłego zmęczenia (tak jak istnieją np. poradnie leczenia bólu, poradnie chorób rzadkich czy ośrodki leczenia stwardnienia rozsianego). W rezultacie osoba z ME/CFS często jest zmuszona samodzielnie szukać pomocy u wielu lekarzy różnych specjalności (neurolog, immunolog, psychiatra, reumatolog itd.), którzy leczą objawowo poszczególne dolegliwości. Taki rozproszony model opieki jest uciążliwy dla pacjenta i generuje ryzyko pominięcia istoty choroby. Z punktu widzenia NFZ natomiast, brak odrębnego kodu i procedury oznacza, że nie monitoruje się odrębnie kosztów leczenia tej grupy pacjentów. Wydatki NFZ związane z ME/CFS „rozmywają

się" w różnych pozycjach budżetowych (np. koszty wizyt w poradniach neurologicznych, psychiatrycznych, badania diagnostyczne, świadczenia rehabilitacyjne itp., które nie są połączone wspólnym mianownikiem diagnostycznym). To może powodować, że skala potrzeb tych pacjentów jest niedostrzegana przez decydentów, ponieważ system nie raportuje, ile osób leczy się z powodu ME/CFS i jakie zasoby zużywają.

Praktycznym problemem bywa także uzyskanie odpowiednich orzeczeń o niepełnosprawności czy świadczeń socjalnych przez chorych na ME/CFS. Orzecznictwo o stopniu niepełnosprawności w Polsce wymaga podania jednostki chorobowej oraz oceny stopnia jej wpływu na funkcjonowanie. Jeżeli zespół przewlekłego zmęczenia nie jest wprost wymieniony w katalogach schorzeń, orzecznicy mogą mieć trudność z kwalifikacją takiego przypadku. Niemniej pojawiają się już orzeczenia sądów potwierdzające, że ME/CFS może powodować istotne ograniczenia uzasadniające umiarkowany stopień niepełnosprawności. Przykładem może być wyrok Sądu Rejonowego w Szczecinie z dnia 26.06.2019 r., w którym sąd podkreślił, iż „zespół przewlekłego zmęczenia powoduje istotne ograniczenie w sferze zawodowej"[31] co w rezultacie przyczyniło się do uznania osoby cierpiącej na ME/CFS za osobę o umiarkowanej niepełnosprawności. To ważny sygnał, że system prawny zaczyna uwzględniać realne skutki tej choroby, jednakże nadal brakuje jednolitych wytycznych.

Podsumowując, zasady finansowania świadczeń w Polsce opierają się na kodyfikacji chorób i procedur. Gdy schorzenie nie ma przypisanego wprost kodu lub programu albo stosowana praktyka nie jest jednolita, pacjenci mogą napotkać trudności w uzyskaniu pełnego zakresu potrzebnych świadczeń. Wymusza to nierzadko na lekarzach i pacjentach podejmowanie dodatkowych starań, w tym szukanie ekwiwalentnych rozpoznań, odwoływanie się od decyzji NFZ, czy nawet finansowanie części terapii prywatnie. Stoi to w sprzeczności z zasadą równego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

[31] Wyrok Sądu Rejonowego w Szczecinie, IX Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, z dnia 26.06.2019 r., sygn. IX U 275/18 niepubl.

Ograniczenia dostępu do świadczeń z powodu braku szczególnych kodów dla ME/CFS

Konsekwencją opisanych powyżej zjawisk są realne ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów cierpiących na ME/CFS. Można je podzielić na kilka kategorii[32]:

- Brak wyspecjalizowanej opieki i schematów postępowania: Nie opracowano dotąd w Polsce osobnych standardów leczenia ani ścieżek opieki dla tych pacjentów z ME/CFS. Chorzy niejednokrotnie odbijają się od drzwi kolejnych gabinetów. Lekarze pierwszego kontaktu mogą bagatelizować ich objawy jako „trywialne" zmęczenie lub kierować do psychiatrów, ci z kolei, przy braku jednoznacznych kryteriów, diagnozują czasem zaburzenia depresyjne lub lękowe zamiast ME/CFS[33]. Rzecznik Praw Pacjenta w swoich raportach wskazuje na problem „zagubienia pacjenta w systemie ochrony zdrowia" i braku koordynacji opieki[34]. Osoby z chorobami przewlekłymi wymagają ciągłości leczenia, tymczasem system nastawiony jest na doraźne interwencje. Dla ME/CFS, schorzenia wymagającego podejścia interdyscyplinarnego (leczenie objawów fizycznych, wsparcie psychologiczne, rehabilitacja), brak zespołowej opieki oznacza *de facto* ograniczony dostęp do kompleksowego leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, mimo że formalnie prawo do świadczeń istnieje. Można tu mówić o naruszeniu prawa pacjenta do świadczeń odpowiadających aktualnej wiedzy (art. 6 ust.

[32] W badaniu przeprowadzonym przez L. Melby i R. Das Nair zidentyfikowano zasadnicze problemy, na które skarżą się pacjenci z CFS/ME. Wyniki wspomnianych badań potwierdzają przytoczone w niniejszym artykule tezy, zob. L. Melby, R. Das N., *We have no services for you… so you have to make the best out of it': A qualitative study of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome patients' dissatisfaction with healthcare services,* Health Expectations, 2023 r., Nr 27, s. 1-12, doi: 10.1111/hex.13900.

[33] Na problem bagatelizowania objawów zgłaszanych przez pacjentów cierpiących na CFS/ME uwagę zwracają także m.in. N.J. Smyth, S. Blitshteyn, *Language Matters: What Not to Say to Patients with Long COVID, Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, and Other Complex Chronic Disorders, International* Journal of Environmental Research and Public Health, 2025 r., Nr 22(2):275, s.1-10, doi: 10.3390/ijerph22020275.

[34] M. Stelmach, *W strategii na najbliższe lata RPP zapowiada walkę z medycznymi „szarlatanami"*; 26.10.2024 r. https://www.prawo.pl/zdrowie/strategia-rzecznika-praw-pacjenta-na-lata-2024-2027,529694.html [dostęp: 10.07.2025 r.].

1 u.p.p.) w sposób systemowy, świadczenia są dostępne tylko fragmentarycznie. Rzecznik Praw Pacjenta (dalej: RzPP) podkreśla, że najczęściej naruszanym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych[35], zwłaszcza w zakresie dostępności. Statystyki RzPP pokazują, iż prawo to zajmuje centralne miejsce w skargach pacjentów. W 2023 r. w ponad 66% zbadanych spraw indywidualnych stwierdzono naruszenia praw pacjenta, przy czym najwięcej dotyczyło właśnie ograniczenia dostępności lub jakości świadczeń[36]. Pacjenci z ME/CFS wpisują się w tę tendencję. Do Biura RzPP wpływają sygnały o braku zrozumienia dla ich potrzeb, braku możliwości uzyskania adekwatnej pomocy oraz niewystarczającej informacji, jakie świadczenia im przysługują (co powoduje, że również Rzecznik identyfikuje ten problem jako istotny. Pacjenci często „nie wiedzą, gdzie powinni się udać i jakie świadczenia im przysługują[37].

- Ograniczenia finansowe i formalne: Jak wspomniano, brak specyficznego kodu przekłada się na pozorność dostępności pewnych świadczeń. Nawet gdy NFZ teoretycznie finansuje dane świadczenie np. poradę specjalistyczną czy rehabilitację, pacjent z ME/CFS może nie otrzymać skierowania lub świadczenia, ponieważ nie pasuje do kryteriów. To z kolei godzi w zasadę równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Konstytucyjna norma z art. 68 ust. 2 nakazuje władzom zapewnić równość w dostępie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Równość ta rozumiana jest jako zakaz arbitralnego różnicowania sytuacji pacjentów znajdujących się w podobnej potrzebie zdrowotnej. Jeżeli jednak pacjenci z ME/CFS są de facto gorzej traktowani niż pacjenci z innymi chorobami o podobnym stopniu upośledzenia sprawności np. stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów itp. ponieważ tamci mają dedykowane programy i procedury, a chorzy na ME/CFS nie, to rodzi to pytanie o dochowanie konstytucyjnej zasady. Ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów

[35] Ibidem.

[36] Ibidem.

[37] Ibidem.

z ME/CFS może stanowić formę dyskryminacji pośredniej, sprzecznej z zasadą równości wobec prawa (art. 32 Konstytucji RP) oraz z konstytucyjną zasadą równego dostępu do opieki zdrowotnej (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Oczywiście, prawo do świadczeń nie jest absolutne i ustawodawca może różnicować zakres gwarantowanych usług ze względu na stan wiedzy czy możliwości budżetowe. Jednak powinno się to odbywać według kryteriów obiektywnych i medycznych (co zresztą powtarza przepis art. 6 ust. 2 upp, stanowiąc, że kolejność i dostęp mają być ustalane na podstawie obiektywnych kryteriów medycznych). Brak uwzględnienia ME/CFS w systemie trudno uznać za obiektywnie uzasadniony medycznie. Jest to raczej luka systemowa niż świadoma decyzja poparta analizą potrzeb zdrowotnych. To powoduje, że pacjenci dotknięci tym schorzeniem mogą czuć się dyskryminowani pośrednio ze względu na rodzaj choroby. Przykładem problemu formalnego jest sytuacja, gdy chory na ME/CFS nie otrzymuje świadczenia rehabilitacyjnego, ponieważ jego rozpoznanie nie figuruje w załączniku do zarządzenia Prezesa NFZ. Podczas gdy obiektywnie potrzebuje on rehabilitacji podobnie jak chorzy z rozpoznaniem np. miopatii czy stwardnienia rozsianego, którzy takie prawo posiadają. Rzecznik Praw Pacjenta sygnalizuje, że iluzoryczność pewnych gwarancji (np.: dostęp do znieczulenia przy porodzie, formalnie gwarantowany, lecz w praktyce niedostępny w wielu szpitalach) może stanowić naruszenie praw pacjenta. Analogicznie, w sytuacji ME/CFS można mówić o iluzoryczności prawa do rehabilitacji czy leczenia bólu, jeżeli brak kodu uniemożliwia realne skorzystanie ze świadczenia.

- Konsekwencje dla pacjenta: Ograniczenia w dostępie do świadczeń przekładają się na pogorszenie stanu zdrowia pacjentów z ME/CFS i ich funkcjonowania społecznego. Brak właściwej opieki prowadzi często do przyspieszenia postępu choroby lub utrwalania się ciężkich objawów, które mogłyby zostać złagodzone. Nieleczony ból, brak wsparcia psychologicznego, brak rehabilitacji wszystko to sprawia, że pacjent może z osoby umiarkowanie chorej stać się osobą trwale niepełnosprawną, całkowicie niezdolną do pracy. Paradoksalnie zatem

system może generować większe koszty pośrednie np. renty, zasiłki przez zaoszczędzenie na bezpośrednich kosztach leczenia. Ponadto pacjenci z ME/CFS nierzadko czują się opuszczeni przez instytucje publiczne. Naruszone zostaje ich prawo do poszanowania godności (np. muszą wielokrotnie udowadniać realność swojej choroby) oraz prawo do informacji, ponieważ nie wiedzą, gdzie szukać pomocy i dlaczego pomoc nie jest dostępna. Rzecznik Praw Pacjenta wskazuje, że brak informacji i nieprzejrzystość systemu to jedna z bolączek ochrony zdrowia w Polsce[38]. Osoby z ME/CFS bywają klasycznym przykładem takich bolączek.

Warto dodać, że w innych krajach europejskich stopniowo dostrzega się konieczność poprawy sytuacji chorych na ME/CFS. Przykładowo w Wielkiej Brytanii w 2021 r. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* wydał nowe wytyczne dotyczące ME/CFS, odrzucając wcześniejsze, kontrowersyjne rekomendacje terapii behawioralno-poznawczej (CBT) i stopniowanego ćwiczenia (GET), które pacjenci uznawali za szkodliwe. Wprowadzone wytyczne akcentują konieczność indywidualnego podejścia i uznania ograniczeń choroby[39]. W Niemczech Bundestag w 2022 r. przyjął rezolucję dotyczącą ME/CFS. Rezolucja wzywa rząd federalny do rozwoju badań, poprawy diagnostyki i stworzenia centrów referencyjnych[40]. W Norwegii finansowane są badania kliniczne i programy wsparcia dla osób z ME/CFS, a temat regularnie trafia do debaty publicznej[41].

Na szczeblu unijnym projekt EUROMENE (European Network on on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome)[42] wskazał na

[38] Ibidem.

[39] https://www.kcl.ac.uk/news/researchers-produce-systematic-critique-of-2021-nice-guideline-on-cfs-and-me? [dostęp: 24.08.2025 r.].

[40] https://www.meresearch.org.uk/german-bundestag-cdu-csu-presses-fro-me-cfs-progress/? [dostęp: 24.08.2025 r.].

[41] https://www.helse-bergen.no/en/departments/kreftbehandling-og-medisinsk-fysikk/research-and-development/mecfs-research/? [dostęp: 24.08.2025 r.].

[42] Stanowi inicjatywę COST Action CA 15111, zainicjowaną w 2015 roku w ramach programu UE COST, która ma na celu: stworzenie trwałej, interdyscyplinarnej sieci badaczy zajmujących się ME/CFS; przeprowadzenie ujednoliconej oceny epidemiologicznej, diagnostycznej i klinicznej; koordyna-

rozbieżności w diagnozowaniu i leczeniu ME/CFS w różnych państwach UE oraz zaapelował o harmonizację kryteriów diagnostycznych i standardów opieki[43]. To ukazuje, że problem nie dotyczy tylko Polski, lecz ma charakter międzynarodowy. Państwa o lepiej rozwiniętych systemach wsparcia dla chorób przewlekłych podejmują działania, by te braki uzupełnić.

Reasumując, brak szczególnych kodów i uregulowań dla zespołu przewlekłego zmęczenia przekłada się na ograniczenie praktyczne w zakresie dostępu do świadczeń od medycyny rodzinnej, poprzez procedury specjalistyczne, rehabilitację, aż po wsparcie socjalne. Pacjenci z ME/CFS nie zawsze mogą skorzystać z pełni przysługujących im praw, co stanowi naruszenie zasady sprawiedliwości i równości w dostępie do opieki zdrowotnej.

Podsumowanie i rekomendacje

Pacjenci cierpiący na ME/CFS mają formalnie zagwarantowane, na mocy konstytucji, ustaw krajowych oraz standardów międzynarodowych, prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na równi z innymi chorymi. W praktyce jednak ich sytuacja uwidacznia pewną sprzeczność. Z jednej strony prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych jest uznawane za podstawowe i najważniejsze (co potwierdzają np. statystyki interwencji Rzecznika Praw Pacjenta), z drugiej system ochrony zdrowia niedostatecznie uwzględnia specyfikę tej grupy pacjentów, prowadzi do faktycznego pomijania ich potrzeb. Głównymi przyczynami takiego stanu rzeczy są: brak jednoznacznej praktyki kodowania ME/CFS w ICD-10 (a co za tym idzie w systemie rozliczeń NFZ), brak dedykowanych programów diagnostyczno-leczniczych, niedostateczna wiedza personelu medycznego o chorobie oraz ogólne problemy dostępności (długie kolejki, przeciążenie systemu), które dotykają szczególnie pacjentów „niepriorytetowych".

cję badań nad biomarkerami i ujednoliceniem definicji diagnostycznych; analizę wpływu ekonomicznego i społecznego choroby w Europie. Szerzej zob. https://www.euromene.eu/? [dostęp: 10.07.2025 r.].

[43] E. B. Strand, L. Nacul, A. M. Mengshoel, I. B. Helland, P. Grabowski, A. Krumina, J. Alegre-Martin, M. Efrim-Budisteanu, S. Sekulic, D. Pheby, G. K. Sakkas, C. Adella Sirbu, F. J. Authier, *op.cit.*

Aby osoby z przewlekłym zmęczeniem miały równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, konieczne są zmiany o charakterze organizacyjnym, prawnym i świadomościowym. Należy postulować uznanie ME/CFS za odrębną jednostkę chorobową w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Ministerstwo Zdrowia powinno rozważyć oficjalne zaimplementowanie w Polsce klasyfikacji ICD-11 (gdy tylko będzie to możliwe technicznie i organizacyjnie) a w międzyczasie wydać wytyczne, który kod ICD-10 należy stosować dla zespołu przewlekłego zmęczenia. Jednoznaczne przypisanie kodu (np. G93.3) i poinformowanie o tym środowiska medycznego oraz NFZ zlikwiduje część wątpliwości, ułatwi sprawozdawczość i ujednolici standard postępowania. Zasadna byłaby także nowelizacja odpowiednich rozporządzeń dotyczących świadczeń gwarantowanych, aby dodać ME/CFS do list schorzeń kwalifikujących np. do rehabilitacji leczniczej, programów świadczeń ambulatoryjnych czy opieki psychologicznej. Dzięki temu pacjenci z ME/CFS nie byliby zmuszeni „podpinać się" pod inne rozpoznania, by uzyskać należną pomoc. Ponadto, uzasadnione jest stworzenie wytycznych postępowania klinicznego z ME/CFS. Organy odpowiedzialne za politykę zdrowotną np. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, konsultanci krajowi we współpracy z ekspertami i organizacjami pacjentów powinni opracować oficjalne standardy diagnostyki i leczenia ME/CFS. Wytyczne takie pomogłyby lekarzom prawidłowo rozpoznawać to schorzenie (unifikacja kryteriów diagnostycznych) i wskazywałyby zalecane interwencje (np. rehabilitacja dostosowana do nietolerancji wysiłku, terapia przeciwbólowa, wsparcie psychologiczne, leczenie objawowe zaburzeń snu itp.). Wprowadzenie zaleceń do praktyki poprawiłoby jakość opieki i zapewniło zgodność świadczeń z aktualną wiedzą medyczną (co jest wymogiem prawnym wynikającym z art. 6 ust. 1 upp). Minister Zdrowia mógłby np. w drodze rozporządzenia lub komunikatu wskazać, że ME/CFS jest jednostką uprawniającą do korzystania z określonych świadczeń (analogicznie do programów dla innych schorzeń przewlekłych).

Z całą pewnością istotnym krokiem zmierzającym do poprawy sytuacji pacjentów z ME/CFS byłoby utworzenie wyspecjalizowanych ośrodków lub poradni dla pacjentów z ME/CFS. Rozważenia wymaga organiza-

cja w ramach systemu choćby kilku centrów referencyjnych (przy dużych szpitalach klinicznych lub instytutach) zajmujących się kompleksowo diagnostyką i poradnictwem w zakresie zespołu przewlekłego zmęczenia. Takie ośrodki mogłyby pełnić rolę konsultacyjną dla trudnych przypadków, szkolić kadry, a przede wszystkim zapewnić pacjentom miejsce, gdzie zostaną kompetentnie potraktowani. Finansowo mogłoby to zostać rozwiązane np. przez kontrakt z NFZ na świadczenia wysokospecjalistyczne lub ambulatoryjne świadczenia kompleksowe. NFZ dopuszcza kontraktowanie świadczeń kompleksowych w wybranych dziedzinach, można by więc rozważyć stworzenie pakietu „opieka kompleksowa nad pacjentem z zespołem przewlekłego zmęczenia". Takie rozwiązanie zmniejszyłoby poczucie osamotnienia pacjentów i poprawiło bezpieczeństwo leczenia, które, na co zwraca uwagę Rzecznik Praw Pacjenta, jest kluczowym elementem prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

Niezwykle istotnym elementem proponowanych zmian jest także zwiększenie świadomości wśród lekarzy POZ i specjalistów, że ME/CFS jest realną chorobą, a nie jedynie subiektywnym odczuciem zmęczenia pacjenta. Szkolenia ciągłe dla środowiska medycznego powinny poruszać tę tematykę, uwrażliwiając na rozpoznawanie objawów i odpowiednie kierowanie pacjentów (np. wykluczenie innych przyczyn zmęczenia, a następnie rozpoznanie ME/CFS i skierowanie do właściwej opieki). Z drugiej strony, pacjentom należy zapewnić łatwy dostęp do informacji o ich prawach np. poprzez przygotowanie poradnika (być może we współpracy z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta oraz organizacjami pacjenckimi) jasno tłumaczącego, jakie świadczenia przysługują osobom z ME/CFS i w jaki sposób egzekwować te prawa. Rzecznik Praw Pacjenta mógłby również ustanowić punkt kontaktowy dedykowany takim sprawom, co wpisywałoby się w cele strategii wspierania pacjentów w korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej.

Z uwagi na fakt, iż pacjenci z ME/CFS często potrzebują stałej opieki wielospecjalistycznej, warto też rozważyć wdrożenie mechanizmów, które ułatwią im dostęp do lekarzy bez wielomiesięcznych oczekiwań np. priorytetowe traktowanie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) ze względu na ryzyko pogorszenia stanu przy braku leczenia.

W ramach list oczekujących istnieje już zasada, że kolejność ma być ustalana obiektywnie (według stanu zdrowia). Należy zadbać, by była ona rzetelnie stosowana również do schorzeń nieostrych jak ME/CFS. Równocześnie NFZ powinien zapewnić odpowiednie finansowanie świadczeń dla tych chorych. Wreszcie, monitoring realizacji prawa do świadczeń powinien objąć także tę grupę pacjentów. Rzecznik Praw Pacjenta mógłby w swoim sprawozdaniu odnotowywać sprawy pacjentów z chorobami nieposiadającymi kodu, co mogłoby prowadzić do zwrócenia uwagi decydentów na lukę systemową.

Realizacja powyższych rekomendacji przyczyniłaby się do zapewnienia pacjentom z przewlekłym zmęczeniem faktycznej równości w dostępie do opieki zdrowotnej. Władze publiczne mają konstytucyjny obowiązek tak kształtować system, by żaden pacjent nie pozostawał bez należnej pomocy wskutek biurokratycznych czy systemowych uchybień. Równość wobec prawa oznacza, że również mniejszościowa grupa chorych na ME/CFS powinna być objęta troską systemu na równi z innymi. Jak podkreśla Trybunał Konstytucyjny, zasada równego dostępu do świadczeń zobowiązuje ustawodawcę do tworzenia takich regulacji, które w maksymalnym stopniu realizują potrzeby zdrowotne wszystkich obywateli w granicach dostępnych zasobów, a wszelkie różnicowanie musi znajdować usprawiedliwienie w ważnym interesie publicznym (np. priorytet dla ratowania życia), nie może być wynikiem przeoczenia lub arbitralności. W sytuacji ME/CFS obecne ograniczenia wydają się efektem zaniedbania systemowego, które należy naprawić. Dzięki temu prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych stanie się rzeczywiście odczuwalnym prawem dającym chorym szansę na poprawę zdrowia i jakości życia.

Bibliografia:

Brenna E., Araja D., Pheby D.F.H., *Comparative Survey of People with ME/CFS in Italy, Latvia, and the UK: A Report on Behalf of the Socioeconomics Working Group of the European ME/CFS Research Network (EUROMENE)*, Medicina, 2021 r., Nr 57(3), s.8, doi: 10.3390/medicina57030300.

Broż O., Podolak A., *Wybrane elementy prawne wpływające na system ochrony zdrowia,* Ius et Administratio, 2023 r., Nr 4 (53), doi: 10.15584/iuseta.2023.4.2.

Frischhut M., Levaggi R., *Patient mobility in the context of austerity and an enlarged EU: The European Court of Justice's ruling in the Petru Case*, Health Policy, 2015 r., Nr 119 (10), doi: 10.1016/j.healthpol.2015.07.002.

Garlicki L., Zubik M. (red.), Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2016 r.

Guy M., *Towards a European Health Union: What Role for Member States?,* European Journal of Risk Regulation, 2020 r., Nr 11(4), doi: 10.1017/err.2020.77.

Hvidberg M.F., Schouborg Brinth L., Olesen A.V., Petersen K.D., Ehlers L., *The Health-Related Quality of Life for Patients with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS)*, PLOS One, 2015 r., Nr 10 (7), e0132421, doi: 10.1371/journal.pone.0132421.

Kujawski S., Słomko J., Godlewska B. R., Cudnoch-Jędrzejewska A., Murovska M., Newton J.L., Sokołowski Ł., Zalewski P., *Combination of whole body cryotherapy with static stretching exercises reduces fatigue and improves functioning of the autonomic nervous system in Chronic Fatigue Syndrome*; Journal of Translational Medicine, 2022 r., 20(1):273., doi: 10.1186/s12967-022-03460-1.

Melby L., Nair R. Das., *We have no services for you… so you have to make the best out of it': A qualitative study of Myalgic Encephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrome patients' dissatisfaction with healthcare services,* Health Expectations, 2023 r., Nr 27, doi: 10.1111/hex.13900.

Missailidis D., Annesley S.J., Fisher P.R., *Pathological Mechanisms Underlying Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome*, Diagnostics (Basel), 2019 r., 9(3):80, doi: 10.3390/diagnostics9030080.

Mroczek M., *Dlaczego wprowadzanie ICD-11 tyle trwa?,* Remedium, https://remedium.md/publikacje/ciekawostki/dlaczego-wprowadzanie-icd-11-tyle-trwa?

Nacul L., Authier F.J., Scheibenbogen C., Lorusso L., Helland I.B., Martin J.A., Sirbu C.A., Mengshoel A.M., Polo O., Behrends U., Nielsen H., Grabowski P., Sekulic S., Sepulveda N., Estévez-López F., Zalewski P., Pheby D.F.H., Castro-Marrero J., Sakkas G.K., Capelli E., Brundsdlund I., Cullinan J., Krumina A., Bergquist J., Murovska M., Vermuelen R.C.W., Lacerda E.M, *European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EU-*

ROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe, Medicina, 2021 r., 57(5):510, s. 2. doi: 10.3390/medicina57050510.

Nowicki M.A., *Panaitescu przeciwko Rumunii – wyrok ETPC z dnia 10 kwietnia 2012 r., skarga nr 30909/06*, [w:] M.A. Nowicki, Europejski Trybunał Praw Człowieka. Wybór orzeczeń 2012r., LEX, 2013 r.

Sakowicz M., Jagielska B., Bodnar L., Jaroszyński J., Krzakowski M., *Implementation of the Polish version of the 11th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11): importance for oncology*, Oncol Clin Pract 2023 r.; Nr 19(5), doi: 10.5603/OCP.2023.0032.

Seitz C., *The European Health Union and the protection of public health in the European Union: Is the European Union prepared for future cross-border health threats*? ERA Forum. 2023 r.; Nr 23(4), doi: 10.1007/s12027-023-00732-1.

Słomko J., Newton J.L., Kujawski S., Tafil-Klawe M., Klawe J., Staines D., Marshall- Gradisnik S., Zalewski P., *Prevalence and characteristics of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) in Poland: a cross-sectional study*, BMJ Open, 2019 r., Nr 9(3), doi: 10.1136/bmjopen-2018-023955.

Smyth N.J., Blitshteyn S., *Language Matters: What Not to Say to Patients with Long COVID, Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, and Other Complex Chronic Disorders, International* Journal of Environmental Research and Public Health, 2025 r., 22(2):275, doi: 10.3390/ijerph22020275.

Stelmach M., *W strategii na najbliższe lata RPP zapowiada walkę z medycznymi „szarlatanami"*; 26.10.2024 r. https://www.prawo.pl/zdrowie/strategia-rzecznika-praw-pacjenta-na-lata-2024-2027,529694.html

Strand E.B., Nacul L., Mengshoel A.M., Helland I.B., Grabowski P., Krumina A., Alegre-Martin J., Efrim-Budisteanu M., Sekulic S., Pheby D., Sakkas G.K., Sirbu C.A., Authier F.J., *Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue Syndrome (ME/CFS): Investigating care practices pointed out to disparities in diagnosis and treatment across European Union*, PLoS ONE, 2019 r., Nr 14 (12), doi: 10.1371/journal.pone.0225995.

Wyrok Sądu Rejonowego w Szczecinie, IX Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, z dnia 26.06.2019 r., sygn. IX U 275/18 niepubl.

Wyrok TSUE z 16.05.2006 r., C-372/04, Watts, EU:C:2006:325.

Zdyb M., *Istota prawa do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP ze szczególnym uwzględnieniem art. 68 ust. 1. Dylematy i kontrowersje*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, 2024 r., vol. LXXI, 1, doi:10.17951/g.2024.71.1.173-192.

Summary

Reflections on the Patient's Right to Healthcare Services: The Case of Individuals with Chronic Fatigue Syndrome

The article examines the situation of patients with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) in the context of the right to healthcare services within the Polish healthcare system. Despite its severe course and significant impact on quality of life, the condition remains insufficiently recognized in both legal and organizational frameworks, partly due to the absence of a clear ICD-10 coding practice. The lack of appropriate regulations and dedicated procedures restricts patients' access to diagnostics, treatment, and rehabilitation, thereby undermining the constitutional principle of equal access to healthcare. The article also highlights potential violations of patients' rights as well as the invisibility of the issue in the National Health Fund's reporting system.

