



Instytut Wymiaru Sprawiedliwości



**Orzekanie w sprawach dotyczących umieszczenia
pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym**

dr Jerzy Stryk



Prawo rodzinne

Warszawa 2019

Spis treści

1. Uwagi wprowadzające	5
2. Umieszczenie pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym – analiza podstaw prawnych	7
3. Badanie aktowe spraw dotyczących umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	17
3.1. Organizacja badania i dobór próby	17
3.2. Pacjenci umieszczani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	18
3.3. Przebieg postępowania sądowego	27
3.4. Wybrane przykłady postępowań sądowych	43
4. Podsumowanie	51
Bibliografia	55
Akty prawne	55
Pisma urzędowe	55
Literatura	56

1. Uwagi wprowadzające

Określenie zadań sądu opiekuńczego związanych z umieszczeniem pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym¹ jest od dłuższego czasu przedmiotem kontrowersji. Istotne wątpliwości dotyczące przyjęcia prawidłowej praktyki orzeczniczej są w tym zakresie zgłaszane przez sędziów². W piśmiennictwie wyrażone zostały odmienne koncepcje interpretacyjne obowiązujących przepisów³. Również Rzecznik Praw Obywatelskich jest autorem wystąpienia do Ministra Zdrowia, w którym zwraca uwagę na nieprawidłowości w praktyce umieszczania pacjentów w z.o.l. oraz potrzebę nowelizacji przepisów prawa medycznego⁴.

Wydaje się, że problemy związane ze wskazaniem prawnych uwarunkowań orzekania przez sądy w omawianym zakresie wynikają z wielu czynników, utrudniających wykładnię przepisów prawnych. Wskazać należy m.in. na rozproszony charakter regulacji dotyczących tzw. „opieki długoterminowej”⁵. Jest ona unormowana zarówno przepisami prawa medycznego, jak i prawa regulującego system pomocy społecznej. Różnorodność form sprawowania takiej opieki utrudnia orientację w systemie prawnym. Sprzyja również błędom legislacyjnym i powstawaniu luk w prawie. Zapewne z tych względów brak jest obecnie jednoznacznej, nie budzącej wątpliwości podstawy prawnej określającej zasady umieszczenia pacjenta w z.o.l. na podstawie orzeczenia sądu. W tych warunkach wątpliwości wiążą się z określeniem samego

¹ Dalej jako: z.o.l.; w dalszej części opracowania pojęcie to zostanie doprecyzowane oraz wskazane zostaną inne podmioty, które w praktyce orzeczniczej powinny być traktowane analogicznie; ze względów redakcyjnych, w niniejszym opracowaniu używana będzie do ich określenia nazwa: zakład opiekuńczo-leczniczy (z.o.l.).

² Wątpliwości te zgłaszane były m.in. w trakcie dorocznych kongresów Stowarzyszenia Sędziów Rodziny w Polsce, a także podczas szkoleń prowadzonych w 2018 r. przez autora niniejszego opracowania w Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury; por. też H. Ciepła, B. Janiszewska, *Odpowiedzi na pytania przesłane przez Sędziów Rodziny na II Ogólnopolską Konferencję „Rodzina a prawo i Sąd Rodzinny”*, Rodzina i Prawo 2015, Nr 34-35, s. 31-32.

³ Por. przede wszystkim wymianę poglądów w następujących artykułach: A. Kallaus, *Zezwolenia na udzielenie pacjentowi niezdolnemu do świadomego wyrażenia zgody świadczeń zdrowotnych w warunkach zakładu opiekuńczo-leczniczego*, Prawo i Medycyna 2014, nr 3-4 (56/57, vol. 16), s. 107-117; B. Janiszewska, *O uwarunkowaniach prawnych umieszczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (głos w dyskusji)*, Prawo i Medycyna 2015, nr 1 (58, vol. 17), s. 87-112; A. Kallaus, *Jeszcze raz w kwestii postępowania dotyczącego osoby wymagającej wsparcia medycznego w warunkach zakładu opiekuńczo-leczniczego*, Prawo i Medycyna 2015, nr 3 (60, vol. 17), s. 102-109.

⁴ Tekst wystąpienia (sygn. KMP.573.18.2018.MK) dostępny jest na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/RPO-uregulowac-przyjmowanie-osob-nieubezwlasnowolnionych-do-zak%C5%82adow-opieki>

⁵ Na ten temat por. T. Sroka, [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 2. Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. Bosek, Warszawa 2018, s. 970 i n.

przedmiotu postanowienia sądu opiekuńczego: sporne jest, czy orzeka on w sprawie umieszczenia w z.o.l., czy udzielenia świadczeń zdrowotnych w warunkach z.o.l. Należy również podkreślić, że charakter omawianej materii ściśle wiąże się z problematyką ochrony praw pacjenta (prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych) i praw człowieka (prawo do wolności osobistej). Przyjęcie określonej linii interpretacyjnej musi zatem być dokonywane z rozwagą i ostrożnością, przy uwzględnieniu tych podstawowych założeń.

Przywołane względy zdecydowanie przemawiały na rzecz podjęcia analizy orzecznictwa sądów opiekuńczych w sprawach dotyczących umieszczenia w z.o.l.⁶ Prezentacja wyników badania aktowego poprzedzona zostanie w niniejszym opracowaniu omówieniem podstawowych problemów wyłaniających się na gruncie prawnych podstaw działania sądu opiekuńczego orzekającego w przedmiotowych sprawach. Ze względu na specyfikę problemów orzeczniczych analiza objęła umieszczanie w z.o.l. pacjentów dorosłych (pełnoletnich).

⁶ Z uwagi na zasygnalizowaną wyżej różnicę poglądów, dotyczącą tego, czy sąd orzeka wprost o umieszczeniu w z.o.l., czy jedynie o udzieleniu świadczeń zdrowotnych w warunkach z.o.l., w niniejszym opracowaniu użyta zostanie formuła pojęciowa nie przesądzająca tego sporu: orzekanie w sprawach dotyczących umieszczenia pacjenta w z.o.l.

2. Umieszczenie pacjenta w zakładzie opiekuńczo-lecznicznym – analiza podstaw prawnych

Jak wspomniano na wstępie, jedną z podstawowych trudności jakie napotykają sądy orzekające w omawianym rodzaju spraw jest określenie podstaw prawnych rozstrzygnięcia. Dlatego w pierwszej kolejności konieczne jest scharakteryzowanie systemowego usytuowania zakładów opiekuńczo-leczniczych i innych podmiotów o zbliżonej funkcji, oraz wskazanie ich zadań.

Podstawowym aktem prawnym zawierającym unormowania w tym zakresie jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷. W świetle art. 8 tej ustawy rodzajami działalności leczniczej są (1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz (2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Pierwsze z nich dzielą się na świadczenia szpitalne oraz inne niż szpitalne. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych⁸, zakładach rehabilitacji leczniczej oraz hospicjach (art. 12 ust. 1 u.d.l.). W praktyce, sądy najczęściej spotykają się z koniecznością wydania orzeczenia dotyczącego umieszczenia pacjenta w pierwszym z rodzajów wymienionych placówek, stąd problem orzeczniczy sygnalizowany jest w odniesieniu do z.o.l., może jednak dotyczyć pozostałych rodzajów stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalnych.

Wydaje się, że źródłem problemów praktyki orzeczniczej jest treść rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych⁹, którego § 6 zawiera sformułowanie „sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym”¹⁰. Zapewne użycie przywołanego zwrotu sprawiło, że w praktyce funkcjonowania systemu placówek świadczących inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne utrwaliło się przekonanie o istnieniu w systemie prawa medycznego kategorii „umieszczenia w zakładzie opiekuńczym” na mocy orzeczenia sądu, mającej podstawę prawną w § 6 Rozp.M.Z z 2012 r., i odnoszącej się do wszelkich przypadków umieszczenia w zakładach opiekuńczych pacjenta

⁷ Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.; dalej jako u.d.l.

⁸ Dalej jako: z.p.o.

⁹ Dz.U. poz. 731; dalej jako Rozp.M.Z. z 2012 r.

¹⁰ Pod pojęciem „zakładu opiekuńczego” rozporządzenie nakazuje w § 1 pkt 1 rozumieć zarówno z.o.l. jak i z.p.o.

niezdolnego do wyrażenia zgody¹¹. W piśmiennictwie słusznie zakwestionowano takie rozumienie omawianej regulacji¹².

Przede wszystkim należy zauważyć, że przywołane wyżej rozporządzenie zostało wydane na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³. Już sam zakres przedmiotowy tej ustawy (warunki i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 1 pkt 1 u.ś.o.z.), zasadniczo ogranicza znaczenie § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. Wymaga przy tym podkreślenia, że norma zawarta w tym przepisie nie określa przesłanek „umieszczenia w zakładzie opiekuńczym” na mocy orzeczenia sądu ani nie ustanawia wymogu uzyskania takiego orzeczenia¹⁴. Umieszczenie to jest jedynie hipotezą normy prawnej, a jej dyspozycją – zniesienie wymogu istnienia określonych dokumentów (wniosku, skierowania oraz wywiadu pielęgniarskiego i zaświadczenia lekarskiego) warunkujących udzielenie świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej finansowanych ze środków publicznych¹⁵. Dlatego § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. nie może być traktowany jako autonomiczna (samodzielna) podstawa prawna umieszczenia w z.o.l. Jest również oczywiste, że systemowo wątpliwe i sprzeczne z zakresem delegacji ustawowej byłoby normowanie kluczowych kwestii z punktu widzenia podstawowych praw pacjenta (zasad umieszczania w zakładach opiekuńczych bez jego zgody) na poziomie rozporządzenia wykonawczego.

Ustalenie, że „umieszczenie w zakładzie opiekuńczym” jest hipotezą normy prawnej § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. skłania jednak do rozważenia, co jest przedmiotem odwołania zawartego w tym przepisie, skoro ustawy medyczne nie przewidują wprost takiego przypadku. Założenie racjonalności ustawodawcy nie pozwala bowiem na zignorowanie brzmienia analizowanego unormowania w zakresie w jakim posługuje się ono pojęciem „umieszczenia” pacjenta w z.o.l. lub z.p.o. Posłużenie się tym słowem ewidentnie nawiązuje do sytuacji podejmowania decyzji dotyczącej określenia miejsca, w którym będzie przebywał pacjent. Należy zauważyć, że zarówno ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁶, jak i ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁷ nie posługują się kategorią zgody bądź zezwolenia sądu na „umieszczenie” pacjenta. W myśl tych ustaw zezwolenie (zgoda) sądu dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego, przy czym druga z nich wyraźnie stanowi o udzielaniu tego świadczenia przez lekarza. Natomiast kategorią

¹¹ Por. B. Janiszewska, *O uwarunkowaniach prawnych...*, s. 92.

¹² Por. T. Sroka, [w:] *System...*, 990–991.

¹³ Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.; dalej jako u.ś.o.z.

¹⁴ Wydaje się, że zdanie 2. omawianego przepisu, które brzmi: „W takiej sytuacji orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym”, powinno być rozumiane w kontekście przedmiotu regulacji u.ś.o.z., zakresu regulacji Rozp.M.Z. z 2012 r. i pierwszego zdania § 6 tego rozporządzenia. Orzeczenie sądu stanowi podstawę umieszczenia w tym sensie, że zastępuje inne wymogi (przedstawienie odpowiedniej dokumentacji) stanowiące podstawę umieszczenia w sytuacji „zwykłej”. Por. jednak B. Janiszewska, *O uwarunkowaniach prawnych...*, s. 97.

¹⁵ Por. T. Sroka, [w:] *System...*, s. 990–991.

¹⁶ Dz.U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.; dalej jako: u.p.p.

¹⁷ Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.; dalej jako: u.z.l. lub ustawa zawodowa lekarska.

bliższą znaczeniowo „umieszczeniu” pacjenta posługuje się ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁸, która przewiduje „przyjęcie” pacjenta do szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej¹⁹. Przepisy u.o.z.p. określają przy tym warunki wydania przez sąd orzeczenia o przyjęciu pacjenta do szpitala psychiatrycznego lub d.p.s. znacznie bardziej restrykcyjnie z uwagi na perspektywę ingerencji w podstawowe prawa pacjenta – w tym prawo do wolności osobistej²⁰.

Warto w tym miejscu wskazać przewidziany w art. 38 i 39 u.o.z.p. przypadek przyjęcia do d.p.s. na mocy orzeczenia sądu. Domy pomocy społecznej są elementami systemu tzw. długoterminowej opieki społecznej²¹ i od strony organizacyjnej podlegają przede wszystkim regulacji ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej²², a więc aktu prawnego spoza systemu prawa medycznego. Jednocześnie w art. 56 u.p.s. przewidziane zostało istnienie domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. W wydanym na podstawie delegacji zawartej w art. 57 ust. 8 tej ustawy rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej²³ znalazł się przepis o treści analogicznej do przywołanego wyżej § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. W § 8 ust. 3 Rozp.M.P.iP.S. z 2012 r. również wprowadzono obowiązek przedłożenia określonych dokumentów jako podstawy umieszczenia w d.p.s. w przypadku skierowania do takiego domu na podstawie orzeczenia sądu. Jest oczywiste, że z przepisu tego nie może wynikać norma prawna przewidująca niezależnie od aktów prawnych rangi ustawowej umieszczenie w d.p.s. na mocy orzeczenia sądu. Omawiane unormowanie odnosi się do nielicznych, przewidzianych już w ustawie, przypadków takiego umieszczenia (np. art. 39 u.o.z.p.).

Przywołany przykład regulacji pozwala rozważać możliwość interpretacyjną, zawężającą zakres stosowania § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze mogą być prowadzone jako psychiatryczne²⁴. W piśmiennictwie słusznie wskazano,

¹⁸ Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm.; dalej jako: u.o.z.p.

¹⁹ Dalej jako: d.p.s.

²⁰ T. Sroka określa te sytuacje jako przypadek „prewencyjnego pozbawienia wolności, wymagający bardzo starannego wyważenia zasadności ograniczenia jego [tj. pacjenta – przyp. J.S.] wolności i prawa do samostanowienia w celu ochrony innych wartości cennych dla społeczeństwa”, por. T. Sroka, [w:] *System...*, s. 451; por. również np. B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 125 i n.; tejże, *O skutkach stwierdzenia bezpodstawności hospitalizacji psychiatrycznej*, *Monitor Prawniczy* 2016, nr 23, s. 1285; J. Ciechorski, *Przyjęcie osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – uwagi w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, *Europejski Przegląd Sądowy* 2018/4, s. 14; M. Czubała, *Przymusowe leczenie psychiatryczne w świetle konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 2018, nr 3, s. 137 i n.; B. Kmiecik, *Przymus w psychiatrii – między dobrem wspólnym a indywidualnym*, [w:] *Regulacje prawne w systemie ochrony zdrowia psychicznego*, red. B. Kmiecik, Warszawa 2019, s. 39 i n.

²¹ Z.o.l. i z.p.o. są natomiast elementami systemu długoterminowej opieki zdrowotnej; por. T. Sroka, [w:] *System...*, s. 974; por. również S. Golinowska, *The System of Long-Term Care in Poland*, “Case Network Studies & Analyses”, No. 416/2010, s. 6–7.

²² Dz.U. z 2019 r. poz. 1507 ze zm., dalej jako u.p.s.

²³ Dz.U. z 2018 r. poz. 734 ze zm., dalej jako Rozp.M.P.iP.S. z 2012 r.

