



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Dialogu Społecznego

DSZ.055.6.2025.JP
Warszawa, 12 listopada 2025

w odpowiedzi na petycję nr 850/2025 z dnia 2 sierpnia 2025 r. w sprawie podjęcia inicjatywy ustawodawczej w zakresie udoskonalenia ochrony zdrowia, Departament Dialogu Społecznego uprzejmie przekazuje poniższe informacje.

Ad 1. Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta przewiduje art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581) – dalej jako: „ustawa o prawach pacjenta”, zgodnie z którym w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Celem tej regulacji jest ochrona zdrowia pacjenta i jego autonomia.

Przywołana wyżej ustawa wskazuje prawa pacjenta, które podlegają ochronie w jej trybie. Rzeczą strony występującej z żądaniem zasądzenia zadośćuczynienia z tytułu praw pacjenta jest podanie konkretnego prawa pacjenta, które - w jej ocenie - zostało naruszone. Tak sprecyzowane żądanie umożliwia podjęcie celowej obrony przez pozwanego oraz determinuje zakres prowadzenia postępowania dowodowego i w konsekwencji określa granice rozpoznania i rozstrzygnięcia. Dodać należy, że znaczenie art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzą o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego - wystarczy wskazać konkretne naruszenia praw pacjenta. Jednocześnie, do przyznania zadośćuczynienia za naruszenia praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody. O odpowiedzialności udzielającego świadczeń medycznych decyduje wyłącznie naruszenia wskazanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie. Wobec tego, że szkoda niemajątkowa, którą ma rekompensować zadośćuczynienie, w znacznej mierze dotyczy subiektywnych odczuć i przeżyć psychicznych, fizycznych i moralnych, jest niewymierna, a jej precyzyjne wyliczenie w zasadzie niemożliwie, w doktrynie i judykaturze jednolicie interpretuje się wspomniane

pojęcie „odpowiedniości”, jako wymaganie indywidualizowania sytuacji pokrzywdzonego z uwzględnieniem całokształtu okoliczności sprawy oraz uwarunkowań obiektywnych.¹

Dodatkowo, jak wskazano w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2024 r.² samo uchybienie (...) nie daje podstaw do zasądzenia zadośćuczynienia; jest to możliwe tylko wówczas, gdy na skutek tego pacjent doznał krzywdy.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że naruszenie niektórych praw pacjentów nie daje podstaw do domagania się zadośćuczynienia. Wyłączenia zawiera art. 4 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta.

Ad 2. Działania Rzecznika Praw Pacjenta na skutek postępowania wyjaśniającego określa art. 53 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którym Rzecznik może zwrócić się do organu nadrzędnego nad jednostką, w której interweniuje, z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa. Dodatkowo, jeżeli sprawa tego wymaga, Rzecznik zażąda wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych wobec konkretnego pracownika placówki. Rzecznik może też zwrócić się do organu nadrzędnego – który sprawuje nadzór i może dokonywać kontroli i oceny działalności placówki, w której naruszono prawa pacjenta – z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa. Pojęcie organu nadrzędnego należy interpretować autonomicznie, a więc w sposób uwzględniający specyfikę ustawy o prawach pacjenta.

Wyjaśnić również należy, że kwestie nadzoru nad podmiotami leczniczymi reguluje ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.). Nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący. Przepis art. 121 ustawy reguluje instytucję nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą oraz uprawnień podmiotów tworzących - sprawujących taki nadzór, do których ustawodawca zaliczył żądanie informacji wyjaśnień oraz dokumentów podmiotu leczniczego, dokonanie kontroli i oceny działalności tego podmiotu (ust. 3), w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika wstrzymanie ich wykonania oraz zobowiązanie do ich zmiany lub cofnięcia, a w przypadku ich niewykonania w wyznaczonym terminie rozwiązanie z kierownikiem stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej (ust. 5).

Jak wskazano w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z 6 sierpnia 2015 r. określone w art. 121 ustawy o działalności leczniczej pojęcie nadzoru należy rozumieć nie tylko jako uprawnienia do kontrolowania lub pilnowania zarządzającego podmiotem leczniczym, lecz również jako możliwość władczego oddziaływania na ten podmiot. Pod pojęciem nadzoru kryją się bowiem, co do zasady, kompetencje kontrolne, połączone z możliwością władczego oddziaływania na podmiot nadzorowany w celu korygowania jego postępowania. Jednakowoż treść nadzoru, a w tym zasięg możliwości prawnej ingerencji, wyznaczają przepisy prawa. Funkcja nadzoru jest bowiem ściśle określona prawem, tak co do zakresu podmiotowego oraz przedmiotowego, a zwłaszcza kryteriów wkraczania i środków oddziaływania na podmiot nadzorowany. Te zaś zostały wyczerpująco określone w art. 121 ust. 3 i 5 tej ustawy. W art. 121 ust. 5 do obiektywnych ustawowych przyczyn rozwiązania umowy o pracę lub rozwiązujących umowę cywilnoprawną została wprost zaliczona sytuacja, w której mimo zaleceń nadzorczych kierownik nie dokona żądanych zmian lub nie cofnie zakwestionowanych decyzji.³

Ad 3. Kwestie dotyczące rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r.

¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach - I Wydział Cywilny z 10.03.2021 r. sygn. akt I ACa 1009/19

² Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 19.12.2024 r. sygn. akt II CSKP 649/24

³ sygn. akt IV SA/GI 563/15 (LEX nr 1789821)

poz. 798, z późn. zm.) i w znacznym stopniu odpowiadają propozycjom wskazanym w petycji.

Zgodnie z § 12 ww. rozporządzenia podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) książeczki zdrowia dziecka,
 - c) skierowania,
 - d) karty segregacji medycznej - w przypadku, o którym mowa w § 20a ust. 3;
- 3) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
 - a) wykazu głównego przyjęć i wypisów,
 - b) wykazu odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć lub wykazu odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym,
 - c) wykazu chorych oddziału,
 - d) wykazu raportów lekarskich,
 - e) wykazu raportów pielęgniarских,
 - f) wykazu raportów fizjoterapeutycznych,
 - g) wykazu zabiegów,
 - h) wykazu bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
 - i) wykazu bloku porodowego albo sali porodowej,
 - j) wykazu noworodków,
 - k) wykazu pracowni diagnostycznej;

Zobowiązanymi do prowadzenia:

- 1) karty zlecenia wylotu lotniczego zespołu ratownictwa medycznego;
- 2) karty medycznych czynności ratunkowych;
- 3) karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego

pozostają dysponentami zespołów ratownictwa medycznego. O powyższym przesądza § 44 rozporządzenia o dokumentacji.

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych są również zobowiązane do zamieszczania w dokumentacji medycznej oświadczeń pacjenta:

- 1) o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
- 2) o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, o której mowa w art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Z punktu widzenia pacjenta bez znaczenia pozostaje, na jakiej komórce organizacyjnej szpitala ciąży obowiązek sporządzania konkretnych rodzajów dokumentacji medycznej, albowiem powyższe nie wpływa na prawa pacjenta w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej. Innymi słowy, dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej (zasady udostępniania dokumentacji medycznej) jest tożsamy w odniesieniu do każdego rodzaju dokumentacji medycznej sporządzonej przez dowolny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym aktualnie nie jest planowanym podjęcie prac mających na celu zmiany w przedmiotowym zakresie. Podkreślić należy także, iż obowiązki

związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej, w szczególności rodzaje dokumentacji medycznej, do której prowadzenia są zobowiązane podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w znacznym zakresie odpowiadają propozycjom zawartym w petycji.

Z wyrazami szacunku

Jakub Bydłoń
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/