Key words: healthcare service, patient, patients' rights, myalgic encephalomyelitis (ME)/chronic fatigue syndrome (CFS)

Dr Joanna Różyńska
Uniwersytet Warszawski
ORCID: 0000-0002-5235-3700

Dr Emilia Kaczmarek
Uniwersytet Warszawski
ORCID: 0000-0002-2684-7723

Protecting research participants against undue influence and exploitation. An ethico-legal analysis of Article 23b(2) of the Polish Act on the Professions of Physician and Dentist[1]

DOI: 10.70537/ppm/214463

Summary

This article provides a thorough ethical and legal analysis of Article 23b(2) of the Polish Act on the Professions of Physician and Dentist (APPD). The analyzed provision prohibits taking advantage of a forced situation of persons participating in medical experiments. However, despite its brevity, its normative content remains unclear. First, we reject the interpretation proposed in the literature of reading the provision as excluding all individuals in forced situations from scientific experiments. We argue that Article 23b(2) should be interpreted as prohibiting the exercise of undue influence and exploitation of all potential and enrolled research participants who are in dire situations or weaker positions, not only those belonging to groups traditionally considered particularly vulnerable to manipulation, harm, and abuse. By comparing the protective measures against

[1] This analysis was supported by the National Science Centre, Poland, grant no. 2021/43/B/HS1/01881.

undue influence and exploitation adopted by the prominent international ethical standards for human biomedical research and those endorsed by the APPD, we demonstrate that such an interpretation of Article 23b(2) of the APPD is not only legally justified, but also ethically necessary to shield all participants of medical experiments against these unethical practices. Our interpretation of Article 23b(2) of the APPD provides researchers and research ethics committees with valuable, practical guidance. We maintain that the provision analyzed should be recognized as one of the key pillars of Polish regulation on medical experimentation.

Key words: medical experiments, vulnerability, undue influence, undue inducement, exploitation

Introduction

This paper focuses on Article 23b(2) of the Act on the Professions of Physician and Dentist[2] (hereafter referred to as the "APPD"), which prohibits taking advantage of medical research participants in a "forced situation"[3]. This provision was added to the APPD by the Act of July 16, 2020, and went into force on January 1, 2021[4]. However, despite having

[2] Act of 5 December 1996 on the Professions of Physician and Dentist, *Journal of Laws* 2024, item 1287, as amended [in PL].

[3] The APPD uses the Polish term „przymusowe położenie," which is difficult to translate. Here, we have opted to remain as faithful to the original as possible by translating it as „a forced situation". While this translation is not without flaws, it is better than alternative proposals by some Polish legal translators, such as "state of necessity", "involuntary position", "compulsory position", or even Faden and Beauchamp's "coercive situation," because it does not involve ethically loaded and ambiguous concepts, such as necessity, involuntariness, compulsion, or coercion. See: Legalis C.H. Beck, The Polish Law Collection. The Civil Code Translation 2025, accessed via the University of Warsaw Library; Ch. von Bar, E. Clive, H. Schulte-Nölke et al. (eds). Study Group on a European Civil Code & the Research Group on EC Private Law (Acquis Group), *Principles, definitions and model rules of European private law. Draft Common Frame of Reference* (DCFR), 2009, p. 436; https://www.law.kuleuven.be/personal/mstorme/european-private-law_en.pdf; M. Gąsior, *Medical experiments in the light of the amendment of the Act on the Profession of a Physician and a Dentist*, „Wiadomości Lekarskie" 2021, vol. 74, no. 8, p. 1991; R. R. Faden, T. L. Beauchamp, *A history and theory of informed consent*, New York 1986, pp. 344-346.

[4] Act of July 16, 2020 Amending the Act on the Professions of Physician and Dentist and Certain Other Acts, *Journal of Laws* 2020, item 1291 [in PL].

been in effect for four years, there have been very few legal commentaries on it thus far[5]. Our aim is to address this by providing a thorough analysis of Article 23b(2) of the APPD. This analysis will draw on legal and ethical scholarship, as well as international guidelines and regulations relating to human medical research. Contrary to the view of some commentators, we will argue that this provision should not be read as excluding certain groups of individuals from all or some kinds of medical experiments, but rather as providing protection to all participants in medical experiments against undue influence (undue inducement) and unfair exploitation. This interpretation is not only justified by the rules of legal interpretation, but also by the fact that it aligns the APPD's regulations on medical experiments more closely with widely accepted standards for human medical research.

This paper builds upon our previous article concerning Article 23b(1) of the APPD, which regulates payments made to individuals taking part in medical experiments. This includes reimbursement of incurred expenses, as well as "incentives and financial rewards" for participation[6]. We recommend that readers, particularly those unfamiliar with Polish law on medical experiments, read the latter article as well. This will help them to fully understand the Polish regulatory framework for medical research and the problems it faces.

[5] A vast majority of the literature on the changes introduced to the APPD by the 2020 amendment, at best, mentions Article 23b(2), but offers no detailed commentary on its content or normative role. See, for example, A. Gałęska-Śliwka, *Eksperymenty medyczne po nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – wybrane zagadnienia*, „Prawo i Prokuratura" 2022, no. 10, pp. 55–77; A. Gałęska-Śliwka, Eksperyment medyczny w nowej rzeczywistości prawnej, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2023, vol. 29, no. 3, pp. 176–186; M. Gąsior, *Medical experiments in the light of the amendment*…, p. 1991; R. Kubiak, *Nowe uwarunkowania prawne przeprowadzania eksperymentów medycznych*, „Przegląd Sądowy" 2021, no. 1, p. 13; Serwach M., *Nowe zasady przeprowadzania eksperymentów medycznych na ludziach*, „Medycyna Praktyczna" 2021, no. 708, pp.132–139; Wrzesińska-Wal I., Hajdukiewicz D., Augustynowicz A., Janiszewska L., Sarnacka E., Waszkiewicz M., *New regulations on current medical problems*, „Wiedza Medyczna" 2022, vol. 4, no. 1, pp. 16–20. Some short commentaries are provided by P. Konieczniak, *Eksperyment medyczny – sytuacja prawa po nowelizacji ustawy lekarskiej*, „Przegląd Prawa Medycznego" 2021, vol. 3, no. 1-2: 110-111; K. Sakowski, *Art. 23b* [in:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, 3rd Ed., ed. E. Zielińska, Warszawa 2022, pp. 736–737 (focusing on criminal liability for violating the norms expressed in Article 23b).

[6] J. Różyńska, E. Kaczmarek, *Paying participants in medical research. An ethico-legal analysis of Article 23b(1) of the Polish Act on the Professions of Physician and Dentist*, „Przegląd Prawa Medycznego" 2025, no 3, pp. 5–40.

1. Protection by exclusion?

Article 23b(2) of the APPD reads: "It is forbidden to conduct a medical experiment by taking advantage of a forced situation of a person participating in such an experiment". Despite its brevity, the provision is open to various interpretations regarding its normative role and content. The key question is whether it implies the general exclusion of persons in forced situations from participating in medical experiments, or at least so-called "scientific experiments", i.e., experiments "primarily intended to increase medical knowledge" (Article 21(3) of the APPD, sentence 1), as opposed to "therapeutic experiments", which are intended to "obtain a direct benefit for the health of a sick person" (Article 21(2) of the APPD, sentence 1).

Rafał Kubiak has proposed such an interpretation, arguing that the analyzed provision should be seen as complementary to Article 23a(1) of the APPD. The latter strictly prohibits the conduct of scientific experiments on "the conceived child", incapacitated persons, soldiers, and other individuals in hierarchical relationships that limits their freedom to give voluntary consent, as well as on individuals deprived of liberty or subjected to detention[7]. In other words, Kubiak asserts that individuals in forced situations should not be permitted to participate in scientific experiments. However, this interpretation contradicts the literal, systemic and functional readings of Article 23b(2) of the APPD for the following four reasons[8].

Firstly, this provision applies to more than just scientific experiments. It uses the term "medical experiment", which, according to Article 21(1) of the APPD, includes both scientific and therapeutic experiments (including experimental therapies). The term also applies to experiments involving human biological material (Article 21(4) of the APPD). Therefore,

[7] R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa związane z nielegalnym przeprowadzeniem eksperymentu medycznego*, „Diametros" 2023, vol. 20, no. 78, pp. 50–53.

[8] Cf. W. Ciszewski, *Dwie uwagi do artykułu Rafała Kubiaka*, „Diametros" 2023, vol. 20, no. 78, pp. 113–115.

the analyzed provision should be interpreted as applying to all individuals in a forced situation, regardless of their health status, age, legal capacity or other factors, who participate (or are invited to participate) in any type of medical experiment. However, given that Article 23b(2) of the APPD covers all individuals in dire situations and all types of medical experimentation, interpreting it as endorsing a "protection by exclusion" approach would have a detrimental effect on many research participants and areas of research practice. Such an interpretation would prevent patients in desperate clinical conditions from participating in potentially beneficial therapeutic experiments, including experimental therapies[9]. Furthermore, many scientific experiments on healthy volunteers would also be prohibited, as these volunteers are often people in dire financial situations who participate in medical research for "quick and easy" money[10].

Secondly, if the drafters of the APPD had intended to prevent individuals in forced situations from participating in scientific experiments, as Kubiak suggests, this group would have been included in the list of excluded persons in Article 23a(1) of the APPD. Alternatively, they would have clearly stated this in the commented provision and limited its scope to scientific experiments. Furthermore, they would not have used the term "participants" in Article 23b(2), since this refers to individuals who are or will be enrolled in an experiment.

Thirdly, as Ciszewski rightly points out[11], Article 23b(2) of the APPD does not categorically prohibit researchers from conducting medical experiments on persons in forced situations. Rather, it prohibits such

[9] Ibidem, p. 115.

[10] R. Abadie, The *professional guinea pig: big pharma and the risky world of human subjects*, Durham and London 2010, p. 6 et al. For more information on the motivations of healthy volunteers in research, see: L. Almeida, B. Azevedo, T. Nunes, M. Vaz-da-Silva, P. Soares-da-Silva, *Why healthy subjects volunteer for phase I studies and how they perceive their participation?*, „European Journal of Clinical Pharmacology" 2007, vol. 63, no. 11, pp. 1085–1094; L. Stunkel, C. Grady, *More than the money: a review of the literature examining healthy volunteer motivations*, „Contemporary Clinical Trials" 2011, vol. 32, no. 3, pp. 342–352; J.A. Fisher, L. McManus, M.M. Wood, M. D. Cottingham, J.M. Kalbaugh, T. Monahan, R.L. Walker, *Healthy volunteers' perceptions of the benefits of their participation in phase I clinical trials* „Journal of Empirical Research on Human Research Ethics" 2018, vol.13, no. 5, pp. 494–510.

[11] W. Ciszewski, *Dwie uwagi do artykułu*… pp. 114–115.

experiments being conducted in a manner that exploits the participants' difficult position. The drafters placed the analyzed provision in paragraph 2 of Article 23b, which prohibits investigators from engaging in certain practices that raise concerns about undue influence and unfair exploitation, particularly when vulnerable individuals or populations are involved – namely, rewarding participants for their contribution (para. 1) or charging individuals for participation in research (para. 3). This fact should be taken into account when interpreting this provision.

Finally, Kubiak's interpretation is based on the assumption that being in a forced situation "significantly interferes with freedom of decision"[12], thereby undermining the ability to give legally valid consent to participate in a medical experiment. However, this is not how people in forced situations are treated in the context of market transactions or healthcare, either in law or everyday practice[13].

If someone is in desperate need of money and decides to sell their most valuable possession for a fair price after weighing up all the pros and cons, no one questions the validity of his or her decision[14]. Why, then,

[12] R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna*…p. 52

[13] See, for example, M. Agrawal, *Voluntariness in clinical research at the end of life*, „Journal of Pain and Symptom Management" 2003, vol. 25, no. 4, pp. S25–S32; C.C. Denny, C. Grady, *Clinical research with economically disadvantaged populations*, „Journal of Medical Ethics" 2007, vol. 33, no. 7, pp. 382–385; T. Swift, *Desperation may affect autonomy but not informed consent*, „AJOB Neuroscience" 2011, vol. 2, no. 1, pp. 45–46; A. Wertheimer, *Poverty, voluntariness, and consent to participate in research* [in:] *Poverty, Agency, and Human Rights*, ed. D. Tietjens Meyers, New York 2014, pp. 273–298.

[14] There is no room in this article for an in-depth philosophical analysis of the notion of voluntary choice or action. For the purposes of the present discussion, it should be noted that, when understood descriptively (psychologically), the concept of voluntariness should be considered a matter of degree rather than a binary category. A fully voluntary decision could, for instance, be characterized as one that an individual would choose to make irrespective of external circumstances, or as one with which they fully identify. In this sense, a decision made under economic necessity may appear less voluntary than the unrestricted realization of one's own wishes. However, recognizing as normatively valid only those decisions that are fully voluntary in this descriptive sense (e.g. those with purely internal motivation) would call into question the validity of the vast majority of agreements entered into by individuals – for example, situations in which a person accepts employment that does not fully correspond to their preferences. For more on the various ways of conceptualizing voluntariness, especially in the context of consent for research, see: P. S. Appelbaum, C. W. Lidz, R. Klitzman, *Voluntariness of consent to research: a conceptual mode*l, „Hastings Center Report" 2009, vol. 39, no. 1, pp. 30–39; R. M. Nelson, T. Beauchamp, V.A. Miller, W. Reynolds, R.F. Ittenbach, M.F. Luce, *The concept of voluntary consent*, „The American Journal of Bioethics" 2011, vol. 11, no. 8, pp. 6–16; A. Wertheimer, *Voluntary consent:*

should we think differently about a well-informed decision to participate in scientifically and ethically sound research made by a healthy volunteer in a difficult economic situation whose only motivation for enrolling is the fair financial reward? By posing these types of questions, we do not intend to suggest that participation in a medical experiment should be viewed like any other market transaction, nor do we intend to suggest that informed consent to participate in an experiment is equivalent to accepting an offer to sell goods or services or accepting a labor contract. However, we do point out that simply being in a forced situation does not necessarily exclude the possibility of providing valid consent.

Similarly, when a competent person with a fatal disease is presented with the option of a new, approved therapy by their physician and gives informed consent, no one considers his or her consent to this treatment to be invalid. Likewise, why should we question the voluntariness of a decision to participate in scientifically and ethically sound therapeutic research (or experimental treatment) made by a patient who has exhausted all therapeutic options, and who has a reasonable and well-informed belief that participation in that research (or experimental treatment) may, on balance, be beneficial? Patients in desperate health situations do not necessarily lose the ability to understand the goals, methods and risk–benefit profile of a proposed intervention, whether approved or experimental, and can make a deliberate, rational decision to try it, even if they feel somewhat compelled by their illness.

It is worth noting that, under Polish law, persons in a forced situation are not considered incapable of entering into valid legal contracts. Instead, they are seen as being vulnerable to unfair exploitation and are legally protected from it by the right to demand modification or annulment of an exploitative contract (Article 388 of the Polish Civil Code[15]). Those who exploit the vulnerability of others to gain a grossly unfair advantage are punished (Article 304 of the Polish Penal Code[16]).

why a value-neutral concept won't work, „Journal of Medicine and Philosophy" 2012, vol. 37, no. 3, pp. 226–254; M. Kiener, *Voluntary consent. Theory and practice*, New York & Abingdon, Oxon 2023, chap. 8.

[15] Act of 23 April 1964 – The Civil Code, *Journal of Laws* 2025, item 1071, as amended [in PL].

[16] Act of 6 June 1997 – The Penal Code, *Journal of Laws* 2025, item 383, as amended [in PL].

2. Taking advantage of the participant's forced situation

How should we understand the prohibition on taking advantage of participants who are in a forced situation in medical experiments? Article 23b(2) of the APPD applies when both of the following conditions are met: (1) the (potential) participant (or targeted population) of an experiment is in a forced situation; and (2) investigators (including medical professionals involved in the enrolment process) take advantage of the (potential) participant's forced situation to further their own goals, particularly to obtain their consent to participate.

The term "forced situation" is interpreted quite broadly by Polish legal scholars and courts when dealing with cases of unfair exploitation in transactions[17]. According to the Polish Supreme Court, "a forced situation occurs when a party finds themselves in such material, personal, or family circumstances that compel them to enter into an agreement, even without equivalence of benefits (at any cost), and prevent them from engaging in free negotiations"[18]. Admittedly, Article 388 of the Polish Civil Code on unfair exploitation treats forced situations as distinct from "infirmity, inexperience or lack of sufficient understanding of the subject matter of the contract", but it is debatable whether such a distinction should also be made in the context of Article 23b(2) of the APPD. However, it is undisputed that this provision can apply to a variety of situations. These include, but are not limited to, being in economic hardship; facing danger to one's life or health (or that of a loved one); facing unmet medical needs, including a lack of therapeutic alternatives; and being in

[17] See more on the subject of unfair exploitation under the Polish Civil Code: P. Zakrzewski, *Art. 388* [in:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Vol. III. Zobowiązania. Część ogólna (art. 353–534)*, eds. M. Habdas, M. Fras, Warszawa 2018, pp. 236–250, esp. pp. 243-244; P. Machnikowski, *Wyzysk* [in:] *System prawa prywatnego. Vol. 5. Prawo zobowiązań – część ogólna,* 3rd Ed., ed. K. Osajda, Warszawa 2020, pp. 629–641, esp. p. 637; W. Popiołek, *Art. 388* [in:] *Kodeks cywilny. Vol I. Komentarz. Art. 1–449[10]*, 10th Ed., ed. K. Pietrzykowski, Warszawa 2020, esp. sec. 6-7; M. Gutowski, *Art. 388* [in:] *Kodeks cywilny. Vol. II. Komentarz. Art. 353–626*, 3rd Ed., ed. M. Gutowski Warszawa 2022, esp. sec. 15; P. Tereszkiewicz, *Art. 388* [in:] *Zobowiązania. Część ogólna. Vol. II. Komentarz,* ed. P. Machnikowski, Warszawa 2024, esp. sec. 16-21.

[18] Judgment of the Supreme Court of 27 September 2005, V CK 191/05, I CK191/05, OSP 2007 nr 7-8, poz. 87 [in PL].

a relationship of trust, dependence, or subordination with the offeror or his collaborator[19]. It is irrelevant who or what makes the person feel "forced" to accept the unfair deal. What matters is that the person believes she has no reasonable alternative but to accept an objectively bad offer, because the alternatives would be worse. In other words, she feels trapped between two or more bad options and has to choose the least bad one[20].

Determining what conditions must be met to say that someone is taking advantage of another person's forced situation is a very difficult task. We cannot fully address it here. For the purposes of this analysis, however, we will assume that taking advantage of a (potential) participant's forced situation requires that[21]: (a) researchers have knowledge of the forced situation of the participant, or could reasonably be expected to have such knowledge; and (b) in order to obtain compliance, particularly consent, (c) they make an offer to participate in research that they know, or ought to know, is, broadly speaking, unethical, yet it will be difficult, if not impossible, for the participant to reject the offer because of his or her vulnerable position and lack of better alternatives.

There are many reasons why an offer to participate in a research project may be considered unethical. The most obvious example is an invitation to take part in a project that is poorly designed from ethical and/or methodological perspectives. This includes a project that violates established standards of scientific and social value, methodological validity, a favorable risk/benefit ratio, or adequate risk minimization[22]. An offer to participate in such a study should never be made because projects like this should never be approved by a research ethics committee for implementation. Poorly designed projects expose participants to unnecessary and excessive risks, i.e., risks that are not "compensated" by any potential benefit to science and society or direct therapeutic benefits to partici-

[19] P. Tereszkiewicz, *Art. 388* [in:] *Zobowiązania*…, sec. 16–17.

[20] P. Machnikowski, *Wyzysk* [in:] *Prawo zobowiązań – część ogólna* …, p. 637.

[21] Compare, W. Popiołek, *Art. 388* [in:] *Kodeks cywilny*…, sec. 5; M. Gutowski, *Art. 388* [in:] *Kodeks cywilny, Vol. II, Komentarz*…, sec. 9-10.

[22] See, E. J. Emanuel, D. Wendler, C. Grady, *What makes clinical research ethical*?, „JAMA" 2020, vol. 283, no. 20, pp. 2701–2711.

pants, if expected. Such projects violate the principles of beneficence and nonmaleficence in research and are not permitted.

However, invitations to participate in scientifically sound projects may also raise ethical questions. This may be due to the manner in which they are communicated, which could be coercive, overly controlling, disrespectful, manipulative, or misleading. Consequently, it could undermine the potential participant's ability to give fully voluntary and informed consent. It is also unethical to invite people to participate in projects that do not meet the requirements of justice. This is particularly the case when projects involve the unfair selection criteria and/or unfair distribution of research risks and potential benefits. In the two following sections, we will take a closer look at the two aforementioned forms of taking advantage of persons in forced situations, namely undue influence (undue inducement) and exploitation.

3. Protection against undue influence in research ethics and international standards for human research

The concept of undue influence is one of the most important concerns regarding the validity of participants' consent for research. Broadly speaking, it refers to controlling influences that unjustifiably pressure a person, thus undermining their ability to give voluntary and informed consent. As the Nuremberg Code of 1947 famously stated, the voluntariness of consent requires, apart from competence and comprehension of the provided information, that the potential participant be "so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, overreaching, or other ulterior form of constraint or coercion"[23]. Following the Nuremberg Code, all modern international, regional and national standards for human medical research and clinical trials require researchers and research ethics committees to prevent or at least minimize the risk of influences that would pre-

[23] The Nuremberg Code [in:] *Trials of war criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10*. Vol. 2., Washington D.C. USA., 1949, pp. 181–182. Also published at https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/the-nuremberg-code [Accessed 12.08.2025].

vent potential participants from "exercising free power of choice" when deciding whether to participate in the study. Let's briefly review some of the most important ones. This will allow us to identify critical points of divergence and consensus regarding the nature of undue influence.

The famous Belmont Report, issued in 1979 by the U.S. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, stresses that valid consent for participation must be voluntarily given, which requires "conditions free of coercion and undue influence"[24].The report further explains that: "Coercion occurs when an overt threat of harm is intentionally presented by one person to another in order to obtain compliance. Undue influence, by contrast, occurs through an offer of an excessive, unwarranted, inappropriate or improper reward or other overture in order to obtain compliance. Also, inducements that would ordinarily be acceptable may become undue influences if the subject is especially vulnerable"[25].

Three features of the Belmont Report's understanding of undue influence must be highlighted. First, it treats undue influence and coercion as two separate concepts, although it acknowledges that both constitute forms of unjustifiable pressure, albeit of different levels of force and irresistibility. The majority of scholars and regulators accept this view[26],

[24] National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services, Washington D.C. 1979, part C(1), https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html [Accessed 12.08.2025].

[25] Ibidem.

[26] See, for example, R. Nozick, *Coercion* [in:] *Philosophy, science, and method*, ed. S. Morgenbesser, P. Suppes, M. White, New York 1969, pp. 440–742; R.R. Faden, T. L. Beauchamp, *A history and theory of informed consent* …, pp. 340-346; A. Wertheimer, *Coercion,* Princeton, N.J. 1987, chapters 9, 11-13; J.S. Hawkins, E. J. Emanuel*, Clarifying confusions about coercion*, „Hastings Center Report" 2005, vol. 35, no. 5., pp. 16–19; N. Dickert, C. Grady, *Incentives for research participants* [in:] *The Oxford textbook on the ethics of clinical research*, eds. J.E. Emanuel, C. Grady, R.A. Crouch, R.K. Lie, F. G. Miller, D. Wendler, New York 2008, pp. 388-390; A. Wertheimer, F.G Miller, *Payment for research participation: a coercive offer?*, „Journal of Medical Ethics" 2008, vol. 34, no. 5, pp. 389–392; E .A. Largent, H. Fernandez Lynch, *Paying research participants: regulatory uncertainty, conceptual confusion, and a path forward*, „Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics" 2017, vol. 17, no. 1, pp. 100–112.

but as will be shown below, not all of them do[27]. Second, the Report emphasizes that it is impossible to draw a precise line a priori between due and undue influence, i.e. between acceptable and unacceptable methods and modes of inciting others[28]. This is because the nature and effect of influence depends on the relationship and power dynamic between those involved, their individual circumstances, and other objective and subjective features of a given situation. This contextual nature of undue influence is widely accepted in the literature. Third, the Report explicitly points out that the vulnerability of one of the parties is what enables the stronger one to exert undue influence. It states: "Certain groups, such as racial minorities, the economically disadvantaged, the very sick, and the institutionalized may continually be sought as research subjects, owing to their ready availability in settings where research is conducted. Given their dependent status and their frequently compromised capacity for free consent, they should be protected against the danger of being involved in research solely for administrative convenience, or because they are easy to manipulate as a result of their illness or socioeconomic condition"[29]. It is important to note that the Belmont Report introduced the concept of vulnerability to research ethics. It influentially drew attention to research participants who might not be fully capable of protecting their own interests and who are particularly susceptible to being taken advantage of. This marked a significant shift in research ethics and sparked ongoing and heated debates about the proper understanding of vulnerability and adequate protection of those who are vulnerable in research[30]. Despite

[27] There is a lively debate in research ethics about whether a genuine offer of an attractive/irresistible reward to research participants may constitute coercion (a coercive offer). See, e.g., J. McGregor, *Undue influence as coercive offers in clinical trials*, [in:] *Coercion and the state*, eds. D.A. Reidy, W.J. Riker, Dordrecht, Netherlands 2008, pp. 45-59; J. Millum, M. Garnett, *How payment for research participation can be coercive*, „The American Journal of Bioethics" 2019, vol. 19, no. 9, pp. 21–31 (and open peer commentaries in this issue of the AJOB).

[28] E.g., R.R. Faden, T. L. Beauchamp, *A history and theory of informed consent* …, pp. 337–381.

[29] National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report*…, part C(3).

[30] For more on the discussion regarding the concept of vulnerability and its role in research ethics, see: K. Kipnis, *Vulnerability in research subjects: a bioethical taxonomy* [in:] *Ethical and policy issues in research involving human participants*, National Bioethics Advisory Commission, Bethesda, MD, 2001, pp. 1–10;

these debates, the conceptual connection between vulnerability and susceptibility to undue inducement and exploitation remains a cornerstone of all ethical guidelines and regulations for human research.

The World Medical Association's Declaration of Helsinki[31], the best-known and constantly evolving ethical standard for biomedical research involving humans, does not use the term "undue influence" (or "undue inducement") as such. However, it clearly recognizes that "some individuals, groups, and communities are in a situation of more vulnerability as research participants due to factors that may be fixed or contextual and dynamic, and thus are at greater risk of being wronged or incurring harm" (para. 19). It further emphasizes that the vulnerability of individual participants, as well as involved and affected groups, should not result in their a priori exclusion from research. Instead, they should be included "fairly and responsibly", meaning they should receive "specifically considered support and protections" (para. 19), including protection against exploitation and undue influence. To minimize the risk of undue influence on vulnerable participants, the Declaration explicitly recommends that physicians and other researchers be particularly cautious when seeking informed consent from individuals who are in a dependent relationship with them or who may consent under duress (para. 27). "In such situations, the informed consent must be sought by an appropriately qualified individual who is independent of this relationship" (para. 27, sentence 2).

The problem of undue influence is addressed in greater detail in the 2016 International Ethical Guidelines for Health-Related Research Invo-

C. Levine C., R. Faden, C. Grady, D. Hammerschmidt, L. Eckenwiler, J. Sugarman, *The limitations of "vulnerability" as a protection for human research participants*, „The American Journal of Bioethics" 2004, vol. 4, no. 3, pp. 44–49; D. Schroeder, E. Gefenas, *Vulnerability: too vague and too broad?*, „Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" 2009, vol. 18, no. 2: 113–121; P. Łuków, Persons and groups: protection of research participants with vulnerabilities as a proces [in] *Medical research ethics: challenges in the 21st century*, eds. T. Zima. D.N. Weisstub, Cham, Switzerland 2023, pp. 49-63; D. Schroeder,K. Chatfield, R. Chennells, H. Partington, J. Kimani, G. Thomson, J. Adhiambo Odhiambo, L. Snyders, C. Louw, *Vulnerability revisited. Leaving no one behind in research*, Cham, Switzerland 2024.

[31] World Medical Association, *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants,* Helsinki, Finland, October 2024, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/ [Accessed 12.08.2025].

lving Humans[32], issued by the Council for International Organisations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organisation. These guidelines build upon the Declaration of Helsinki, paying particular attention to conducting research in low-resource settings, community engagement in research and the need to adequately and responsibly include potentially vulnerable groups in health-related research. Guideline 9 regarding informed consent explicitly obliges researchers to provide participants with the opportunity to decide whether or not to participate without being subjected to coercion or undue influence (or deception). Guideline 15 further stresses that researchers and research ethics committees must ensure that specific protections are in place to safeguard the rights and welfare of vulnerable individuals and groups participating in research. The commentaries on these guidelines highlight that various factors may affect the voluntariness of consent for research and/or render individuals vulnerable to undue influence and exploitation. These factors include, but are not limited to, absolute, relative or circumstantial "impairments in decisional capacity, education, resources, strength, or other attributes needed to protect [one's own] interests"[33]. Thus, individuals with general decision-making capacity may still need special protection from unduly controlling influences in a given research context. This includes individuals in dependent or subordinate relationships, as well as those facing political or social powerlessness, such as people in hierarchical relationships (e.g. lower medical personnel, members of the armed forces or police); institutionalised individuals (e.g. prisoners, residents of nursing homes); persons affected by poverty, unemployment, and/or homelessness (including refugees or displaced persons); members of some ethnic and racial minorities; members of other disadvantaged, stigmatised, or marginalised groups (including women in highly patriarchal societies or LGBT+ individuals); patients with severe illness, especially those with a pre-existing therapeutic relationship with a physician-researcher;

[32] Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans*, Geneva, Switzerland 2016, https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf [Accessed 12.08.2025].