²⁴ Zgodnie z art. 14 ust. 1 u.d.l. podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie, na podmiocie

że zasady umieszczania w nich pacjentów określa u.o.z.p.²⁵. Ustawa ta znacznie rozszerza znaczenie pojęć domu opieki społecznej, którym w jej rozumieniu są również wszelkie inne formy pomocy instytucjonalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 3 pkt 3 u.o.z.p.) oraz szpitala psychiatrycznego, którym w rozumieniu ustawy, oprócz oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, kliniki psychiatrycznej i sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi są również inne zakłady lecznicze podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej sprawujące całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową (art. 3 ust. 2 u.o.z.p.). Ta ostatnia kategoria odpowiada psychiatrycznym zakładom opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym, a zatem przewidziane w u.o.z.p. zasady hospitalizacji psychiatrycznej odnoszą się wprost (a nie odpowiednio) również do nich²⁶. Mając powyższe na uwadze, można przyjąć, że zawarte w § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. odwołanie do „umieszczenia” w zakładzie opiekuńczym dotyczy przyjęcia pacjenta do psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego na mocy orzeczenia sądu wydanego na podstawie u.o.z.p. Ten kierunek wykładni wzmacnia obserwacja praktyki: zazwyczaj w przypadku orzekania przez sądy o „umieszczeniu” pacjenta w z.o.l. istnieje odpowiednia dokumentacja w postaci skierowania, zaświadczenia lekarskiego i wywiadu pielęgniarstwa. Jej brak jest natomiast z istoty rzeczy wpisany w wariant sytuacyjny tzw. hospitalizacji psychiatrycznej w trybie nagłym (art. 23 i n. u.o.z.p.), bądź też przepisy u.o.z.p. przewidują szczególną regulację dotyczącą dokumentacji medycznej (por. art. 30, 46 u.o.z.p.). Można również wysunąć wątpliwość natury logicznej: jaki sens miałaby regulacja znosząca obowiązek przedstawienia dokumentacji określającej m.in. poziom samodzielności pacjenta, skoro z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej²⁷ wynika, że udzielenie świadczeń w warunkach zakładu opiekuńczego jest uwarunkowane określoną oceną samodzielności pacjenta w skali „Barthel” (40 pkt lub mniej).

Dotychczasowe rozważania dotyczyły zracjonalizowania wykładni § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. Nie przesądzają one jednak podstawowego problemu praktyki orzeczniczej: wskazania podstawy prawnej orzeczenia wydawanego w związku z umieszczeniem pacjenta w niepsychiatrycznym z.o.l. oraz określenia, czy przedmiotem takiego orzeczenia może być samo umieszczenie pacjenta w tego rodzaju placówce, czy jedynie udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych w jej warunkach.

zamierzającym wykonywać działalność leczniczą ciąży obowiązek rejestrowy (art. 100 i n. u.d.l.). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r. poz. 173) przewiduje m.in. kategorie zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych (kod 5162) i zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych (kod 5172).

²⁵ T. Sroka, [w:] *System...*, s. 991–993.

²⁶ Por. tamże, s. 991.

²⁷ Dz.U. z 2015 r. poz. 1658.

Jeżeli chodzi o materialno-prawne podstawy wydania orzeczenia przez sąd w omawianym rodzaju spraw, doktryna w zasadzie zgodnie wskazuje na zasady wyrażania przez pacjenta zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego i zastępowania jej orzeczeniem sądu określonym w u.p.p. i u.z.l.²⁸. Uzasadnienie tego stanowiska było już przedmiotem szczegółowych analiz²⁹. Ich najistotniejszym elementem było dostrzeżenie braku alternatywnej regulacji szczególnej dotyczącej umieszczenia pacjenta w z.o.l. oraz wykluczenie odpowiedniego stosowania unormowań u.o.z.p., w szczególności zasad przymusowego przyjęcia do d.p.s. (art. 39 u.o.z.p.)³⁰. Należy w pełni podzielić pogląd o niedopuszczalności stosowania przepisów u.o.z.p. do sytuacji pacjenta umieszczanego w z.o.l. o profilu niepsychiatrycznym, a rozstrzygające znaczenie przypisać wypadła argumentom natury systemowej, odwołującym się do wyjątkowości regulacji dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego, pozwalającej na ingerencję w dobra osobiste pacjenta i jego podstawowe prawa na zasadzie wyjątku obwarowanego szczególnymi przesłankami³¹. Powinna zatem znajdować w tym przypadku zastosowanie zasada *exceptiones non sunt extendae*. Konstatacja ta może mieć również znaczenie dla rozstrzygnięcia kolejnego zagadnienia.

W piśmiennictwie zaznaczyła się wyraźna różnica poglądów dotycząca określenia przedmiotu rozstrzygnięcia sądu. Według koncepcji sformułowanej przez A. Kallausa jest nim orzeczenie o udzieleniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych w warunkach z.o.l. Autor ocenił krytycznie praktykę sądów posługujących się w sentencjach orzeczeń kategorią umieszczenia w z.o.l., jako prowadzącą do wydania rozstrzygnięcia o charakterze blankietowym³². Uznał przy tym za pożądane konkretyzowanie w orzeczeniu rodzaju świadczeń zdrowotnych, a nawet zaproponował wzór sentencji postanowienia uwzględniającej te wymagania³³. Odmienne stanowisko zajęła B. Janiszewska, uznając za dopuszczalne wydawanie orzeczeń, których przedmiotem jest zezwolenie (zgoda) sądu na umieszczenie w z.o.l. Autorka dostrzegła podobieństwo rozważanego przypadku do hospitalizacji pacjenta (w tym hospitalizacji psychiatrycznej), która w jej opinii bezdyskusyjnie jest świadczeniem zdrowotnym wymagającym zgody pacjenta, a więc i w określonych przypadkach – orzeczenia sądu zastępującego

²⁸ Ocena zaprezentowanych w piśmiennictwie stanowisk nie jest jednoznaczna: T. Sroka przypisuje A. Kallausowi odmienne zapatrywanie, podczas gdy autor ten jednoznacznie kwalifikuje przeprowadzenie jakichkolwiek czynności leczniczych w z.o.l. jako świadczenia zdrowotne podlegające reżimowi u.z.l. Z kolei B. Janiszewska analizuje trzy możliwości – stosowanie przepisów u.z.l. o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego wprost, stosowanie ich odpowiednio oraz stosowanie odpowiednio art. 39 u.o.z.p. – i ostatecznie opowiada się za stosowaniem przepisów o udzielaniu świadczeń zdrowotnych – jak się wydaje – wprost; por. T. Sroka, [w:] *System...*, s. 988–989; A. Kallaus, *Zezwolenia na udzielenie...*, s. 112; tenże, *Jeszcze raz w kwestii...*, s. 109; B. Janiszewska, *O uwarunkowaniach prawnych...*, s. 105–109.

²⁹ Por. w szczególności B. Janiszewska, *O uwarunkowaniach prawnych...*, s. 105–111.

³⁰ Tamże, s. 107–111.

³¹ Por. literatura wskazana w przypisie 20.

³² A. Kallaus, *Zezwolenie na udzielenie...*, s. 111.

³³ A. Kallaus, *Jeszcze raz w kwestii...*, s. 108; sentencja ta miałaby brzmieć następująco: Sąd postanawia zezwolić na udzielenie X w warunkach Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Y świadczeń zdrowotnych w postaci Z1, Z2, Z3...itd.

tę zgodę³⁴. Warto jednocześnie podkreślić, że w ujęciu B. Janiszewskiej orzeczenie o „umieszczeniu” w z.o.l. ma walor legalizujący „oddanie”, „przyjęcie” i „pobyt” pacjenta w takiej placówce, natomiast nie obejmuje zezwolenia na udzielanie w niej świadczeń zdrowotnych, które wymagają osobnej zgody pacjenta lub orzeczenia sądu³⁵.

Wydaje się, że oba stanowiska nie są tak odległe, jak mogłoby się *prima facie* wydawać. Autorzy przeciwstawiają się blankietowemu charakterowi rozstrzygnięcia sądu, a różnica poglądów w pewnej mierze wynika ze znaczenia przypisywanemu słowu „umieszczenie”. Jak już wcześniej wspomniano, nie jest przedmiotem kontrowersji określenie samej podstawy prawnej wydania orzeczenia przez sąd, jako którą zgodnie wskazuje się u.z.l. Trudności w ocenie omawianego problemu wiążą się z problematyką określenia znaczenia kluczowego w prawie medycznym pojęcia „świadczenia zdrowotnego”. Omówienie tej skomplikowanej problematyki przekracza ramy niniejszego opracowania, dlatego poniżej jedynie zasygnalizowane zostaną ustalenia istotne z punktu widzenia jego przedmiotu.

Założenie, zgodnie z którym podstawą wydania orzeczenia dotyczącego umieszczenia pacjenta w z.o.l. jest ustawa zawodowa lekarska, prowadzi do poszukiwania znaczenia pojęcia świadczenia zdrowotnego na gruncie tej ustawy. Nie przewiduje ona definicji legalnej tego pojęcia, a jedynie, określając w art. 2 ust. 1 na czym polega wykonywanie zawodu lekarza, wskazuje otwarty katalog świadczeń zdrowotnych, takich jak: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich³⁶. Przykładowy charakter tego katalogu nie uprawnia do sformułowania definitywnych wniosków interpretacyjnych w zakresie objęcia pojęciem świadczenia zdrowotnego samego pobytu pacjenta w określonym podmiocie prowadzącym działalność leczniczą, warto jednak odnotować, że tego rodzaju świadczenia nie zostały w u.d.l. wymienione, a ich specyfika stawiać je może poza zakresem regulacji tej ustawy.

Zbliżone definicje legalne pojęcia świadczenia zdrowotnego zostały natomiast sformułowane w u.d.l. i u.ś.o.z.³⁷. W piśmiennictwie wskazuje się, że definicje te mają charakter uniwersalny, tzn. mogą służyć wykładni pojęcia świadczenia zdrowotnego również na gruncie

³⁴ B. Janiszewska, *O uwarunkowaniach prawnych...*, s. 93.

³⁵ Tamże, s. 97–98.

³⁶ B. Janiszewska słusznie wskazuje, że wspólną cechą działań lekarza wymienionych w art. 2 ust. 1 u.z.l. jest cel leczniczy; por. B. Janiszewska, [w:] *System Prawa Medycznego*. Tom 1. *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, Warszawa 2018, s. 1053.

³⁷ Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. świadczenia zdrowotne to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Z kolei art. 5 pkt 40 u.ś.o.z. określa świadczenie zdrowotne jako „działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania”. Użycie słowa „profilaktyka” w drugiej z przywołanych definicji nie oznacza istotnej różnicy między tymi ujęciami, ponieważ działania profilaktyczne są bliskie znaczeniowo kategorii działań służących zachowaniu zdrowia; por. B. Janiszewska, [w:] *System...*, s. 1059.

innych ustaw, w szczególności u.z.l.³⁸ Istotnym elementem definicji zawartych w u.d.l. i u.ś.o.z. jest powiązanie pojęcia świadczenia zdrowotnego z leczniczym celem działania medycznego³⁹. Z kolei rozumienie kategorii „celu leczniczego” pozostaje w związku z przyjęciem określonego rozumienia pojęcia „zdrowie”⁴⁰. Dla potrzeb niniejszego opracowania wystarczająca jest konstatacja, że ostatnia z przywołanych kategorii pojęciowych ma charakter ogólny i dynamiczny oraz jest zakorzeniona nie tylko w naukach medycznych, ale posiada konteksty filozoficzne i społeczne⁴¹. W piśmiennictwie słusznie wskazano, że w wykładni przepisów prawa medycznego podążanie za ogólnymi definicjami pojęcia „zdrowie” jest nieoperatywne, natomiast punktem odniesienia powinien być dorobek doktryny odnoszący się do pojęcia celu leczniczego (terapeutycznego), określonego przez cele wskazane w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.⁴² Wydaje się przy tym, że próby syntetycznego ujęcia zagadnienia są skazane na odniesienie do kategorii pojęciowej zdrowia, a zatem obarczone błędem *ignotum per ignotum*⁴³.

Odnosząc się do zagadnienia będącego przedmiotem niniejszego opracowania należy zauważyć, że zasygnalizowane wyżej kontrowersje dotyczyć mogą przede wszystkim działań z pogranicza medycyny (takich jak zabiegi z zakresu chirurgii estetycznej, sterylizacja itp.). W odniesieniu do umieszczenia pacjenta w z.o.l. zasadniczo nie budzi wątpliwości, że następuje to w celu „zachowania, ratowania, przywracania lub poprawy zdrowia”. Istotne jest jednak również, że samo umieszczenie cechuje pewnego rodzaju pośredniość w drodze do osiągnięcia celu leczniczego, prowadząca dopiero do udzielenia konkretnych świadczeń zdrowotnych (chodzi o stworzenie warunków ich udzielania). Wydaje się, że przyjęcie optymalnego modelu praktyki orzeczniczej sądów wymaga uwzględnienia niżej wymienionych czynników.

³⁸ B. Janiszewska, [w:] *System...*, s. 1047 i 1053; Por też przywołane tam orzecznictwo.

³⁹ Tamże, s. 1061.

⁴⁰ Tamże, s. 1064 i n.

⁴¹ Por. np. C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, „Philosophy of Science” 1977, nr 44(4), s. 542–573; T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu” 2005, s. 54, s. 73–81; J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, nr 40, s. 5–29; E. Kozłowska, A. Marzec, P. Kalinowski, U. Bojakowska, *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, „Journal of Education, Health and Sport” 2016, nr 6(9), s. 575–585; B. Janiszewska, [w:] *System...*, s. 1064–1066; w omawianym kontekście przytaczana jest również definicja zdrowia, sformułowana w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (Dz.U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477 ze zm.), zgodnie z którą zdrowiem jest „stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie braku choroby lub ułomności”.

⁴² B. Janiszewska, [w:] *System...*, s. 1065 i 1069.

⁴³ Tak np. R. Kubiak, charakteryzując czynności terapeutyczne, wskazuje, że są nimi „wszelkie czynności ukierunkowane na ochronę życia lub zdrowia, wykonywane zgodnie z prawidłami wiedzy medycznej przez wykwalifikowane osoby” (R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 19); zdaniem M. Filara cel leczniczy oznacza podejmowanie czynności, które zmierzają „w swym założeniu do ratowania życia, zdrowia lub zmniejszenia cierpień fizycznych czy psychicznych osoby [...]” (M. Filar, *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5 (vol. 2), s. 59), zdaniem tego samego autora o celu leczniczym w przypadku eksperymentu medycznego można mówić, gdy „motywy działania eksperymentującego lekarza będzie osiągnięcie bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej [...]” (M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 154); B. Janiszewska wskazuje, że „cel leczniczy obejmuje częściowe, określone w tym przepisie cele w postaci dążenia do zachowania, ratowania, przywracania lub poprawy zdrowia” (B. Janiszewska, [w:] *System...*, s. 1070).

Jak już wspomniano, źródłem kontrowersji dotyczących optymalnego brzmienia sentencji orzeczenia sądu dotyczącego pobytu pacjenta w z.o.l. jest nieprecyzyjność użytego w § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. pojęcia „umieszczenie”. Może ono rodzić skojarzenia z przymusową hospitalizacją pacjenta, a więc ograniczeniem jego wolności osobistej, może też obejmować przeprowadzenie procedur niemedycznych, związanych z zapewnieniem osobie umieszczanej w z.o.l. zakwaterowania, posiłków itp. Dla wykładni przepisów nie może pozostać obojętny fakt, że analizowane ustawy z zakresu prawa medycznego pojęciem „umieszczenia” pacjenta w ogóle nie posługują się. Nie jest ono również wymieniane w katalogu świadczeń zdrowotnych.

Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że siatka pojęciowa u.ś.o.z. (zawierającej delegację do wydania omawianego rozporządzenia, posługującego się pojęciem „umieszczenia” w z.o.l.) pozwala na wyłączenie części świadczeń związanych z pobytym w z.o.l. z zakresu pojęcia świadczenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 5 pkt 34 u.ś.o.z. pod pojęciem świadczeń opieki zdrowotnej należy rozumieć: świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące. Te ostatnie, które w myśl ustawowo ustanowionego podziału nie są świadczeniami zdrowotnymi *sensu stricto*, obejmują m.in. „zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie” (por. art. 5 pkt 38 u.ś.o.z.), a więc świadczenia, które odpowiadają ściśle kategorii „umieszczenia” i pobytu w z.o.l. Warto zauważyć, że nie zostały one zakwalifikowane do świadczeń zdrowotnych, mimo sygnalizowanego sformułowaniem „adekwatne do stanu zdrowia” celu leczniczego.

Warto również jeszcze raz podkreślić, że zasadniczo przepisy u.z.l. dotyczące zgody pacjenta i substytuowania tej zgody zezwoleniem (zgodą) sądu opiekuńczego, ze względu na zakres przedmiotowy tej ustawy oraz sposób sformułowania jej przepisów (w szczególności art. 32 i 34 u.z.l.) dotyczą udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza⁴⁴. Zastąpienia zgody pacjenta zezwoleniem sądu nie przewidują przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁴⁵. Szerszy pod względem podmiotowym zakres zastosowania mają przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności jej art. 16 i 17, jednak nie przewidują one regulacji dotyczącej interwencji sądu w przypadku braku zgody pacjenta niezdolnego do jej wyrażenia, a więc sytuacji charakterystycznej dla umieszczania pacjenta w z.o.l. W tym kontekście, poszukiwanie podstawy prawnej orzeczenia sądu dotyczącego umieszczenia pacjenta w z.o.l. wymaga istnienia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza w tej placówce.