[33] Ibidem, p. 57.

and people who perceive participation in research as the only means of accessing medical care[34]. The presence of these circumstances does not necessarily mean that the individuals involved are unable to give informed consent for a given research study. However, they do suggest that these potential participants may be more susceptible to influences that could negatively impact the quality and validity of their consent. Therefore, "research ethics committees must determine for each individual protocol if influences on voluntary consent cross the threshold of being undue, and if so, which safeguards are appropriate"[35]. In the case of a dependent or hierarchical relationship, for example, the research ethics committee should consider whether informed consent should be obtained or witnessed by a neutral third party, such as a research nurse or qualified collaborator[36]. Another solution could be to consult the research project and the process of obtaining consent with relevant stakeholders, community representatives or individuals appointed to research ethics committees to advocate for members of a given vulnerable group[37].

The CIOMS Guidelines pay special attention to undue influence in the form of undue inducement when addressing the practice of paying research participants for their contributions. Guideline 13 states: "Research participants should be reasonably reimbursed for costs directly incurred during the research, such as travel costs, and compensated reasonably for their inconvenience and time spent. Compensation can be monetary or non-monetary. The latter might include free health services unrelated to the research, medical insurance, educational materials, or other benefits. Compensation must not be so large as to induce potential participants to consent to participate in the research against their better judgment ("undue inducement"). A local research ethics committee must approve reimbursement and compensation for research participants"[38]. Commen-

[34] Ibidem, p. 58–59.

[35] Ibidem, p. 35.

[36] Ibidem, p. 35–36.

[37] Ibidem, p. 57–59.

[38] Ibidem, p. 53.

tary to Guideline 13 further notes that determining whether undue inducement is present can be challenging, partly because the compensation required to persuade some individuals to volunteer against their better judgment varies according to personal and socio-economic circumstances. Therefore, research ethics committees must consider the nature and level of compensation offered within the context of the relevant culture and population. Their assessment should focus on whether the average participant in that setting might be unduly induced to join the study by the compensation offered[39].

It is worth stressing that "undue inducement" is commonly used in research ethics to highlight the concern that some payment offers may seem irresistible to individuals and undermine their ability to make an autonomous decision about participating in research. However, there is no agreement on what exactly an attractive reward must do to the potential participant's decision-making processes in order to qualify as undue. The literature offers various answers, ranging from compromising the voluntariness of prospective participants to distorting their ability to understand and evaluate the risks and benefits of the research, thereby exposing them to serious harm or causing them to make choices contrary to their better judgment or deeply held beliefs[40]. Some scholars are concerned that overly attractive payments may prompt participants to engage in deceptive behaviors, such as withholding or misrepresenting health information critical for their eligibility for recruitment or continued par-

[39] Ibidem, p. 54.

[40] See, for example, R. Macklin, *'Due' and 'undue' inducements: on paying money to research subjects*, „IRB: Ethics & Human Research" 1981, vol. 3, no. 5, pp. 1–6; N. Dickert, C. Grady, *Incentives for research participants*…, pp. 389-390; M. Wilkinson, A. Moore, *Inducement in research*, „Bioethics" 1997, vol. 11, no. 5, pp. 373–389; M. Wilkinson, A. Moore, *Inducements revisited*, „Bioethics" 1999, vol. 13, no. 1, pp. 114-130; C. Grady, *Money for research participation: does it jeopardize informed consent?*, „American Journal of Bioethics" 2001, vol. 1, no. 2, pp. 40–44; E.J. Emanuel, *Ending concerns about undue inducement,* „Journal of Law, Medicine & Ethics" 2004, vol. 32, no. 1, pp. 100–105; R.W. Grant, J. Sugarman, *Ethics in human subjects research: do incentives matter?*. „The Journal of Medicine and Philosophy" 2004, vol. 29, no. 6, pp. 717–738; E. J. Emanuel, *Undue inducement: nonsense on stilts?*, „American Journal of Bioethics" 2005, vol. 5, no. 5, pp. 9–13; E.A. Largent, H. Fernandez Lynch, *Paying research participants:regulatory uncertainty, conceptual confusion* …, pp. 100-112; E.A. Largent, H. Fernandez Lynch, *Paying research participants: the outsized influence of "undue influence"*, „IRB: Ethics & Human Research" 2017, vol. 39, no. 4, pp. 1–9.

ticipation[41]. This may expose them to additional risk and/or negatively impact the scientific value and integrity of the research data.

Last but not least, let's take a quick look at the provisions of the Council of Europe Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research[42]. Due to Poland's failure to sign and ratify the protocol, it remains non-binding. Nevertheless, it is still a politically and normatively important point of reference for the adequate regulation of research practice. Article 12 of the Protocol stipulates that: "The ethics committee must be satisfied that no undue influence, including that of a financial nature, will be exerted on persons to participate in research. In this respect, particular attention must be given to vulnerable or dependent persons". Like all the above-cited standards, the Protocol explicitly links undue influence and vulnerability. However, unlike the Belmont Report and the CIOMS Guidelines, it defines the concept of undue influence in much broader manner, encompassing all forms of controlling influences, including coercion. This is clearly stated in the Explanatory Report to the Protocol: "The usual legal concept of undue influence involves coercion. The coercion need not involve confinement or violence. It may be exerted in particular on a person in a weak or feeble condition, so that very little pressure will overbear the person's will, and make the individual feel that he or she must agree, although it is not the individual's wish to do so"[43]. The Explanatory Report informs

[41] See, for example, N.W. Dickert, *Concealment and fabrication: the hidden price of payment for research participation*?, „Clinical Trials", 2013, vol. 10, no. 6, pp. 840-841; R. Dresser, *Subversive subjects: Rule-breaking and deception in clinical trials*, „The Journal of Law, Medicine & Ethics" 2013, vol. 41, no. 4, pp. 829-840; E.G. Devine, M.E. Waters, M. Putnam, C. Surprise, K. O'Malley, C. Richambault, R.L. Fishman, C.M. Knapp, E.H. Patterson, O. Sarid-Segal, C. Streeter, L. Colanari, D.A. Ciraulo, *Concealment and fabrication by experienced research subjects*, „Clinical trials" 2013, vol.10, no. 6, pp. 935–948; C.P. Lee, T. Holmes, E. Neri, C.A. Kushida, *Deception in clinical trials and its impact on recruitment and adherence of study participants*, „Contemporary Clinical Trials" 2018, vol. 72, pp.146–157.

[42] Council of Europe, *Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Biomedical Research*, CETS 195, Strasbourg, France 2005, https://rm.coe.int/168008371a [Accessed 12.08.2025].

[43] Council of Europe, *Explanatory Report to the Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Biomedical Research*, CETS 195, Strasbourg, France 2005, sec. 62, https://rm.coe.int/16800d3810 [Accessed 12.08.2025].

that such broadly defined undue influence may take many different forms, including the use of a position of trust, informal authority, or formal superiority; direct and veiled threats or promises of favors (including those relating to access to healthcare); and offers of excessive financial and non-financial rewards[44]. All these practices require special attention when a project involves individuals or groups, who are dependent or vulnerable due to cognitive, situational, institutional, deferential, medical, economic, and social factors[45]. As with all the above-mentioned documents, the role of research ethics committees in protecting (potential) research participants against undue influence is emphasized.

4. Protection against exploitation in research ethics and international standards for human research

Exploitation is a very ambiguous and complex concept that cannot be thoroughly analyzed here[46]. In the context of human research, it usually refers to two concerns[47]: (i) the broader concern that the burdens and benefits of research are distributed unfairly across different social strata, populations, or groups, with those who are worse off bearing the burdens while those who are better off receive the benefits; and (ii) the narrower concern about the unfair distribution of goods and services in a specific interaction between researchers and participants, arising because "one

[44] Ibidem, sec. 69-70.

[45] Ibidem, sec. 68-69

[46] See, for example, A. Wertheimer, *Exploitation*, Revised Ed., Princeton, N.J. 1999; M. Zwolinski, B. Ferguson, A. Wertheimer, *Exploitation* [in:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, eds. E. N. Zalta, U. Nodelman 2022, https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/exploitation/ [Accessed 12.08.2025].

[47] J. Różyńska, *The ethical anatomy of payment for research participants*, „Medicine, Health Care and Philosophy" 2022, vol. 25 no. 3, pp. 455-456; See also L.D. De Castro, *Exploitation in the use of human subjects for medical experimentation: a re-examination of basic issues*, „Bioethics" 1995, vol. 9, no. 3-4, pp. 259–268; A. Wertheimer, *Exploitation in clinical research* [in:] *The Oxford textbook on the ethics of clinical research,* eds. J. E. Emanuel, C. Grady, R. A. Crouch, R. K. Lie, F. G. Miller, D. Wendler, New York NY 2008, pp. 201–210; D.B. Resnik, *Exploitation in biomedical research*, „Theoretical Medicine and Bioethics" 2008, vol. 24, no. 3, pp. 233–259; E. Malmqvist, *Exploitation in biomedical research* [in:] *Handbook of bioethical decisions. Vol. II: Scientific integrity and institutional ethics*, eds. E. Valdés, J .A. Lecaros, Cham, Switzerland 2023, pp. 111–127.

party to the interaction is in a weak position, due to poverty, ignorance, or extreme urgency, which the other party can take advantage of, offering few benefits"[48].

Numerous international ethical guidelines on human biomedical research address these problems by establishing standards for fair subject selection[49], fair benefit sharing[50], and ensuring other fairness-based requirements in research conducted in low-resource settings[51]. According to the Belmont Report, the principle of justice is one of the pillars of ethical human research[52]. "Justice is relevant to the selection of subjects of research at two levels: the social and the individual. Individual justice in the selection of subjects would require that researchers exhibit fairness: thus, they should not offer potentially beneficial research only to some patients who are in their favor or select only 'undesirable' persons for risky research. Social justice requires that distinction be drawn between classes of subjects that ought, and ought not, to participate in any particular kind of research, based on the ability of members of that class to bear burdens and on the appropriateness of placing further burdens on already burdened persons. Thus, it can be considered a matter of social justice that there is an order of preference in the selection of classes of subjects (e.g., adults before children) and that some classes of potential subjects (e.g., the institutionalized mentally infirm or prisoners) may be

[48] E.J. Emanuel, *Ending concerns about undue inducement*…p. 101.

[49] See also L.A. Meltzer, J. F. Childress, *What is fair participant selection*? [in:] *The Oxford textbook on the ethics of clinical research*, eds. J.E. Emanuel, C. Grady, R.A. Crouch, R.K. Lie, F. G. Miller, D. Wendler, New York 2008, pp. 377–385.

[50] See also E. J. Emanuel, *Benefits to host countries*, [in:] *The Oxford textbook on the ethics of clinical research*, eds. E. J. Emanuel, C. Grady, R.A. Crouch, R.K. Lie, F. G. Miller, D. Wendler, New York 2008, pp. 719–728; J. Millum, *Sharing the benefits of research fairly: two approaches*, „Journal of Medical Ethics" 2012, vol. 38, no. 4, pp. 219–223.

[51] See also E. J. Emanuel, D. Wendler, J. Killen, C. Grady, *What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research*. „Journal of Infectious Diseases", 2004, vol. 189, no. 5, pp. 930–937; J. S. Hawkins, E. J. Emanuel, eds., *Exploitation and developing countries: the ethics of clinical research*, Princeton 2008.

[52] National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report*…part B(3).

involved as research subjects, if at all, only on certain conditions"[53]. The report was published in 1979, when the practice of "exporting" clinical research to low- and middle-income countries was virtually nonexistent. For this reason, it primarily addresses preventing injustices against vulnerable "local" groups, including minors, racial minorities, the economically disadvantaged, the very sick, and those in institutions. However, the Report acknowledges that research exploitation often stems from "social, racial, sexual, and cultural biases institutionalized in society"[54], whether local or global. Moreover, this exploitation is often fueled by mere administrative convenience and economic considerations. As shown earlier, the Belmont Report firmly stresses that the increased availability, compromised position, and/or manipulability of some individuals or groups due to their institutionalization, dependency, or socioeconomic or clinical circumstances should never be used as recruitment criteria. Research participants should be selected based on "reasons directly related to the problem being studied"[55], and they should always be offered a fair access to benefits from subsequent applications of the research.

Promoting justice and preventing exploitation in research are also key considerations in the WMA Declaration of Helsinki and the CIOMS Guidelines. Both documents emphasize the importance of these principles, particularly in research involving vulnerable individuals and communities, including those in low-resource settings. The Declaration of Helsinki[56] acknowledges that medical research occurs within a context of structural inequities and socioeconomic disparities (paras. 6, 19-20). Therefore, to avoid perpetuating or exacerbating these inequities, researchers and research ethics committees should pay particular attention to how the benefits, risks, and burdens of research are distributed (para. 6). They should also ensure that vulnerable individuals, groups, and communities are included in research fairly and responsibly (paras. 19). This includes

[53] Ibidem, part C(3).

[54] Ibidem.

[55] Ibidem.

[56] World Medical Association, *WMA Declaration of Helsinki*….

providing opportunities for "meaningful engagement" of potential and enrolled participants and their communities in research design and implementation, as well as in the understanding and dissemination of its results (para. 6). Additionally, the Declaration stipulates that: "Medical research with individuals, groups, or communities in situations of particular vulnerability is only justified if it is responsive to their health needs and priorities and the individual, group, or community stands to benefit from the resulting knowledge, practices, or interventions" (para. 20). Research involving participants in this category should be conducted exclusively when studying less vulnerable groups is not feasible, or when excluding them from research would result in the perpetuation or exacerbation of their disparities (para. 20). The Declaration firmly states that "appropriate compensation and treatment for participants harmed as a result of participating in research must be ensured" (para. 15). Without these arrangements, participants are vulnerable to exploitation because they are used for the benefit of science and society without receiving adequate support or remedies if the risks they face in research materialize.

The 2016 CIOMS International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans[57] contains numerous detailed recommendations regarding justice, fairness, and non-exploitation in research. These recommendations further specify and develop the general directives of the Belmont Report and the Declaration of Helsinki. Of particular importance in this regard are: Guideline 2: *Research conducted in low-resource settings*; Guideline 3: *Equitable distribution of benefits and burdens in the selection of individuals and groups of participants in research*; Guideline 7: *Community engagement*; Guideline 14: *Treatment and compensation for research-related harms*; Guideline 13: *Reimbursement and compensation for research participants*; and Guideline 15: *Research involving vulnerable persons and groups* (with subsequent guidelines for conducting research on members of groups traditionally considered vulnerable). Due to space limitations, these guidelines cannot be discussed in detail here. However, it is important to note that the

[57] Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans*…

CIOMS Guidelines are among the few international ethical standards that address concerns about exploitation in the context of paying research participants.

Commentary on Guideline 13 states that: "participants should not have to pay for making a contribution to the social good of research, whether in the form of direct expenses (for example, transportation costs), and must therefore be reasonably reimbursed for such expenses. In addition, participants must be appropriately compensated for the time spent and other inconveniences resulting from study participation. The amount of compensation should be proportional to the time spent for research purposes and for travel to the research site. This amount should be calculated using the minimum hourly wage in the region or country as a reference value"[58]. Although the proposed method of calculating compensation for research participants does not have universal support, the majority of research ethicists agree that justice requires reimbursing and rewarding research participants for their contributions[59]. No payment or underpayment constitutes unfair exploitation and should be avoided. This is particularly important in research involving economically disadvantaged populations[60]. Researchers should not take advantage of the difficult so-

[58] Ibidem, p. 53.

[59] See the recently published powerful statement authored by the most prominent scholars in the field – R. Abadie, E. Anderson, J. Eberts, H. Fernandez Lynch, J. Fisher, L. Gelinas, E. Largent, L. McNair, *Pursuing fair and just compensation for research participants: an open letter to the research ethics community,* „The American Journal of Bioethics" 2025, vol. 25, no. 7, pp. 3–7. Also J. Różyńska, *The ethical anatomy of payment for research participants*…

[60] For more discussion on fair payment for research participants, especially those from economically disadvantaged populations, including healthy volunteers, see, for example: T. Lemmens, C. Elliott, *Guinea pigs on the payroll: the ethics of paying research subjects*, „Accountability in Research" 1999, vol. 7 no. 1: 3–20; C.C. Denny, C. Grady, *Clinical research with economically disadvantaged populations* ….; C. Elliott, R. Abadie, *Exploiting a research underclass in phase 1 clinical trials*, „New England Journal of Medicine" 2008, vol. 358, no. 22, pp. 2316–2317; D.B. Resnik, *Increasing the amount of payment to research subjects*, „Journal of Medical Ethics" 2008, vol. 34, no. 9, p. e14; M. Stones, J. McMillan, *Payment for participation in research: a pursuit for the poor?*, „Journal of Medical Ethics" 2010, vol. 36, no. 1, pp. 34-36; T. Phillips, *Exploitation in payments to research subjects*, „Bioethics" 2011, vol. 25, no. 4: 209–219; D.B. Resnik, *Bioethical issues in providing financial incentives to research participants*, „Medicolegal and Bioethics" 2015, vol. 5, pp. 35–41; S. Belfrage, *Exploitative, irresistible, and coercive offers: why research participants should be paid well or not at all*, „Journal of Global Ethics" 2016, vol. 12, no. 1, pp. 69-86; M. Lamkin, C. Elliott, *Avoiding exploitation in phase I clinical trials: more than (un)just compensation*, „The Journal of Law, Medicine & Ethics" 2018,

cioeconomic situation of potential participants by offering disproportionately low monetary or non-monetary compensation in relation to the participants' contribution simply because they presume that, due to the lack of alternatives, participants will accept the unfair payment anyway, and/or because they want to cut down the costs of the study. This type of unfairness is evident when researchers offer participants from different socioeconomic backgrounds payment of different values for the same "work", knowing that a small amount of money has greater utility value for the poor than for the rich. Thus, they expect poorer people to participate in research even if they receive much less money than their wealthier counterparts. Such exploitative offers violate requirements of due respect for persons and justice/fairness, including equal treatment and non-discrimination. Moreover, they exacerbate and perpetuate existing social inequalities and disparities. However, as we have already argued, they do not necessarily invalidate the participant's consent. Accepting too little money may suggest that the person had "no choice" but to accept an unfair offer. Nevertheless, accepting such an offer may still be a voluntary and fully reasonable decision given the consenter's personal and socio-economic situation. After all, a small payment is better than no payment, even if it goes against what is just or fair.

5. Protection against undue influence and exploitation in the APPD

Despite its highly protectionist and even paternalistic approach to research participation, the APPD does not use the concepts of undue influence, undue inducement, or unfair exploitation. Nevertheless, it contains numerous mechanisms that serve to minimize or prevent these problems, albeit not in the most ethically balanced manner. We argue that, following the introduction of Article 23b(2), these protective solutions can be divided into three main categories that partially overlap.

The first category targets potential participants in scientific medical

vol. 46, no. 1, pp. 52–63; L. Gelinas, S.A. White, B.E. Bierer, *Economic vulnerability and payment for research participation,* „Clinical Trials" 2020, vol. 17, no. 3, pp. 264–272.

experiments, especially those from populations traditionally considered vulnerable. The crucial protective tool here is excluding certain individuals with an absolute, relative, or circumstantial inability to give fully voluntary and informed consent from non-therapeutic experiments altogether. As we have demonstrated, international research ethics standards no longer endorse this approach due to its potentially harmful and unjust consequences for vulnerable populations and medical progress. Nevertheless, the APPD continues to apply the "protection by exclusion" approach to fetuses, incapacitated persons, soldiers, and others in hierarchical relationships that limit freedom to consent; persons deprived of liberty or subject to detention (Article 23a(1) of the APPD); and adults who are not incapacitated but incapable of making decisions (Article 25(7), *a contrario*). The idea behind prohibiting scientific experiments on these vulnerable individuals and populations is that not allowing them to participate is the best way to shield them from manipulation, undue influence, exploitation, and other wrongs or harm in medical experiments.

Other legal mechanisms adopted by the APPD against taking advantage of participants of purely scientific experiments who do not belong to the above-enlisted categories include: (i) limiting the permissible risk in all scientific experiments — including those with competent volunteers — to "no or minimal risk" (Article 21(3)), and (ii) introducing additional safeguards for minors participating in scientific experiments, including the requirement of peer benefit and the requirement that there is no alternative to conducting the study of persons of legal age (Article 23a(2)). Furthermore, as in all legal contexts involving minors or incapacitated adults, the APPD requires the consent of their legal representatives or a court order to enroll them in therapeutic experiments or scientific experiments, if permissible (Article 25).

The second group of protective mechanisms consists of the rules for paying research participants and charging them for participating in experiments. According to Article 23b(1) of the APPD, payments to participants, except for reimbursement, are prohibited for anyone other than "participants of legal age who can give legally valid consent, and healthy participants". We extensively discussed this provision in our previous pa-

per, so there is no need to repeat our critical comments here[61]. It is worth noting, though, that when interpreted as allowing "incentives or financial rewards" for adult, healthy, and consenting individuals only, the provision itself does not prohibit payments that, due to their overly attractive nature, may constitute undue inducement, nor does it prohibit payments that, due to their inadequately low value, constitute unfair exploitation. It also does not prevent unhealthy participants in therapeutic or scientific experiments from being exposed to the risks and burdens of research without adequate compensation. However, by excluding any payments to participants who are incapable of giving consent, except reimbursement, it does protect these populations from the risk of being unduly incentivized to participate in medical experiments or from being exploited for financial gain by their guardians[62].

According to Article 23b(3) of the APPD, the entity (or person) conducting a medical experiment may not charge the participant, the participant's legal representative, or any person who may be directly affected by the results of the experiment any fees for participation in the experiment. This provision was added to the APPD in 2023[63] in response to expert debates[64] and media reports[65] that highlighted abuses in commercial the-

[61] J. Różyńska, E. Kaczmarek, *Paying participants in medical research*…

[62] See, also Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans*…, p. 54.

[63] Article 81(2) of the Act of March 9, 2023 on Clinical Trials of Medicinal Products for Human Use, *Journal of Laws* 2023, item 605, as amended [in PL].

[64] See, for example, the 2019 critical statement of the Committee on Biotechnology of the Polish Academy of Sciences (no longer available at the committee's official website); Supreme Medical Council of Poland, Position of the Expert Group for cell therapy and stem cells of the Supreme Medical Council Regarding the commercial offering of treatments using stem cells, including those carried out as part of medical therapeutic experiments, 2022, https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1649071800_stanowisko-zespolu-nrl-komorki-macierzyste-3032022.pdf [Accessed 12.08.2025]; J. Dulak, M. Pecyna, *Unproven cell interventions in Poland and the exploitation of European Union law on advanced therapy medicinal products*, „Stem Cell Reports" 2023, vol. 18, no. 8, pp.1610-1620.

[65] E.g., M. Rotkiewicz, P. Walewski, Śledztwo 'Polityki': Złudne terapie komórkami macierzystymi, „Polityka" 2019, December 12, https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1935142,1,sledztwo-polityki-zludne-terapie-komorkami-macierzystymi.read [Accessed 12.08.2025]; M. Rotkiewicz, *Terapie komórkami macierzystymi – niesprawdzone i ryzykowne, przypominają naukowcy*, „Polityka" 2020, June 4, https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1959230,1,terapie-komorkami-macierzystymi--niesprawdzone-i-ryzykowne-przypominaja-naukowcy.read [Accessed 12.08.2025]; M. Janczura, *Expe-*

rapeutic experiments involving stem cells – or products that were inaccurately and misleadingly referred to as "stem cells" – in Poland[66]. Providers of these experimental "stem cell therapies" took advantage of patients' (or their families') desperate medical conditions by charging high prices for unproven and risky interventions that offered little to no chance of therapeutic success due to a lack of scientific evidence regarding their safety and efficacy. They exploited the vulnerable by selling false hope at a high price. To prevent such unethical practices, the Polish legislator introduced the aforementioned general prohibition on accepting payment from research participants and other specified individuals. However, not all patients-sponsored clinical research looks like this. Thus, the question of whether a general ban on participants covering the costs of medical experiments is justified remains up for debate[67]. Perhaps a more nuanced and balanced solution would be more appropriate. But we must save that discussion for another time.

The third – and, in our opinion, most critically important – mechanism for providing protection against undue influence and exploitation in medical experiments in Poland is prescribed by Article 23b(2) of the APPD. This provision applies to all research participants, in all contexts and designs, that are not covered by the aforementioned instruments.

riment. Radio documentary series, Tokfm.pl 2022, https://audycje.tokfm.pl/audycja/518,Eksperyment-Radiowy-serial-dokumentalny [Accessed 12.08.2025].

[66] The practice of offering paid, unproven, stem cell-based treatments or experimental therapies is a well-known international problem that has been addressed by many professional organizations, e.g., M. Dominici et al. [2013–2015 ISCT Presidential Task Force on Unproven Cellular Therapy], *Positioning a Scientific Community on Unproven Cellular Therapies: The 2015 International Society for Cellular Therapy Perspective*, „Cytotherapy" 2015 vol. 7, no. 12, pp. 1663-1666; European Academies Science Advisory Council & Federation of European Academies of Medicine, EASAC-FEAM, *Challenges and potential in regenerative medicine: a joint report from EASAC and FEAM*, 2020, https://easac. eu/publications/details/challenges-and-potential-in-regenerativemedicine/ [Accessed 12.08.2025]; European Medicine Agency, Committee for Advanced Therapies, *EMA warns against using unproven cell-based therapies* (EMA/CAT/94295/2020), 2020, https://www.ema.europa.eu/en/documents/public-statement/ema-warns-against-using-unproven-cell-based-therapies_en.pdf [Accessed 12.08.2025]

[67] Compare, U.S. Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, *Charging for investigational drugs under an IND: Questions and answers. Guidance for industry*, 2024, https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/charging-investigational-drugs-under-ind-questions-and-answers [Accessed 12.08.2025]

This includes unhealthy adults invited to therapeutic experiments and healthy adults volunteering for scientific experiments. As explicitly noted in the above-quoted international standards, these individuals may be at risk of undue influence and abuse in research, especially when they are in a forced situation. Therefore, they should not be left without adequate protection.

Consider, for example, a group of competent patients with an advanced disease whose physician is recruiting for a new research study with therapeutic potential. These patients trust their physician and depend on him for specialized ongoing care. Due to their dependency, they are vulnerable to being unduly influenced to participate in the study, especially if they presume or are led to believe that their continued care depends on their enrollment. Or consider competent patients who have exhausted all therapeutic options. It is easy to take advantage of their dire medical condition by deliberately inducing a "therapeutic misconception" and offering false hope in order to secure their consent to participate in research[68]. Or think of a sick professional soldier who is "encouraged" by a senior officer to participate in a therapeutic experiment "for the benefit of his military career". It would be extremely difficult for the soldier to refuse, knowing that refusal could block or reduce the likelihood of promotion. Last, but least, take a healthy adult who is struggling with mounting debt and/or unemployment, for example, due to a criminal record, illegal immigrant status, lack of education or work experience, or a personal commitments that are incompatible with even a part-time job[69]. Alternatively, consider potential participants from low-resource settings who struggle every day to put food on the table and can only dream of having access to basic healthcare. Such economically disadvantaged in-

[68] See, P. S. Appelbaum, L. H. Roth, C. Lidz, *The therapeutic misconception: informed consent in psychiatric research*, „International Journal of Law Psychiatry" 1982, vol. 5, no. 3-4, pp. 319–329; P. S. Appelbaum, L. H. Roth, C. W. Lidz, P. Benson, W. Winslade, *False hopes and best data: Consent to research and the therapeutic misconception*, „The Hastings Center Report" 1987, vol. 17, no. 2, pp. 20–24.

[69] A number of studies have shown that this is a characteristic of many healthy volunteers who participate in research for financial reasons. See, R. Abadie, The *professional guinea pig*…; J. A., Fisher, *Adverse events: race, inequality, and the testing of new pharmaceuticals*, New York 2020.

dividuals can easily be unduly induced to join a project to which "they would normally object based on risk or other fundamental values"[70] by an offer of financial rewards or free access to basic healthcare in exchange for their participation. However, as we have already shown, they are also vulnerable to unfair exploitation when asked to take significant research risks and burdens while being deprived of access to research benefits or being offered less than fair remuneration for their time and contribution.

These scenarios clearly demonstrate the necessity of protecting individuals in forced situations from being taken advantage of in research, regardless of their health status or the nature of the medical experiment for which they are recruited. Article 23b(2) of the APPD should be interpreted as a fundamental principle prohibiting unethical research practices of this kind. Specifically, it obligates researchers and research ethics committees to prevent excessive influence on individuals' decisions to participate or continue participating in research. The article also obligates researchers and research ethics committees to ensure that research designs are non-exploitative. This means that they must involve fair selection criteria, fair risk and benefit distribution, and fair payment schemes.

Conclusions

Apart from protecting against unnecessary and excessive risk, an ethically adequate regulation of human medical research must protect all potential and enrolled participants from undue influence (including undue inducement) and exploitation. This is essential for respecting participants' dignity and autonomy and ensuring they are not treated as mere means for the benefit of science and society (or for researchers' personal or economic gain). Furthermore, socially valuable and trustworthy research practices should not exacerbate or perpetuate existing social inequities, disparities, or biases. Researchers and research ethics committees should promote fairness in access to research and in the distribution of risks and benefits,

[70] National Research Ethics Advisors' Panel, Health Research Authority UK, *Payments and incentive in research*. 2024, para. 2.1 (defining undue inducement), https://www.hra.nhs.uk/about-us/committees-and-services/nreap/payments-and-incentives-research/ [Accessed 12.08.2025]

including collateral benefits such as payment offered to participants for their contributions.

We have argued that Article 23b(2), which was recently added to the APPD, should play a pivotal role in ensuring that Polish medical experimentation practices align more closely with these ethical requirements. The provision generally prohibits taking advantage of participants' forced situations. This imposes new obligations on researchers and research ethics committees, which they must implement. This will not be easy because undue influence and exploitation are context-sensitive phenomena that must be identified, minimized, or mitigated on a case-by-case basis. It is even more difficult in the absence of specific, detailed guidelines. Nevertheless, we hope that our ethical-legal analysis of Article 23b(2) of the APPD will help investigators and research ethics committees recognize and adequately react to risks of undue influence and exploitation in research projects they design or review.

References:

Literature:

Abadie R., The *professional guinea pig*: *big pharma and the risky world of human subjects*, Durham and London 2010.

Abadie R., Anderson E., Eberts J., Fernandez Lynch H., Fisher J., Gelinas L., Largent E., McNair L., Pursuing fair and just compensation for research participants: an open letter to the research ethics community, „The American Journal of Bioethics" 2025, vol. 25, no. 7, [doi: 10.1080/15265161.2025.2506328].

Agrawal M., *Voluntariness in clinical research at the end of life*, „Journal of Pain and Symptom Management" 2003, vol. 25, no. 4, [doi: 10.1016/S0885-3924(03)00057-5].

Almeida L., Azevedo B., Nunes T., Vaz-da-Silva M., Soares-da-Silva P., *Why healthy subjects volunteer for phase I studies and how they perceive their participation?*, „European Journal of Clinical Pharmacology" 2007, vol. 63, no. 11, [doi: 10.1007/s00228-007-0368-3].

Appelbaum P. S., Lidz C. W., Klitzman R., *Voluntariness of consent to research: a conceptual model*, „Hastings Center Report" 2009, vol. 39, no. 1, [doi: 10.1353/hcr.0.0103].

Belfrage S., *Exploitative, irresistible, and coercive offers: why research participants should be paid well or not at all*, „Journal of Global Ethics" 2016, vol. 12, no. 1, [doi: 10.1080/17449626.2016.1150318].

Ciszewski W., *Dwie uwagi do artykułu Rafała Kubiaka*, „Diametros" 2023, vol. 20, no. 78, [doi: 10.33392/diam.1968]

Denny C.C., Grady C., *Clinical research with economically disadvantaged populations*, „Journal of Medical Ethics" 2007, vol. 33, no. 7, [doi: 10.1136/jme.2006.017681].

De Castro L.D., *Exploitation in the use of human subjects for medical experimentation: a re-examination of basic issues*, „Bioethics" 1995, vol. 9, no. 3-4, [doi: 10.1111/j.1467-8519.1995.tb00360.x].

Devine E.G., Waters M. E., Putnam M., Surprise C., O'Malley K., Richambault C., Fishman R. L., Knapp C.M., Patterson E.H., Sarid-Segal O., Streeter C., Colanari L., Ciraulo D.A., *Concealment and fabrication by experienced research subjects*, „Clinical trials" 2013, vol.10, no. 6, [doi: 10.1177/1740774513492917].

Dickert N., Grady C., *Incentives for research participants* [in:] *The Oxford textbook on the ethics of clinical research*, eds. J.E. Emanuel, C. Grady, R.A. Crouch, R.K. Lie, F. G. Miller, D. Wendler, New York 2008.

Dickert N.W., *Concealment and fabrication: the hidden price of payment for research participation*?, „Clinical Trials" 2013, vol. 10, no. 6, [doi: 10.1177/1740774513506619].

Dominici M., et al. [2013–2015 ISCT Presidential Task Force on Unproven Cellular Therapy], *Positioning a Scientific Community on Unproven Cellular Therapies: The 2015 International Society for Cellular Therapy Perspective*, „Cytotherapy" 2015 vol. 7, no. 12, [doi: 10.1016/j.jcyt.2015.10.007].

Dresser R., *Subversive subjects: Rule-breaking and deception in clinical trials*, „The Journal of Law, Medicine & Ethics" 2013, vol. 41, no. 4, [doi: 10.1111/jlme.12093].

Dulak J., Pecyna M., *Unproven cell interventions in Poland and the exploitation of European Union law on advanced therapy medicinal products*, „Stem Cell Reports" 2023, vol. 18, no. 8, [doi: 10.1016/j.stemcr.2023.05.017].

Elliott C., Abadie R., *Exploiting a research underclass in phase 1 clinical trials*, „New England Journal of Medicine" 2008, vol. 358, no. 22, [doi: 10.1056/NEJMp0801872].

Emanuel E.J., *Ending concerns about undue inducement,* „Journal of Law, Medicine & Ethics" 2004, vol. 32, no. 1, [doi: 10.1111/j.1748-720x.2004.tb00453.x].

Emanuel E.J., *Undue inducement: nonsense on stilts?*, „American Journal of Bioethics" 2005, vol. 5, no. 5, [doi:10.1080/15265160500244959].

Emanuel E. J., *Benefits to host countries*, [in:] *The Oxford textbook on the ethics of clinical research*, eds. J.E. Emanuel, C. Grady, R.A. Crouch, R.K. Lie, F. G. Miller, D. Wendler, New York 2008.

Emanuel E. J., Wendler D., Grady C., *What makes clinical research ethical*?, „JAMA" 2020, vol. 283, no. 20, [doi:10.1001/jama.283.20.2701].

Emanuel E. J., Wendler D., Killen J., Grady C., *What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research*. „Journal of Infectious Diseases" 2004, vol. 189, no. 5, [doi: 10.1086/381709].

Faden R. R., Beauchamp T. L., *A history and theory of informed consent*, New York 1986.

Fisher J.A., McManus L., Wood M.M., Cottingham M.D., Kalbaugh J.M., Monahan T., Walker R.L., *Healthy volunteers' perceptions of the benefits of their participation in phase I clinical trials* „Journal of Empirical Research on Human Research Ethics" 2018, vol.13, no. 5, [doi: 10.1177/1556264618804962].

Fisher J. A., Adverse events: race, inequality, and the testing of new pharmaceuticals, New York 2020.

Gałęska-Śliwka A., *Eksperymenty medyczne po nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – wybrane zagadnienia*, „Prawo i Prokuratura" 2022, no. 10.

Gałęska-Śliwka A., Eksperyment medyczny w nowej rzeczywistości prawnej, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2023, vol. 29, no. 3, [doi: 10.26444/monz/171323].

Gąsior M., *Medical experiments in the light of the amendment of the Act on the Profession of a Physician and a Dentist*, „Wiadomości Lekarskie" 2021, vol. 74, no. 8, [doi: 10.36740/WLek202108136].

Gelinas L., White S.A., Bierer B.E., *Economic vulnerability and payment for research participation,* „Clinical Trials" 2020, vol. 17, no. 3, [doi: 10.1177/1740774520905596].

Grady C., *Money for research participation: does it jeopardize informed consent?*, „American Journal of Bioethics" 2001, vol. 1, no. 2, [doi: 10.1162/152651601300169031].

Grant R.W., Sugarman, J., *Ethics in human subjects research: do incentives matter?*. „The Journal of Medicine and Philosophy" 2004, vol. 29, no. 6, [doi: 10.1080/03605310490883046].

M. Gutowski, *Art. 388* [in:] *Kodeks cywilny. Vol. II. Komentarz. Art. 353–626*, 3rd Ed., ed. M. Gutowski Warszawa 2022.

Hawkins J. S., Emanuel E. J., Clarifying confusions about coercion, „Hastings Center Report" 2005, vol. 35, no. 5, [doi: 10.2307/3528329].

Hawkins J. S., Emanuel E. J. (eds.), *Exploitation and developing countries: the ethics of clinical research*, Princeton, N.J. 2008.

Kiener M., *Voluntary consent. Theory and practice*, New York & Abingdon, Oxon 2023.

Kipnis K., *Vulnerability in research subjects: a bioethical taxonomy* [in:] *Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants*, National Bioethics Advisory Commission, Bethesda, MD 2001.

Konieczniak P., *Eksperyment medyczny – sytuacja prawa po nowelizacji ustawy lekarskiej*, „Przegląd Prawa Medycznego" 2021, vol. 3, no. 1-2.

Kubiak R., *Nowe uwarunkowania prawne przeprowadzania eksperymentów medycznych*, „Przegląd Sądowy" 2021, no. 1.

Kubiak R., *Odpowiedzialność karna za przestępstwa związane z nielegalnym przeprowadzeniem eksperymentu medycznego*, „Diametros" 2023, vol. 20, no. 78, [doi: 10.33392/diam.1946].

Lamkin M., Elliott C., *Avoiding exploitation in phase I clinical trials: more than (un)just compensation*, „The Journal of Law, Medicine & Ethics" 2018, vol. 46, no. 1, [doi: 10.1177/1073110518766008].

Largent E.A., Fernandez Lynch H., *Paying research participants: regulatory uncertainty, conceptual confusion, and a path forward*, „Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics" 2017, vol. 17, no. 1.

Largent E.A., Fernandez Lynch H., *Paying research participants: the outsized influence of "undue influence"*, „IRB: Ethics & Human Research" 2017, vol. 39, no. 4.

Lee C.P., Holmes T., Neri E., Kushida C.A., *Deception in clinical trials and its impact on recruitment and adherence of study participants*, „Contemporary Clinical Trials" 2018, vol. 72, [doi:10.1016/j.cct.2018.08.002].

Lemmens T., Elliott C., *Guinea pigs on the payroll: the ethics of paying research subjects*, „Accountability in Research" 1999, vol. 7 no. 1, [doi: 10.1080/08989629908573939].

Levine C., Faden R., Grady C., Hammerschmidt D., Eckenwiler L., Sugarman J., The limitations of "vulnerability" as a protection for human research participants, „The American Journal of Bioethics" 2004, vol. 4, no. 3, [doi: 10.1080/15265160490497083].

Łuków P., Persons and groups: protection of research participants with vulnerabilities as a proces [in] *Medical research ethics: challenges in the 21st century*, eds. T. Zima. D.N. Weisstub, Cham, Switzerland 2023, [doi 10.1007/978-3-031-12692-5_4].

Machnikowski P., *Wyzysk* [in:] *System prawa prywatnego. Vol. 5. Prawo zobowiązań – część ogólna,* 3rd Ed., ed. K. Osajda, Warszawa 2020.

Macklin R., *'Due' and 'undue' inducements: on paying money to research subjects*, „IRB: Ethics & Human Research" 1981, vol. 3, no. 5.

Malmqvist E., *Exploitation in biomedical research* [in:] *Handbook of bioethical decisions. Vol. II: Scientific integrity and institutional ethics*, eds. E. Valdés, J .A. Lecaros, Cham, Switzerland 2023, [doi: 10.1007/978-3-031-29455-6_9].

McGregor J., *Undue influence as coercive offers in clinical trials*, [in:] *Coercion and the state*, eds. D.A. Reidy, W.J. Riker, Dordrecht, Netherlands 2008.

Meltzer L.A., Childress J. F., *What is fair participant selection*? [in:] *The Oxford textbook on the ethics of clinical research*, eds. J.E. Emanuel, C. Grady, R.A. Crouch, R.K. Lie, F. G. Miller, D. Wendler, New York 2008.

Millum J., Garnett M., *How payment for research participation can be coercive*, „The American Journal of Bioethics" 2019, vol. 19, no. 9, [doi: 10.1080/15265161.2019.1630497].

Millum J., *Sharing the benefits of research fairly: two approaches*, „Journal of Medical Ethics" 2012, vol. 38, no. 4, [doi: 10.1136/medethics-2011-100118].

Nelson R.M., Beauchamp T., Miller V.A., Reynolds W., Ittenbach R.F., Luce M.F., *The concept of voluntary consent*, „The American Journal of Bioethics" 2011, vol. 11, no. 8, [doi:10.1080/15265161.2011.583318].

Nozick R., *Coercion* [in:] *Philosophy, science, and method*, eds. S. Morgenbesser, P. Suppes, M. White, New York 1969.

Phillips T., *Exploitation in payments to research subjects*, „Bioethics" 2011, vol. 25, no. 4, [doi: 10.1111/j.1467-8519.2009.01717.x].

Popiołek W., *Art. 388* [in:] *Kodeks cywilny. Vol I. Komentarz. Art. 1–449[10]*, 10th Ed., ed. K. Pietrzykowski, Warszawa 2020.

Resnik D. B., *Exploitation in biomedical research*, „Theoretical Medicine and Bioethics" 2003, vol. 24, no. 3, [doi: 10.1023/a:1024811830049].

Resnik D.B., *Increasing the amount of payment to research subjects*, „Journal of Medical Ethics" 2008, vol. 34, no. 9, [doi:10.1136/jme.2007.022699].

Resnik, D.B., *Bioethical issues in providing financial incentives to research participants*, „Medicolegal and Bioethics" 2015, vol. 5, [doi: 10.2147/MB.S70416].

Resnik D.B., *The ethics of research with human subjects: Protecting people, advancing science, promoting trust*, 2nd Ed., Cham, Switzerland 2024.

Różyńska J., *The ethical anatomy of payment for research participants*, „Medicine, Health Care and Philosophy" 2022, vol. 25 no. 3, [doi: 10.1007/s11019-022-10092-1].

Różyńska J., Kaczmarek E., *Paying participants in medical research. An ethico-legal analysis of Article 23b(1) of the Polish Act on the Professions of Physician and Dentist* „Przegląd Prawa Medycznego" 2025, no 3., pp. 5–40.

Sakowski K., *Art. 23b* [in:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, 3rd Ed., ed. E. Zielińska, Warszawa 2022.

Schroeder D., Gefenas E., *Vulnerability: too vague and too broad?*, „Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" 2009, vol. 18, no. 2, [doi: 10.1017/S0963180109090203]

Schroeder D., Chatfield K., Chennells R., Partington H., Kimani J., Thomson G., Adhiambo Odhiambo J., Snyders L., Louw C., *Vulnerability revisited. Leaving no one behind in research*, Cham, Switzerland 2024.

Serwach M., *Nowe zasady przeprowadzania eksperymentów medycznych na ludziach*, „Medycyna Praktyczna" 2021, no. 708.

Stones M., McMillan J., *Payment for participation in research: a pursuit for the poor?*, „Journal of Medical Ethics" 2010, vol. 36, no. 1, [doi: 10.1136/jme.2009.030965].

Stunkel L., Grady C.. *More than the money: a review of the literature examining healthy volunteer motivations*, „Contemporary Clinical Trials" 2011, vol. 32, no. 3, [doi: 10.1016/j.cct.2010.12.003].

Swift T., *Desperation may affect autonomy but not informed consent*, „AJOB Neuroscience" 2011, vol. 2, no. 1, [doi: 10.1080/21507740.2010.537293].

Tereszkiewicz P., *Art. 388* [in:] *Zobowiązania. Część ogólna. Vol. II. Komentarz*, ed. P. Machnikowski, Warszawa 2024.

von Bar Ch., Clive E., Schulte-Nölke H. et al. (eds). Study Group on a European Civil Code & the Research Group on EC Private Law (Acquis Group), *Principles, definitions and model rules of European private law. Draft Common Frame of Reference* (DCFR), 2009, https://www.law.kuleuven.be/personal/mstorme/european-private-law_en.pdf [Accessed 12.08.2025]

Wertheimer A., *Coercion,* Princeton, N.J. 1987.

Wertheimer A., *Exploitation*, Revised Ed., Princeton, N.J. 1999.

Wertheimer A., *Exploitation in clinical research* [in:] *The Oxford textbook on the ethics of clinical research*, eds. J.E. Emanuel, C. Grady, R.A. Crouch, R.K. Lie, F.G. Miller, D. Wendler, New York 2008.

Wertheimer A., Miller F.G., *Payment for research participation: a coercive offer?*, „Journal of Medical Ethics" 2008, vol. 34, no. 5, [doi: 10.1136/jme.2007.021857].

Wertheimer A., *Voluntary consent: why a value-neutral concept won't work*, „Journal of Medicine and Philosophy" 2012, vol. 37, no. 3, [doi: 10.1093/jmp/jhs016].

Wertheimer A., *Poverty, voluntariness, and consent to participate in research* [in:] *Poverty, Agency, and Human Rights*, ed. D. Tietjens Meyers, New York 2014, [doi: 10.1093/acprof:oso/9780199975877.003.0012].

Wilkinson M., Moore A., *Inducement in research*, „Bioethics" 1997, vol. 11, no. 5, [doi: 10.1111/1467-8519.00078].

Wilkinson M., Moore A., *Inducements revisited*, „Bioethics" 1999, vol. 13, no. 1, [doi: 10.1111/1467-8519.00136].

Wrzesińska-Wal I., Hajdukiewicz D., Augustynowicz A., Janiszewska L., Sarnacka E., Waszkiewicz M., *New regulations on current medical problems*, „Wiedza Medyczna" 2022, vol. 4, no. 1, [doi: 10.36553/wm.133].

Zakrzewski P., *Art. 388* [in:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Vol. III. Zobowiązania. Część ogólna (art. 353–534)*, eds. M. Habdas, M. Fras, Warszawa 2018.

Zwolinski M., Ferguson B., Wertheimer A., *Exploitation* [in:] E. N. Zalta, U. Nodelman (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2022, https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/exploitation/

Ethical and regulatory:

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans*, Geneva, Switzerland 2016, https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf

Council of Europe, *Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Biomedical Research*, CETS 195, Strasbourg, France 2005, https://rm.coe.int/168008371a

Council of Europe, *Explanatory Report to the Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Biomedical Research*, CETS 195, Strasbourg, France 2005, https://rm.coe.int/16800d3810.

European Academies Science Advisory Council & Federation of European Academies of Medicine, EASAC-FEAM, *Challenges and potential in regenerative medicine: a joint report from EASAC and FEAM*, 2020; https://easac. eu/publications/details/challenges-and-potential-in-regenerativemedicine/

European Medicine Agency, Committee for Advanced Therapies, *EMA warns against using unproven cell-based therapies* (EMA/CAT/94295/2020), 2020, https://www.ema.europa.eu/en/documents/public-statement/ema-warns-against-using-unproven-cell-based-therapies_en.pdf

Food and Drug Administration U.S., Center for Drug Evaluation and Research, *Charging for investigational drugs under an IND: Questions and answers. Guidance for industry*, 2024, https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/charging-investigational-drugs-under-ind-questions-and-answers.

National Research Ethics Advisors' Panel, Health Research Authority UK, *Payments and incentive in research*. 2024, https://www.hra.nhs.uk/about-us/committees-and-services/nreap/payments-and-incentives-research/ [Accessed 12.08.2025]

Supreme Medical Council of Poland, Position of the Expert Group for cell therapy and stem cells of the Supreme Medical Council Regarding the commercial offering of treatments using stem cells, including those carried out as part of medical therapeutic experiments, 2022, https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1649071800_stanowisko-zespolu-nrl-komorki-macierzyste-3032022.pdf.

The Nuremberg Code [in:] *Trials of war criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10*. Vol. 2., Washington D.C. USA., 1949, pp. 181–182. Also published at https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/the-nuremberg-code.

World Medical Association, *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants,* Helsinki, Finland, October 2024, https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

Other:

Janczura M., *Experiment. Radio documentary series*, Tokfm.pl 2022, https://audycje.tokfm.pl/audycja/518,Eksperyment-Radiowy-serial-dokumentalny.

Rotkiewicz M., Walewski P., Śledztwo 'Polityki': Złudne terapie komórkami macierzystymi, „Polityka" 2019, December 12, https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1935142,1,sledztwo-polityki-zludne-terapie-komorkami-macierzystymi.read.

Rotkiewicz M., *Terapie komórkami macierzystymi – niesprawdzone i ryzykowne, przypominają naukowcy*, „Polityka" 2020, June 4, https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1959230,1,terapie-komorkami-macierzystymi--niesprawdzone-i-ryzykowne-przypominaja-naukowcy.read.

S t r e s z c z e n i e

Ochrona uczestników badań przed nadmiernym/niewłaściwym wpływem i wykorzystywaniem. Analiza etyczno-prawna art. 23b ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty

Artykuł zawiera kompleksową analizę etyczno-prawną art. 23b ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który zabrania prowadzenia eksperymentów medycznych z wykorzystywaniem przymusowego położenia uczestnika. Pomimo swojej zwięzłości, treść normatywna tego przepisu pozostaje niejasna. W pierwszym kroku odrzucamy proponowaną w literaturze interpretację, zgodnie z którą analizowany przepis wyklucza wszystkie osoby znajdujące się w przymusowym położeniu z udziału w badawczych eksperymentach medycznych. Argumentujemy, że art. 23b ust. 2 należy interpretować jako zakaz wywierania nadmiernego/niewłaściwego wpływu oraz wykorzystywania (wyzyskiwania) wszystkich potencjalnych i aktualnych uczestników badań, którzy są w trudnej sytuacji lub mają słabszą pozycję, nie tylko tych należących do grup tradycyjnie uważanych za szczególnie narażone na manipulację, pokrzywdzenie i wykorzystanie. Porównujemy mechanizmy ochrony uczestników badań przed nadmiernym/niewłaściwym wpływem i wykorzystywaniem, przyjęte w czołowych międzynarodowych standardach etycznych dotyczących badań biomedycznych z udziałem ludzi, z właściwymi przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. I wykazujemy, że zaproponowana przez nas interpretacja art. 23b ust. 2 jest nie tylko prawnie uzasadniona, ale także etycznie konieczna, aby chronić wszystkich uczestników eksperymentów medycznych przed tymi nieetycznymi praktykami. Nasza interpretacja art. 23b ust. 2 dostarcza badaczom i komisjom bioetycznym cennych i praktycznych wskazówek. Postulujemy uznanie komentowanego przepisu za jedną z czołowych zasad polskiej regulacji eksperymentów medycznych.

Słowa kluczowe: eksperymenty medyczne, podatność na skrzywdzenie, nadmierny/niewłaściwy wpływ, nadmierna/niewłaściwa zachęta, wyzysk

Dr Katarzyna Łakomiec
Instytut Nauk Prawnych PAN
ORCID: 0000-0003-3079-6989

Rola bardzo dużych platform i wyszukiwarek internetowych w ochronie zdrowia publicznego[1]

DOI: 10.70537/ppm/213834

Streszczenie

Artykuł skupia się na działaniach bardzo dużych platform i wyszukiwarek internetowych służących ochronie wartości konstytucyjnej, jaką jest zdrowie publiczne. Tekst omawia ewolucję norm prawa europejskiego oraz wpływ pandemii COVID-19 na zagadnienie moderacji treści. Jedną z omawianych kwestii jest problem walki z dezinformacją dotyczącą zdrowia w UE w czasie pandemii. Tekst odnosi się również do przyjętej w DSA współodpowiedzialności za organizację sfery publicznej podmiotów prywatnych i publicznych opartej na instrumentach takich jak ocena ryzyka systemowego, protokoły kryzysowe oraz mechanizm reagowania kryzysowego. To wszystko służy pokazaniu, jak decyzje platform wpływają na ochronę zdrowia publicznego, ale mogą też wiązać się z konsekwencjami dla innych wartości, jak np. wolność słowa.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, UE, konstytucja, platformy internetowe

1. Wstęp

Od początku pandemii COVID-19 wiadomo było, że nie jest to tylko kolejny kryzys zdrowotny, ale wydarzenie, które będzie miało daleko idą-

[1] Publikacja przygotowana w ramach projektu badawczego finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (grant nr 2020/37/B/HS5/04212).

ce konsekwencje dla społeczeństwa, szczególnie w odniesieniu do wdrażania i upowszechniania rozwiązań opartych na nowych technologiach. Miało to wiele wspólnego z pandemiczną codziennością, która przeniosła wiele dziedzin aktywności jednostek, takich jak praca, kultura czy debata publiczna w całości do sieci. Rozwiązania cyfrowe były również wykorzystywane w walce z pandemią, a platformy internetowe, a w szczególności media społecznościowe stały się nie tylko źródłem informacji o działaniach związanych z obostrzeniami czy programami szczepień, ale również stanowiły dogodny grunt dla rozwoju dezinformacji. Miało to wpływ na samopoczucie obywateli, którzy ze strachu mogli zrezygnować z niezbędnej terapii lub szczepień[2]. Jednocześnie, jak zauważa Naomi Klein w swojej znakomitej książce Doppelganger, interakcje społeczne online podczas pandemii doprowadziły do dalszej polaryzacji postaw[3]. Autorka opisuje to, podając przykład debaty o szczepieniach, kiedy tradycyjne media obawiały się szerszego omawiania rzadkich skutków ubocznych, by nie podsycać narracji zwolenników „teorii spiskowych". Jednocześnie szerokie omówienie bezpieczeństwa szczepionek było potrzebne, ponieważ wątpliwości w stosunku do stworzonych w rekordowym czasie i pod wpływem presji preparatów były racjonalne[4].

Skutki pandemii dla systemu prawa możemy oceniać jako krótkofalowe i długofalowe. Do krótkofalowych należy zaliczyć tworzenie albo rewizję ograniczeń praw i wolności w trakcie pandemii czy systemu szczepień ochronnych, a także wypracowanie nowych standardów w tym zakresie przez sądy i organizacje międzynarodowe. Pandemia wpłynęła również na priorytety regulacji UE, szczególnie w zakresie zdrowia (EHDS) i regulacji Internetu (akt o usługach cyfrowych[5]).

[2] Zob. M. M. Ferreira Caceres i inni, The impact of misinformation on the COVID-19 pandemic, AIMS Public Health 2022, nr 9(2), s. 262-277.

[3] N. Klein, Doppelganger. Podróż do lustrzanego świata, Warszawa 2024, s. 140.

[4] N. Klein, Doppelganger…, s. 138-141.

[5] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2065 z 19.10.2022 r. w sprawie jednolitego rynku usług cyfrowych oraz zmiany dyrektywy 2000/31/WE (akt o usługach cyfrowych) (Dz.Urz. UE L 277, s. 1, ze sprost.) – dalej: DSA.

Nowe regulacje unijne powierzają największym platformom internetowym ochronę wartości takich jak m.in. wolność wypowiedzi, prywatności, ochrony danych osobowych, równość, dyskurs obywatelski i procesy wyborcze, bezpieczeństwo czy zdrowie publiczne. Powierzają im tym samym często realizację zadań publicznych wcześniej spoczywających na państwie, co jest przedmiotem badań cyfrowego konstytucjonalizmu[6]. Ze względu na ramy opracowania nie mogę szeroko opisać tego zagadnienia, ale ma ono obszerną literaturę[7].

Pytanie badawcze artykułu odnosi się do roli platform internetowych w ochronie zdrowia publicznego oraz szerzej, do związanej z nią zmiany architektury podmiotów odpowiedzialnych za ochronę wartości doniosłych konstytucyjnie, w tym poza zdrowiem publicznym również wolności wypowiedzi. Artykuł ma charakter eksploracyjny i koncepcyjny. Zastosowana metoda badawcza opiera się na analizie dogmatycznoprawnej, z wykorzystaniem wykładni systemowej i funkcjonalnej przepisów Konstytucji RP oraz prawa Unii Europejskiej. Celem analizy jest zidentyfikowanie kluczowych napięć konstytucyjnych związanych z przekazaniem zadań w ochronie zdrowia publicznego platformom internetowym.

Artykuł omawia: ochronę zdrowia publicznego w Polsce i UE (II); problem walki z dezinformacją dotyczącą zdrowia w UE, przed i w trakcie pandemii (III); rozwiązania dotyczące ochrony zdrowia publicznego w DSA, do których należą m.in. ocena ryzyka systemowego, protokoły kryzysowe oraz mechanizm reagowania kryzysowego (IV); konsekwencje ich wprowadzenia z perspektywy prawa konstytucyjnego i ochrony praw jednostki (V).