Zidentyfikowanie tego rodzaju świadczeń zdrowotnych nie budzi większych wątpliwości w przypadku koncepcji zakładającej wydanie orzeczenia przewidującego konkretne

⁴⁴ W piśmiennictwie prezentowany jest jednak pogląd o potrzebie stosowania zasad wyrażania przez pacjenta zgody przewidzianych w u.z.l. do wszelkich świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego kto je wykonuje. Por. A. Kallaus, *Jeszcze raz...*, s. 105.

⁴⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.

świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach z.o.l. przez lekarzy lub personel pielęgniarski pod ich nadzorem. Pewne trudności mogą natomiast wiązać się ze wskazaniem świadczeń zdrowotnych łączących się z pojęciem „umieszczenia” pacjenta w z.o.l. w razie użycia takiego sformułowania w sentencji orzeczenia sądu. Wydaje się, że w pojęciu „umieszczenia” w z.o.l. mieszczą się te działania lekarskie, które zmierzają do wstępnego potwierdzenia stanu zdrowia pacjenta, jako warunku pobytu w z.o.l. Wymóg taki przewiduje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, które w § 5 ust. 3, niezależnie od oceny dokonywanej przed przyjęciem do z.o.l., nakazuje w dniu przyjmowania pacjenta dokonać oceny poziomu jego samodzielności w skali „Barthel” przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego. Nadmienić należy, że w świetle § 5 ust. 4 przywołanego wyżej rozporządzenia, pacjent jest przyjmowany do zakładu opiekuńczego przez kierownika tego zakładu „w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakładzie opiekuńczym”. W świetle tak sformułowanego przepisu może budzić wątpliwości, czy samo przyjęcie jest świadczeniem zdrowotnym podlegającym regulacji u.z.l.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, niezależnie od przyjmowanej koncepcji sformułowania sentencji orzeczenia sądu, konieczne jest uwzględnienie następujących zastrzeżeń:

1. Orzeczenie sądu dotyczące umieszczenia pacjenta w z.o.l. jest wydawane na podstawie u.z.l. Założenie to wiąże się ze skutkami procesowymi, m.in. w zakresie określenia właściwości sądu opiekuńczego zgodnie z art. 32 ust. 10 u.z.l., określenia kręgu osób legitymowanych czynnie czy sposobu wszczęcia postępowania⁴⁶.
2. Orzeczenie sądu nie może mieć charakteru zezwolenia blankietowego – sentencja ograniczająca się do zezwolenia na umieszczenie pacjenta w z.o.l. nie oznacza zgody na udzielanie mu świadczeń zdrowotnych mieszczących się w profilu działalności danej placówki. Wymaga podkreślenia, że praktyka wydawania tego typu orzeczeń, ograniczających się w sentencji do zezwolenia na umieszczenie pacjenta w z.o.l. stwarza ryzyko podejmowania wobec niego bezprawnych interwencji medycznych w związku z niezrozumieniem istoty orzeczenia sądu.
3. Określenie podstawy prawnej rozstrzygnięcia w u.z.l. wymaga badania przesłanek podmiotowych określonych w tej ustawie – w szczególności stanu niezdolności pacjenta do wyrażenia zgody.
4. Interwencja sądu nie może mieć charakteru nieprzewidzianego w u.z.l. instrumentu przełamania woli pacjenta, prowadzącego do naruszenia jego wolności i tym samym naruszenia praw pacjenta.
5. Szczególnej ostrożności i czujności ze strony sądów wymaga identyfikacja przypadków, które podlegać mogą unormowaniom u.o.z.p. Powinno się zwracać uwagę nie

⁴⁶ Należy podzielić pogląd B. Janiszewskiej, która wskazuje, że postępowanie w przedmiocie zezwolenia (zgody) sądu jest prowadzone z urzędu; por. B. Janiszewska, *O uwarunkowaniach...*, s. 111.

tylko na to, czy pismo skierowane do sądu nie dotyczy umieszczenia pacjenta w placówce o profilu psychiatrycznym, co powodowałoby poddanie rozpoznawanej sprawy innej niż u.z.l. podstawie prawnej, ale również czy przyczyny niezdolności pacjenta do wyrażenia zgody nie wiążą się ze stanem jego zdrowia psychicznego (np. omamy, urojenia w przebiegu choroby Alzheimera) i nie stwarzają perspektywy konieczności stosowania szczególnych środków przymusu bezpośredniego, podlegających ścisłej reglamentacji prawnej⁴⁷.

⁴⁷ Na taki charakter regulacji prawnych zmierzających do przełamania wolności osobistej pacjenta wskazuje np. A. Dudzińska, *Zgoda na działanie medyczne*, Państwo i Prawo 2009, nr 11, s. 77-78; Warto zaznaczyć, że w ostatnim czasie, na gruncie przepisów prawa międzynarodowego, legalność również tych wyjątkowych instrumentów prawnych została zakwestionowana (por. M. Czubala, *Przymusowe leczenie psychiatryczne w świetle konwencji ONZ...*, s. 147). Niezależnie od oceny tego kontrowersyjnego poglądu, wskazana jest daleko posunięta ostrożność w formułowaniu orzeczeń, które mogą zostać zinterpretowane jako naruszające podstawowe prawa człowieka; Na temat konstytucyjnych uwarunkowań zgody pacjenta por. np. T. Sobolewski, [w:] *System Prawa Medycznego*. Tom 1. *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, Warszawa 2018, s. 388-394.

3. Badanie aktowe spraw dotyczących umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

3.1. Organizacja badania i dobór próby

Czynnikiem utrudniającym zaplanowanie i przeprowadzenie badania były analizowane w poprzednim punkcie kontrowersje dotyczące przedmiotu rozstrzygnięcia sądu w sprawach dotyczących umieszczenia pacjenta w z.o.l. Brak oczywistej i bezspornej podstawy prawnej rozstrzygnięcia, jak również nieprecyzyjność samego pojęcia „umieszczenia” pacjenta w z.o.l. sprawiały, że wskazanie kryteriów określających rodzaj akt, o których przesłanie zwrócono się do sądów, nie było proste. W szczególności wykluczone było określenie z góry podstawy prawnej rozstrzygnięcia. Należy również dodać, że badane sprawy sądowe nie zostały uwzględnione jako odrębna kategoria w wykazie spraw podlegających symbolizacji⁴⁸. Z tych względów prośbę o nadesłanie akt sformułowano w sposób opisowy, posługując się w niej kategorią pojęciową „umieszczenia pacjenta w z.o.l.”. Badaniem objęto sprawy dotyczące osób dorosłych, z uwagi na inny charakter instrumentów opiekuńczych wykorzystywanych w stosunku do dzieci.

W pierwszym etapie wylosowano próbę 104 sądów rejonowych (około 1/3 sądów rejonowych w Polsce), do których skierowano prośbę o udostępnienie akt spraw rozstrzygniętych prawomocnie w 2017 r. Akta postępowań sądowych przesłane zostały przez 70 sądów, które udostępniły w sumie aż 1087 akt postępowań sądowych. Niewielka część z nich nie spełniała kryteriów badania: zdarzyło się nadesłanie akt spraw o zezwolenie na udzielenie zgody przez przedstawiciela ustawowego oraz dotyczących przymusowego umieszczenia w d.p.s.

Liczba nadesłanych do badania akt spraw dotyczących umieszczenia pacjenta w z.o.l., świadczy o znaczącym obciążeniu pracy sądów tą kategorią postępowań. Według bardzo ostrożnych szacunków, dokonanych jedynie na podstawie liczby nadesłanych akt spełniających kryteria badania, postępowań dotyczących umieszczenia w z.o.l. jest co najmniej

⁴⁸ Wykaz ten stanowi załącznik numer 2 do zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie organizacji i zakresu działania sekretariatów sądowych oraz innych działów administracji sądowej (Dz.Urz.M.S. z 2019, poz. 138). Zawiera on jedynie kategorię oznaczoną symbolem 235 – sprawy z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zwrócenie się o tego typu sprawy spowodowałoby przesłanie akt wszystkich postępowań dotyczących zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego i jednocześnie nieprzesłanie akt spraw, które sądy rozstrzygnęły według alternatywnej koncepcji określenia podstawy prawnej orzeczenia.

3000 rocznie w skali całego kraju. Należy mieć przy tym na względzie, że część postępowań, z uwagi na brak kategorii ewidencyjnej (symbolu) nie została do badania nadesłana. Warto również nadmienić, że rozkład liczbowy spraw rozpoznawanych w poszczególnych sądach był bardzo nierównomierny: wahał się od 1 do 190 postępowań. Jest to zapewne spowodowane nie tylko wielkością okręgów sądowych, ale przede wszystkim występowaniem w tych okręgach podmiotów prowadzących działalność leczniczą: szpitali i zakładów opiekuńczych.

Ostatecznie do badania wylosowano 205 akt spraw sądowych w taki sposób, aby uzyskać możliwie zróżnicowaną i reprezentatywną dla wielu okręgów próbę.

3.2. Pacjenci umieszczani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

Dobór i stosowanie adekwatnych instrumentów prawnych związanych z umieszczeniem pacjenta w z.o.l. ściśle wiąże się z jego sytuacją prawną, osobistą, rodzinną i zdrowotną. Dlatego w pierwszej kolejności przedstawione zostaną zebrane w toku badania informacje odnoszące się do samych pacjentów, których dotyczyły postępowania sądowe.

Tabela 1. Pacjenci w badanych sprawach według płci i wieku w chwili skierowania do sądu zawiadomienia/wniosku

Wiek pacjenta	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Od 18 do 29 lat	1 (0,5%)	0	1 (0,5%)
Od 30 do 49 lat	3 (1,5%)	12 (5,9%)	15 (7,4%)
Od 50- do 69 lat	21 (10,2%)	41 (20%)	62 (30,2%)
Od 70 do 89 lat	78 (38%)	33 (16,1%)	111 (54,1%)
90 lat i więcej	16 (7,8%)	0	16 (7,8%)
Ogółem	119 (58%)	86 (42%)	205 (99,9%)

Źródło: opracowanie własne.

W badanej próbie nie odnotowano istotnej dysproporcji między grupą kobiet (119 – 58%) a mężczyzn (86 – 42%). Wydaje się że większa liczebność kobiet obserwowana w badaniu odpowiada strukturze demograficznej ludności w Polsce⁴⁹. Większa liczba mężczyzn w przedziale wiekowym między 50. a 69. rokiem życia (41 osób – 20%) zapewne wynika z wyższej zapadalności w tym wieku na choroby będące powodem umieszczenia w z.o.l. oraz krótszym średnim czasem życia⁵⁰.

⁴⁹ Por. w tym zakresie dane GUS: W 2017 r. ludność w Polsce szacowano na 38 422,3 tys., w tym 19 833,6 tys. kobiet i 18 588,7 mężczyzn, przy czym dysproporcja między tymi grupami pogłębiała się wraz z wiekiem: w grupie 75 lat i więcej szacowano liczbę kobiet na 1 806,2 tys., a liczbę mężczyzn na 914,6 tys. (*Rocznik Demograficzny 2018*, Warszawa 2018, Tabl. 14. *Ludność według płci i wieku*, s. 136).

⁵⁰ Por. np. *Rocznik Demograficzny...*, Tabl. 115 (145) *Przeciętne dalsze trwanie życia w latach 1970–2017*, s. 386.

Najistotniejsza obserwacja wynikająca z analizy struktury demograficznej badanej grupy pacjentów dotyczy zdecydowanej przewagi liczebnej osób w podeszłym wieku. Zaledwie 16 pacjentów (7,9%) nie miało ukończonego 49. roku życia. Aż 127 postępowań (61,9%) dotyczyło pacjentów mających ukończony 70. rok życia. Średnia wieku wszystkich pacjentów wynosiła 72,7 roku, a mediana – 76 lat. Najstarszy pacjent miał ukończone 95 lat. Oznacza to, że problem umieszczenia w z.o.l. dotyczy zdecydowanie najczęściej osób starszych, a wyjątkowo tylko przypadków związanych z koniecznością objęcia opieką zdrowotną pacjentów, którzy w młodszym wieku ulegli wypadkom lub zapadli na choroby ograniczające istotnie ich samodzielność. Zazwyczaj wątpliwa jest perspektywa poprawy stanu pacjenta i jego powrotu do zdrowia. Świadczyć może o tym również wysoka liczba umorzeń postępowań z powodu śmierci pacjenta (szczegółowe dane zostaną przedstawione w części poświęconej przebiegowi postępowania).

Z uwagi na różnorodność zawartego w badanych aktach materiału dowodowego (dokumentacji medycznej) oraz zróżnicowany zakres (często bardzo ograniczony) zawartych w nim informacji, a także niejednorodność i specjalistyczny charakter stosowanej terminologii medycznej⁵¹, precyzyjna kategoryzacja dotycząca stanu zdrowia pacjentów umieszczanych w z.o.l. nie jest możliwa. Niemniej, mimo konieczności dokonania uogólnień, podjęto próbę opisu statystycznego stanu zdrowia pacjentów umieszczanych w z.o.l.

Tabela 2. Stan zdrowia pacjentów umieszczanych w z.o.l.*

Rodzaj problemu zdrowotnego/stan pacjenta	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Pacjent nie poruszał się samodzielnie	137	66,8
Zaburzenia psychiatryczne	7	3,4
Upośledzenie umysłowe	2	1
Choroba Alzheimera, zespół otępienny, afazje itp.	113	55,1
Inne zaburzenia psychiczne	7	3,4
Brak przytomności	50	24,4
Stan po wylewie lub udarze niedokrwiennym mózgu	76	37,1
Stan po urazie czaszkowym – krwiak mózgu	17	8,3
Choroby serca i układu krążenia	42	20,5
Stan po nagłym zatrzymaniu krążenia	22	10,7
Alkoholizm	8	3,9
Sztuczne wentylowanie (pacjent zaintubowany)	23	11,2
Stan zdrowia był niemożliwy do określenia na podstawie akt	13	6,3

* Liczby w kolumnach nie zostały zsumowane, ponieważ w jednej sprawie mógł wystąpić więcej niż jeden problem zdrowotny. Procenty obliczono dla liczby 205 zbadanych spraw.

Źródło: opracowanie własne.

⁵¹ Przykładowo, na określenie stanu, w jakim znajdowali się pacjenci, używano takich terminów jak: otępienie, zespół otępienny, otępienie głębokie, otępienie starcze, otępienie miażdżycowe, afazja, afazja mieszana, afazja całkowita, afazja sensoryczna, afazja czuciowo-ruchowa, stan minimalnej świadomości i in.

Informacje przedstawione w Tabeli 2 traktować należy orientacyjnie, jako sygnalizację głównych problemów zdrowotnych pacjentów. Dane liczbowe dotyczące skategoryzowanych chorób i stanów zdrowia pacjentów traktować należy jako minima; z uwagi na ograniczenia materiału dowodowego nie było możliwe ustalenie wszystkich faktów, wymagałoby to analizy pełnej historii chorób pacjenta w każdym przypadku.

Mimo tych ograniczeń, na podstawie akt możliwe było scharakteryzowanie najbardziej typowych sytuacji. Wśród nich, najczęstsze okazało się występowanie różnego rodzaju stanów związanych z ograniczeniem lub uniemożliwieniem nawiązania komunikacji z pacjentem⁵². Obejmują one przypadki występowania choroby Alzheimera, jak również stanów otępiennych i afazji o różnej etiologii i stopniu natężenia. Kategorię tę odnotowano w ponad połowie spraw (113 przypadków – 55,1% całej próby). Należy podkreślić, że występowanie tego rodzaju stanów powinno być poddawane szczególnie wnikliwej analizie z punktu widzenia zapewnienia pacjentowi pomocy psychiatrycznej, w szczególności perspektywy stosowania wobec niego środków przymusu bezpośredniego, które – jak wskazano we wcześniejszych rozważaniach – podlegają ustawowej reglamentacji. Uprzedzając charakterystykę przebiegu postępowania i prowadzenia postępowania dowodowego, warto w tym miejscu podkreślić, że badane akta spraw sądowych nie zawierały materiału świadczącego o pozyskiwaniu tego rodzaju informacji przez sądy mimo pojawiających się niekiedy sygnałów o agresywnej postawie pacjentów.