2. Ochrona zdrowia publicznego w Polsce i UE

Zdrowie publiczne jest chronioną konstytucyjnie wartością, która kształtuje działania organów władzy publicznej. Definicja zdrowia publicznego

[6] Zob. G. de Gregorio, *Digital Constitutionalism in Europe: Reframing Rights and Powers in the Algorithmic Society*, Cambridge 2022 i cytowana tam literatura

[7] Zob. de Gregorio, *Digital…*, A. Krzywoń, Wolność wypowiedzi w Internecie. O roli mediów społecznościowych i pozytywnych obowiązkach państwa, PiP 2022, nr 4, s. 5-26; K. Łakomiec, Prawa i wolności jednostki w społeczeństwie informacyjnym a regulacja funkcjonowania platform internetowych, PiP 2023, nr 12, s. 64-84.

została szczegółowo omówiona w literaturze prawa europejskiego i polskiego[8], która wyjaśnia ewolucję tej koncepcji w poszczególnych porządkach prawnych. W wyroku z 12 marca 2014 r., sygn. P 27/13, OTK ZU nr 3/A/2014, poz. 30, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że naczelną zasadą konstytucyjną jest kształtowanie porządku prawnego, który będzie sprzyjał ochronie życia i zdrowia obywateli (art. 38 i art. 68 ust. 1 Konstytucji). Na potrzeby artykułu chcę podkreślić, że zdrowie publiczne jest wartością lub interesem publicznym chronionym konstytucyjnie[9] oraz zajmuje istotne miejsce w aktach prawa pierwotnego UE. Przedstawiciele polskiej doktryny prawa konstytucyjnego wskazują, że zdrowie publiczne „należy postrzegać […] m.in. jako obowiązek zapewnienia takiego kontekstu prawnego i społecznego, by zarówno usuwać zewnętrzne zagrożenia dla zdrowia jednostki (tu zwłaszcza chodzi o zwalczanie chorób zakaźnych, pomoc w sytuacjach nadzwyczajnych, opiekę medyczną, od strony obowiązków władz publicznych te kwestie są unormowane w art. 68), jak i eliminować pokusy, skłaniające jednostkę do dobrowolnego niszczenia swojego zdrowia […]”[10]. Ze względu na ochronę zdrowia publicznego mogą być ograniczane prawa i wolności jednostki, a Unia Europejska wzmocniła jego ochronę w aktach normatywnych przyjętych po pandemii COVID-19, chociaż już wcześniej stanowiło ono ważny wyjątek od realizacji unijnych swobód. Zgodnie z art. 168 ust. 1 TFUE wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego ma towarzyszyć określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań UE. W literaturze przedmiotu rozróżnia się zdrowie publiczne i indywidualne[11], ja jednak na potrzeby tego opracowania chciałabym podkreślić konieczność komplementarnego rozumienia tych dwóch wartości[12]. Jest to istotne w kontekście no-

[8] J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013; S. L. Greer, H. Jarman; What Is EU Public Health and Why? Explaining the Scope and Organization of Public Health in the European Union, J Health Polit Policy Law 2021 nr 46 (1), s. 23-47, J. Szymańczak, *Zdrowie publiczne – element systemu ochrony zdrowia* [w:] *Zdrowie Polaków*, red. G. Ciura, „Studia BAS” 2009, nr 4(20).

[9] L. Greer, H. Jarman, What…, s. 26 i n.

[10] L. Garlicki, K. Wójtowicz, Komentarz do art. 31 uwaga 37, [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, s. 87.

[11] Zob. L. Bosek, M. Szydło, komentarz do art. 31, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, teza 102 i cytowana tam literatura.

[12] Zob. wyrok z 4.11.2014 r. sygn. SK 55/13, OTK ZU 10A/2014, poz. 111.

wych technologii, społeczeństwa informacyjnego i opisanych w DSA ryzyk systemowych, które wpływają jednocześnie na zdrowie publiczne i indywidualne decyzje zdrowotne użytkowników.

Dotychczas zasadnicza odpowiedzialność za ochronę zdrowia publicznego spoczywała na organach władzy publicznej. Nowe instrumenty Unii Europejskiej w coraz większym stopniu angażują w ten proces podmioty prywatne. Przykładem jest włączenie bardzo dużych platform i wyszukiwarek internetowych w system ochrony zdrowia publicznego w środowisku cyfrowym, ukształtowany przez przepisy DSA.

3. Dezinformacja zdrowotna jako wyzwanie regulacyjne

Zjawisko sieciowej dezinformacji było przedmiotem zainteresowania Unii Europejskiej i państw członkowskich na długo przed pandemią. Wiązało się to z ujawnionymi skandalami dotyczącymi m.in. wpływu dezinformacji na wybory w Stanach Zjednoczonych w 2016 roku[13] czy na wynik referendum w sprawie Brexitu[14]. Wydarzenia te pokazały wyzwania dla demokracji. W Polsce tą tematyką zajmował się M. Bernaczyk, wskazując na deficyty przygotowania państwa do niwelowania wpływu dezinformacji na wybory[15].

Istotną inicjatywą UE był komunikat Komisji Europejskiej ws. zwalczania dezinformacji[16], w którym podkreślono, że „funkcjonujący, wolny i pluralistyczny ekosystem informacyjny, oparty na wysokich standardach zawodowych, jest niezbędny do prowadzenia zdrowej demokratycznej debaty”[17]. Komisja w szczególności wezwała do stworzenia kodeksu po-

[13] H. Allcott, M. Gentzkow, *Social Media and Fake News in the 2016 Election*, The Journal of Economic Perspectives, nr 31, s. 211-35.

[14] H. Marshall, A. Drieschova, Post-Truth Politics in the UK's Brexit Referendum, New Perspectives 2018, t. 26, nr 3, s. 89-106.

[15] M. Bernaczyk, *Wielkie nieobecne. O roli państwa w adaptacji systemu wyborczego do wyzwań cyfrowego Konstytucjonalizmu. Cyfrowy konstytucjonalizm. Adaptacja czy innowacja?* [w:] *Wolne i uczciwe wybory Sądownictwo konstytucyjne – teoria i praktyka*, red. M. Granat, Warszawa 2023, 131-149.

[16] Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów *Zwalczanie dezinformacji w Internecie: podejście europejskie* z 26.4.2018 COM(2018) 236 final

[17] Komunikat…

stępowania zobowiązującego platformy internetowe i branżę reklamową do osiągnięcia celów takich jak: ograniczenie widoczności dezinformacji, kontrola reklam czy ułatwienie weryfikacji treści. W efekcie przy udziale m.in. dostawców największych platform internetowych został stworzony *Kodeks postępowania w zakresie zwalczania dezinformacji z 2018 r.*, a następnie kodeks z 2022 r., zaostrzony po doświadczeniach pandemii[18].

Pandemia COVID-19 zintensyfikowała procesy związane z rozpowszechnianiem w sieci fałszywych treści oraz z wprowadzaniem w błąd konsumentów. Miało to wiele wspólnego ze wspomnianym wcześniej przeniesieniem kluczowych aktywności związanych z pracą i życiem prywatnym do sieci oraz dodatkowymi możliwościami wpływania na zachowania jednostek w sytuacji izolacji, oraz lęku przed utratą zdrowia i życia.

Wiosną 2020 r. UE wprowadziła program monitorowania dezinformacji w związku z COVID-19. Jego celem było przedstawienie opinii publicznej środków wprowadzonych przez platformy i wyszukiwarki w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się dezinformacji na temat COVID-19. Zaangażowane podmioty (Facebook, Google, Microsoft, TikTok, Twitter i Mozilla), które były sygnatariuszami kodeksu postępowania z 2018 r., począwszy od lipca 2020 r., co miesiąc przedstawiały sprawozdania ze swoich działań.

Sprawozdania te są interesującym źródłem wiedzy o środkach wprowadzanych przez platformy w pandemii i o zasięgu ich działania. Jeśli chodzi o ułatwienia w dostępie do wiarygodnych informacji, to jednym z nich jest przekierowywanie i promowanie oficjalnych źródeł zawierających informacje o pandemii oraz działaniach władz publicznych z nią związanych (w Polsce takie informacje publikowało m.in. Ministerstwo Zdrowia)[19]. Drugim było przedstawianie danych o pandemii (np. liczba

[18] W lutym 2025 r. Komisja Europejska wraz z Europejską Radą ds. Usług Cyfrowych poparły integrację tego kodeksu jako kodeksu postępowania w rozumieniu art. 45 DSA. https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/code-conduct-disinformation [dostęp: 10.12.2025 r.].

[19] Zob. *Facebook response to the European Commission Communication on Covid-19 Disinformation Report for January to July 2020*, s. 2-4.

zakażeń) w przystępnej formie[20]. Trzecim było promowanie porad związanych ze zdrowiem i dobrostanem jednostek w pandemii[21]. Jeśli chodzi o moderowanie treści, Facebook wskazał, że usuwane były m.in. posty zachęcające do podejmowania działań mających na celu zwiększanie liczby zakażeń, m.in. przez organizację spotkań, na których miały być obecne osoby chore na COVID-19 czy treści oferujące środki ochrony osobistej po zawyżonych cenach[22]. Podobnie na początku pandemii walczono z reklamami wykorzystującymi kryzys zdrowotny oraz promującymi niesprawdzone terapie. Wraz z postępem badań nad szczepionką przeciw COVID-19 jednym z głównych wyzwań dla platform online stało się przeciwdziałanie dezinformacji dotyczącej szczepień. To tylko przykłady działań podejmowanych przez platformy internetowe w celu ograniczania dezinformacji dotyczącej pandemii COVID-19. Pełne raporty zostały opublikowane na stronach internetowych Komisji Europejskiej.

4. Instrumenty ochrony zdrowia publicznego w środowisku cyfrowym

Akt o usługach cyfrowych zmierza do stworzenia zrównoważonego rynku cyfrowego, który z jednej strony pozwoli na rozwój nowych innowacyjnych usług, z drugiej strony podzieli odpowiedzialność za bezpieczeństwo użytkowników i społeczeństwa między UE, państwa członkowskie oraz różnych uczestników rynku. DSA wprowadza ogólne obowiązki dla dostawców usług pośrednich działających na terenie Unii Europejskiej.

Wcześniej podobne rozwiązania przyjęto np. w RODO. Stanowią ogólny trend w regulacjach unijnych, gdyż organy władzy publicznej nie mają wystarczających narzędzi do samodzielnej oceny działań niektórych prywatnych podmiotów oraz wiedzy specjalistycznej dotyczącej określonego sektora. Wyznaczają one cele i wartości, które powinna realizować regulacja, pozwalając wypełnić ją treścią przez m.in. podmioty działające na

[20] Zob. *Google Report on Responding to Covid-19 Disinformation*, s. 2-5; https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/first-baseline-reports-fighting-covid-19-disinformation-monitoring-programme [dostęp: 10.12.2025 r.].

[21] Zob. *Facebook*…, s. 5-6.

[22] Zob. *Facebook*…, s. 12.

rynku wewnętrznym oraz ich organizacje, które mają znaleźć najlepsze rozwiązania chroniące prawa jednostki i interesy społeczne.

Ze względu na ich szczególną rolę i wpływ na prawa jednostki DSA wyróżnia bardzo duże platformy internetowe (VLOP) i bardzo duże wyszukiwarki internetowe (VLOSE), które mają powyżej 45 milionów użytkowników (art. 33 ust. 1 DSA) i przypisuje im istotną rolę w kształtowaniu realiów rynku cyfrowego. Sytuację tych podmiotów DSA kształtuje, powierzając im obowiązki w odniesieniu do ocen ryzyka, moderacji treści czy raportowania, a także obejmując je szczególnym nadzorem, w którym doniosłą rolę odgrywa Komisja Europejska.

Zgodnie z art. 34 ust. 1 DSA VLOP i VLOSE z należytą starannością identyfikują, analizują i oceniają ryzyko systemowe dla europejskich wartości wynikające z działania ich usługi. Artykuł 34 ust. 1 lit. d do rodzajów ryzyka systemowego zalicza ryzyko wystąpienia faktycznych lub przewidywalnych negatywnych skutków w odniesieniu do ochrony zdrowia publicznego. Może ono wynikać m.in. ze skoordynowanych kampanii dezinformacyjnych (motyw 83 preambuły DSA).

Przyjęte rozwiązania każą przy ocenie ryzyka systemowego skupić się na systemach lub innych elementach, które mogą przyczynić się do powstania ryzyka, w tym na wszystkich systemach algorytmicznych. Rozporządzenie zwraca przy tym uwagę na systemy rekomendacji, systemy moderowania treści, warunki korzystania z usług czy praktyki związane z danymi (art. 34 DSA). Dostawcy muszą również rozważyć możliwość manipulowania stworzonymi przez nich systemami.

Rozwiązanie to ma niwelować negatywny wpływ jaki obieg informacji w Internecie, a w szczególności model działania mediów społecznościowych ma na społeczeństwo. Uzasadnienie projektu DSA wskazało, że nowy system oceny ryzyka ma być odpowiedzią na asymetrię informacji między dostawcami usług online, użytkownikami tych usług i organami publicznymi. Powinno ono również odpowiadać na znane problemy mediów społecznościowych, takie jak sprzyjanie polaryzacji opinii oraz tworzenie się baniek informacyjnych (*filter bubbles*)[23]. Jest to ważne, w wypad-

[23] Zob. E. Pariser, *The Filter Bubble – What the Internet is Hiding From You*, Nowy York 2011.

ku ochrony zdrowia publicznego, gdzie informacje rozpowszechniane w Internecie[24] dotyczą procesów (jak szczepienia czy terapia) istotnych dla dobra jednostki, a jednocześnie takich, które budzą najwięcej lęków[25].

Z oceną ryzyka dokonywaną na podstawie art. 34 skorelowane są (nakładane na dostawców) obowiązki wprowadzania środków zmniejszających ryzyko. Mają one być: rozsądne, proporcjonalne i skuteczne (art. 35 ust. 1 DSA). Celem ich zastosowania jest zapewnienie użytkownikom przejrzystej informacji dotyczącej usług i treści, w szczególności pozwalającej na rozpoznanie zmanipulowanych treści i fałszywych informacji, czyli tzw. treści szkodliwych (*harmful content*), które, choć nie zawsze nielegalne – mogą generować ryzyko systemowe w rozumieniu art. 34 DSA.

Kolejną instytucją prawną, która jest związana z ochroną zdrowia publicznego, są protokoły kryzysowe opracowywane przez Komisję na wniosek Europejskiej Rady ds. Usług Cyfrowych w celu zapobiegania sytuacjom kryzysowym (art. 48 ust. 1 DSA). Główną ich funkcją jest przygotowanie szybkiej i skoordynowanej reakcji na kryzys obejmującej zapobieganie rozprzestrzenianiu się szkodliwych treści oraz innych zagrożeń w Internecie, jak również rozpowszechnianie wiarygodnych informacji (zob. motyw 108 preambuły DSA).

Rozporządzenie przewiduje, że sytuacje kryzysowe sprowadzają się do ściśle określonych nadzwyczajnych okoliczności wpływających na bezpieczeństwo publiczne lub zdrowie publiczne. Protokoły kryzysowe są jednym z przykładów współpracy podmiotów publicznych i prywatnych w tworzeniu regulacji. Są w nie zaangażowane organy publiczne (unijne i państw członkowskich) i platformy (przede wszystkim VLOP i VLOSE). Ponadto Komisja może włączać w ten proces m.in. organizacje społeczeństwa obywatelskiego (art. 48 ust. 1-3 DSA). Prawodawca unijny

[24] Należy wskazać, że DSA wprowadza rozróżnienie między nielegalnymi a szkodliwymi treściami, ze względu na to, że w kontekście zdrowia publicznego występują oba rodzaje, oraz ze względu na ograniczenia opracowania nie rozwijam tu tego rozróżnienia, ale należy zasygnalizować, że działania platform dotyczące treści tylko szkodliwych mogą budzić większe wątpliwości konstytucyjne.

[25] Lęki związane ze szczepieniami czynią jednostki bardziej skłonnymi do wiary w teorie spiskowe (które usprawiedliwiają lęki); D. Jolley, L. Shepherd, A. Maughan, The fear factor: examining the impact of fear on vaccine hesitancy and anti-vaccine conspiracy beliefs, Psychology & Health 2024, s. 1-20.

przekazał szeroki zakres spraw ujmowanych w protokołach kryzysowych do współregulacji. Same okoliczności, które konstytuują kryzys, będą określane w tym trybie, jak również cele protokołu i role poszczególnych uczestników. Elementem ustaleń są także zabezpieczenia mające na celu uniknięcie negatywnych skutków dla wykonywania praw podstawowych zapisanych w Karcie, w szczególności wolności wypowiedzi i informacji oraz prawa do niedyskryminacji (art. 48 ust. 3 lit. e DSA). Można mieć wątpliwości, czy ten sposób ukształtowania tej instytucji nie przenosi na dostawców usług zbyt dużej odpowiedzialności za kwestie o charakterze publicznoprawnym[26]. Tym ważniejsza staje się rola organów władzy publicznej w procesie opracowywania tych protokołów, w których powinny one podnosić znaczenie ochrony zarówno praw jednostki, jak i działania władz publicznych w kryzysie. Bardzo istotną rolę w kształtowaniu protokołów kryzysowych odgrywa Komisja, która zarządza procesem ich opracowywania, testowania i nadzorowania oraz stosowania.

5. Konstytucyjny wymiar współregulacji w ochronie zdrowia publicznego

Opisane obowiązki VLOP i VLOSE mają m.in. umożliwić jednostkom dostęp do rzetelnych informacji o kryzysach zdrowotnych oraz umożliwić podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia. Służą też ochronie przed szkodliwymi treściami dotyczącymi zdrowia.

W tym kontekście należy jednak zaznaczyć, że odpowiednia moderacja treści może pozytywnie wpływać na wolność wypowiedzi w aspekcie pozyskiwania informacji (art. 54 Konstytucji, art. 11 Karty Praw Podstawowych), np. poprzez rozpowszechnienie informacji o dostępności szczepień. Może jednak przynosić odwrotny skutek, tym razem zarówno w aspekcie wyrażania poglądów, wolności pozyskiwania i rozpowszechniania informacji[27] poprzez systemowe wyłączanie z obiegu publicznego informacji kontrowersyjnych czy niepokojących, jednak istotnych z per-

[26] Trzeba analizować ten przepis w kontekście subsydiarnego stosowania mechanizmu reagowania kryzysowego, gdzie główna inicjatywa należy do Komisji (art. 36 DSA).

[27] J. Sadomski, komentarz do art. 54, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, tezy 13-15.

spektywy debaty publicznej[28]. Zarówno Konstytucja, jak i KPP pozwalają na ograniczanie tej wolności ze względu na konieczność ochrony ważnych interesów społecznych (w wypadku konstytucji enumeratywnie wymienionych wartości) lub praw innych osób, ale ograniczenia te muszą spełnić określone wymogi (m.in. proporcjonalność ograniczeń). Ustawodawca unijny wziął to pod uwagę, podkreślając wielokrotnie w treści DSA konieczność uwzględniania ochrony wolności wypowiedzi. Należy jednak wskazać, że dopiero analiza praktycznego zastosowania przyjętych w DSA rozwiązań pozwoli na ostateczną ocenę ich wpływu na prawa jednostki a w szczególności na znalezienie właściwej równowagi między zdrowiem a wolnością wypowiedzi.

Wyważanie wartości, jakie mają być chronione w kontekście zagrożeń zdrowotnych jest trudne. Po pierwsze, jest tak ze względu na okoliczności, jakie towarzyszą debacie publicznej w czasie wydarzeń takich jak pandemia, charakteryzujących się dużym stopniem niepewności co do prawidłowych rozwiązań, nawet po stronie naukowców i administracji publicznej. W związku z powyższym ograniczenie wolności wypowiedzi w takiej sytuacji może ograniczyć dyskurs publiczny i wypracowywanie proporcjonalnych i akceptowalnych społecznie rozwiązań[29]. Co więcej, podmioty biorące udział w debacie publicznej nad sposobami zapobiegania zagrożeniom dla zdrowia publicznego (w tym pandemii) mogą unikać publikowania treści niezgodnych z dominującymi poglądami ze względu na możliwość ograniczenia widoczności treści (efekt mrożący). Jednocześnie brak reakcji na dezinformację może ograniczyć znacząco możliwość neutralizacji kryzysu.

Tradycyjnie konflikty związane z wolnością wypowiedzi w Internecie dotyczą relacji między użytkownikiem a platformą lub konfliktu między użytkownikami rozstrzyganego przez platformę[30]. Tu mamy rodzaj konfliktu, w którym platforma działa, realizując systemowo doniosłą konstytucyjnie wartość, co zmienia optykę ważenia wartości. Dzieje się

[28] Por. Wyrok ETPC z 7.12.1976 r., 5493/72, Handyside przeciwko Wielkiej Brytaniii, LEX nr 80798.

[29] N. Klein, *Doppelganger*…, s. 138-141.

[30] A. Krzywoń, *Wolność*…, s. 10-11.

tak, ponieważ w tym wypadku zamiast interesu gospodarczego platformy, mamy do czynienia z wartością doniosłą społecznie w oderwaniu od praw podmiotu, która ją realizuje. Stanowi to przekazywanie podmiotom prywatnym zadań, które wiążą się z dokonywaniem testu proporcjonalności, w tym wypadku m.in. oceną czy rozwiązania mające niwelować systemowe ryzyka nie ograniczają wolności wypowiedzi, jest pewnym *novum* w systemie konstytucyjnym.

6. Wnioski i perspektywy

Rola bardzo dużych platform internetowych i wyszukiwarek w ochronie zdrowia publicznego stanowi element szerszej transformacji funkcji państwa i podmiotów gospodarczych w sferze cyfrowej. Ukazuje wyraźnie nasycenie aksjologiczne nowych regulacji rynku wewnętrznego w Unii Europejskiej.

Konieczność wprowadzenia takich instrumentów stała się oczywista w trakcie pandemii COVID-19, kiedy głównymi kanałami dostępu do informacji o przebiegu pandemii, ograniczeniach praw oraz programie szczepień stał się Internet. Był on również przestrzenią, w której szerzyła się dezinformacja dotycząca zdrowia. Platformy i wyszukiwarki pełniły w tym zakresie kluczową rolę – zarówno w ograniczaniu dezinformacji, jak i w zapewnianiu dostępu do informacji z oficjalnych źródeł. Na tym etapie podstawą tych działań były kodeksy postępowania.

Z perspektywy zdrowia publicznego mechanizmy DSA – ocena ryzyka systemowego, środki ograniczające ryzyko i protokoły kryzysowe – mają na celu ochronę tej wartości w środowisku cyfrowym. Opierają się one na współregulacji, czyli sytuacji, w której podmioty publiczne i prywatne współpracują przy osiąganiu celu wyznaczonego przez ustawodawcę, przy jednoczesnym założeniu bezpośredniego wpływu podmiotów prywatnych na kształt regulacji. Jednocześnie kluczową rolę odgrywa nadzór Komisji Europejskiej sprawowany we współpracy z krajowymi koordynatorami ds. usług cyfrowych.

Z perspektywy konstytucyjnej sankcjonuje to sytuację, w której ochrona wartości istotnych konstytucyjnie jest powierzana podmiotom prywat-

nym – zarówno w wymiarze identyfikacji zagrożeń, jak i doboru proporcjonalnych środków do ich niwelowania. Podmioty prywatne muszą przy tym zwracać uwagę, by nie naruszać nadmiarowo innych praw jednostki, w tym wolności wypowiedzi.

Aktywna rola organów państw członkowskich, w tym powołanych na podstawie rozporządzenia koordynatorów ds. usług cyfrowych, w opisanych wyżej procesach powinna skupiać się na interpretacji przyjętych instytucji prawnych w oparciu o wartości konstytucyjne. Rola ta ma służyć zarówno ochronie zdrowia publicznego, jak i diagnozowaniu nadmiarowych ograniczeń wolności wypowiedzi. Taka działalność wspiera ochronę konstytucyjnych wartości państw członkowskich – chronionych również na gruncie prawa UE – w ramach europejskiego systemu nadzoru, obejmującego Komisję Europejską, Europejską Radę ds. Usług Cyfrowych oraz krajowych koordynatorów.

W mojej ocenie przyjęte rozwiązania są przemyślane i adekwatne do współczesnych wyzwań, jednak ich skuteczność zależeć będzie od okresowej oceny funkcjonowania systemu oraz jakości współpracy między wszystkimi zaangażowanymi podmiotami. Od niej bowiem zależy, czy współregulacja w sferze cyfrowej stanie się rzeczywistym narzędziem ochrony wartości konstytucyjnych, czy pozornym kompromisem proceduralnym.

Bibliografia:

Allcott H, Gentzkow M., Social Media and Fake News in the 2016 Election, The Journal of Economic Perspectives nr 31.

Barcik J., *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013.

Bernaczyk M., *Wielkie nieobecne. O roli państwa w adaptacji systemu wyborczego do wyzwań cyfrowego Konstytucjonalizmu. Cyfrowy konstytucjonalizm. Adaptacja czy innowacja?* [w:] *Wolne i uczciwe wybory Sądownictwo konstytucyjne – teoria i praktyka*, red. M. Granat, Warszawa 2023.

Ferreira Caceres M.M. i inni, The impact of misinformation on the COVID-19 pandemic, AIMS Public Health 2022, nr 9(2).

de Gregorio G., *Digital Constitutionalism in Europe: Reframing Rights and Powers in the Algorithmic Society*, Cambridge 2022.

Garlicki L., Wójtowicz K., Komentarz do art. 31, uwaga 37 [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.

Greer S.L., Jarman H.; What Is EU Public Health and Why? Explaining the Scope and Organization of Public Health in the European Union, J Health Polit Policy Law 2021, nr 46 (1).

Jolley D., Shepherd L., & Maughan A., The fear factor: examining the impact of fear on vaccine hesitancy and anti-vaccine conspiracy beliefs, Psychology & Health, s. 1-20.

Klein N., *Doppelganger. Podróż do lustrzanego świata*, Warszawa 2024.

Krzywoń A., Wolność wypowiedzi w Internecie. O roli mediów społecznościowych i pozytywnych obowiązkach państwa, PiP 2022, nr 4.

Łakomiec K, Prawa i wolności jednostki w społeczeństwie informacyjnym a regulacja funkcjonowania platform internetowych, PiP 2023, nr 12, s. 64-84.

Marshall H., Drieschova A., Post-Truth Politics in the UK's Brexit Referendum, New Perspectives 2018, tom 26, nr 3.

Pariser, E, *The Filter Bubble – What the Internet is Hiding From You*, Penguin 2011.

Sadomski, J., komentarz do art. 54, [w:] Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.

Szymańczak J. *Zdrowie publiczne – element systemu ochrony zdrowia* [w:] *Zdrowie Polaków*, red. G. Ciura, „Studia BAS" 2009, nr 4(20).

Summary

The role of very large platforms and search engines in the protection of public health

The article focuses on the actions of very large platforms and search engines aimed at protecting the constitutional value of public health. The text discusses the evolution of European legal instruments and the impact of the COVID-19 pandemic on the issue of content moderation. One of the topics addressed is the challenge of combating health-related misin-

formation in the EU during the pandemic. The text also refers to the co-responsibility adopted in the Digital Services Act (DSA) for organizing the public sphere by private and public actors, based on instruments such as systemic risk assessment, crisis protocols, and crisis response mechanisms. This all serves to demonstrate how platform decisions impact public health protection, but can have consequences for other values, such as freedom of speech.

Key words: public health, EU, constitution, online platforms

Paweł Szecówka
Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie
ORCID: 0000-0002-0478-4725

Jednostki samorządu terytorialnego jako podmioty tworzące SPZOZ – kilka uwag z perspektywy finansów publicznych

DOI: 10.70537/ppm/210283

Streszczenie

Artykuł podejmuje problem zasadności utrzymywania statusu jednostek samorządu terytorialnego (JST) jako podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Autor, analizując obowiązujące przepisy prawa, wskazuje na brak jednoznacznych podstaw prawnych do przypisywania JST zadania organizacji oraz finansowania świadczeń zdrowotnych (z naciskiem właśnie na aspekt finansowania). System ochrony zdrowia w Polsce oparty jest bowiem na finansowaniu z Narodowego Funduszu Zdrowia, co stawia pod znakiem zapytania adekwatność przypisywania JST odpowiedzialności za SPZOZ-y. Artykuł omawia także konsekwencje wynikające z obecnego stanu prawnego, m.in. brak przejrzystości finansowej i niejasność kompetencyjną, które to prowadzić mogą do systemowych niespójności. Zaproponowano alternatywne rozwiązania, m.in. przekazanie funkcji tworzenia SPZOZ-ów organom administracji rządowej lub uporządkowanie przepisów w sposób jednoznaczny (z naciskiem na to drugie). Autor wskazuje, że niezależnie od przyjętej drogi reformy, konieczne jest zachowanie zasady legalizmu i zwiększenie przejrzystości w finansowaniu systemu ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: samorząd terytorialny, SPZOZ, finansowanie ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, zadania publiczne

Przegląd Prawa Medycznego, nr 4/2025 (21)

Wprowadzenie

Polski system ochrony zdrowia nie jest systemem idealnym, w założeniu jego konstrukcja nie jest zbytnio skomplikowana. Jego finansowanie oparte jest przede wszystkim na środkach publicznych pochodzących z danin publicznych (składki zdrowotnej)[1], choć oczywiście należy pamiętać o środkach pochodzących z innych źródeł, jak choćby z bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych czy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych finansujących świadczenia zdrowotne[2]. Podmiotem finansującym wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej zamiennie: NFZ)[3]. Podstawową jednostką tworzącą polski system ochrony zdrowia (w grupie podmiotów leczniczych) jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (dalej zamiennie: SPZOZ).

Jednakże zagłębiając się w poszczególne zagadnienia dotyczące kształtu polskiego systemu ochrony zdrowia, coraz częściej przestają już być one jasne i jednoznaczne. Regulacje dotyczące funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są liczne i zróżnicowane, jeśli chodzi o zagadnienia szczegółowe. Jest to szczególnie istotne z perspektywy tego, iż świadczenie opieki zdrowotnej jako jedno z zadań państwa powinno być wykonywane w oparciu o zasady przyświecające finansom publicznym wynikającym z prawa budżetowego.

Przeprowadzono analizę dogmatyczno-prawną regulacji prawnych, na podstawie których jednym z podmiotów tworzących SPZOZ-y mogą być jednostki samorządu terytorialnego (obok uczelni publicznych i jednostek reprezentujących Skarb Państwa)[4]. Autor stawia tezę, iż rozwiązanie

[1] Zob.: Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), art. 79 i n. ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

[2] Zob.: *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2021-2023*, Główny Urząd Statystyczny 2024, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2021-2023,27,4.html [dostęp: 28.07.2025 r.]; M. Tambor, *Ile i z jakich źródeł wydajemy na zdrowie w Polsce*. https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/ile-i-z-jakich-zrodel-wydajemy-na-zdrowie-w-polsce/ [dostęp: 28.07.2025 r.].

[3] Zob.: art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej…

[4] Art. 6 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799 z późn. zm.).

to nie tyle jest wątpliwe samo w sobie, ile na pewno generuje wiele poważnych konsekwencji w funkcjonowaniu tych podmiotów. W tym również z perspektywy zasad gospodarowania środkami publicznymi. Postawionych zostanie kilka pytań problemowych wskazujących na to, że obowiązujące przepisy prawa w tym zakresie należy poważnie przeanalizować pod kątem ewentualnych zmian. W końcowej części wskazanych zostanie kilka rozwiązań, które mogą być odebrane jako kontrowersyjne – ale wydają się spełniać funkcję eliminacji pewnych problemów, które zostaną wykazane w toku niniejszego tekstu. Oczywiście, rozwiązania te również nie będą zapewne pozbawione wad, nie mniej jednak aktualny kształt systemu ochrony zdrowia – m.in. poprzez wzgląd na dość powszechną zgodę, co do jego niedoskonałości[5] – wymaga analizowania poszczególnych problemów praktycznych, w kierunku potencjalnych zmian. Oczywistym jest również konieczność zachowania ostrożności przy zmianach odważniejszych, przede wszystkim tych dotykających całego systemu ochrony zdrowia – jednakże ich trudność i dalekosiężność (jeśli uzasadniona) nie może powodować zaniechania ich podejmowania.

Celem niniejszego artykułu nie jest analizowanie SPZOZ-ów, jako instytucji prawnej. Postawionych zostanie kilka pytań o jeden wąski aspekt, który wydaje się ważnym problemem, który rzutuje na praktyczne funkcjonowanie tych podmiotów. Tym aspektem, któremu poświęcona będzie niniejsza praca, jest kwestia statusu jednostek samorządu terytorialnego jako podmiotów tworzących SPZOZ-y – w tym z perspektywy prawa finansów publicznych i pewnych wybranych zasad gospodarowania środkami publicznymi.

System ochrony zdrowia w Polsce

Jak wskazano we wprowadzeniu, to NFZ odpowiedzialny jest za zgromadzenie i przekazanie środków na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie zawartych ze świadczeniodawcami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

[5] Zob. np.: M. Omyła-Rudzka, *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań CBOS*, 2023 r. (https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=6678) [dostęp: 20.05.2025 r.].

Umowy te są podstawą do „udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”[6]. Za samo zawarcie tychże umów również odpowiedzialny jest Narodowy Fundusz Zdrowia, czego dokonuje na podstawie przeprowadzonych predykcji i analiz określonych w odpowiednich przepisach[7]. Umowa ta jest bardzo ciekawa w swej istocie, bowiem będąc umową prywatnoprawną (cywilnoprawną), zawiera w sobie wiele elementów publicznoprawnych[8]. Jest tak z racji charakteru świadczeń, jako udzielanych z tytułu wykonywania przez państwo zadania publicznego.

Jednostkami, które bezpośrednio świadczą opiekę zdrowotną, są tzw. podmioty wykonujące działalność leczniczą, wśród których ważną grupę stanowią podmioty lecznicze, w tym samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej[9]. Na podstawie przepisów ustawy, podmioty te tworzone mogą być, jak już wskazano, przez: jednostki samorządu terytorialnego, uczelnie publiczne lub Skarb Państwa. Charakteryzując pokrótce, SPZOZ jest jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną utworzoną na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej (dalej zamiennie u.d.l.)[10]. Jest to jednostka sektora finansów publicznych i tak do gospodarki finansowej SPZOZ-ów stosować należy nie tylko przepisy u.d.l., ale również w odpowiednim zakresie ustawy o finansach publicznych[11]. Zaliczane one są przez ustawodawcę „do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W doktrynie wskazuje się natomiast, że prowadzą one działalność zarobkową, a tym samym gospodarczą. Przesądza to o przyznaniu im statusu przedsiębiorcy na gruncie przepisów Kodeksu cywilnego oraz ustawy o swobodzie działalności gospodarczej”[12].

---

[6] Art. 132 i n. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej…

[7] Ibidem.

[8] Zob. szerzej: A. Pietraszewska-Macheta, L. Świerczek, *Art. 132* [w:] A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. IV*, Warszawa 2023 i komentarze do artykułów następnych.

[9] Zob.: Art. 2-4 ustawy o działalności leczniczej.

[10] Zob.: art. 50a-82 ustawy o działalności leczniczej.

[11] Zob.: art. 9 ustawy z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 z późn. zm.); J. Ciechorski, *Art. 51* [w:] J. Ciechorski, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, LEX/el. 2024.

[12] Zob. szerzej: P. Lenio, *Podmioty polskiego systemu ochrony zdrowia* [w:] P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia,* Warszawa 2018, s. 166; A. Dyląg, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej* „Monitor Prawniczy” 2011/17.

Faktem jest, że jednostki te są niedofinansowane[13]. Wskazuje na to, chociażby ich ciągle rosnące zadłużenie. Między innymi z tego właśnie powodu podejmowane są kolejne i kolejne analizy systemu ochrony zdrowia, w celu opracowania rozwiązania, które problem niedofinansowania rozwiąże. Jak już wspomniano, niniejsza praca w założeniu nie ma dążyć do zaproponowania reformy systemowej, bowiem do tego potrzebne są na pewno znacznie szerzej zakrojone badania. Jest to istotne z punktu widzenia wniosków zawartych w niniejszym opracowaniu, bowiem autor ma świadomość tego, że przynajmniej niektóre z nich – większą przydatnością charakteryzować się będą jako elementy szerszych analiz niż jako programy reformy same w sobie.

Warto podkreślić, że założeniem ustawodawcy było przyporządkowanie zadania ochrony zdrowia właśnie sferze administracji państwowej. Mimo decentralizacji systemu ochrony zdrowia dokonanej w latach 1999-2004 kluczowe decyzje nadal podejmowane są na szczeblu centralnym, tj. właśnie przez NFZ. Decentralizacja ta miała bowiem charakter decentralizacji sfery świadczeniodawców. Stąd też współcześnie tak duże zróżnicowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą z punktu widzenia ich statusu prawnego. Ponadto, jak już wskazano, kluczową rolę w procesie finansowania odgrywają środki publiczne gromadzone przede wszystkim w formie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Zgromadzonymi środkami zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia i podstawą do ich wypłacania są zawarte z podmiotami, które wykonują świadczenia zdrowotne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – o zawarciu, których decyduje po raz kolejny NFZ.

Pytanie o zakres zadania organizacji opieki zdrowotnej spoczywającym na JST

Ochrona zdrowia została wymieniona w katalogu zadań własnych odpowiednich JST (w przypadku samorządu powiatowego i samorządu woje-

[13] Zob. np.: *Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia*, 2024 r. (https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/2024/08/14/monitor-finansowania-ochrony-zdrowia/#_ftn1) [dostęp: 20.05.2025 r.].; M. Polak, *Niemal 100 proc. więcej pacjentów „pilnych" w kolejkach do specjalistów. Zadłużenie szpitali 23,8 mld zł. Jest raport*, 2025 r. (https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Niemal-100-proc-wiecej-pacjentow-pilnych-w-kolejkach-do-specjalistow-Zadluzenie-szpitali-23-8-mld-zl-Jest-raport,269005,1.html) [dostęp: 20.05.2025 r.].

wództwa dokładniej: promocja i ochrona zdrowia)[14] i zakres ten został sprecyzowany na poziomie ustawy szczegółowej[15]. Art. 7-9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.o.z.f.ś.p.) regulują to zagadnienie; i tak w przypadku gmin, ustawa wskazuje: „1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; 2) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami; (…) 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy"[16]. Analogiczne regulacje znajdują się w przepisach regulujących zadania powiatu i samorządowego województwa[17]. Widoczny jest więc może nie tyle brak *expressis verbis* wyrażonych podstaw prawnych umożliwiających podejmowanie działań w zakresie organizowania opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego, ile na pewno ich charakter niejako uzupełniający. Kompetencje te skupiają się bowiem wokół takich zagadnień jak analiza, ocena efektów, inicjowanie działań (ale w zakresie promocji zdrowia, a nie organizacji dostępu do świadczeń) itp.

W przepisach tych na pierwszy plan wyłaniają się jeszcze dwa istotne sformułowania. Pierwszym jest informacja, iż zadaniem odpowiednio gminy, powiatu, jak i samorządu województwa jest w zakresie ochrony zdrowia „zapewnieni[e] równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (…)"[18]. Po takim właśnie sformułowaniu następują owe wyliczenia wskazane w poprzednim akapicie. Z jednej więc strony może

[14] Art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.); art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 107 z późn. zm.); art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 581).

[15] Oczywiście należy pamiętać jeszcze o *lex specialis* takich jak prawo farmaceutyczne, które wprowadzają różne obowiązki w szeroko rozumianym sektorze ochrony zdrowia po stronie organów samorządowych. Jak się wydaje, są owe regulacje uzupełniające niejako w kontekście rozwiązania systemowego jakim jest skupienie kompetencji władczych i finansowych po stronie NFZ.

[16] Art. 7 ustawy o świadczeniach…

[17] Zob. szerzej: art. 8 i 9 ibidem.

[18] Art. 7-9 ibidem.

wydawać się, że pod hasłem „zapewnienia dostępu" mógł ustawodawca mieć na myśli władztwo w zakresie ochrony zdrowia po stronie JST. Jednakże, jeśli wziąć pod uwagę pozostałe istotne z tej perspektywy regulacje prawne, szczególnie te regulujące zadania NFZ, to wnioskiem, który należy wyciągnąć, jest właśnie owo wspomniane już założenie systemowe, zgodnie z którym w centrum władztwa w zakresie ochrony zdrowia, chociażby poprzez zawieranie umów o świadczenie opieki zdrowotnej, czy też decyzja co do ich zakresu – leży po stronie NFZ-u. W efekcie można odnieść wrażenie, że wskazane powyżej regulacje dotyczące kompetencji JST wprowadzają samorządy w pozycji niejako wspomagającej wykonywanie zadania ochrony zdrowia leżącego w gestii państwa. W tym miejscu kolejna teza mogłaby zostać postawiona, zgodnie z którą ww. nieostre regulacje prawne, w swej istocie nie stanowią odrębnej podstawy prawnej do podejmowania działań przez JST w zakresie szeroko zakrojonej organizacji ochrony zdrowia z racji wyłącznej kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia określonych w innym miejscu ustawy. Brak jest więc podstaw do uznania, że JST ma wprost określone zadanie w zakresie organizacji ochrony zdrowia w Polsce z odpowiednio precyzyjnie określoną podstawą prawną.

Podobnie drugie ze sformułowań, wskazujące, iż zadaniem samorządów jest: „podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców" nie jest *expressis verbis* wyrażoną kompetencją do podejmowania działań dla JST w zakresie realizacji ochrony zdrowia w Polsce. W tej sytuacji nie ulega wątpliwości nieostrość tej regulacji w zestawieniu z uprawnieniami przyznanymi NFZ-owi. Podkreślenia domaga się zasada legalizmu, jakże istotna dla całego prawa finansów publicznych w kontekście wykonywania zadań publicznych. Zgodnie z nią, konieczne jest wyraźne umocowanie prawne do podejmowania jakichkolwiek działań przez podmioty publiczne[19]. Jak twierdzi się w doktrynie „[k]ompetencji organów władzy publicznej nie można domniemywać (…), lecz musi być określona jasno i precyzyjnie

[19] J.M,. Salachna, *Konstytucyjne uwarunkowania samodzielności finansowej samorządu terytorialnego w aspekcie decyzyjnym (zarządczym)* [w:] P.J., Lewkowicz (red.), J. Stankiewicz (red.), *Konstytucyjne uwarunkowania tworzenia i stosowania prawa finansowego i podatkowego.* Białystok 2010, s. 374-375 i cyt. tam źródła.

w przepisie prawa”[20]. Zgodnie z jej istotą należy stwierdzić, że nieostra i „otwarta” kompetencja, jaką jest „podejmowanie działań innych”, jest określeniem uprawnienia podmiotu publicznego, a nie wskazaniem jego obowiązku i zadania. Do uznania tego przepisu, za podstawę prawną do podejmowania konkretnych działań w zakresie ochrony zdrowia o charakterze realnie organizacyjnym, tym samym o charakterze własnym – przepis ten musiałby być znacznie bardziej jasny i przejrzysty. Jeżeli było to celem ustawodawcy, to wydaje się, że nie został on osiągnięty.

Swoistego rodzaju potwierdzeniem tego stanu rzeczy jest treść uzasadnienia do projektu ustawy wprowadzającej art. 9a u.ś.o.z.[21] Przepis ten jest regulacją pozwalającą na finansowanie świadczeń gwarantowanych przez JST, „uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, (…) wojewódzki plan transformacji, (…), oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.” W uzasadnieniu do tej ustawy stwierdzono, że „Zgodnie z przepisami art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1515, z późn. zm.), art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1445, z późn. zm.) oraz art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2015 r. poz. 1392, z późn. zm.) zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego. Przepisy te nie wskazują jednak szczegółowo, w jaki sposób powyższe zadania mają być wykonywane, tym samym nie mogą stanowić samoistnej podstawy prawnej dla działań w ochronie zdrowia”[22]. Wynika z tego, że podstawa prawna do podejmowania działań musi być wyrażona wprost i bez żadnych wątpliwości, bowiem z katalogów zadań własnych JST nie wynika finansowanie zadania „ochrona zdrowia” w konkretnych wąskich aspektach. Potrzebne jest zatem *lex specialis*. Powyżej więc opisana niejasność zdecydowanie stanowi wystarczającą podstawę do tego, by

[20] M. Zubik, W. Sokolewicz, *Art. 7* [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom I, wyd. II*, Warszawa 2016 i cyt. tam źródła w tym orzecznictwo.

[21] Zob. art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach…

[22] Druk sejmowy nr 562. Ad. 11 uzasadnienia do Rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

nie uznawać ochrony zdrowia w zakresie, w jakim oznaczałoby to organizowanie ochrony zdrowia przez JST za zadanie własne JST.

Same w sobie artykuły 9a i 9b u.ś.o.z.f.ś.p. mają charakter wyjątku. Co jednak najważniejsze w ich kontekście, to fakt, iż są one uprawnieniem, a nie zadaniem czy obowiązkiem, na co wprost wskazuje użycie przez ustawodawcę sformułowania „może" w treści przepisu art. 9a[23].

Tym bardziej problem owej nieprecyzyjności czy też systemowego założenia ustawodawcy wydaje się istotny z punktu widzenia, chociażby zasad jawności i przejrzystości finansów publicznych. Można bowiem stwierdzić, iż jednym z ich przejawów jest konieczność zapewnienia takiego porządku prawnego, by był on logiczny i zrozumiały. Oczywiście najczęściej pod tymi pojęciami uznaje się zrozumienie i uporządkowanie dla podmiotów stosujących budżet, dokonujących określonych w nim wydatków. Jednakże jawność, jasność czy przejrzystość łączą się również z zagadnieniem kontroli wykonywania budżetu[24]. To z kolei niesie za sobą konieczność zrozumienia choćby częściowego przez obywateli, by to oni np. za pośrednictwem wyborów mogli dokonać kontroli rządzących.

Autor ma oczywiście świadomość 25 lat praktyki, a zatem pewnej ugruntowanej aktywności samorządów w zakresie ochrony zdrowia. Pytanie, jakie stawia autor, dotyczy założeń systemowych, jakie sformułował za pośrednictwem kształtu przepisów prawa ustawodawca i ich korelacji z udziałem samorządów w realizacji zadania ochrony zdrowia.

Pytanie o zakres finansowania opieki zdrowotnej przez JST

Przyczynkiem do przeprowadzonego badania była obserwacja, zgodnie z którą normy prawne zawarte w u.ś.o.z.f.ś.p.[25], wśród zadań samorządu

[23] Zob.: art. 9 ustawy o świadczeniach…

[24] Zob. szerzej: D. Cyman, *Zasady budżetowe* [w:] A Drwiłło (red.), *Podstawy finansów i prawa finansowego*, Warszawa 2018, s. 417-418; P. Pest, Zasada jawności [w:] P. Pest, *Zasady budżetowe a współczesność.* Warszawa 2025; J. Glumińska-Pawlic, *Specyficzne zasady rachunkowości, sprawozdawczości, nadzoru, kontroli oraz odpowiedzialności w sektorze finansów publicznych, w aspekcie charakterystyki gospodarki finansowej jednostek sektora finansów publicznych* [w:] E. Ruśkowski (red.), *System prawa finansowego*, t. II, *Prawo finansowe sektora finansów publicznych*, Warszawa 2010, s. 433-455.

[25] Zob.: art. 7-9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej…

terytorialnego nie wyrażają wprost konieczności finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Z wyjątkiem finansowania tzw. programów zdrowotnych, co i tak, co warto podkreślić – jest uprawnieniem, a nie obowiązkiem[26]. Wprost natomiast, zadanie to zarezerwowane zostało dla podmiotu, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, co wynika z przepisów tej samej ustawy[27]. Jest to o tyle warte podkreślenia, że w przypadku jednostek samorządu terytorialnego, które mogą być podmiotami tworzącymi SPZOZ-y, w przepisach szczególnych odnaleźć można normy prawne skutkujące ponoszeniem w niektórych sytuacjach nakładów finansowych lub odpowiedzialności finansowej za działalność SPZOZ-ów właśnie przez JST. Precyzyjniej, przepisy przewidują możliwość ponoszenia nakładów lub odpowiedzialności finansowej, a nie regulują obligatoryjności w tym zakresie[28].

Polski system ochrony zdrowia opiera się, jak już wskazano, na finansowaniu z danin publicznych – gromadzonych przez NFZ. Ten też podmiot odpowiedzialny jest na mocy przepisów wprost za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej[29]. Jest to przykład zorganizowania wykonania zadania publicznego w sektorze finansów publicznych na wzór działania państwowego funduszu celowego. NFZ formalnie funduszem tym nie jest, jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, przy czym sposób jego finansowania i powiązanie środków, które go finansują z konkretnym realizowanym zadaniem publicznym, jest bardzo charakterystyczny właśnie dla działania funduszy celowych. Jednostki samorządu terytorialnego nie znajdują się więc wewnątrz wskazanego systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Analogicznie, jak brak jest *expressis verbis* wyrażonych w kierunku samorządu zadań związanych z zapewnieniem realizacji świadczeń i organizacji tej sfery działania państwa, tak podobnie brak jest zadania polegającego na ich finansowaniu. W tym zakresie występują niejako dwa wyjątki, z czego

[26] Zob.: art. 48 i n. ibidem.

[27] Zob.: art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach…

[28] Zob.: np. art. 59 czy też art. 61 ustawy o działalności…

[29] Zob.: art. 97 i 117 ibidem.

jeden można rzeczywiście nazwać wyjątkiem, a drugi jest bardziej pewną niekonsekwencją systemową, którą *notabene* w doktrynie już komentowano i zachęcano do zmian w prawie[30].

Wyjątkiem tym, są przepisy art. 9a i 9b u.ś.o.z.f.ś.p., zgodnie z którymi JST ma możliwość zawarcia umowy o świadczenie opieki zdrowotnej i jej sfinansowania. Warto jednak ponownie podkreślić, że w ustawie pada słowo „może", co wskazuje na fakultatywność tego działania[31]. Zostało to już omówione szerzej w poprzednim punkcie niniejszego artykułu. W skrócie warto więc podkreślić, iż na mocy tych przepisów jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać działania centralne w zakresie organizacji ochrony zdrowia – trudno jednak wymagać na tej podstawie nieograniczonego ponoszenia nakładów pracy i finansowych przez JST.

Drugi wyjątek, to przepisy art. 59 oraz 61 u.d.l.[32] Pierwszy z nich wprowadza możliwość (po raz kolejny: jedynie możliwość) pokrycia straty netto SPZOZ-u. Nie jest to jednak *expressis verbis* zadanie dotyczące finansowania działalności tych podmiotów. Gdy przepis nakazywał pokrycie straty netto podmiotom tworzącym (np. jednostkom samorządu terytorialnego), to został poddany ocenie Trybunału Konstytucyjnego i orzeczono jego niezgodność z ustawą zasadniczą[33]. Treść art. 61 tej ustawy jest nie mniej ciekawa, bowiem nakazuje ona podmiotom tworzącym przejęcie zobowiązań SPZOZ-u w razie ich likwidacji. Nie jest to jednak w żadnym znaczeniu zadanie polegające na finansowaniu ochrony zdrowia, bowiem likwidacja podmiotu jest zdarzeniem prawnym o charakterze technicznym i obowiązek przejęcia zobowiązań wiąże się zasadniczo z odpowiedzialnością za funkcjonowanie podmiotu, a nie finansowanie jego zadań.

Nie sposób nie wspomnieć w tym miejscu o ustawie o zdrowiu publicznym[34]. Na jej podstawie jako *lex specialis* pojawiły się regulacje nakładające

[30] J. Ciechorski, P. Szecówka, *Amendment to Article 59 of the Medical Activity Act – Some Remarks on the Financial Responsibility of Local Government Units for the Net Loss of Independent Public Healthcare Institutions.* (npubl. artykuł złożony do druku w czasopiśmie „Studia Iuridica")

[31] Zob.: art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach…

[32] Zob. art. 59 i 61 ustawy o działalności…

[33] Zob. szerzej: Wyrok TK z 20.11.2019 r., sygn. akt. K 4/17; J. Ciechorski, P. Szecówka, ***Amendment to Article 59***…; Z. Gromek, *Glosa do wyroku TK z dnia 20 listopada 2019 r., K 4/17*, „Przegląd Sejmowy" 2021, nr 2 (163), s. 267-280.

[34] Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.).

na samorządy konieczność finansowania działań wynikających z tejże ustawy[35]. Co warte jednak podkreślenia, nie są to działania związane bezpośrednio z działalnością leczniczą. Najistotniejsze w tym kontekście jest jedno ze sformułowań użytych w doktrynie w kontekście tej akurat regulacji: „Ustawowe rozszerzenie katalogu zadań j.s.t. z zakresu ochrony zdrowia nawet o zadania fakultatywne daje podstawy do obarczania samorządu przez organy władzy centralnej winą za nieprawidłowości wynikające z błędnie ukształtowanego systemu organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych i przerzucania na organy j.s.t. odpowiedzialności politycznej w tym zakresie"[36]. Taka sytuacja wydaje się niedopuszczalna szczególnie w kontekście znacznych wątpliwości w zakresie finansowania fakultatywnych zadań zleconych przez Skarb Państwa[37].

Kontynuując analizę, należy raz jeszcze podkreślić pewne założenie systemowe. Polski system ochrony zdrowia finansowany jest przede wszystkim ze środków gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w formie składek opłacanych przez społeczeństwo na warunkach określonych w ustawie. JST nie mają więc organizacyjnie nic wspólnego ze źródłem finansowania ochrony zdrowia, czyli składkami zdrowotnymi. Oczywiście należy w tym miejscu pamiętać o innych źródłach finansowania ochrony zdrowia w Polsce, w tym z innych środków pochodzących z budżetów. Pytanie jednak, czy nie mają one niejako charakteru uzupełniającego, skoro ze składek pochodzi ponad 60% wszystkich środków finansujących funkcjonowanie system ochrony zdrowia[38]. Warto przypomnieć, że jednym z założeń reformy z lat 1999-2004 było odejście od finansowania budżetowego i przejście do finansowania ubezpieczeniowego właśnie[39].

---

[35] Art. 13 ibidem.

[36] P. Lenio, *Rodzaje wydatków na finansowanie ochrony zdrowia z budżetu jednostek samorządu terytorialnego oraz budżetu państwa* [w:] P. Lenio, *Publicznoprane*… s. 399

[37] Zob. np.: ibidem, s. 396-399 oraz T. Sroka, *Wybrane problemy dotyczące finansowania przez władzę publiczne świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w świetle Konstytucji.* „Państwo i Prawo" 2021, nr 11, s. 76-91 i cyt. tam orzecznictwo i literatura.

[38] Tambor M., *Ile i z jakich źródeł*…; *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018-2020*, Główny Urząd Statystyczny 2021 https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2018-2020,27,1.html [dostęp: 30.07.2025 r.]; *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2021-2023*…

[39] W zasadzie modelu mieszanego z zasadniczym udziałem ubezpieczeniowego. Zob. np.: A. Zemke-Górecka, *Od budżetowego do ubezpieczeniowego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce.* „Prace

Wszelkie więc przepisy znajdujące się w polskim systemie prawnym, wprowadzające zależność finansową między podmiotami tworzącymi SPZOZ-y, a nimi samymi – wydają się przepisami, które dają możliwość wsparcia systemu w sytuacjach, w których środków z ich „naturalnego" źródła brakuje. Można więc zaryzykować stwierdzenie, że takie regulacje wprowadzają pewnego rodzaju niejasności i nieporządek w prawie finansów publicznych, w którym tak bardzo podkreśla się wagę zasady legalizmu, jako punktu wyjścia to przydziału zadań poszczególnym jednostkom sektora finansów publicznych, co podkreślono już w poprzednim punkcie niniejszego artykułu.

Również z punktu widzenia prawa samorządu terytorialnego – decentralizacja finansów publicznych ma swoje rudymenty, wśród których przede wszystkim zauważyć należy konieczność wyraźnego podziału środków między podmioty państwowe i samorządowe z jednoczesnym wskazaniem źródeł ich pochodzenia. Innymi słowy, określenie przepisami prawa, jaki charakter mają poszczególne zadania, a zatem jak mają być sfinansowane – ma podstawowe znaczenie dla systemu finansów publicznych. W tym celu w pierwszej kolejności absolutnie niezbędnym jest precyzyjne określenie, jakie zadania spoczywają na samorządach w ogóle, w dalszej kolejności określenie ich charakteru (własne czy zlecone) a w wyniku tego rozpoznany będzie mógł być odpowiedni sposób finansowania.

Wątpliwości przenoszenia kolejnych zadań bez wyraźnego ich sfinansowania z poziomu państwowego na samorządowy budzi jeszcze kwestia ogólnej sytuacji finansowej samorządów. Nie ulega bowiem wątpliwości, co znajduje swoje odzwierciedlenie w różnych źródłach, że problem niedofinansowania sfery samorządowej w Polsce faktycznie występuje[40].

Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2010, nr 142, s. 99-114; I. Borkowska, *Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce.* „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów" 2018, nr 165, s. 27-48.

[40] Zob. np.: P. Ruksza, P. Szecówka, *Nowa ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego – ocena niektórych efektów na wybranych przykładach gmin i miast województwa śląskiego* [w:] M. Grzybowski (red.), B. Przywora (red.), *Konstytucyjne determinanty finansów publicznych – perspektywa polska i porównawcza.* Częstochowa 2025, s. 543-559; J. Bartkowski, *Wzmocnienie finansowe gmin, powiatów i województw* [w:] J. Podgórska-Rykała (red.), C. Trutkowski (red.), *Potrzeba zmian w samorządzie terytorialnym.* Warszawa 2023; I. Lipowicz, *Słowo wstępne* [w:] I. Lipowicz (red.), *System Prawa Samorządu Terytorialnego, t. I, Podstawowe pojęcia i podstawy prawne funkcjonowania,* Warszawa 2022.

Można więc zaryzykować stwierdzenie, że kształt systemu, z którego wynika przerzucanie zadań z zakresu ochrony zdrowia i ich finansowania na JST bez wyraźnego uregulowania sposobu przekazania środków na realizację tychże zadań – jest co najmniej wątpliwe. Nieprecyzyjne rozpraszanie zadań i ich finansowania w sytuacji niedofinansowania całego systemu stanowczo wymaga uwagi ustawodawcy.