Tego rodzaju wątpliwości nie dotyczą grupy pacjentów znajdujących się w stanie nieprzytomności (50 przypadków – 24,4%). Na podstawie zbadanych akt spraw należy również podkreślić, że zasadniczo nie budziły one wątpliwości co do samej potrzeby udzielenia pacjentowi pomocy w formie świadczeń o charakterze opieki długoterminowej. Najczęściej pacjenci pozostawali w ogólnie złym stanie zdrowia. Bardzo często (76 przypadków – 37,1%) bezpośrednią przyczyną pogorszenia tego stanu był udar niedokrwieny mózgu lub wylew śródmózgowy. Często odnotowywano przypadki chorób serca i układu krążenia (42 przypadki – 20,5%). Warto również zasygnalizować istnienie kategorii pacjentów sztucznie wentylowanych (23 przypadki – 11,2), wymagających objęcia pomocą w z.o.l. wyspecjalizowanych do udzielania pomocy takim osobom.

W 13 sprawach (6,3%) na podstawie akt nie można było ustalić, jaki jest stan zdrowia pacjenta. W ośmiu z nich postępowanie zakończyło się wydaniem postanowienia prowadzącego do umieszczenia pacjenta w z.o.l. (w pozostałych pięciu nastąpiło umorzenie postępowania), co oznacza, że w sprawach tych sądy nie zgromadziły materiału dowodowego przemawiającego na rzecz udzielenia pacjentowi pomocy w ramach opieki długoterminowej, a jedynie polegały na zdawkowym sformułowaniu zawiadomienia bądź zaświadczenia lekarskiego.

Charakterystyka sytuacji życiowej pacjentów wymaga również wskazania miejsca, w którym przebywali oni w chwili zawiadomienia sądu o potrzebie umieszczenia w z.o.l.

⁵² Należy zaznaczyć, że kategoria ta nie jest jednoznaczna z prawnym pojęciem niezdolności do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Zdolność ta będzie przedmiotem analizy w dalszej części niniejszego opracowania.

Tabela 3. Miejsce, w którym przebywali pacjenci w chwili zawiadomienia sądu o potrzebie umieszczenia ich w z.o.l.

Miejsce	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Szpital	133	64,8
Szpital lub oddział psychiatryczny	7	3,4
Z.o.l., w którym miał być umieszczony	15	7,3
Z.o.l., z którego miał być przeniesiony do innego	1	0,5
Z.o.l. – brak danych, czy miał tam dalej przebywać	4	2
Dom opieki dla osób w podeszłym wieku	2	1
Hospicjum	1	0,5
Zamieszkiwał u dorosłych dzieci	10	4,9
Zamieszkiwał z małżonkiem	8	3,9
Zamieszkiwał u innych członków rodziny	2	1
Mieszkał samotnie	7	3,4
Zakon	1	0,5
Nie wynikało z akt	14	6,8
Ogółem	205	100

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej odnotowano wariant sytuacyjny, w którym pacjent przeszedł leczenie szpitalne (np. związane z udarem, wylewem, zawałem i in.) i w szpitalu oczekiwał na udzielenie mu pomocy w ramach opieki długoterminowej (133 przypadki – 64,8%). Pozostałe kategorie występowały w znacznie mniejszej liczbie. Na uwagę zasługuje jednak wariant, w którym pacjent przebywał już w z.o.l., a orzeczenie sądu dotyczyło umieszczenia w tej właśnie placówce (15 przypadków – 7,3%). Należy podkreślić, że w świetle założeń poczynionych wcześniej, wątpliwa jest podstawa prawna takiego orzeczenia. Z przyczyn, o których była wcześniej mowa, wykluczyć należy odpowiednie stosowanie przepisów u.o.z.p. o tzw. „trybie nagłym”, który zmierza do legalizacji dokonanego już przyjęcia. Unormowania u.z.l. nie przewidują natomiast przypadku „legalizacji” udzielonego świadczenia zdrowotnego.

Statystycznie doniosła była również liczba przypadków, w których pacjent przebywał poza szpitalem, niekiedy z pomagającymi mu członkami rodziny, ale jego stan zdrowia pogorszył się na tyle, że konieczne było zapewnienie mu bardziej specjalistycznej opieki w warunkach z.o.l. (31 spraw – 15,1%). Warto również zwrócić uwagę, że w zauważalnej liczbie spraw w aktach postępowania w ogóle nie zgromadzono materiału świadczącego o miejscu pobytu pacjenta (14 przypadków – 6,8%).

O ile pewien zakres informacji z zakresu stanu zdrowia i miejsca pobytu pacjentów był możliwy do ustalenia na podstawie akt, to w mniejszym stopniu odnotowane w nich zostały ustalenia dotyczące sytuacji rodzinnej i osobistej pacjentów.

Tabela 4. Stan cywilny pacjentów

Stan cywilny	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Żonaty/zamężna	39	19
Wdowiec/wdowa	25	12,2
Rozwiedziony	6	2,9
Kawaler/panna	10	4,9
Niepozostający już w związku małżeńskim bez wskazania przyczyny jego ustania	1	0,5
Nie wynikało z akt	124	60,5
Ogółem	205	100

Źródło: opracowanie własne.

Odnosząc się do danych prezentowanych w tabeli 4. należy przede wszystkim zwrócić uwagę na bardzo dużą, znacznie przekraczającą połowę badanej próby, liczbę spraw, w których aktach w ogóle brak było informacji o stanie cywilnym pacjenta (124 sprawy – 60,5%). W zakresie ustalonych danych warto zwrócić uwagę na istotny odsetek pacjentów, których małżonek zmarł, a więc często samotnych (25 spraw – 12,2%). Ten aspekt sytuacji osobistej pacjentów przybliżyć mogą również ustalenia dotyczące kręgu osób bliskich pozostających w kontakcie z pacjentem i zainteresowanych jego zdrowiem (osób pozostających z pacjentem w bliskich relacjach, odwiedzających pacjenta w szpitalu, dowiadujących się o jego stan zdrowia, sygnalizujących jego potrzeby również w postępowaniu sądowym itp.).

Tabela 5. Osoby bliskie pozostające w kontakcie z pacjentem i zainteresowane jego zdrowiem*

Osoba	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Dziecko/dzieci	73	35,6
Małżonek	29	14,1
Rodzic/e	5	2,4
Rodzeństwo	3	1,5
Inny członek rodziny	9	4,4
Partner/ka	1	0,5
Inne osoby niespokrewnione	1	0,5
Nie było takich osób	11	5,4
Nie wynikało z akt	80	39

*Liczby w kolumnach nie zostały zsumowane, ponieważ w jednej sprawie zdrowiem pacjenta mogli interesować się różni członkowie rodziny. Procenty obliczono dla liczby 205 zbadanych spraw.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 5. również zwraca uwagę wysoka liczba spraw, w których aktach nie zawarto informacji o stosunku rodziny pacjenta i innych bliskich mu osób do jego sytuacji zdrowotnej (80 postępowań – 39%). W przypadkach, w których istniały informacje o osobach utrzymujących bliskie więzi z pacjentem, najczęściej były to jego dzieci (73 postępowania – 35,6%).

Prezentowane dotychczas wyniki badania wskazują na to, że sądy zasadniczo dokonywały pewnych ustaleń w zakresie zdrowia pacjenta (sposób prowadzenia postępowania dowodowego będzie przedmiotem dalszej części niniejszego opracowania), często natomiast mniej zainteresowane były okolicznościami natury osobistej występującymi po jego stronie. Wynika to zapewne z tego, że sytuacja rodzinna i osobista nie jest przesłanką wydania zezwolenia na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Wydaje się jednak, że względ na dobro pacjenta oraz charakter sądownictwa opiekuńczego przemawiają na rzecz czynienia przynajmniej podstawowych ustaleń w tym zakresie (co czyniły niektóre sądy, dopuszczając np. dowód z zeznań świadków – osób bliskich pacjentowi). Rodzina i osoby bliskie pacjentowi mogą stanowić rękojmię czuwania nad przestrzeganiem jego praw. W razie braku takich osób może okazać się wskazane ustanowienie kuratora dla osoby niepełnosprawnej, tymczasem postępowanie dotyczące umieszczenia pacjenta w z.o.l. może okazać się ostatnią okazją do spostrzeżenia takiej potrzeby przez wymiar sprawiedliwości.

W kategoriach uwarunkowań podmiotowych wynikających z art. 32 i 34 u.z.l., związanych z wyrażeniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego i zastępowaniem tej zgody orzeczeniem sądu, istotna jest ocena zdolności pacjenta do czynności prawnych (ewentualnego ubezwłasnowolnienia), zdolności do wyrażenia zgody oraz posiadania opiekuna faktycznego.

Jeżeli chodzi o pierwszy ze wskazanych czynników, zasadniczo badanie obejmowało przypadki osób o pełnej zdolności do czynności prawnych, co do których konieczne stało się wydanie orzeczenia przez sąd z uwagi na ich niezdolność do wyrażenia zgody. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych konieczne byłoby uzyskanie zgody przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego (umieszczenie w z.o.l.) oraz orzeczenie sądu zezwalające mu na dokonanie tej czynności na podstawie art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego⁵³, względnie skorzystanie z instrumentów nadzoru nad opieką lub kuratelą w celu skłonienia przedstawiciela ustawowego do odpowiedniego postępowania (wyrażenia zgody). Stosowanie przepisów u.z.l. w przypadku umieszczenia w z.o.l. osób ubezwłasnowolnionych mogłoby dotyczyć sprzeciwu pacjenta (art. 32 ust. 6 u.z.l.). Bardziej wątpliwa wydaje się możliwość przełamania odmowy przedstawiciela ustawowego (art. 34 ust. 6 u.z.l.), ponieważ wymagałaby zakwalifikowania umieszczenia w z.o.l. jako świadczenia niezbędnego dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. Możliwość dokonania takiej kwalifikacji zależy od

⁵³ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2017 r. poz. 682 ze zm.), dalej jako: k.r.o.

przyjęcia określonej koncepcji przedmiotu rozstrzygnięcia sądu opisywanych w poprzedniej części niniejszego opracowania.

Mimo tych zastrzeżeń, w badaniu uzyskano interesujące wyniki również w zakresie istnienia ewentualnego ubezwłasnowolnienia pacjenta. Nie odnotowano przypadków postępowań toczących się w warunkach art. 32 ust. 6 u.z.l., tj. sprzeciwu pacjenta ubezwłasnowolnionego. Wystąpił jeden przypadek sprawy pacjenta ubezwłasnowolnionego z powodu choroby Alzheimera. Sprawa ta została objęta badaniem, ponieważ w chwili zawiadomienia sądu nie był jeszcze ustanowiony przedstawiciel ustawowy, a sąd prowadził postępowanie i wydał ostatecznie orzeczenie o umieszczeniu w z.o.l. mimo ustanowienia w międzyczasie opieki. Podkreślenia wymaga przede wszystkim, że aż w 69 przypadkach (33,7%) akta nie dawały podstaw do oceny czy pacjent był ubezwłasnowolniony, przy czym nie chodzi o istnienie jednoznacznych dowodów takiego stanu rzeczy (np. w postaci odpisu orzeczenia sądowego), ale o jakiegokolwiek informacje, pozwalające choćby uprawdopodobnić istnienie pełnej zdolności do czynności prawnych pacjenta (np. pism procesowych lub zeznań osób bliskich, które milczałyby na temat ubezwłasnowolnienia). Wydaje się, że częste czynienie założenia o pełnej zdolności do czynności prawnych pacjenta może być zawodne i może prowadzić do błędów procesowych, skoro najczęstszą przyczyną zdrowotną kwalifikującą pacjentów do z.o.l. ma związek z różnymi postaciami otępienia, które mogą być przesłanką ubezwłasnowolnienia.

W 135 postępowaniach (65,9%) można było na podstawie akt wysunąć przypuszczenie, że pacjent nie jest ubezwłasnowolniony, przy czym – jak już wskazano – ocena taka wynikała z całokształtu materiału dowodowego, niekoniecznie zaś z dowodu przeprowadzonego wyłącznie na tę okoliczność.

Szczególnie skomplikowanym zagadnieniem jest ocena zdolności pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego. Na trudność tę – tak w wymiarze procesowym, jak i badawczym – składa się szereg czynników. Wśród nich na plan pierwszy wysuwa się różnorodność stanów psychicznych, w jakich znajdują się pacjenci. Przykładowo, często odnotowywane otępienie może mieć różną etiologię (wypadek – uraz, udar lub wylew, zmiany starcze itp.), a przede wszystkim różne natężenie (uniemożliwiające lub jedynie utrudniające kontakt). Również ewolucja w postrzeganiu praw pacjentów niepełnosprawnych psychicznie zmierza do przyznawania im coraz szerszego zakresu podmiotowości i prawa do decydowania o sobie. Ponadto, w niniejszym opracowaniu wskazywano już na różnorodność terminologii medycznej, stosowanej do opisu stanu psychicznego pacjenta. Czynniki te utrudniają ocenę sądowni i decydować mogą o konieczności przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego. Tym bardziej, w przypadkach braku takiego dowodu, utrudnione jest badanie materiału zawartego w aktach spraw i dlatego analiza ta była prowadzona z dużą ostrożnością. Należało wskazać, czy w aktach znajdują się informacje pozwalające wyprowadzić wniosek o braku zdolności pacjenta do wyrażenia zgody. Oczywiście brak opinii biegłego w postępowaniu dowodowym nie przesądzał tej oceny. Przyjęto założenie, zgodnie z którym jakakolwiek jednoznaczna

wypowiedź lekarska dotycząca braku możliwości nawiązania kontaktu z pacjentem (np. stwierdzenie afazji mieszanej, całkowitej, czuciowo-ruchowej) była interpretowana jako świadectwo braku zdolności pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Mimo takiego podejścia wynik badania okazał się zaskakujący.

Tabela 6. Zdolność pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Czy pacjent był zdolny do wyrażenia zgody	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Tak	4	2
Nie	153	74,6
Nie można ustalić na podstawie akt	48	23,4
Ogółem	205	100

Źródło: opracowanie własne.

Jedynie w czterech przypadkach (2%) zdecydowano się na ocenę, że pacjent był zdolny do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, co wykluczało dopuszczalność substytuowania tej zgody orzeczeniem sądu. W jednej spośród tych spraw zapadło postanowienie „oddalające wniosek”, natomiast w pozostałych trzech sąd wydał jednak postanowienie o umieszczeniu w z.o.l., motywowane – jak się wydaje – względami „życiowymi” (dwie sprawy dotyczyły alkoholików, a jedna pacjenta, który już raz udzielił zgody na pobyt w z.o.l. a jego aktualny stan był niestabilny i istniało ryzyko, że nie będzie w stanie wyrazić tej zgody w dniu przyjmowania do z.o.l.).

Przede wszystkim jednak, ponownie w dużej liczbie spraw – niemal ¼ badanej próby (48 przypadków, 23,4%) – akta sądowe nie pozwalały na wyprowadzenie wniosku odnośnie zdolności do wyrażenia zgody. Wskazać można szereg przykładów rodzących wątpliwości w tym zakresie. W aktach badanych spraw znalazły się następujące stwierdzenia, będące jedynym materiałem opisującym zdolność pacjenta do wyrażenia zgody: „pacjentka spokojna, okresowo nielogiczna w wypowiedziach – zespół otępienny” (kwestionariusz nr 27), „organiczna chwiejność afektywna” i „ograniczony kontakt z otoczeniem” (kwestionariusz nr 30), „utrudniony kontakt słowno-logiczny. Brak możliwości świadomego złożenia podpisu” (kwestionariusz 34), „stan zdrowia uzasadnia umieszczenie w z.o.l., pacjent nie może podpisać zgody” (kwestionariusz nr 40), „organiczne zaburzenia świadomości” (kwestionariusz 48), „[pacjent w] powierzchownym kontakcie” (kwestionariusz 60), „Kontakt werbalny i pozawerbalny szczątkowy. W chwili obecnej badanie psychiatryczne pacjenta, a tym bardziej jednoznaczne określenie jego zdolności do zrozumienia aktualnej sytuacji zdrowotnej i złożenia ważnego oświadczenia woli nie jest możliwe.” (kwestionariusz nr 111), „kontakt słowny ograniczony” (kwestionariusz nr 172).

Określenie poziomu świadomości pacjenta i jego sprawności intelektualnej umożliwiających złożenie świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest trudne i może być przedmiotem kontrowersji. W przywołanych przykładach, które, jak zaznaczono wyżej, były jedynymi informacjami w omawianym zakresie, zwraca jednak uwagę lakoniczność i brak pełnych podstaw do wnioskowania o kondycji psychicznej pacjenta. Wydaje się oczywiste, że braki te powinny być uzupełniane w toku postępowania dowodowego.

Należy również zwrócić uwagę na przyczyny braku zdolności do wyrażenia zgody w sprawach, w których przyjęto istnienie takiego stanu. W tabeli 2 wskazano już, że 50 spraw dotyczyło pacjentów w stanie nieprzytomności. Przypadki te nie budzą żadnych wątpliwości co do możliwości wyrażenia zgody. Jednakże w grupie 153 spraw, w których można było przyjąć, że pacjenci byli niezdolni do wyrażenia zgody, w 92 przypadkach (56,8%) przyczyną takiego stanu były różnego rodzaju deficyty w kontaktowaniu się z otoczeniem (afazje, stany określane jako „brak kontaktu” itp.) mimo zachowania stanu przytomności. Sytuacje te wymagają od sądu szczególnej uwagi i ostrożności w ocenie stanu zdrowia psychicznego pacjentów. W ramach badania aktowego nie była możliwa weryfikacja założeń rozstrzygnięć sądowych w tym zakresie – wymagałaby ona badania lekarskiego dokonywanego w każdym przypadku. Uwagę zwracała jednak często występująca zdawkowość materiałów pozwalających na uznanie pacjenta za niezdolnego do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, sprowadzająca się w niektórych przypadkach do kilku słów zaświadczenia lekarskiego, mówiącego np. o „afazji całkowitej”, „braku kontaktu”, „stanie minimalnej świadomości”, „otępieniu”, „zespole otępiennym” itp. (bardziej szczegółowe wyniki badania w zakresie postępowania dowodowego zostaną omówione w kolejnym punkcie). Dodać należy, że w 11 sprawach (6,8%) istniała wypowiedź lekarska wykluczająca możliwość uzyskania zgody, bez podania przyczyn takiego stanu pacjenta.

Jak zasygnalizowano wcześniej, pewne znaczenie z punktu widzenia oceny przesłanek podmiotowych określonych w art. 32 u.z.l. może mieć ustalenie, czy pacjent ma opiekuna faktycznego. Należy zastrzec, że opiekun taki może wyrażać za pacjenta zgodę na przeprowadzenie badania, które nie jest operacją lub metodą diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 32 ust. 3 i art. 34 u.z.l.). Istnienie opiekuna faktycznego może mieć zatem znaczenie z punktu widzenia postępowania dotyczącego umieszczenia w z.o.l. w zależności od koncepcji przedmiotu tego postępowania. Założenie, że orzeczenie obejmuje zezwolenie na udzielenie świadczeń zdrowotnych w warunkach z.o.l., może oznaczać brak potrzeby wydawania postanowienia, jeśli świadczenia te polegałyby na badaniu pacjenta mającego opiekuna faktycznego. Podobnie należałoby przyjąć przy założeniu, że umieszczenie w z.o.l. (przyjęcie) polega na przeprowadzeniu wstępnego badania kwalifikacyjnego.

Na podstawie 105 akt spraw (51,2%) można było stwierdzić, że nad pacjentem była sprawowana w sposób stały opieka faktyczna (por. art. 3 ust. 1 pkt 1 u.p.p.). Jedynie w 14 sprawach

(6,8%) pacjent był takiej opieki pozbawiony. Ponownie zwraca uwagę, że aż w 86 przypadkach badanych akt (42%) nie było możliwe ustalenie tej istotnej okoliczności.

3.3. Przebieg postępowania sądowego

Zagadnienia poruszone w poprzednim punkcie mają przede wszystkim wymiar materialno-prawny. Problematyka umieszczenia pacjenta w z.o.l. jest przedmiotem kontrowersji również w obszarze procesowym. Na tym gruncie powstaje szereg pytań dotyczących sposobu wszczęcia postępowania, legitymacji procesowej, reprezentacji czy sposobu formułowania sentencji postanowienia. Jak już wskazano w pierwszej części niniejszego opracowania, piśmiennictwo nie daje jednomyślnych odpowiedzi w tym zakresie.

W pierwszej kolejności scharakteryzować należy praktykę sądową w zakresie wszczęcia postępowania.

Tabela 7. Sprawy objęte badaniem według podmiotu inicjującego postępowanie i sposobu wszczęcia postępowania

Podmiot inicjujący postępowanie	Sposób wszczęcia postępowania			Ogółem
	Z urzędu	Na wniosek	Nie wynikało z akt	
Małżonek pacjenta	6 (2,9%)	13 (6,3%)	0	19 (9,2%)
Inny członek rodziny lub osoba bliska	28 (13,6%)	38 (18,5%)	1 (0,5%)	67 (32,7%)
Szpital	29 (14,1%)	57 (27,8%)	0	86 (42%)
Lekarz	4 (2%)	9 (4,4%)	0	13 (6,3%)
Z.o.l. w którym miał być umieszczony pacjent	1 (0,5%)	12 (5,9%)	0	13 (6,3%)
Podmiot prowadzący większą liczbę z.o.l.	2 (1%)	0	0	2 (1%)
Podmiot pomocy społecznej	2 (1%)	2 (1%)	0	4 (2%)
Przełożona zakonu	1 (0,5%)	0	0	1 (0,5%)
Ogółem	73 (35,6%)	131 (63,9%)	1 (0,5%)	205

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 7. zwraca uwagę duża różnorodność sytuacji procesowych odnotowywanych w badaniu. Postępowania inicjowane były zarówno przez członków rodziny i bliskich pacjenta (86 spraw, 42,9%) jak i przez szpital lub lekarzy (99 spraw, 48,3%). Pewnym zaskoczeniem jest niska liczba postępowań inicjowanych przez z.o.l., w którym miał być umieszczony pacjent, a więc w warunkach którego miały być udzielane świadczenia zdrowotne (15 spraw, 7,3%). O dużej liczbie postępowań inicjowanych przez szpitale decydowały zapewne względy praktyczne – potrzeba wypisania ze szpitala pacjenta, któremu hospitalizacja nie jest już potrzebna, a który jednocześnie nie może podjąć samodzielnego życia.

Istotne wątpliwości wiążą się z niejednorodnością praktyki sądowej w zakresie traktowania spraw dotyczących umieszczenia pacjenta w z.o.l. jako wszczynanych na wnioski lub z urzędu. Jak już wskazano w pierwszej części niniejszego opracowania, bardziej uzasadniony wydaje się pogląd, zgodnie z którym omawiany rodzaj spraw toczy się z urzędu, na skutek zawiadomienia sądu. Ponadto, o ile można zrozumieć pewne racje stojące za przypisaniem statusu wnioskodawcy rodzinie pacjenta lub lekarzowi, który ma udzielić świadczenia zdrowotnego, to zupełnie niezrozumiałe wydaje się przypisanie takiego statusu szpitalowi lub lekarzowi niezaangażowanym w udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania. Tymczasem w badanej próbie odnotowano aż 66 spraw (32,2%) zainicjowanych przez szpital lub lekarza spoza z.o.l., w których podmioty te traktowane były przez sąd jako wnioskowe. Ponadto należy zwrócić uwagę na znaczącą przewagę w ogólnej liczbie zbadanych spraw postępowań toczących się na wnioski (131 spraw, 63,9%). Wydaje się, że właściwsze jest jednak wąskie pojmowanie interesu prawnego decydującego o przyznaniu statusu wnioskodawcy (uczestnika) w omawianych sprawach. „Umieszczenie” w z.o.l. dotyczy bezpośrednio dóbr osobistych (przede wszystkim zdrowia) pacjenta, a zaangażowanie innych osób ma inny charakter, związany np. ze sferą relacji emocjonalnych z pacjentem.

W grupie spraw wszczynanych z urzędu (73 postępowania – 35,6%) w około połowie przypadków (37 postępowań – 18%) sąd wydał postanowienie o wszczęciu postępowania.

Prezentowane wyżej wyniki badania uzupełnić należy informacją dotyczącą podmiotów występujących w postępowaniach jako uczestnicy.

Tabela 8. Osoby, które brały udział w postępowaniu jako uczestnicy*

Uczestnik	Sprawy	
	l. bezwzgl.	procenty
Pacjent	202	98,5
Małżonek pacjenta	23	11,2
Dziecko(ci) pacjenta	59	28,8
Rodzice pacjenta	4	2
Inni krewni lub osoby bliskie pacjenta	11	5,4
Szpital lub lekarz	89	43,4
Z.o.l.	12	5,8
Podmiot prowadzący większą liczbę z.o.l.	3	1,5
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ⁵⁴ lub Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej ⁵⁵	5	2,4
Prokurator	2	1

*Liczby w kolumnach nie zostały zsumowane, ponieważ w jednej sprawie mogło być więcej uczestników niż jeden. Procenty obliczono dla liczby 205 zbadanych spraw.

Źródło: opracowanie własne.

⁵⁴ Dalej jako: MOPS.

⁵⁵ Dalej jako: GOPS.

Dane prezentowane w tabeli 8. potwierdzają wcześniej omawiane obserwacje. Sądy często traktują jako uczestników podmioty, których interesu prawnego prowadzone postępowanie nie dotyczy. W 89 sprawach (43,4% uczestnikiem postępowania był szpital lub lekarz. Trudno zrozumieć racje przemawiające za przyznaniem statusu uczestnika postępowania podmiotowi pomocy społecznej (5 spraw – 2,4%). Często status uczestnika przysługiwał osobom z kręgu rodziny i bliskich pacjenta (97 spraw – 47,3%). Bardzo rzadko (dwie sprawy – 1%) w postępowaniu uczestniczył prokurator. Jako błąd procesowy należy ocenić brak uczestnictwa w postępowaniu samego pacjenta, co miało miejsce w trzech przypadkach (1,5%).

Istotny, sygnalizowany przez sędziów problem dotyczy zagadnienia reprezentacji pacjenta w postępowaniu. Z uwagi na jego stan niezdolności do wyrażenia zgody medycznej, najczęściej związany z brakiem świadomości lub stanem otępienia, nie jest on w stanie osobiście dokonywać czynności procesowych. Zagadnienie to należy rozpatrywać w aspekcie ochrony praw pacjenta w postępowaniu sądowym, generuje jednak również problemy praktyczne, związane np. ze stosowaniem doręczeń.

Tabela 9. Reprezentacja pacjentów w postępowaniu a stosowanie doręczeń

Reprezentacja pacjenta w postępowaniu	Czy sąd stosował doręczenia pacjentowi lub osobie reprezentującej pacjenta		Ogółem
	Tak	Nie	
Adwokat lub radca prawny ustanowiony przez sąd	39 (19%)	1 (0,5%)	40 (19,5%)
Kurator dla osoby niepełnosprawnej	5 (2,4%)	0	5 (2,4%)
Kurator dla doręczeń	1 (0,5%)	0	1 (0,5%)
Kurator (bez określenia rodzaju)	18 (8,8%)	5 (2,4%)	23 (11,2%)
Kurator dla osoby niepełnosprawnej i adwokat ustanowiony przez sąd	1 (0,5%)	0	1 (0,5%)
Opiekun prawny	1 (0,5%)	0	1 (0,5%)
Brak reprezentacji	93 (45,4%)	41 (20%)	134 (65,4%)
Ogółem	158 (77,1%)	47 (22,9%)	205 (100%)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela obrazuje istotne rozbieżności w praktyce prowadzenia postępowań przez sądy zarówno gdy chodzi o ustanawianie osoby reprezentującej pacjenta, jak i stosowanie doręczeń. Przede wszystkim nie można mówić o ugruntowanej praktyce dotyczącej reprezentacji procesowej pacjenta. W zdecydowanej większości spraw (134 przypadki – 65,4%) pacjenci w ogóle nie mieli osoby reprezentującej ich w postępowaniu sądowym. W grupie spraw, w których reprezentacja taka istniała (71 przypadków – 34,6%), zdecydowanie przeważało ustanowienie profesjonalnego pełnomocnika (adwokata lub radcy prawnego) przez sąd (40 przypadków – 19,5% ogółu spraw). Warto podkreślić, że ten sposób ustanowienia reprezentacji przeważał mimo braku jednoznacznej podstawy prawnej do ustanowienia pełnomocnika. Prezentowany

w doktrynie, alternatywny model zapewnienia pacjentowi reprezentacji, polegający na ustanowieniu dla niego kuratora, występował rzadziej. Ze względu na częste wyodrębnienie ustanowienia kuratora w osobnym postępowaniu, akta badanych spraw w wielu przypadkach nie pozwalały ustalić jednoznacznie, jaki rodzaj kurateli został ustanowiony. W sześciu przypadkach (2,9%) wiadomo było, że ustanowiono kuratora dla osoby niepełnosprawnej, a w jednej sprawie (0,5%) kuratora dla doręczeń. W 23 sprawach (11,2%) po stronie pacjenta występował kurator, przy czym nie można było określić rodzaju tej kurateli. Należy jednak przypuszczać, że doszło do ustanowienia kuratora dla osoby niepełnosprawnej na podstawie art. 183 k.r.o.

Odnotowane rozbieżności stanowią odbicie niepełnej regulacji prawnej omawianej sytuacji: brak jest jednoznacznej podstawy do ustanowienia pełnomocnika profesjonalnego, natomiast ustanowienie kurateli dla osoby niepełnosprawnej rodzi wątpliwości, gdy chodzi o status przedstawiciela ustawowego takiego kuratora.

Interesujące wyniki uzyskano w zakresie stosowania przez sądy doręczeń (pism procesowych, wezwań, postanowień). Zasadniczo doręczenia te były stosowane w przypadku ustanowienia reprezentacji pacjenta. Nieliczne wyjątki od tej zasady mogły wynikać np. ze śmierci pacjenta w trakcie trwającego postępowania. Natomiast warte odnotowania jest, że w grupie spraw, w której pacjent nie był reprezentowany przez inną osobę, w blisko połowie ogółu wszystkich spraw (93 przypadki – 45,4%) doręczenia były stosowane. W przypadkach tych dochodzi więc do sprzeczności polegającej na próbie doręczenia pisma pacjentowi, o którym wiadomo, że nie jest faktycznie zdolny (często jest nieprzytomny) do podejmowania czynności procesowych. W wielu przypadkach dowód doręczenia podpisywany był np. przez pracowników szpitala.

Z punktu widzenia analizy problemu określenia przedmiotu postępowania sądowego dotyczącego umieszczenia pacjenta w z.o.l. istotnym zagadnieniem jest ustalenie sposobu formułowania zawiadomień (wniosków) inicjujących to postępowanie.

Tabela 10. Sposób sformułowania pisma inicjującego postępowanie

Sformułowanie pisma	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Tylko umieszczenie w z.o.l.	156	76,1
Umieszczenie w z.o.l. i udzielenie ogólnie określonych świadczeń zdrowotnych	21	10,2
Umieszczenie w z.o.l. i udzielenie konkretnie określonych świadczeń zdrowotnych	21	10,2
Udzielenie ogólnie określonych świadczeń zdrowotnych w warunkach z.o.l.	7	3,4
Ogółem	205	100

Źródło: opracowanie własne.

Należy zastrzec, że wyniki badania prezentowane w tabeli 9. nie przesądzają tego, jaką koncepcję przedmiotu postępowania i ostatecznego rozstrzygnięcia przyjmował sąd. Pozwalają jednak ustalić początkową sytuację procesową, którą napotykały sądy, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia dalszego biegu postępowania.

W omawianym zakresie uzyskane wyniki są jednoznaczne: podmioty inicjujące postępowanie w zdecydowanej większości spraw jako ich przedmiot określały samo umieszczenie pacjenta w z.o.l. (ponad $\frac{3}{4}$ spraw – 156 przypadków – 76,1%). Pisma były najczęściej formułowane w lakoniczny sposób, np.: „Niniejszym wnoszę o wyrażenie zgody na umieszczenie uczestnika X w z.o.l.”, „Szpital X wnosi o wydanie orzeczenia dotyczącego umieszczenia w z.o.l. bez zgody pacjenta Y”. Często odnotowywaną praktyką było formułowanie pisma inicjującego postępowanie w drodze dokonania odpowiednich skreśleń i zaznaczeń na formularzu przygotowanym przez szpital lub z.o.l. W nielicznych przypadkach (21 spraw – 10,2%) w piśmie zwracano się do sądu o zezwolenie na udzielenie konkretnych świadczeń zdrowotnych oprócz samego umieszczenia w z.o.l. Istotna statystycznie była grupa spraw, w których zwracano się o wydanie zezwolenia o charakterze blankietowym, na udzielenie ogólnie określonych świadczeń zdrowotnych (28 przypadków – 13,6%, np. „Na podstawie art. 32 ust 2 i 8 u.z.l. wnoszę o udzielenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych wobec X możliwych do udzielenia w z.p.o./z.o.l., mających na celu ratowanie życia.”).