Nie sposób w tym miejscu nie rozważyć pewnego wątku dotyczącego finansowania, iż czym innym jest finansowanie podmiotu, a finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W tym kontekście należy zauważyć, że nie sposób jednoznacznie rozgraniczyć kosztów ponoszonych przez SPZOZ-y, a co więcej połączyć ich z konkretnymi źródłami przychodów. Wiele jest różnych dróg pozyskiwania środków na działalność SPZOZ-ów i wprowadzenie twardej granicy między tymi środkami z dodatkowym wyznaczonym kierunkiem ich wydatkowania – wydaje się nie być możliwe. A już na pewno takiej konieczności dzisiaj SPZOZ-y nie mają. Po drugie, nie należy zapominać, że zgodnie z art. 55 u.d.l. źródeł finansowania SPZOZ-ów może być co najmniej 7[41]. Oznacza to, że zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami JST może na różne sposoby wspierać działalność SPZOZ-ów, natomiast mają one jako jednostki organizacyjne na własną odpowiedzialność zdobywać potrzebne środki[42].

Pytanie o zakres realnej kontroli JST nad SPZOZem

Nie ulega wątpliwości: JST jako jednostka tworząca ma wiele uprawnień wobec SPZOZ-ów. Należy jednak zauważyć, że skoncentrowane są one na kreacji tego podmiotu (poprzez utworzenie jako takie, powołanie kierownika itp.) i pewnych kompetencjach nadzorczych[43]. Punktem wyjścia do oceny czym jest i jak gospodaruje środkami i mieniem samo-

[41] Zob.: Art. 55 ustawy o działalności…

[42] Zob.: Art. 52 ibidem.

[43] Zob. szerzej: J. Ciechorski, *Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący zakład opieki zdrowotnej* [w:] J. Podgórska-Rykała (red.), M. Borski (red.), *Modele administracji samorządowej w wybranych państwach europejskich*. Sosnowiec 2017, s. 161-184; P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie" 2015, 13(1), s. 55-68.

dzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest, chociażby sama nazwa, która wskazuje, że jest on podmiotem samodzielnym – posiada osobowość prawną, ma możliwość gospodarowania mieniem. Oczywiście nie neguje to obecności pewnych kompetencji władczych, które sytuują JST w pozycji uprzywilejowanej względem SPZOZ-ów. Jednakże, nie jest to hierarchiczna nadrzędność w rozumieniu administracyjnym, która to pozwalałaby na (a optymalnie nakazywałaby) kontrolowanie działań SPZOZ-u.

Odrębne opracowanie należałoby poświęcić kompetencjom kontrolnym JST wobec SPZOZ-ów. Tym bardziej że zagadnienie to związane jest bardzo mocno z kwestią tzw. emanacji państwa, która była obiektem oceny sądów i zainteresowania badaczy. Co warte podkreślenia – brak jest pełnej zgody w doktrynie w zakresie stwierdzenia, czy faktycznie takową emanację SPZOZ jest, czy też nie[44] – co tym bardziej podkreśla niejasności przepisów i brak przejrzystości konstrukcji prawnych w tym zakresie. Prawdą jest, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej posiadają swój własny ustrój organizacyjny i swoją własną charakterystyczną pozycję ustrojową. Posiadają samodzielność, jednocześnie będąc zależne finansowo od działań Narodowego Funduszu Zdrowia (choć nie tylko) oraz funkcjonalnie (również od NFZ, ale i od JST).

Jeżeli więc, finansowanie działań SPZOZ-ów jest obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia, a ochrona zdrowia jest przede wszystkim zadaniem państwowym, a nie samorządowym – to bez wątpienia stwierdzić można, że struktura wykonywania zadania ochrony zdrowia w Polsce jest złożona i dość skomplikowana. Skutkuje to szeregiem dyskusji podejmowanych w doktrynie odnośnie do poszczególnych rozwiązań wprowadzanych przepisami prawa. Jednakże, w kontekście pytań postawionych w kwestiach związanych z przyporządkowaniem zadań oraz ich finansowaniem – wątek kontroli wydaje się niejako mniej istotnym z punktu widzenia dokładnych analiz, albowiem jest on pochodną wcześniejszych rozwiązań legislacyjnych. Rozwiązanie pewnych problemów dotyczących

[44] Zob. szerzej: J. Ciechorski, *Status szpitala publicznego jako emanacji państwa*, „Przegląd Prawa Publicznego" 2022, nr 1, s. 64-86 i cytowane tam źródła; Wyrok TK z 18.12.2002 r., sygn. akt. K 43/01.

poprzednich wątków, nada odpowiedni kształt regulacjom dotyczącym zależności kontrolnych między JST a SPZOZ-ami.

Propozycje rozwiązań

Różne są na pewno możliwe drogi do usprawnienia stanu prawnego opisanegow niniejszym artykule. Autor nie aspiruje do postawienia tezy, że te propozycje, które zostaną zaprezentowane poniżej, pozbawione są wad, jednakże warto wskazać na nie przez wzgląd na niebudzącą wątpliwości konieczność zadbania o odpowiedni standard przepisów prawa, szczególnie w takiej przestrzeni, jaką są finanse publiczne – gdzie podstawą jakichkolwiek działań są takie zasady jak zasada legalizmu, jawności, przejrzystości czy jasności. Szczególnie również w kontekście zadania, jakim jest sama w sobie ochrona zdrowia, która jak się wydaje, nie jest zadaniem o znikomym znaczeniu dla państwa.

Wydaje się, że najbardziej zbieżną z aktualnie obranym kierunkiem rozwiązań legislacyjnych, a zarazem szeroko akceptowalną ideą decentralizacji, jest droga potwierdzenia udziału JST w realizacji zadania ochrony zdrowia. Jeżeli wolą ustawodawcy jest, by samorząd faktycznie brał udział w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce, to należy zadbać o przejrzystość, precyzję i jakość przepisów regulujących tę kwestię. Uporządkowanie przepisów w tym zakresie otwierałoby jednocześnie drogę do ograniczenia głównego problemu w tym obszarze, jakim jest finansowanie ochrony zdrowia. Niezależnie od wybranej przez ustawodawcę drogi – uwypuklenia udziału JST w finansowaniu ochrony zdrowia jako zadania własnego, czy też wskazanie go jako zleconego – wprowadzałoby to jasność sytuacji, w jakiej JST i SPZOZ-y się znajdują. Obciążanie samorządów dodatkowymi, wyrażonymi *expressis verbis* zadaniami wydaje się być rozwiązaniem, które nie spotka się ze zbyt wielką aprobatą. Jednakże, biorąc pod uwagę praktykę, a więc i tak już znaczne środki przekazywane przez JST na realizację zadania ochrony zdrowia – problem należy poddać dyskusji. Wydaje się też, że zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami i założeniami systemowymi, zadanie ochrony zdrowia byłoby dla JST zadaniem zleconym, a zatem sformułowanie takiego zadania wprost

w przepisach prawa niosłoby za sobą konieczność przekazania z poziomu centralnego dodatkowych środków dla samorządów. To z kolei, mogłoby odciążyć je finansowo, a zatem obciążyć koniecznością przekazania dodatkowych środków z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli jednak ustawodawca zdecydowałby się na umieszczenie ochrony zdrowia w katalogu zadań własnych (z jednoczesnym niezbędnym doprecyzowaniem zakresu jego realizacji co wykazano w poprzednich częściach pracy) to w inny sposób ustawodawca musiałby zapewnić samorządom dostęp do dodatkowych środków w celu sprostaniu tak poważnemu zadaniu (w zależności od określonego zakresu), jakim jest ochrona zdrowia. Być może, niezbędna okazałaby się zmiana w strukturze dochodów JST. Jedno wydaje się pewne: aktualnie samorządy ponoszą wydatki na zadanie ewidentnie państwowe, bez posiadania mechanizmów pozyskania na te zadania dodatkowych środków. Taki stan rzeczy rozmywa kompetencje i utrudnia przejrzystość. Zdecydowanie nie ułatwia też i tak trudnej kondycji finansowej polskich samorządów. Podsumowując, odpowiedni dobór metod realizacji tej drogi zmian w prawie – mógłby doprowadzić do zwiększenia środków pozostających w dyspozycji JST, w efekcie poprawy jakości realizacji zadania oraz poprawy ogólnej sytuacji finansowej JST.

Inną z możliwości, wydającą się lepiej korespondować z zasadniczymi założeniami systemowymi niż próba obciążania zadaniem ochrony zdrowia (i jego finansowania) sektora samorządowego, jest skoncentrowanie uprawnień podmiotów tworzących na szczeblu centralnym. Obowiązki te mógłby przejąć albo bezpośrednio Narodowy Fundusz Zdrowia, albo minister właściwy do spraw zdrowia, albo również wojewoda. Tego typu zmiana, byłaby oczywistą zmianą o charakterze centralizacyjnym, cofającym niejako w stosunku do reform z lat 1999-2004. Pytanie jednak, czy z punktu widzenia obywatela-pacjenta, bowiem to on powinien znajdować się w centrum zainteresowania ustawodawcy – zmiana ta nie niosłaby za sobą w jakimś zakresie poprawy jakości świadczeń? Odpowiedź na to pytanie wymagałaby na pewno dokładniejszych badań.

Z perspektywy NFZ, niezbędne byłyby dalece idące zmiany w jego pozycji ustrojowej i nadaniu mu odpowiednich uprawnień. Wychodząc jednak z założenia, że i tak ma on swoją własną niepowtarzalną formę

organizacyjną, a zatem i pozycję ustrojową, to zadanie to nie wydaje się niewykonalne. W przypadku ministra czy wojewody, sprawa wydaje się prostsza, albowiem z art. 6 u.d.l. wprost wynika, że podmiotami tworzącym SPZOZ-y już mogą oni być[45]. Z racji obowiązującego już wyposażenia ich w odpowiednie kompetencje, zmiana ta nie miałaby więc charakteru rewolucyjnego. Ze względu na to, że podmioty te reprezentują sferę działań państwa, a nie samorządową, wyeliminowany mógłby być szereg przepisów, które budzą wątpliwości doktryny, lub też nawet podlegają ocenie Trybunału Konstytucyjnego w aspekcie ich zgodności z ustawą zasadniczą[46]. Oczywiście to rozwiązanie należałoby dokładnie przemyśleć i zbadać jego potencjalne skutki. Jednakże, wizja wprowadzenia uporządkowania i przejrzystości w finansowaniu zadania ochrony zdrowia, zdaje się dość istotną przesłanką do tego, by poddać badaniu ową kwestię. Mniej rozmycia odpowiedzialności to w tym przypadku łatwiejsza kontrola, a zatem znacznie łatwiejsza diagnostyka problemów i patologii – a w efekcie walka z nimi. Finalnie, znacznie lepsza efektywność gospodarowania środkami publicznymi, a więc wyższy poziom zadowolenia ze strony obywateli.

Problem, który widzi w tym kontekście autor, dotyczy mienia, na którym wykonywane byłyby świadczenia, które dzisiaj w praktyce jest własnością samorządów. Należy w tym miejscu dokładnie ocenić, czy przekształcenia byłyby warte tak znacznych zmian i przesunięć również w sferze majątkowej, w celu osiągnięcia celu, jakim miałoby być osiągnięcie odpowiedniej przejrzystości i precyzji prawnej w zakresie wykonywania zadania ochrony zdrowia.

Jeżeli już wskazywane są możliwości zmian systemowych, to zawsze należy również wskazać drogę systemu rezydualnego. System z przewagą ubezpieczeń prywatnych jest stosowany w różnych miejscach świata i z różnym powodzeniem jest odbierany przez obywateli[47]. Po raz kolejny

[45] Zob. art.. 6 ustawy o działalności…

[46] Np. art. 9 z art. 9b ustawy o świadczeniach… czy też art. 59 i 61 ustawy o działalności.

[47] P. Lenio, *Modele ochrony zdrowia i źródła ich finansowania* [w:] P. Lenio, *Publicznoprawne*…, s. 137-139.

na tym etapie badań Autor nie podejmie się zdecydowanego zaakceptowania takiej drogi, jednakże na pewno warto mieć tego typu rozwiązania w pamięci w sytuacji, w której trwają badania nad zmianą systemu, którego odbiór jest w Polsce negatywny.

Podsumowanie

Reasumując, wykazano, iż pozycja JST w procesie organizacji i finansowania zadań ochrony zdrowia w Polsce nie jest jasna. Z jednej strony, pewne regulacje i instrumenty prawne występują, z drugiej jednak brak jest odpowiedniej klarowności i precyzji przepisów mówiących o tej kwestii. Główne zastrzeżenie budzi nie tyle obecność tego zadania w katalogu zadań JST, ile aspekt finansowania tegoż. Jak się bowiem okazuje, samorządy przekazują znaczne środki finansowe do systemu ochrony zdrowia na podstawie – jak wykazano – nie do końca precyzyjnych przepisów.

Stan prawny na dzień przygotowania niniejszego artykułu generuje swoistego rodzaju brak koherencji głównych założeń systemowych ze szczegółowymi regulacjami określającymi różne aspekty funkcjonowania SPZOZ – przede wszystkim aspekt udziału JST w ich finansowaniu. Nie ulega wątpliwości, że na podstawie niektórych regulacji prawnych wskazuje się różne uprawnienia w zakresie zadania ochrony zdrowia po stronie JST. Faktem jest też, że w związku z tymi zadaniami JST ponoszą wydatki, które *notabene* rosną, na co wskazuje literatura przedmiotu[48]. Wydaje się jednak, że taki stan faktyczny i prawny nie jest dobry, zasadny czy też nawet racjonalny z pewnych punktów widzenia, chociażby pewnych założeń systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Z tego przede wszystkim względu należy podjąć głębszą analizę tematu i wypracować nowe rozwiązania, które pozwolą zarówno na osiągnięcie odpowiedniego poziomu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, jak i na odciążenie finansów JST. Mnogość, niejasność i brak precyzji niektórych z przepisów prawa regulujących tę materię budzi wątpliwości i zachęca niejako do

[48] Zob. np.: P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego*…; E. Rabiej, *Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący SPZOZ – analiza wybranych aspektów prawnych i finansowych*. „Optimum. Economic Studies", 2018, 3(93), s. 159-170.

zadawania pytań o poszczególne rozwiązania polskiego systemu ochrony zdrowia. Przepisy należy więc albo zmienić, albo przynajmniej doprecyzować.

Autor zadaje szereg powyższych pytań, albowiem sam zawsze uważa, że przejrzystość przepisów, jawność i legalność działań administracji publicznej zawsze prowadzi do poprawy jakości realizacji zadań publicznych. Co do zasady, ułatwia to bowiem kontrolę i uniknięcie dodatkowych, niepotrzebnych wydatków, jak i zachowań nieetycznych czy wręcz patologicznych, prowadzących do nieefektywnego gospodarowania środkami publicznymi. Autor nie postuluje więc centralizacji, która jest przedmiotem jednej z propozycji rozwiązań, a przejrzystość prawa na podstawie założeń systemowych. Choć nie wykluczone, że dogłębne badania doprowadziłyby do wniosku, że w tym konkretnie zakresie funkcjonowania państwa byłaby ona jednak bardziej względna. Możliwe jednak, że to założenia systemowe trzeba zmienić (doprecyzować). A być może, sam proces precyzowania brzmienia przepisów pozwoli na wyeliminowanie wskazanych problemów.

Wykaz źródeł:

Akty normatywne i urzędowe:

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Ustawa z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.).

Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799 z późn. zm.).

Ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 z późn. zm.).

Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

Ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 107 z późn. zm.).

Ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 581).

Ustawa z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1465 z późn. zm.)

Druk sejmowy nr 562. Uzasadnienie do Rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

Literatura:

Bartkowski J., *Wzmocnienie finansowe gmin, powiatów i województw* [w:] Podgórska-Rykała J. (red.), Trutkowski C. (red.), *Potrzeba zmian w samorządzie terytorialnym*. Warszawa 2023.

Borkowska I., *Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce*. „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów" 2018, nr 165, s. 27-48.

Ciechorski J., *Art. 51* [w:] Ciechorski J., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, LEX/el. 2024.

Ciechorski J., *Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący zakład opieki zdrowotnej*, [w:] Podgórska-Rykała J. (red.), Borski M. (red.), *Modele administracji samorządowej w wybranych państwach europejskich*, Sosnowiec 2017, s. 161-184.

Ciechorski J., *Status szpitala publicznego jako emanacji państwa*, „Przegląd Prawa Publicznego" 2022, nr 1, s. 64-86.

Ciechorski J., Szecówka P., *Amendment to Article 59 of the Medical Activity Act – Some Remarks on the Financial Responsibility of Local Government Units for the Net Loss of Independent Public Healthcare Institutions.* (npubl. artykuł złożony do druku w czasopiśmie „Studia Iuridica").

Cyman D., *Zasady budżetowe* [w:] Drwiłło A. (red.), *Podstawy finansów i prawa finansowego*. Warszawa 2018.

Dyląg A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,* „Monitor Prawniczy" 2011/17.

Glumińska-Pawlic J., *Specyficzne zasady rachunkowości, sprawozdawczości, nadzoru, kontroli oraz odpowiedzialności w sektorze finansów publicznych, w aspekcie charakterystyki gospodarki finansowej jednostek sektora finansów publicznych* [w:] Ruśkowski E. (red.), *System prawa finansowego, t. II, Prawo finansowe sektora finansów publicznych*. Warszawa 2010.

Gromek Z., *Glosa do wyroku TK z dnia 20 listopada 2019 r., K 4/17*, „Przegląd Sejmowy", 2021, nr 2 (163), s. 267-280.

Lenio P., *Modele ochrony zdrowia i źródła ich finansowania* [w:] Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia.* Warszawa 2018.

Lenio P., *Podmioty polskiego systemu ochrony zdrowia* [w:] Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia.* Warszawa 2018.

Lenio P., *Rodzaje wydatków na finansowanie ochrony zdrowia z budżetu jednostek samorządu terytorialnego oraz budżetu państwa* [w:] Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia.* Warszawa 2018.

Lipowicz I., *Słowo wstępne* [w:] I. Lipowicz (red.), *System Prawa Samorządu Terytorialnego, t. I, Podstawowe pojęcia i podstawy prawne funkcjonowania.* Warszawa 2022.

Pest P., *Zasada jawności* [w:] Pest P., *Zasady budżetowe a współczesność.* Warszawa 2025.

Pietraszewska-Macheta A., Świerczek L., *Art. 132* [w:] Pietraszewska-Macheta A. (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. IV*, Warszawa 2023.

Rabiej E., *Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący SPZOZ – analiza wybranych aspektów prawnych i finansowych*, „Optimum. Economic Studies", 2018, 3(93), s. 159-170.

Ruksza P., Szecówka P., *Nowa ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego – ocena niektórych efektów na wybranych przykładach gmin i miast województwa śląskiego* [w:] M. Grzybowski (red.), B. Przywora (red.), *Konstytucyjne determinanty finansów publicznych – perspektywa polska i porównawcza.* Częstochowa 2025.

Salachna J. M., *Konstytucyjne uwarunkowania samodzielności finansowej samorządu terytorialnego w aspekcie decyzyjnym (zarządczym)* [w:] Lewkowicz P. J. (red.), Stankiewicz J. (red.), *Konstytucyjne uwarunkowania tworzenia i stosowania prawa finansowego i podatkowego.* Białystok 2010.

Szetela P., *Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie", 2015, 13(1), s. 55-68.

Urban K., *Art. 9a* [w:] Pietraszewska-Macheta A. (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. IV*. Warszawa 2023.

Zemke-Górecka A., *Od budżetowego do ubezpieczeniowego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce*. „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2010, nr 142, s. 99-114.

Zubik M., Sokolewicz W., *Art. 7* [w:] Garlicki L. (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom I, wyd. II*, Warszawa 2016.

Orzecznictwo:

Wyrok TK z 18.12.2002 r., sygn.. akt. K 43/01.

Wyrok TK z 20.11.2019 r., sygn. akt. K 4/17.

Netografia:

Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia, 2024 r. (https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/2024/08/14/monitor-finansowania-ochrony-zdrowia/#_ftn1)

Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2021-2023, Główny Urząd Statystyczny 2024, (https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2021-2023,27,4.html)

Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018-2020, Główny Urząd Statystyczny 2021 https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2018-2020,27,1.html

Omyła-Rudzka M., *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań CBOS*, 2023 r. (https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=6678)

Polak M., *Niemal 100 proc. więcej pacjentów „pilnych" w kolejkach do specjalistów. Zadłużenie szpitali 23,8 mld zł. Jest raport*, 2025 r. (https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Niemal-100-proc-wiecej-pacjentow-pilnych-w-kolejkach-do-specjalistow-Zadluzenie-szpitali-23-8-mld-zl-Jest-raport,269005,1.html)

Tambor M., *Ile i z jakich źródeł wydajemy na zdrowie w Polsce?* (https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/ile-i-z-jakich-zrodel-wydajemy-na-zdrowie-w-polsce/)

Summary

Local Government Units as Creating Entities of SPZOZ's – A Few Remarks from the Public Finance Perspective

The article addresses the issue of whether it is justified to maintain the status of local government units (LGUs) as entities establishing independent public healthcare institutions (SPZOZ). The author, through an analysis of the applicable legal regulations, points to the lack of clear legal grounds for assigning LGUs the task of organizing and financing healthcare services-placing particular emphasis on the financing aspect. The healthcare system in Poland is based on funding from the National Health Fund, which calls into question the appropriateness of holding LGUs responsible for SPZOZs. The article also discusses the consequences of the current legal framework, including financial opacity and unclear division of competences, which may lead to systemic inconsistencies. Alternative solutions are proposed, such as transferring the function of establishing SPZOZs to government administration bodies or clarifying the regulations in an unambiguous manner - with emphasis on the latter. The author argues that regardless of the reform path chosen, it is essential to uphold the principle of legality and to increase transparency in the financing of the healthcare system.

Key words: local government, SPZOZ, healthcare financing, National Health Fund, public tasks

Jan Ciechorski
Doktor Nauk Prawnych
Uniwersytet Jana Długosza w częstochowie
ORCID: 0000-0001-6659-6212

Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego w sprawach o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w trybie wnioskowym (art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)

DOI: 10.70537/ppm/213888

Streszczenie

Opracowanie zawiera przegląd najistotniejszych orzeczeń Sądu Najwyższego dotyczących przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego w tzw. trybie wnioskowym wraz z ich omówieniem. Szczególnie ważna jest eksponowana przez Sąd Najwyższy funkcja gwarancyjna jaką pełnią te przepisy w stosunku do autonomii osoby chorej psychicznie. W przeglądzie omówiono zakres podmiotowy przyjęcia bez zgody w trybie wnioskowym, a także wszystkie podmioty (organy) uprawnione do złożenia wniosku o przymusową hospitalizację. Niemniej ważne jest stanowisko Sądu Najwyższego dotyczące innych niż choroba psychiczna przesłanek umożliwiających orzeczenie o hospitalizacji bez zgody (autor proponuje określenie ich jako przesłanki behawioralne przyjęcia). Wspomniano również o projekcie rządowym zmian przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, które w omawianym zakresie – zdaniem autora – zdecydowanie osłabiają ich funkcję gwarancyjną.

Słowa kluczowe: przyjęcie bez zgody, wnioskodawca, przesłanki przyjęcia, funkcja gwarancyjna przepisów, orzeczenie lekarza psychiatry

Przegląd Prawa Medycznego, nr 4/2025 (21)

Wprowadzenie

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[1] umożliwia w licznych przypadkach postępowanie wbrew woli osoby z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności jej przepisy dopuszczają w określonych sytuacjach: przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (art. 23-24), zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby przyjętej, a także przeprowadzenie leczenia bez jej zgody. Niniejszy tekst stanowi próbę zestawienia i uporządkowania poglądów wyrażanych w orzecznictwie Sądu Najwyższego dotyczących przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 29 ust. 1 u.o.z.p.

Obowiązek restryktywnego stosowania przepisów o przyjęciu bez zgody w trybie wnioskowym

Każde przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego stanowią głęboką ingerencję w podstawowe prawa człowieka chronione zarówno na poziomie konstytucyjnym, jak i konwencyjnym. Tak też przyjmuje się w orzecznictwie np. w postanowieniu z dnia 2 lipca 2024 r.[2] Sąd Najwyższy wskazał, że „Przepisy dotyczące o obowiązku przyjęcia mimo braku zgody zainteresowanego do szpitala psychiatrycznego mają charakter wyjątkowy i wiążą się z koniecznością ustalenia przez sąd, czy zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające ograniczenie wolności jednostki. Każdorazowo rozstrzygnięcie skutkujące ograniczeniem wolności osobistej i swobody decydowania o własnym zdrowiu muszą być uzasadnione (powinny zostać w każdym przypadku spełnione przesłanki uzasadniające ograniczenie) i być stosowane przez sąd z uwzględnieniem testu proporcjonalności." Z kolei w postanowieniu z dnia 11 lipca 2023 r.[3] podkreślono, że „Umieszczenie osoby w szpitalu psychiatrycznym, bez jej zgody, stanowi istotną ingerencję w konstytucyjnie zagwarantowaną wolność osobistą człowieka (art. 41 ust. 1 Konstytucji RP; por. też art. 5 ust. 1 lit. e

[1] Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 917, zwana dalej ustawą lub u.o.z.p.

[2] II CSKP 2220/22, LEX nr 3732330.

[3] II CSKP 206/23, LEX nr 2529541.

Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z dnia 4 listopada 1950 r., Dz. U. 1993 r., Nr 61, poz. 284, który gwarantuje prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, zaś pozbawienie wolności może nastąpić w trybie ustalonym przez prawo, które, jak podkreśla w swych orzeczeniach Europejski Trybunał Praw Człowieka, musi być przewidywalne) i dlatego orzeczenie o umieszczeniu osoby chorej w szpitalu bez jej zgody musi nie tylko cechować aktualność – jak chodzi o stan zdrowia psychicznego uzasadniający przymusowe przebywanie takiej osoby w szpitalu – ale także wnikliwość postępowania dowodowego oraz w zakresie oceny zastosowania prawa materialnego." Natomiast w postanowieniu z dnia 7 marca 2018 r.[4] Sąd Najwyższy sformułował ogólne stanowisko dotyczące wykładni i stosowania przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących działań przymusowych. I tak wskazano, iż „Stosowanie przepisów ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego wymaga ze względu na konsekwencje wydawanych na jej podstawie orzeczeń ścisłej, wręcz restryktywnej wykładni i bezwzględnego przestrzegania wymogu, aby wydane orzeczenie było celowe z punktu widzenia dobra i interesu osoby, której dotyczy"[5]. Cytowane wyżej orzeczenia Sądu Najwyższego tworzą konsekwentną linię orzeczniczą wskazującą na konieczność restryktywnej wykładni, a w konsekwencji stosowania przepisów dopuszczających umieszczenie osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznej na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego. Takie stanowisko judykatury należy w pełni zaakceptować, bowiem znajduje ono oparcie w przepisach Konstytucji i konwencyjnych. Nie może ulegać żadnej wątpliwości, iż przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym stanowi bardzo radykalną ingerencję w podstawowe prawa człowieka. Trafnie Sąd Najwyższy w powołanych postanowieniach odnosi się do prawa do wolności oraz bezpieczeństwa osobistego. Jednakże należy wskazać również na prawo do prywatności chronione na poziomie konstytucyjnym (art. 47 Konstytucji). Prawo to zawiera w sobie kompetencję

[4] V CSK 618/17, LEX nr 2558289.

[5] Podobnie orzekł Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 575/11, OSNC-ZD 2013/4/68.

do stanowienia przez jednostkę o swoim życiu (czasem określane jest ono również jako prawo do pozostawienia w spokoju). Ta autonomia jednostki obejmuje również decydowanie o podejmowaniu leczenia, czy też rezygnacji ze świadczeń zdrowotnych w ogóle lub w określonym zakresie. Z autonomii tej w żadnym razie nie są wyłączone decyzje w sprawie uzyskiwania świadczeń zdrowotnych dotyczących opieki psychiatrycznej. Na poziomie ustawowym świadczy o tym konieczność uzyskania zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (art. 22 ust. 1 u.o.z.p.). Samo wystąpienie choroby psychicznej – czy szerzej zaburzenia psychicznego – u danej osoby absolutnie nie uzasadnia przymusowej hospitalizacji, konieczne jest wystąpienie dodatkowego czynnika, który można najogólniej określić jako stwarzanie zagrożenia dla życia lub zdrowia własnego lub innych osób[6]. Rację ma Sąd Najwyższy, wskazując na obowiązek restryktywnej wykładni przepisów ustawy zezwalających na ingerencję w podstawowe prawa jednostki. Przymusową hospitalizację należy zatem traktować jako *ultimo ratio*, z którego dopuszczalne jest korzystanie dopiero wówczas, gdy inne – mniej drastyczne – środki okazują się niewystarczające[7].

W zakresie podmiotowym przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym można wyróżnić dwie grupy podmiotów:

1. osoby, których dotyczy to przyjęcie oraz
2. osoby, uprawnione do złożenia wniosku o wydanie przez sąd orzeczenia o przyjęciu danej osoby w tym trybie.

Zakres podmiotowy przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym

Zakres podmiotowy przyjęcia w trybie wnioskowym został precyzyjnie określony w art. 29 ust. 1 u.o.z.p., przepis ten ogranicza ten tryb przyjęcia wyłącznie do osób chorych psychicznie. Jak trafnie stwierdził Sąd Naj-

[6] O czynniku tym określonym w art. 29 ust. 1 u.o.z.p. w dalszej części niniejszego opracowania.