Prezentowane wyżej wyniki badania warto uzupełnić informacją na temat podstaw prawnych wskazywanych w pismach. W zdecydowanej większości spraw (120 postępowań – 58,5%) nie zostały wskazane żadne przepisy prawne. Istotne jest jednak, że w pismach, w których przywołane zostały przepisy prawne, zdecydowanie przeważało wskazanie na art. 32 i 34 u.z.l. (w 60 sprawach – 29,3% – podano te przepisy jako jedyną podstawę prawną, a w 3 – 1,5% – w zbiegu z art. 33a u.ś.o.z. i § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r.) Oznacza to, że w świadomości podmiotów inicjujących postępowanie, umieszczenie w z.o.l. jest postacią świadczenia zdrowotnego. W 22 pismach inicjujących postępowanie (10,7%) wskazano jedynie na art. 33a u.ś.o.z. lub § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r.

Niemal do wszystkich pism dołączona była dokumentacja medyczna (188 spraw – 91,7%). W dziewięciu przypadkach (4,4%) nie dołączono oddzielnych dokumentów medycznych ale samo pismo pochodziło od lekarza, który określił stan zdrowia pacjenta. Jedynie w ośmiu sprawach (3,9%) brak było jakiegokolwiek informacji lekarskiej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta. Należy jednak podkreślić, że rodzaj i zakres dołączanej dokumentacji medycznej był bardzo zróżnicowany i zależał od praktyki przyjmowanej w danym szpitalu lub z.o.l. W części przypadków jedynym dokumentem było lakoniczne zaświadczenie lekarskie, ogólnie określające rozpoznanie oraz potrzebę umieszczenia w z.o.l. Do sądów trafiał również komplet dokumentów wymaganych do umieszczenia w z.o.l. (skierowanie, wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie). W nielicznych sprawach sądowi przekazywano całą dokumentację dotyczącą hospitalizacji pacjenta.

W bardzo dużej liczbie spraw (139 przypadków – 67,8%), nie określono w piśmie skierowanym do sądu, w którym z.o.l. ma być umieszczony pacjent. Okoliczność ta ma istotne znaczenie nie tylko z punktu widzenia dobra pacjenta, ale również z przyczyn formalno-procesowych. Zgodnie z art. 32 ust. 10 u.z.l. sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane. Należy zaznaczyć, że również w większości spraw, w których podmiot inicjujący postępowanie wskazywał u.z.l. jako podstawę prawną umieszczenia pacjenta w z.o.l., nie określono konkretnej placówki tego rodzaju (36 przypadków – 17,6%).

W niewielkiej liczbie spraw (23 przypadki – 11,2%) pismo skierowane do sądu zawierało żądanie zabezpieczenia w postaci umieszczenia pacjenta w z.o.l. Oczywistym motywem wniosku była chęć przyspieszenia umieszczenia pacjenta w tej placówce. Ponieważ badane postępowania zazwyczaj nie należą do przewlekłych (czas trwania postępowania będzie przedmiotem analizy w dalszej części niniejszego opracowania) sądy z reguły pozostawiały wnioski o zabezpieczenie bez rozpoznania i wydawały postanowienie kończące postępowanie. Tylko w dwóch postępowaniach zabezpieczenie zostało udzielone. W jednym z nich sąd postanowił „udzielić zabezpieczenia przez umieszczenie X [pacjentki] w z.o.l. bez jej zgody”, a w drugim postanowił „na czas trwania postępowania zezwolić X [żonie pacjenta] na dokonanie wszelkich formalności związanych z umieszczeniem Y w z.o.l. w tym na złożenie wniosku”.

Z prezentowanych dotychczas informacji zebranych w toku badania wynika, że w początkowej fazie postępowania, na podstawie samego pisma, które je zainicjowało, często nie można było ustalić, jakie świadczenia zdrowotne będą udzielane pacjentowi w z.o.l. oraz w którym z.o.l. pacjent ma być umieszczony. W poprzednim punkcie niniejszego opracowania zwracano również uwagę na deficyty w ustaleniu ważnych okoliczności podmiotowych. W tym kontekście istotny jest sposób prowadzenia dalszego postępowania przez sąd, w szczególności ewentualne wezwanie do uzupełnienia braków pisma oraz przeprowadzone dowody.

Tabela 11. Wezwanie sądu do uzupełnienia braków lub uzupełnienia pisma inicjującego postępowanie*

Żądanie sądu	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Dołączenie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta uzasadniającego umieszczenie w z.o.l.	17	8,3
Dołączenie dokumentacji medycznej potwierdzającej brak zdolności pacjenta do wyrażenia zgody	5	2,4
Określenie, w którym z.o.l. ma być umieszczony pacjent	8	3,9
Sprecyzowanie, jakie świadczenia będą udzielane w z.o.l.	5	2,4
Wskazanie okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie	1	0,5
Określenie, czy pacjent jest ubezwłasnowolniony	4	2
Wskazanie kandydata na kuratora	5	2,4

Żądanie sądu	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Wskazanie, czy pacjent ma rodzinę	2	1
Inne braki (odpis pisma, opłata, podpisy, kopie dokumentów, akt urodzenia)	19	9,3
Sąd nie żądał uzupełnienia braków lub uzupełnienia pisma	158	77,1

*Liczby w kolumnach nie zostały zsumowane, ponieważ w jednej sprawie sąd mógł wzywać do uzupełnienia większej liczby braków. Procenty obliczono dla liczby 205 zbadanych spraw.

Źródło: opracowanie własne.

Sądy wzywały podmioty inicjujące postępowanie do uzupełnienia pisma lub braków formalnych w 47 sprawach (22,9%), przy czym najczęściej żądanie dotyczyło braków formalnych, bez znaczenia dla merytorycznego rozpoznania sprawy (19 przypadków – 9,3%). W 17 sprawach sąd (8,3%) wezwał do dołączenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta, a więc zmierzał do ustalenia, czy umieszczenie w z.o.l. jest uzasadnione. Uwagę zwraca bardzo niska liczba spraw, w których wezwano do przedłożenia dokumentów medycznych potwierdzających brak zdolności pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (5 przypadków – 2,4%) oraz do określenia, czy pacjent jest ubezwłasnowolniony (2 sprawy – 1%).

W 37 sprawach (18%) wezwanie sądu spowodowało uzupełnienie pisma. W sześciu przypadkach (2,9%) uzupełnienie miało charakter częściowy, a w czterech (2%) w ogóle nie nastąpiło.

Charakterystyka przebiegu postępowania wymaga oceny aktywności uczestników postępowania, wyrażającej się w formułowaniu pism procesowych oraz obecności na rozprawie.

Tabela 12. Formułowanie pism procesowych przez podmioty biorące udział w postępowaniu*

Podmiot	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Dziecko pacjenta	24	11,7
Małżonek pacjenta	7	3,4
Inny członek rodziny pacjenta	6	2,9
Profesjonalny pełnomocnik pacjenta	6	2,9
Kurator	2	1
Lekarz lub szpital	19	9,3
Z.o.l.	1	0,5
MOPS lub GOPS	6	2,9
Przełożona zakonu	1	0,5
Nikt nie formułował pism procesowych	140	68,3

*Liczby w kolumnach nie zostały zsumowane, ponieważ w jednej sprawie pisma mógł formułować więcej niż jeden podmiot. Procenty obliczono dla liczby 205 zbadanych spraw.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli przedstawiono wyniki badania w zakresie aktywności podmiotów biorących udział w postępowaniu, przejawiającej się w formułowaniu pism procesowych. Jako przykład tego rodzaju aktywności odnotowywano sformułowanie przynajmniej jednego pisma, przy czym nie brano pod uwagę pism o charakterze wyłącznie formalnym, pozamerytorycznym, takich jak np. wniosek o przyznanie wynagrodzenia adwokatowi. Uwagę zwraca bardzo duża liczba spraw, w których uczestnicy nie podejmowali jakiejkolwiek aktywności omawianego rodzaju (140 postępowań – 68,3%). Podkreślenia wymaga również znikoma aktywność profesjonalnych pełnomocników procesowych (6 przypadków – 2,9%) oraz kuratorów (2 przypadki – 1%). Statystycznie istotne było natomiast zaangażowanie członków rodziny pacjenta (w sumie 37 spraw – 18%). Wydaje się to zrozumiałe z uwagi na emocjonalne zaangażowanie członków rodziny pacjenta.

W zdecydowanej większości postępowań objętych badaniem sądy nie zdecydowały się na przeprowadzenie rozprawy, a więc uznały, że nie zachodzi potrzeba roztrząsania materiału dowodowego (120 spraw – 58,5%). W grupie 85 postępowań, w których przeprowadzono rozprawę, liczba posiedzeń jawnych wynosiła:

- 1 posiedzenie – 70 spraw (34,1%),
- 2 posiedzenia – 13 spraw (6,3%),
- 3 posiedzenia – 2 sprawy (1%).

Tabela 13. Obecność podmiotów biorących udział w postępowaniu na rozprawie*

Podmiot	Sprawy	
	l. bezwzgl.	procenty
Pacjent	4	1,9
Dziecko pacjenta	38	18,5
Małżonek pacjenta	14	6,8
Inny członek rodziny pacjenta	8	3,9
Profesjonalny pełnomocnik pacjenta	25	12,2
Kurator	18	8,8
Opiekun	1	0,5
Lekarz lub przedstawiciel szpitala	2	1
MOPS lub GOPS	4	1,9
Prokurator	1	0,5
Nikt nie był obecny na rozprawie	10	4,9
Rozprawy nie wyznaczono	120	58,5

*Liczby w kolumnach nie zostały zsumowane, ponieważ w jednej sprawie na rozprawie mogła być obecna więcej niż jedna osoba. Procenty obliczono dla liczby 205 zbadanych spraw.

Źródło: opracowanie własne.

Aktywność podmiotów zaangażowanych w postępowanie wyrażająca się w ich obecności na rozprawie (którymkolwiek z posiedzeń jawnych) była zauważalnie większa niż w przypadku formułowania pism procesowych. Oczywistym wytłumaczeniem tej obserwacji jest obowiązek stawiennictwa wynikający z wezwania sądowego. Również w tym przypadku, najczęściej obecni na rozprawie byli członkowie rodziny pacjenta (60 spraw – 29,3%). Obecność profesjonalnych pełnomocników odnotowano w 25 postępowaniach (12,2%).

Szczególnie istotnym elementem charakterystyki sposobu prowadzenia postępowania przez sądy jest wskazanie jakie dowody zostały przez nie przeprowadzone.

Tabela 14. Dowody przeprowadzone w postępowaniu*

Podmiot	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Dokumentacja medyczna dołączona do pisma inicjującego postępowanie lub uzupełniona wskutek wezwania sądu	197	96,1
Dokumentacja medyczna uzyskana w toku postępowania	19	9,3
Opinia biegłego z zakresu medycyny	19	9,3
Dokumenty zawarte w aktach innej sprawy	15	7,3
Informacja o pacjencie pochodząca od podmiotu pomocy społecznej	16	7,8
Wywiad środowiskowy	12	5,8
Przesłuchanie pacjenta	4	1,9
Przesłuchanie opiekuna pacjenta	1	0,5
Przesłuchanie członka rodziny pacjenta	51	24,9
Przesłuchanie kuratora	6	2,9
Przesłuchanie innych świadków	2	1
Akt zgonu pacjenta	28	13,6
Inny akt stanu cywilnego	19	9,3
Zaświadczenie z systemu PESEL	17	8,3
Ksero dowodu osobistego	9	4,4

*Liczby w kolumnach nie zostały zsumowane, ponieważ w jednej sprawie mógł zostać przeprowadzony więcej niż jeden dowód. Procenty obliczono dla liczby 205 zbadanych spraw.

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badania jednoznacznie wskazują, że w zdecydowanej większości spraw, materiałem dowodowym, stanowiącym podstawę do wydania rozstrzygnięcia była dokumentacja medyczna dołączona do wniosku lub uzyskana w wyniku wezwania do jej uzupełnienia. Dowód tego rodzaju znajdował się w 197 aktach (96,1%). Liczba ta pozostaje w wyraźnej dysproporcji do liczby innych dowodów, które mogły wskazywać na stan zdrowia pacjenta. Należy również ponownie podkreślić, że zakres gromadzonej dokumentacji medycznej był zróżnicowany, w wielu przypadkach ograniczony do krótkiego zaświadczenia lekarskiego, nie

dającego pełnego obrazu stanu zdrowia pacjenta. Dokumentacja medyczna zebrana w toku postępowania znajdowała się w 19 aktach spraw (9,3%). W takiej samej liczbie postępowań przeprowadzono dowód z opinii biegłego z zakresu medycyny. W ustaleniu stanu zdrowia mogły pomóc również takie dowody, jak informacja o stanie zdrowia pacjenta pochodząca od podmiotu pomocy społecznej (16 spraw – 7,8%) czy wywiad środowiskowy (12 spraw – 5,8%). Stosunkowo często sądy korzystały z zeznań świadków, w szczególności członków rodziny pacjenta (51 spraw – 24,9%).

Jak już wskazano, w niektórych badanych sprawach dokumentację medyczną dołączaną do pisma inicjującego postępowanie lub uzyskaną w toku postępowania stanowił komplet dokumentów wymaganych do umieszczenia w z.o.l. w „zwykłym” trybie (skierowanie, wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie). Pomimo brzmienia § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r., który przewiduje, że dokumenty te nie są wymagane, jeżeli orzeczenie o umieszczeniu w z.o.l. wydaje sąd, ich skompletowanie wydaje się celowe, jako materiału dowodowego dotyczącego potrzeby udzielenia innych niż szpitalne całodobowych świadczeń zdrowotnych. Warto zwrócić uwagę, że oprócz określonej w rozporządzeniu skali oceny samodzielności pacjenta (Barthel) użyteczna jest skala Glasgow, pozwalająca na ocenę stanu przytomności, a więc zdolności do wyrażenia zgody medycznej.

Szczególnie cennym dowodem w sprawach wymagających uwzględnienia wiedzy specjalistycznej jest opinia biegłego. Warto zatem poddać analizie tezy dowodowe w 19 przypadkach postępowań, w których taki dowód przeprowadzono. Skategoryzowano 4 rodzaje tez dowodowych:

1. Stan zdrowia pacjenta uzasadniający umieszczenie w z.o.l. – 13 spraw;
2. Zakres świadczeń zdrowotnych, które mają być udzielane w z.o.l. – 5 spraw;
3. Zdolność pacjenta do wyrażenia zgody – 15 spraw;
4. Zdolność pacjenta do uczestniczenia w czynnościach procesowych – 5 spraw.

Ponadto w jednej sprawie teza została sformułowana w sposób wadliwy i brzmiała: „czy stan zdrowia pacjenta pozwala na świadome i swobodne umieszczenie w ZOL i czy wymaga takiego umieszczenia”.

Wydaje się, że w niewielkiej grupie spraw, w których przeprowadzono dowód z opinii biegłego, sądy trafnie formułowały pytania, próbując przede wszystkim ustalić, czy pacjent jest zdolny do wyrażenia zgody medycznej, a zatem czy postępowanie sądowe może w ogóle być prowadzone. Podsumowując zgromadzone wyniki badania w zakresie postępowania dowodowego, wypada zwrócić uwagę na tę właśnie kwestię. Ustalenie stanu zdrowia pacjenta, jako uzasadnienie jego pobytu w z.o.l. jest łatwiejsze – jak wskazano wcześniej, postępowania dotyczą najczęściej osób starszych, niedołącznych, schorowanych. Natomiast bardziej złożoną kwestią, wymagającą specjalistycznej wiedzy i ostrożnej oceny z uwagi na możliwość naruszenia praw pacjenta, jest określenie jego stanu w zakresie zdolności do wyrażenia świadomej zgody medycznej. W tym zakresie badane akta często nie zawierały przekonującego

materiału dowodowego. Należy również zwrócić uwagę na deficyty w zakresie sprecyzowania w postępowaniu sądowym, jakie świadczenia zdrowotne będą udzielane pacjentom. Nawet przy założeniu, że przedmiotem postępowania sądowego jest samo umieszczenie traktowane jako rodzaj świadczenia zdrowotnego, wzgląd na dobro pacjenta przemawia na rzecz dokonania ustaleń dotyczących zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych w z.o.l. Oceniono, że w ponad połowie spraw (108 przypadków – 52,7%) akta postępowania sądowego nie dawały podstaw do skonkretyzowania tych świadczeń. Należy zaznaczyć, że w przypadkach, w których dokonano przeciwnej oceny, katalog świadczeń często nie był wyczerpujący, a niektóre z tych świadczeń wynikały np. z charakteru placówki (np. z.o.l. dla osób sztucznie wentylowanych).

Pośrednio o zakresie prowadzonego postępowania dowodowego może również świadczyć liczba kart akt badanych postępowań. Średnia liczba tych kart poprzedzających wydanie postanowienia kończącego postępowanie wynosiła 18, a mediana – 12. Istniały przy tym postępowania (nie chodzi o przypadki umorzeń), w których liczba kart wynosiła 2 (13 przypadków) i 3 (10 przypadków).

Kolejnym istotnym czynnikiem z punktu widzenia interesu pacjenta jest czas trwania postępowania. Sformułowanie optymalnego modelu w tym zakresie nie jest oczywiste: z jednej strony wskazane jest szybkie rozpoznanie sprawy, z drugiej jednak – w świetle prezentowanych wcześniej ustaleń – zasadne może być rozszerzenie postępowania dowodowego i wyznaczenie rozprawy, co musi wpłynąć na wydłużenie postępowania.

Tabela 15. Czas trwania postępowania od wpłynięcia pisma je inicjującego do wydania postanowienia w I instancji

Przedział czasu	Sprawy	
	l. bezwzgl.	procenty
Do 1 tygodnia	61	29,8
Powyżej 1 tygodnia do 1 miesiąca	60	29,3
Powyżej 1 miesiąca do 2 miesięcy	32	15,6
Powyżej 2 miesięcy do 3 miesięcy	24	11,7
Powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy	22	10,7
Powyżej 6 miesięcy	6	2,9
Ogółem	205	100

Źródło: opracowanie własne.

Przede wszystkim podkreślić należy zróżnicowanie badanej próby, gdy chodzi o czas trwania postępowania. Odnotowano istotne statystycznie grupy spraw w niemal wszystkich wyodrębnionych w tabeli 15 przedziałach. Jedynie postępowania trwające ponad 6 miesięcy wystąpiły sporadycznie (6 przypadków – 2,9%, najdłuższe postępowanie trwało 9 miesięcy). Jednocześnie zaznaczyła się wyraźna przewaga postępowań trwających krócej. Ponad

¼ spraw została zakończona przed upływem tygodnia od wpłynięcia pisma inicjującego postępowanie (61 przypadków – 29,8%). W tej grupie odnotowano 8 postępowań zakończonych w dniu wpłynięcia pisma, a 37 spraw zakończyło się przed upływem trzeciego dnia. Warto zaznaczyć, że wspomniane wyżej zróżnicowanie czasów trwania postępowania zwykle nie wynikało z charakteru sprawy, jej skomplikowania, ale z modelu postępowania przyjmowanego w praktyce orzeczniczej danego sądu. Można zatem mówić o modelu działania natychmiastowego, na podstawie dostarczonych sądowi dokumentów, oraz modelu polegającym na szczegółowym rozpoznaniu sprawy. Ten drugi występował znacznie rzadziej.

W sprawach, w których sąd wyznaczył rozprawę, sprawność postępowania obrazuje w pewnym stopniu czas, jaki upływał od wpłynięcia pisma inicjującego postępowanie do wydania zarządzenia o wyznaczeniu rozprawy.

Tabela 16. Czas od wpłynięcia pisma inicjującego postępowanie do wydania zarządzenia o wyznaczeniu rozprawy a wezwanie sądu do uzupełnienia tego pisma*

Przedział czasu	Czy sąd wzywał do uzupełnienia pisma		Ogółem
	Tak	Nie	
Do 1 tygodnia	5 (5,7%)	20 (22,7%)	25 (28,4%)
Powyżej 1 tygodnia do 1 miesiąca	6 (6,8%)	23 (26,1%)	29 (33%)
Powyżej 1 miesiąca do 2 miesięcy	9 (10,2%)	13 (14,8%)	22 (25%)
Powyżej 2 miesięcy do 3 miesięcy	2 (2,3%)	1 (1,1%)	3 (3,4%)
Powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy	4 (4,5%)	4 (4,5%)	8 (9,1%)
Powyżej 6 miesięcy	1 (1,1%)	0	1 (1,1%)
Ogółem	27 (30,7%)	61 (69,3%)	88 (100%)

*Liczba 88 spraw, dla której obliczono procenty, przekracza liczbę postępowań, w których odbyła się rozprawa (85), ponieważ w niektórych przypadkach postępowanie zostało umorzone wcześniej.

Źródło: opracowanie własne.

Czynnikiem, który mógł decydować o wydłużeniu czasu oczekiwania na wyznaczenie pierwszego posiedzenia jawnego na rozprawę, mogło być wezwanie sądu do uzupełnienia pisma inicjującego postępowanie. Zestawienie wyników badania w tym zakresie nie pozwala jednak na dostrzeżenie istotnych korelacji między tymi czynnikami. Wydłużenie oczekiwania na wyznaczenie rozprawy mogło zatem wynikać również z obciążenia sądów. Tylko w 25 sprawach (28,4%) zarządzenie o wyznaczeniu rozprawy następowało natychmiastowo – w pierwszym tygodniu po wpływie pisma inicjującego postępowanie.

Tabela 17. Czas od wydania zarządzenia o wyznaczeniu rozprawy do pierwszego posiedzenia wyznaczonego na rozprawę

Przedział czasu	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Do 1 tygodnia	13	15,3
Powyżej 1 tygodnia do 1 miesiąca	43	50,6
Powyżej 1 miesiąca do 2 miesięcy	22	25,9
Powyżej 2 miesięcy do 3 miesięcy	4	4,7
Powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy	1	1,2
Powyżej 6 miesięcy	1	1,2
W aktach nie było zarządzenia o wyznaczeniu rozprawy	1	1,2
Ogółem	85	100

Źródło: opracowanie własne.

Wydaje się, że w badanej grupie czas oczekiwania na rozprawę od momentu wydania zarządzenia o jej wyznaczeniu odpowiadał racjonalnym zasadom prowadzenia postępowania. W zdecydowanej większości przypadków był to czas gwarantujący dostarczenie wezwania i możliwość zaplanowania obecności na rozprawie przez osoby wezwane (65 spraw – 76,5% – powyżej tygodnia do 2 miesięcy). Przypadki krótszego oczekiwania możliwe były w sądach, w których nawiązano szybki kontakt z uczestnikami, a przypadki długiego oczekiwania na rozprawę miały charakter jednostkowy i wiązały się z jej przekładaniem.

Szczególnie istotne są wyniki badania w zakresie ostatecznego rozstrzygnięcia sądu.

Tabela 18. Rozstrzygnięcie sądu kończące postępowanie w I instancji

Sposób rozstrzygnięcia sprawy	Sprawy	
	I. bezwzgl.	procenty
Postanowienie zezwalające na umieszczenie pacjenta w z.o.l.	155	75,6
Postanowienie odmawiające umieszczenia pacjenta w z.o.l.	5	2,4
Umorzenie postępowania	45	22
Ogółem	205	100

Źródło: opracowanie własne.

Przed wszystkim, w badanej grupie spraw uwagę zwraca znikoma liczba postępowań, w których sąd odmówił zezwolenia na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W żadnej z 5 (2,4%) spraw, w których to nastąpiło, przyczyną odmowy nie była ocena potrzeby umieszczenia pacjenta w z.o.l. W tej grupie, w dwóch przypadkach sąd ocenił, że wnioskodawca nie ma legitymacji do występowania z wnioskiem, w jednej podmiot zawiadamiający zmienił zdanie co do umieszczenia pacjenta w z.o.l., i w jednej sprawie na podstawie akt nie można było ustalić motywów negatywnego jej rozpatrzenia. Tylko w jednym postępowaniu sąd

odmówił zezwolenia, ponieważ ocenił, że brak jest przesłanek podmiotowych do zastosowania przepisów u.z.l. – pacjent był zdolny do wyrażenia zgody.

De lege ferenda, powyższe obserwacje stawiają pod znakiem zapytania celowość utrzymywania obecnego modelu sądowej kontroli umieszczania pacjentów w z.o.l. – w praktyce sądowej nie dochodzi do negatywnej weryfikacji medycznej potrzeby umieszczenia pacjenta w z.o.l.

W znaczącej liczbie spraw (45 przypadków – 22%) doszło do umorzenia postępowania. W większości z nich (40 postępowań) przyczyną umorzenia był zgon pacjenta w trakcie postępowania. W pięciu sprawach umorzenie nastąpiło wskutek cofnięcia wniosku. Warto w tym miejscu wyjaśnić, że sprawy umorzone zostały włączone do badania i nie były wyłączone z analiz dotyczących postępowania dowodowego, ponieważ śmierć pacjentów następowała zazwyczaj na dalszym etapie postępowania sądowego, w przypadkach jego przedłużania się. Jednocześnie ryzyko śmierci uczestnika postępowania stanowi charakterystyczną cechę badanych spraw sądowych.

W ponad ¾ spraw (155 – 75,6%) sądy wydały postanowienie pozytywne, tj. zezwalające na umieszczenie w z.o.l. lub udzielenie w nim świadczeń zdrowotnych. Sentencja postanowienia była przy tym formułowana w sposób zróżnicowany.

Tabela 19. Sposób sformułowania sentencji postanowienia

Sformułowanie sentencji	Sprawy	
	l. bezwzgl.	procenty
Tylko umieszczenie w z.o.l.	114	73,5
Umieszczenie w z.o.l. i udzielenie ogólnie określonych świadczeń zdrowotnych	8	5,2
Umieszczenie w z.o.l. i udzielenie konkretnie określonych świadczeń zdrowotnych	1	0,6
Umieszczenie w z.o.l. i udzielenie świadczeń zdrowotnych określonych w sposób konkretny i ogólny	9	5,8
Udzielenie ogólnie określonych świadczeń zdrowotnych w warunkach z.o.l.	18	11,6
Udzielenie konkretnie określonych świadczeń zdrowotnych w warunkach z.o.l.	1	0,6
Ustanowienie kuratora w celu umieszczenia w z.o.l.	4	2,6
Ogółem	155	100

Źródło: opracowanie własne.

Przede wszystkim podkreślenia wymaga, że w zdecydowanej większości spraw (prawie ¾ postanowień „pozytywnych” – 114 przypadków – 73,5%) sądy wydawały postanowienia, w których sentencji zawarte było jedynie zezwolenie na umieszczenie w z.o.l. Przykładowa sentencja takiego postanowienia brzmiała:

„Sąd postanawia umieścić X w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bez jego[jej] zgody”.

Niekiedy widoczna była chęć znalezienia innej formuły językowej, w której na plan pierwszy nie byłby wysuwany element przymusowego umieszczenia pacjenta, np.:

„Sąd postanawia stwierdzić, że zachodzi konieczność umieszczenia X w zakładzie opiekuńczo-leczniczym Y – w miejsce jego zgody”,

„Sąd postanawia zezwolić uczestniczce X na umieszczenie Y w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bez jej[jego] zgody”.

Ostatnią z wymienionych sentencji ocenić należy jako przykład niewłaściwej praktyki, skoro wskazany w niej uczestnik nie był przedstawicielem ustawowym pacjenta. W niektórych sentencjach widoczna była tendencja do zasygnalizowania, że umieszczenie w z.o.l. jest rodzajem świadczenia zdrowotnego, np.:

„Sąd postanawia zezwolić na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci umieszczenia uczestniczki X w zakładzie opiekuńczo-leczniczym”,

„Sąd postanawia zezwolić na udzielenie świadczenia [pacjentce] X w postaci umieszczenia i pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym - bez zgody X, spowodowanej niezdolnością do świadomego wyrażenia zgody”.

W znaczącej liczbie postępowań, sądy formułując sentencje zawierały w nich zezwolenie na udzielenie świadczeń zdrowotnych, jednak określały je w sposób bardzo ogólny, np.:

„Sąd postanawia zezwolić na udzielenie świadczeń zdrowotnych wobec X możliwych do udzielenia z zakładzie opiekuńczo-leczniczym”,

„Sąd postanawia skierować X do zakładu opiekuńczo-leczniczego i wyrazić zgodę na jej leczenie bez konieczności wyrażania każdorazowo zgody na zabieg z udziałem X”,

„Sąd postanawia na podstawie art. 569 § 2 k.p.c. w zw. z art. 32 ust 2 oraz art. 34 ust. 3 ustawy z 5.12.1996 o zawodach lekarza i lekarza denty (t.jedn [...]) zezwolić na hospitalizację i leczenie w warunkach ZOL X chorego Y oraz stosowanie wobec niego procedur ZOL, procedur terapii zachowawczej, procedur diagnostyki obrazowej i inwazyjnej oraz innych, uzależnionych od stanu pacjenta”.

W ostatnim z przywołanych przykładów jedynie pozornie zostały skonkretyzowane świadczenia zdrowotne będące przedmiotem zezwolenia sądu, skoro użyto sformułowań „procedury ZOL” i „inne [świadczenia zdrowotne] uzależnione od stanu pacjenta”. Ten blankietowy sposób formułowania sentencji należy uznać za niedopuszczalny w świetle wszystkich, prezentowanych w pierwszej części niniejszego opracowania koncepcji dotyczących przedmiotu postępowania dotyczącego umieszczenia pacjenta w z.o.l.

W nielicznych przypadkach, formułując sentencję, sądy zmierzały do możliwie precyzyjnego określenia świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi, np.

„Sąd postanawia zezwolić na dokonanie wobec X w warunkach zakładu opiekuńczo-leczniczego następujących świadczeń zdrowotnych: kompleksowej toalety ciała, zmiany pozycji ciała, zmiany bielizny, przeprowadzania hemodializy, podawania pokarmu i nawadniania, kontynuacji farmakoterapii, rehabilitacji”

„Sąd postanawia zezwolić na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci umieszczenia X w zakładzie opiekuńczo-leczniczym z możliwością kontynuowania respiratoroterapii przy ul. Y w Z”.

Podsumowując analizę wyników badania w zakresie sposobu formułowania sentencji postanowień sądowych, należy podkreślić istnienie trudności w wypracowaniu jednolitej, spójnej praktyki orzeczniczej dotyczącej przedmiotu omawianego rodzaju postępowania. Niezależnie od przyjmowanej koncepcji, należy się opowiedzieć za możliwie precyzyjnym określeniem rodzaju świadczeń zdrowotnych w przypadku ich wyodrębniania.

W grupie 155 spraw, w których sąd wydał postanowienie „pozytywne”, zezwalające na umieszczenie pacjenta w z.o.l., tylko w 38 przypadkach (24,5% tej grupy) sądy określiły konkretny z.o.l. Liczba ta jest zaskakująca, ponieważ w grupie 155 spraw rozpoznanych „pozytywnie”, w toku postępowania konkretny z.o.l. został określony w 51 przypadkach. Ponadto warto przytoczyć formułę przyjętą przez jeden z sądów w 3 sprawach, polegającą na wskazaniu alternatywnym z.o.l.:

„Sąd postanawia stwierdzić potrzebę umieszczenia X w zakładzie opiekuńczo-leczniczym Y lub innym odpowiednim zakładzie opiekuńczo-leczniczym - bez jego zgody”.

Trudno w takim przypadku mówić jednak o wskazaniu konkretnej placówki, skoro sąd pozostawił pełną dowolność w wyborze z.o.l.

W ramach analizy wyników badania dotyczących orzeczenia sądowego warto jeszcze przedstawić, jakie podstawy rozstrzygnięć przyjmowały sądy. Z uwagi na brak uzasadnień w części postanowień oraz brak obowiązku wskazywania podstaw prawnych w sentencji postanowienia, wyniki te mają charakter cząstkowy. W zestawieniu uwzględniono jedynie sprawy rozpatrzone merytorycznie, z pominięciem umorzeń.