[7] Przymusowa hospitalizacja powinna być traktowana jako środek ostateczny wobec leczenia ambulatoryjnego i dobrowolnego leczenia szpitalnego.

wyższy w postanowieniu z dnia 14 stycznia 2025 r.[8] „Podstawy przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego zostały ujęte bardzo wąsko i rygorystycznie. Orzekając o przyjęciu danej osoby do szpitala bez jej zgody, sąd musi ustalić, że jest to osoba chora psychicznie. Dopiero ustalenie istnienia choroby psychicznej pozwala na badanie kolejnych przesłanek zastosowania art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p. […].” Co prawda Sąd Najwyższy w cytowanym orzeczeniu odniósł się jedynie do art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p. jako podstawy przyjęcia w tym trybie, jednakże nie może budzić żadnej wątpliwości, iż obowiązek stwierdzenia choroby psychicznej dotyczy również przesłanki określonej w ust. 1 pkt 2 tego artykułu. W konsekwencji przyjęcie bez zgody w trybie wnioskowym dotyczy wyłącznie osób chorych psychicznie, czyli wykazujących zaburzenia psychotyczne (art. 3 pkt 1 lit a u.o.z.p.), zatem niedopuszczalne będzie orzeczenie takiego przyjęcia wobec innych osób z zaburzeniami psychicznymi, czyli osoby upośledzonej umysłowo (z niepełnosprawnością intelektualną) oraz wykazującą inne zakłócenia czynności psychicznych[9]. Przepis ograniczający dopuszczalność przyjęcia w trybie wnioskowym pełni funkcję gwarancyjną.

Trafnie podnosi się w orzecznictwie sekwencyjność ustaleń sądu orzekającego w sprawie przyjęcia osoby do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym. W postanowieniu z dnia 14 stycznia 2025 r.[10] Sąd Najwyższy podkreśla, że „Orzekając o przyjęciu danej osoby do szpitala bez jej zgody, sąd musi ustalić, że jest to osoba chora psychicznie. Dopiero

[8] II CSKP 953/24, LEX nr 3817764.

[9] Zgodnie z definicją zakresową osoby z zaburzeniami psychicznymi jest osoba:

1) chora psychicznie (z zaburzeniami psychotycznymi);

2) upośledzona umysłowo;

3) wykazująca inne zakłócenia czynności, które zgodnie z ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

[10] II CSKP 953/23, LEX nr 3817764

ustalenie choroby psychicznej pozwala na badanie kolejnych przesłanek stosowania art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p. […]". Co prawda Sąd Najwyższy odniósł się do przesłanki z art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p., jednakże nie ma najmniejszych podstaw, aby tego twierdzenia nie odnieść również do drugiej przesłanki określonej w art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy. Stanowisko prezentowane w cytowanym postanowieniu wydaje się całkowicie zasadne, bowiem nieustalenie przez sąd opiekuńczy istnienia choroby psychicznej u osoby, której to postępowanie dotyczy, powoduje całkowitą bezprzedmiotowość ustalania pozostałych przesłanek przyjęcia określonych w art. 29 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.z.p.

W rządowym projekcie z dnia 3 października 2025 r. zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw[11] proponuje się zmianę w zakresie podmiotowym przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym. Projektodawcy w miejsce określenia „osoba chora psychicznie" proponują określenie „osoba z zaburzeniami psychicznymi", uzasadniając tę zmianę archaicznością tego zwrotu oraz stygmatyzującym jego odbiorem. Oczywiście z taką argumentacją należałoby się zgodzić, gdyby użyta w projekcie terminologia nie rozszerzała w drastyczny sposób zakresu osób, które mogą zostać przyjęte w trybie wnioskowym do szpitala psychiatrycznego. Jeżeliby projektodawcom rzeczywiście chodziło tylko o wyrugowanie archaicznej terminologii i destygmatyzację, wystarczyło użyć określenia osoba z zaburzeniami psychotycznymi. Posłużenie się bardzo szeroką formułą „osoba z zaburzeniami psychicznymi" wprost wskazuje, iż celem projektowanej zmiany jest zdecydowane rozszerzenie dopuszczalności umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym w trybie wnioskowym. Uważam, że projektowana formuła zakresu podmiotowego przyjęcia bez zgody w trybie wnioskowym spowoduje utratę przez przepisy art. 29 ust. 1 u.o.z.p. ich funkcji gwarancyjnej.

[11] Projekt nr UD274. Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw – Kancelaria Prezesa Rady Ministrów – Portal Gov.pl

Podmioty uprawnione do złożenia wniosku o przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego

Ustawodawca bardzo dokładnie sprecyzował w art. 29 ust. 2 u.o.z.p., kto jest uprawniony do złożenia wniosku o wydanie postanowienia w sprawie przymusowego przyjęcia do szpitala, osobami tymi są:

1. małżonek;
2. krewny w linii prostej;
3. rodzeństwo;
4. przedstawiciel ustawowy osoby, która miałaby zostać przyjęta;
5. osoba sprawująca faktyczną opiekę nad osobą, która miałaby zostać przyjęta.

Dodatkowo organem uprawnionym do złożenia wniosku jest również organ do spraw pomocy społecznej, jeżeli osoba, której wniosek dotyczy, objęta jest oparciem społecznym (art. 29 ust. 3 ustawy). W orzecznictwie słusznie przyjmuje się, że objęciu oparciem społecznym oznacza „każdy sposób udzielenia oparcia społecznego legitymuje organ udzielający tego oparcia do zgłoszenia wniosku o przyjęcie osoby nim objętej do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 u.o.z.p."[12] Natomiast w postanowieniu z dnia 5 lutego 2016 r.[13] Sąd Najwyższy przyjął, że uprawnienie to przysługuje również organowi pomocy społecznej, który podejmował działania w celu udzielenia oparcia społecznego, jednakże osoba, której te działania dotyczą, odmawia z przyczyn chorobo-

[12] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2012 r., II CSK 678/11, LEX nr 1215054.

[13] IV CSK 710/15, LEX nr 1994284. W uzasadnieniu powołanego stanowiska Sąd Najwyższy wskazał, że sytuacja, w której organ pomocy społecznej podejmuje działa zmierzające do objęcia osoby chorej psychicznie oparciem społecznym, która z przyczyn chorobowych odmawia przyjęcia tych świadczeń, powinna być kwalifikowana jako objęcie oparciem społecznym tej osoby. Sąd Najwyższy wprost stwierdził, że „Odmowa przyjęcia pomocy społecznej, gdy istnieją obiektywne przesłanki do jej udzielenia z uwagi na dobro osoby chorej, nie może być utożsamiana z nieobjęciem tej osoby oparciem społecznym. Osoba psychicznie chora jest objęta oparciem społecznym w rozumieniu art. 29 ust. 3 u.o.z.p. także wtedy, gdy organ pomocy społecznej podejmuje konkretne działania zmierzające do udzielenia tego oparcia, a osoba chora psychicznie odmawia jego przyjęcia z przyczyn wywołanych chorobą."

wych tego oparcia[14]. Niewątpliwie rację ma Sąd Najwyższy, podnosząc, że przesłankę określoną w art. 29 ust. 3 u.o.z.p. spełnia każde świadczenie z tego zakresu. Ustawa bowiem w żaden sposób nie wprowadziła ograniczeń dotyczących świadczeń oparcia społecznego kwalifikowanych jako uprawniające do złożenia wniosku o wydanie orzeczenia o przyjęciu bez zgody do szpitala psychiatrycznego. Jednakże wątpliwości może budzić utożsamienie usiłowania objęcia oparciem społecznym z samym objęciem tym oparciem.

Powyższy katalog jest uzupełniony w orzecznictwie przez wskazanie również prokuratora jako uprawnionego do złożenia wniosku o przymusowe przyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego. W postanowieniu z dnia 5 września 2008 r.[15] Sąd Najwyższy stwierdził: „Sprawy unormowane przepisami ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego są sprawami z zakresu prawa osobowego, a nie zakresu prawa rodzinnego. Należy więc przyjąć, że nie ma przeszkód do przyjęcia, iż prokurator może żądać wszczęcia postępowania w takiej sprawie (art. 7 k.p.c.). Należy jednak zastrzec, że złożenie przez prokuratora wniosku, o którym mowa, powinno w zasadzie nastąpić po stwierdzeniu, że nie ma innych osób uprawnionych do jego zgłoszenia (art. 29 ust. 2 i 3 ustawy z 1994 r.) albo że osoby uprawnione od tego się uchylają, są nieporadne, upośledzone umysłowo lub z innych przyczyn nie można uzyskać ich stanowiska w sprawie złożenia wniosku (§ 276 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 27 sierpnia 2008 r. – Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury, Dz. U. Nr 169, poz. 1189 ze zm.)." W cytowanym orzeczeniu tym samym Sąd Najwyższy uznał, że co prawda prokurator jest uprawnionym wnioskodawcą w powyższym zakresie, jednakże jest to uprawnienie *ultima situ*. Od tego stanowiska Sąd Najwyższy odstąpił w postanowieniu z dnia 2 lipca 2024 r.,[16] w którym stwierdził, że „Wniosek o przyjęcie do szpitala

[14] Podobnie orzekł Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 10 lipca 2020 r., V CSK 168/20, LEX nr 3276133.

[15] III CSK 178/08, OSNC 2009/9/129.

[16] II CSKP 101/24, LEX nr 3731345.

psychiatrycznego może być złożony również przez prokuratora. Z tym że nie jest trafne stanowisko, że złożenie wniosku przez prokuratora powinno w zasadzie nastąpić już po stwierdzeniu, iż nie ma innych osób uprawnionych do jego zgłoszenia (…). Uprawnienie prokuratora do złożenia takiego wniosku wynika z art. 7 k.p.c. i nie jest uzależnione od działania lub zaniechania innych osób lub organów. Ingerencja prokuratora winna następować jedynie w wyjątkowych sytuacjach." Wydaje się, że cytowane orzeczenia Sądu Najwyższego nie są ze sobą całkowicie sprzeczne, bowiem za sytuację wyjątkową należy uznawać brak wniosku uprawnionych osób w przypadku ziszczenia się wszystkich przesłanek przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym[17].

Przesłanki behawioralne przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym

Jak już wcześniej wskazano, samo występowanie choroby psychicznej nie jest wystarczające do przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, ustawodawca w przepisach art. 29 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.z.p. wprowadził konieczne przesłanki takiego przyjęcia.

Analizując przesłanki behawioralne przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym, Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 23 listopada 2023 r.[18] słusznie zwrócił uwagę na rozłączność tych przesłanek. W powołanym orzeczeniu podniesiono, że „art. 29 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w ust. 1 zawiera dwie odrębne przesłanki, których istnienie decyduje o umieszczeniu osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym, bez jej zgody, przy czym, by Sąd podjął decyzję o przymusowej hospitalizacji osoby, której dotyczy ta regulacja, wystarczy zaistnienie przynajmniej jednej z tych przesłanek – w formule objętej punktem 1, bądź punktem 2 wskazanego przepisu. Spójnik

[17] Notabene rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 27 sierpnia 2008 r. – Regulamin wewnętrznego powszechnych jednostek organizacyjnych przestał obowiązywać, a aktualny Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury z 7 kwietnia 2016 r., tekst jedn. Dz. U. z 2025 r., poz. 753 ze zm., w § 353 ust. 2 wprowadza swobodę oceny prokuratora zaistnienia w danym przypadku przesłanek z art. 7 k.p.c.

[18] II CSKP 236/23, LEX nr 3632534.

«bądź» użyty w tym przepisie pomiędzy wyliczeniem wskazuje na równorzędność elementów i możliwość wyboru/zaistnienia jednego z nich (dysjunkcja zachodzi jedno z nich). Punkt 1 obejmuje sytuację, w której dotychczasowe zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia psychicznego, zaś punkt 2 – sytuację, gdy osoba chora psychicznie jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia". Oczywiście zasadne jest potraktowanie przez Sąd Najwyższy przesłanek zawartych w art. 29 ust. 1 ustawy jako dysjunktywnych, bowiem w określonym stanie faktycznym zachodzić może wyłącznie jedna ze wskazanych przyczyn przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym.

Pierwszą ze wskazanych przesłanek jest zachowanie osoby, której przyjęcie ma dotyczyć wskazujące, że nieprzyjęcie do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia (art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p.). Drugą stanowi niezdolność osoby, której przyjęcie ma dotyczyć, do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia (art. 29 ust. 1 pkt 2). Wskazuje na to zarówno użyty przez ustawodawcę spójnik alternatywy rozłącznej „bądź", jak i porównanie celu omawianych przesłanek: w pierwszym przypadku jest nim zapobieżenie znacznemu pogorszeniu się stanu zdrowia osoby przyjmowanej w tym trybie, w drugim zaś przewidywanie poprawy stanu zdrowia psychicznego osoby niezdolnej do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Inaczej rzecz ujmując, można stwierdzić, że w przypadku występowania pierwszej z wymienionych przesłanek przyjęcie to ma charakter prewencyjny, ma zapobiec znacznemu pogorszeniu się stanu zdrowia), w drugim przypadku, celem tego przyjęcia jest przywrócenie (restytucja) zdolności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych przez osobę poddaną hospitalizacji[19].

[19] Wydaje się, że podobny pogląd wyraził Sąd Najwyższy wyraził w postanowieniu z dnia 16 grudnia 2020 r., IV CSK 85/20, LEX nr 3093430, w którym stwierdził, iż każda z przesłanek przyjęcia do szpitala w trybie wnioskowym stanowi normatywną całość.

Sąd Najwyższy analizował określenie znacznego pogorszenia stanu zdrowia, w postanowieniu z dnia 29 października 2024 r.[20] wskazał, że „Pojęcie «znacznego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego» obejmuje taką sytuację, w której osoba chora psychicznie na skutek niepodejmowania leczenia, doprowadza się do stanu uniemożliwiającego jej funkcjonowanie w rodzinie, w miejscu zamieszkania lub pracy. Pojęcie to nie obejmuje natomiast takiego stanu, kiedy osoba chora psychicznie wprawdzie zachowuje się w sposób odbiegający od przyjętych wymogów społecznych, ale ma zachowaną zdolność funkcjonowania w otaczającej ją rzeczywistości"[21].

Słusznie Sąd Najwyższy przyjmuje, że dla aktualizacji przesłanki „znacznego pogorszenia się stanu zdrowia" nie jest wystarczające stwierdzenie, iż leczenie osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym będzie dla niej wskazane, czy korzystne (korzystnie wpłynie na stan jej zdrowia), przesłanki tej nie wypełnia również ustalenie, że brak leczenia szpitalnego doprowadzi do pogorszenia się stanu zdrowia osoby, której wniosek dotyczy. Konieczne jest ustalenie przez sąd orzekający, iż brak leczenia w szpitalu psychiatrycznym doprowadzi do znacznego pogorszenia stanu zdrowia tej osoby[22]. Jako przykład znacznego pogorszenia się stanu zdrowia wskazuje się[23], że „spodziewany rozwój choroby psychicznej w kierunku zachowań autoagresywnych lub agresywnych może stanowić podstawę przyjęcia prognozy znacznego pogorszenia stanu zdrowia. Jeżeli ustalenia poczynione w sprawie prowadzonej w trybie wnioskowym wskazują, że z braku przymusowej hospitalizacji osoba objęta wnioskiem z wysokim prawdopodobieństwem doprowadzi do stanu, w którym będzie stanowiła bezpośrednie zagrożenie dla swojego życia lub bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia innych osób […]". Wydaje się, że powyższe stanowisko jest oczywiste, bowiem pogorszenie stanu zdrowia może polegać

[20] II CSKP 741/24, LEX nr 3776321.

[21] Tak samo w postanowieniu z dnia 26 października 2021 r., III CSKP 124/21, LEX nr 3262172.

[22] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2016 r., III CSK 35/16, LEX nr 2191462.

[23] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2023 r., II CSKP 8/23, LEX nr 3588619.

na zaostrzeniu choroby psychicznej, wskutek czego wystąpią zachowania auto lub alloagresywne. W takim przypadku przyjęcie osoby, której wniosek dotyczy, przeciwdziała powstaniu lub narastaniu takiego zagrożenia. Uważam, iż przesłankę „znacznego pogorszenia stanu zdrowia" należy rozumieć jako zachowanie prowadzące do stanu psychicznego uniemożliwiającego osobie chorej psychicznie funkcjonowanie w rodzinie, miejscu zamieszkania lub miejscu pracy. Stanowisko to znajduje oparcie w porównaniu z drugą alternatywną przesłanką określoną w art. 29 ust. 1 pkt 2 u.o.z.p. Taka interpretacja przyczyn przymusowej hospitalizacji koresponduje również z wyżej cytowanymi poglądami orzecznictwa wskazującymi na konieczność restryktywnej interpretacji przesłanek umożliwiających przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie wnioskowym.

W orzecznictwie podkreśla się, że stwierdzenie prawdopodobieństwa pogorszenia się stanu zdrowia jest oceną prognostyczną wskazującą na wpływ nieprzeprowadzenia leczenia w szpitalu psychiatrycznym na stan zdrowia osoby, której postępowanie dotyczy[24]. W postanowieniu z dnia 29 października 2024 r.[25] Sąd Najwyższy odnosząc się do stwierdzenia istnienia związku pomiędzy odmową dobrowolnego leczenia w szpitalu psychiatrycznym a pogorszeniem się stanu zdrowia osoby, której wniosek dotyczy, wskazuje na obowiązek oparcia się na analizie dotychczasowego zachowania osoby chorej. Innymi słowy, to zachowanie musi wskazywać na konieczność hospitalizacji przymusowej.

Odnosząc się do drugiej z omawianych przesłanek, Sąd Najwyższy podnosi, że „uzasadnione przewidywanie nawet znacznej poprawy stanu zdrowia w związku z przymusową hospitalizacją może stanowić jej podstawę tylko wtedy, gdy osoba chora psychicznie jest jednocześnie niezdolna do samodzielnej egzystencji. W żadnym przypadku powodem przymusowego przyjęcia do szpitala w świetle art. 29 ust. 1 u.o.z.p. nie mogą być natomiast uciążliwości, które osoba chora psychicznie wywołuje swoim zachowaniem względem osób trzecich. Aspekt ochronny osób trzecich nie został w ogóle objęty zakresem przesłanek określonych w art. 29 ust.

[24] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 kwietnia 2024 r., I CSK 4285/23, LEX nr 3709746.

[25] II CSKP 741/24, LEX nr 3776321.

1 u.o.z.p. Podlega on jednak uwzględnieniu na tle art. 23 ust. 1 u.o.z.p., który dopuszcza przymusową hospitalizację ze względu na stan bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia osób trzecich, które stwarza osoba chora psychicznie"[26]. Z powołanego orzeczenia wynikają dwie zasadnicze kwestie: po pierwsze, przepisy umożliwiające przymusową hospitalizację w trybie wnioskowym mają na celu wyłącznie ochronę osoby, której to przyjęcie dotyczy, nie zaś ochronę osób trzecich. Z alternatywnie sformułowanych przesłanek w art. 29 ust. 1 ustawy w żadnym bowiem przypadku nie wynika, że przy rozpoznaniu przedmiotowego wniosku sąd powinien uwzględnić ochronę osób trzecich. Jedynymi prawnie istotnymi względami są okoliczności dotyczące osoby chorej psychicznie. Po drugie, należy również podzielić stanowisko Sądu Najwyższego podkreślające konieczność zaistnienia nie tylko zasadności, czy nawet konieczności poddania chorego leczeniu stacjonarnemu w szpitalu psychiatrycznym, dodatkowo konieczne jest stwierdzenie, iż osoba ta nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Oznacza to również, że przymusową hospitalizację także na podstawie orzeczenia sądu należy traktować jako *ultima ratio*.

Wymogi wniosku o umieszczenie w szpitalu psychicznym w trybie wnioskowym

Zgodnie z treścią art. 30 ust. 1 ustawy konieczną przesłanką rozpoznania przez sąd wniosku o umieszczenie osoby w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 29 ust. 1 u.o.z.p. jest dołączenie do niego orzeczenia lekarza psychiatry o potrzebie leczenia w takim szpitalu. Jak wskazał Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 10 października 2024 r.[27], „Przepis ten ma na celu zapewnienie, że decyzje o przymusowym leczeniu są podejmowane na podstawie rzetelnych i szczegółowych danych medycznych." Cytowane stanowisko jest oczywiście całkowicie uzasadnione, brak takiego wymogu najprawdopodobniej skutkowałby składaniem wniosków

[26] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2018 r., II CSK 22/18, LEX nr 2553883.

[27] I CSK 585/24, LEX nr 3767478.

o przymusową hospitalizację psychiatryczną niemających uzasadnienia medycznego, a możliwe, że wnoszonych nie w celu zadbania o dobro osoby chorej psychicznie, a z uwagi na chęć pozbycia się jej z otoczenia. Z reguły bowiem osoby uprawnione do złożenia takiego wniosku nie dysponują wiedzą medyczną z zakresu psychiatrii pozwalającą ocenić: po pierwsze, czy hospitalizacja psychiatryczna przyczyni się do przeciwdziałania znacznemu pogorszeniu się stanu zdrowia tej osoby, a po drugie, czy możliwe jest uzyskanie w jej wyniku poprawy stanu zdrowia psychicznego osoby tak leczonej. Trudno przyjmować, aby osoba bez wykształcenia medycznego (a ściślej w dziedzinie psychiatrii) była kompetentna do stwierdzenia, na czym miałoby polegać leczenie w szpitalu psychiatrycznym mające skutkować poprawą albo niepogorszeniem się w znacznym stopniu zdrowia psychicznego osoby mającej być przymusowo hospitalizowanej w szpitalu.

Jednakże zachodzą przypadki, kiedy wnioskodawca nie ma możliwości dołączenia do wniosku aktualnego orzeczenia lekarza psychiatry o potrzebie leczenia w szpitalu psychiatrycznym osoby, której wniosek dotyczy. Bezwzględny wymóg dołączenia do wniosku orzeczenia lekarza psychiatry mógłby prowadzić do sytuacji, w których z tego powodu osoba chora psychicznie nie uzyskałaby pomocy w stanach koniecznej hospitalizacji psychiatrycznej. Ma temu przeciwdziałać przewidziana w art. 30 ust. ustawy możliwość zarządzenia przez sąd poddania tej osoby badaniu psychiatrycznemu, jeżeli uzasadnienie wniosku lub załączone do niego dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. W takim przypadku sąd opiekuńczy nie zwraca wniosku wnioskodawcy na podstawie art. 30 ust. 2 zd. 1 u.o.z.p. Jak trafnie przyjmuje się w orzecznictwie „Celem art. 30 ust. 3 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jest umożliwienie sądowi zbadania w uzasadnionych przypadkach, a więc wtedy, gdy choroba psychiczna została uprawdopodobniona, czy istnieją przesłanki określone w art. 29 ustawy, jeżeli pacjent nie ma poczucia choroby i konsekwentnie odmawia badania psychiatrycznego”[28]. Uważam, że kompetencja przyznana sądowi w art. 30 ust. 3 u.o.z.p. nie

[28] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2015 r., V CSK 456/15, LEX nr 1943231.

może być traktowana jako dowolność decyzji sądu, jeżeli zostaną spełnione przesłanki określone w tym przepisie, sąd powinien zarządzić badanie osoby, które wniosek dotyczy. Przy czym jest to wyjątek od reguły dołączenia do wniosku opinii lekarza psychiatry. Jak wskazał Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 28 lipca 2023 r.,[29] „niedołączenie orzeczenia lekarskiego o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta pociąga za sobą co do zasady zwrot wniosku […]. Jeśli jednak treść wniosku lub załączone doń dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia, o którym mowa, nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu (art. 30 ust. 3 u.o.z.p.). Zwrot wniosku w rozważanej sytuacji nie ma zatem bezwarunkowego charakteru, a ocena czy przedłożenie orzeczenia lekarskiego jest możliwe, należy do sądu meriti, który powinien jej dokonać z uwzględnieniem osoby składającej wniosek i ewentualnych trudności w uzyskaniu tego orzeczenia przed wszczęciem postępowania." Jakkolwiek w cytowanym postanowieniu wskazał na konieczność uwzględnienia okoliczności dotyczących osoby składającej wniosek, jednakże w istocie podstawowe znaczenie ma postawa osoby, której postępowanie dotyczy. W szczególności jej braku zgody lub nawet oporu przed poddaniem się badaniu przez lekarza psychiatrę, przy czym podkreślić należy, że orzeczenie to lekarz może wydać zgodnie z art. 11 ust. 1 zd. 1 u.o.z.p. wyłącznie po przeprowadzeniu osobistego badania. W postanowieniu z dnia 10 października 2024 r.[30] Sąd Najwyższy trafnie odczytał *ratio legis* omawianego wyjątku, podnosząc, iż „W przypadku art. 30 ust 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawodawca celowo wprowadził możliwość wszczęcia postępowania na podstawie treści wniosku, aby zapewnić szybkie reakcje na sytuacje kryzysowe".

Podsumowanie

Dokonany powyżej przegląd orzecznictwa dotyczącego stosowania przepisów ustawy o przyjęciu bez zgody do szpitala psychiatrycznego w tzw.

[29] I CSK 2500/23, LEX nr 3598741.

[30] I CSK 585/24, LEX nr 3767478.

trybie wnioskowym wskazuje na powściągliwość Sądu Najwyższego w stosowaniu tej instytucji. Na plan pierwszy wysuwa się słuszne twierdzenie o konieczności dokonywania ścisłej, a nawet restryktywnej wykładni przepisów umożliwiających takie przyjęcie. Wynika to z faktu, iż każde przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego stanowi bardzo głęboką ingerencję w podstawowe (chronione na poziomie konwencyjnym i konstytucyjnym) prawa jednostki.

Wydaje się, że stanowisko to może ulec liberalizacji wskutek uchwalenia projektowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, bowiem rozszerza ona zakres podmiotowy art. 29 ust. 1 ustawy poprzez zastąpienie określenia „osoba chora psychicznie", określeniem „osoba z zaburzeniami psychicznymi".

Wykaz orzecznictwa Sądu Najwyższego:

Postanowienie z dnia 14 stycznia 2025 r., II CSKP 953/24, LEX nr 3817764,

Postanowienie z dnia 29 października 2024 r., II CSKP 741/24, LEX nr 3776321,

Postanowienie z dnia 10 października 2024 r., I CSK 585/24, LEX nr 3767478,

Postanowienie z dnia 2 lipca 2024 r., II CSKP 2220/22, LEX nr 3732330,

Postanowienie z dnia 2 lipca 2024 r., II CSKP 101/24, LEX nr 3731345,

Postanowienie z dnia 25 kwietnia 2024 r., I CSK 4285/23, LEX nr 3709746,

Postanowienie z dnia 23 listopada 2023 r., II CSKP 236/23, LEX nr 3632534,

Postanowienie z dnia 28 lipca 2023 r., I CSK 2500/23, LEX nr 3598741,

Postanowienie z dnia 11 lipca 2023 r., II CSKP 226/23, LEX nr 2529541,

Postanowienie z dnia 13 kwietnia 2023 r., II CSKP 8/23, LEX nr 3588619.

Postanowienie z dnia 26 października 2021 r., III CSKP 124/21, LEX nr 3262172,

Postanowienie z dnia 16 grudnia 2020 r., IV CSK 85/20, 3093430,

Postanowienie z dnia 10 lipca 2020 r., V CSK 168/20, LEX nr 3276133,

Postanowienie z dnia 22 czerwca 2018 r., II CSK 22/18, LEX nr 2553883,

Postanowienie z dnia 7 marca 2018 r., V CSK 618/17, LEX nr 2558289,
Postanowienie z dnia 24 listopada 2016 r., III CSK 35/16, LEX nr 2191462,
Postanowienie z dnia 5 lutego 2016 r., IV CSK 710/15, LEX 1994284,
Postanowienie z dnia 5 listopada 2015 r., V CSK 456/15, LEX nr 1943231,
Postanowienie z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 575/11, OSNC-ZD 2013/4/68,
Postanowienie z dnia 5 września 2008 r., III CSK 178/08, OSNC 2009/9/129.

Summary

Overview of the Supreme Court's case law on cases regarding placement in a psychiatric hospital on a petition basis (Art. 29 of the Mental Health Protection Act)

The study contains a review of the most significant Supreme Court rulings concerning admission to a psychiatric hospital without consent in the so-called request procedure, along with their discussion. Particularly important is the guarantee function of these provisions emphasized by the Supreme Court in relation to the autonomy of a person with a mental illness. The review discusses the subjective scope of admission without consent under the request procedure, as well as all entities (authorities) authorized to submit a request for involuntary hospitalization. Equally important is the Supreme Court's position regarding grounds other than mental illness that allow for a ruling on hospitalization without consent (the author proposes referring to them as behavioral grounds for admission). Mention is also made of the government draft amendments to the Mental Health Protection Act, which in the discussed area – according to the author – significantly weaken their guarantee function.

Key words: admission without consent, claimant, grounds for admission, the guarantee function of regulations, psychiatrist's opinion