Art. 32 lub 34 u.z.l.	- 59 spraw
Art. 32 lub 34 u.z.l. i art. 3 ust. 1, art. 8, art. 9 ust. 1, art. 12 ust. 1 u.d.l.	- 12 spraw
Art. 32 lub 34 u.z.l. i art. 569 § 2 k.p.c.	- 12 spraw
Art. 32 lub 34 u.z.l. i art. 33a ust. 2 u.ś.o.z. lub § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r.	- 11 spraw
Art. 32 lub 34 u.z.l. i § 2 pkt 1 Rozp.M.Z. z 2012 r.	- 1 sprawa
Art. 33a ust. 2 u.ś.o.z. lub § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r. i art. 15 do 19 u.p.p.	- 2 sprawy
Art. 33a ust. 2 u.ś.o.z. lub § 6 Rozp.M.Z. z 2012 r.	- 1 sprawa

W sprawach, w których dokonanie ustaleń było możliwe, zdecydowanie dominowało postrzeganie u.z.l. jako podstawy prawnej rozstrzygnięcia dotyczącego umieszczenia pacjenta w z.o.l. (95 postępowań). Najczęściej sądy wskazywały tę podstawę jako jedyną. Tylko w trzech sprawach wskazano inne ustawy. Wydaje się, że przywołanie w jednej ze spraw § 2 pkt 1 Rozp.M.Z. z 2012 r. potraktować należy jako pomyłkę (przepis ten nie posiada punktów tylko ustępy, i dotyczy świadczeniobiorcy).

W całej badanej grupie tylko w jednym przypadku doszło do zaskarżenia postanowienia i zakończenia postępowania orzeczeniem sądu II instancji. W przypadku tym jednak doszło do uchylecia postanowienia sądu I instancji i umorzenia postępowania z powodu śmierci uczestnika (pacjenta).

3.4. Wybrane przykłady postępowań sądowych

Zaprezentowane poniżej przykłady postępowań sądowych zostały wybrane w taki sposób, aby zilustrować charakterystyczne problemy ujawnione w badaniu. Jednocześnie należy podkreślić, że specyfika badanej grupy spraw wyrażała się w powtarzalności przyjmowanych modeli procesowych (np. zakresu prowadzonego postępowania dowodowego, formułowania sentencji postanowienia itp.) w obrębie poszczególnych sądów.

Przykład 1 – kwestionariusz nr 9

Pacjent: mężczyzna w wieku 55 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: członek rodziny pacjenta.

Postępowanie: prowadzone na wniosek, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

Pacjent przebywał w szpitalu w stanie encefalopatii hipoksemicznej (uszkodzenia mózgu wskutek niedotlenienia) po zatrzymaniu krążenia. Był mechanicznie wentylowany. Pismo do sądu, potraktowane jako wniosek, wniósł członek jego rodziny. Sprawa trafiła do sądu w mieście A. Przed umieszczeniem w szpitalu w mieście B, pacjent zamieszkiwał w mieście C i w tym mieście znajdował się z.o.l., w którym miał być umieszczony. Sąd w mieście A przekazał akta sprawy do sądu w mieście C, wskazując, że właściwy jest sąd ostatniego miejsca zamieszkania pacjenta. Sąd w mieście C zwrócił akta z prośbą o reasumpcję, wskazując, że obecnym miejscem zamieszkania pacjenta jest miasto B (szpital, w którym przebywa pacjent). Ostatecznie sprawę rozpoznaje sąd w mieście A, posługując się w sentencji sformułowaniem „umieścić pacjenta w z.o.l. w C lub innym odpowiednim z.o.l. bez jego zgody”.

W przywołanej sprawie ujawniły się sygnalizowane już wątpliwości dotyczące określenia właściwości miejscowej sądu. Sprawa trafiła do sądu w mieście A zapewne z uwagi na miejsca

zamieszkania podmiotu inicjującego postępowanie (wnioskodawcy), zgodnie z art. 508 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego⁵⁶. Sąd w mieście A słusznie przekazał sprawę do miasta C, w którym znajdował się z.o.l., ponieważ zastosowanie znajduje przepis szczególny – art. 32 ust. 10 u.z.l.. Niepotrzebnie natomiast sąd w mieście A uzasadnił przekazanie sprawy okolicznością ostatniego miejsca zamieszkania pacjenta. Spowodowało to kolejny błąd – tym razem sądu w mieście C, który skupił się na określaniu aktualnego miejsca zamieszkania pacjenta. Ostatecznie orzeczenie wydał jednak sąd w mieście A, który prawdopodobnie z uwagi na przedłużające się postępowanie zastosował art. 569 § 2 k.p.c., uznając, że ma do czynienia z przypadkiem nagłym.

Przykład 2 – kwestionariusz 24

Pacjent: mężczyzna w wieku 81 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: członek rodziny pacjenta – syn.

Postępowanie: prowadzone z urzędu, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

Pacjent zamieszkiwał samotnie, korzystał ze wsparcia syna i pomocy społecznej. Wiadomo było, że 2 miesiące przed wszczęciem postępowania wyrażał zgodę na pobyt w z.o.l. Skierowanie sprawy do sądu wynikało z konieczności wyrażenia zgody przez pacjenta w dniu przyjmowania do z.o.l. i obaw syna, że ojciec, z uwagi na przejściowe stany otępienia, nie będzie w stanie wyrazić takiej zgody. Zgromadzona w aktach skąpa dokumentacja lekarska nie pozwalała na jednoznaczną ocenę stanu zdrowia psychicznego pacjenta – jego zdolności do wyrażenia zgody medycznej. Sąd nie wyznaczył rozprawy i wydał orzeczenie ograniczające się do zezwolenia na umieszczenie w z.o.l. bez określenia konkretnej placówki.

Opisane postępowanie stanowi przykład sprawy, w której istotne wątpliwości budziła zdolność pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Z opisu sytuacji przedstawionego przez syna pacjenta wynikało, że posiadał on taką zdolność przynajmniej częściowo. Dokumentacja medyczna kwestii tej nie rozstrzygała. Mimo to sąd przyjął istnienie przesłanki podmiotowej braku zdolności pacjenta do wyrażenia zgody i wydał postanowienie.

Przykład 3 – kwestionariusz 27

Pacjent: kobieta w wieku 75 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: szpital.

Postępowanie: prowadzone z urzędu, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

⁵⁶ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1460 ze zm.), dalej jako: k.p.c.

Sprawa dotyczyła pacjentki, która przebywała w szpitalu po utracie przytomności. Wykluczono udar niedokrwienny mózgu. Dokumentacja lekarska była skąpa – składała się na nią „epikryza etapowa”, w której znajdowało się stwierdzenie: „pacjentka spokojna, okresowo nielogiczna w wypowiedziach – zespół otępienny”. Z kolei w uzasadnieniu pisma skierowanego do sądu była mowa o „braku kontaktu słowno-logicznego”. Akta sprawy nie zawierały żadnych informacji na temat stanu cywilnego pacjentki, jej ewentualnego ubezwłasnowolnienia, członków rodziny czy opiekunów faktycznych. Sąd nie przeprowadził rozprawy, akta liczyły 7 stron do wydania postanowienia, a postępowanie trwało 2 dni. W aktach spraw pochodzących z sądu rozpatrującego omawiany przypadek widoczna była powtarzalność w formułowaniu uzasadnień, niezależnie od okoliczności konkretnego przypadku.

W odróżnieniu do sprawy opisanej w poprzednim przykładzie, w tym przypadku stanu psychicznego pacjentki nie można było określić nawet na podstawie twierdzeń osób bliskich. Wydaje się, że z akt wynikała warta wyjaśnienia sprzeczność między stwierdzeniem „okresowej nielogiczności w wypowiedziach”, a sformułowaniem uzasadnienia, posługującym się słowami „brak kontaktu słowno-logicznego”.

Przykład 4 – kwestionariusz 39

Pacjent: kobieta w wieku 87 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: członek rodziny pacjenta.

Postępowanie: prowadzone na wniosek, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

Pacjentka przebywała już w z.o.l. w momencie skierowania pisma do sądu – została tam umieszczona 11 dni wcześniej. Postępowanie sądowe trwało ok. 6 miesięcy. Przeprowadzone zostały 2 posiedzenia jawne wyznaczone na rozprawę, a dla pacjentki sąd ustanowił kuratora. Uczestnik – członek rodziny zawiadamiający sąd – został wezwany do przedstawienia zaświadczeń o potrzebie umieszczenia w z.o.l. i niezdolności pacjenta do wyrażenia zgody. W odpowiedzi przedstawione zostało nieczytelne i lakoniczne zaświadczenie (kartka o wymiarach ok. 10/10 cm), z którego można było odczytać następujące sformułowania: „bez kontaktu, nie jest zdolna do czynności prawnych”, „niedokrwistość”, „leżąca, zależna od opieki”.

Niezależnie od oceny zakresu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w przytoczonym przykładzie wątpliwości może budzić wydanie postanowienia przez sąd w znacznym odstępie czasu po umieszczeniu pacjentki w z.o.l. Doszło zatem do wydania orzeczenia o charakterze sanującym zaistniałe już umieszczenie. Trudno jest wskazać podstawy prawne takiego zezwolenia.

Przykład 5 – kwestionariusz 46

Pacjent: kobieta w wieku 87 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: szpital.

Postępowanie: prowadzone z urzędu, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

Pacjentka przebywała najprawdopodobniej w szpitalu – okoliczność ta nie była w jasny sposób potwierdzona. Informacje na temat jej zdrowia zebrano w bardzo ograniczonym zakresie: wiadomo było o krwotoku śródmózgowym, nadciśnieniu, cukrzycy oraz zaburzeniach mowy. W aktach nie było informacji na temat stanu cywilnego, ubezwłasnowolnienia oraz rodziny pacjentki.

Bardzo ograniczony zakres informacji na temat pacjenta wynikał z przyjętej w sądzie (powtarzalnej w innych postępowaniach) praktyki prowadzenia postępowania. Akta sprawy liczyły 2 karty do wydania postanowienia. Składały się z pisma zawiadamiającego szpital (odręcznie wypełnionego formularza) i lakonicznego zaświadczenia. Formularz „wniosku” miał postać następującą:

Rys. 1

Wniosek o udzielenie zgody na skierowanie Pacjenta do ZPO/ZOL

Na podstawie art.32 ust 2 i 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku i zawdzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. Z 2011 r. Nr 722. poz. 1634 ze zm.), wnoszę o udzielenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych wobecmożliwych do udzielenia w ZPO/ZOL, mających na celu ratowanie życia.

Pana/Pani
 urodzonego
 w
 syna/córki
 zam.....

Uzasadnienie

Pacjent(niezdolny do świadomego wyrażania zgody jeśli jest zdrowy psychicznie, nie jest ubezwłasnowolniony, a mimo to porozumienie z nim nie jest możliwe), bo

Pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo porozumienie z tymi osobami jest niemożliwe.

W załączniku opinia lekarza oddziału.

D Y R E K T O R

Warto zwrócić uwagę, że użyte w formularzu sformułowania były ze sobą sprzeczne, bądź nie odpowiadały terminom ustawowym. Tytuł wniosku dotyczy „zgody na skierowanie pacjenta”, a treść dotyczy „zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych”. Wskazanie różnych i wykluczających okoliczności odnoszących się do pacjenta rodzi podejrzenie, że „wniosek” powinien być wypełniany przez dokonanie odpowiednich skreśleń, co jednak nie miało miejsce. Należy podkreślić, że sąd nie wyjaśniał tych wszystkich wątpliwości, co więcej, formułując sentencję postanowienia używał podobnego, nieprecyzyjnego sformułowania: „zezwolić na udzielanie świadczeń zdrowotnych wobec X możliwych do udzielenia w ZPO/ZOL”. W niektórych postanowieniach zdanie to uzupełniane było słowami: „mających na celu ratowanie życia”.

Przykład 6 – kwestionariusz 64

Pacjent: kobieta w wieku 56 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: MOPS.

Postępowanie: prowadzone na wniosek, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

Pacjentka mieszkała sama, wiadomo było, że ma dzieci, które nie interesowały się jej losem. Korzystała ze wsparcia pomocy społecznej oraz sąsiadki. W zakresie jej stanu zdrowia, akta zawierały informację o głębokim otępieniu w przebiegu choroby Alzheimera. W chwili wystąpienia do sądu w sprawie umieszczenia w z.o.l. była już ubezwłasnowolniona, ale nie został jeszcze ustanowiony opiekun. Nastąpiło to w trakcie trwania postępowania, a opiekun był obecny na obu posiedzeniach jawnych wyznaczonych na rozprawę. Wyraził przed sądem aprobatę dla umieszczenia pacjentki w z.o.l. Mimo tego, sąd wydał postanowienie o umieszczeniu jej w z.o.l.

Przytoczony przykład nie budzi wątpliwości, gdy chodzi o potrzebę zapewnienia pacjentce opieki długoterminowej. Natomiast ustanowienie dla niej przedstawiciela ustawowego (opiekuna) i brak jego sprzeciwu wobec udzielenia jej świadczeń zdrowotnych wyłączały wydanie orzeczenia o umieszczeniu w z.o.l., zakładając, że jego podstawą jest ustawa zawodowa lekarska.

Przykład 7 – kwestionariusz 70

Pacjent: mężczyzna w wieku 56 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: szpital.

Postępowanie: prowadzone na wniosek, zakończone umorzeniem postępowania.

Pacjent przebywał w szpitalu po udarze niedokrwiennym mózgu. Znajdował się w stanie nieprzytomności – stanie wegetatywnym. Był rozwiedziony, osoby bliskie nie interesowały się jego stanem zdrowia. Sąd ustanowił profesjonalnego pełnomocnika dla pacjenta i przeprowadził rozprawę, wyznaczając jedno posiedzenie jawne. Mimo, że stan wegetatywny pacjenta wynikał z dołączonych do wniosku dokumentów medycznych, sąd zażądał dołączenia pełnej dokumentacji medycznej oraz dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza psychiatry na okoliczność zdolności pacjenta do wyrażenia zgody. W okresie oczekiwania na opinię, pacjent zmarł. Postępowanie trwało ponad 3 miesiące.

Opisany przypadek stanowi przykład niezwykle skrupulatnego prowadzenia postępowania dowodowego – być może w tej akurat sytuacji dopuszczanie dowodu z opinii biegłego psychiatry nie było konieczne. Ten wariant prowadzenia postępowania dowodowego, w kontekście poprzednio opisywanych, obrazuje jednak ogromne zróżnicowanie sposobu prowadzenia spraw dotyczących umieszczenia pacjenta w z.o.l.

Przykład 8 – kwestionariusz 94

Pacjent: kobieta w wieku 86 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: członek rodziny – córka.

Postępowanie: prowadzone z urzędu, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

Sprawa dotyczyła pacjentki, która mieszkała samotnie i korzystała ze wsparcia GOPS i pomocy córki. Sąd ustanowił dla pacjentki profesjonalnego pełnomocnika procesowego. Uczestnikiem postępowania była również jej córka. Sąd ustalił, jaki jest stan zdrowia pacjentki, na podstawie dołączonej do pisma inicjującego postępowanie dokumentacji medycznej, zeznań córki oraz opinii biegłego. Pacjentka cierpiała na szereg dolegliwości: chorobę nowotworową, niewydolność serca, nadciśnienie, otyłość, anemię, zapalenie żył, odleżyny. Zdiagnozowano u niej również chorobę Alzheimera. Teza dowodowa opinii psychiatrycznej dotyczyła potrzeby umieszczenia w z.o.l. i możliwości samodzielnego funkcjonowania. W związku z tym, biegły psychiatra nie poruszył w opinii zagadnienia zdolności do wyrażenia zgody medycznej.

W opisanym przypadku nie budziła wątpliwości potrzeba zapewnienia pacjentce innych niż szpitalne całodobowych świadczeń zdrowotnych. Jej stan zdrowia został ustalony w stopniu wystarczającym do wyprowadzenia takiego wniosku. Budzi natomiast zdziwienie, dla czego sąd, dopuszczając opinię psychiatryczną, nie zawarł w tezach dowodowych pytania o stan psychiczny pacjentki w kontekście jej zdolności do wyrażenia zgody medycznej.

Przykład 9 – kwestionariusz 182

Pacjent: mężczyzna w wieku 71 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: MOPS.

Postępowanie: prowadzone z urzędu, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

Pacjent pozostawał w związku małżeńskim i zamieszkiwał z żoną. Był dotknięty chorobą alkoholową i nie poruszał się samodzielnie. Ustalono, że od żony, która była dotknięta demencją, wyłudzał pieniądze na alkohol. Wyraźnie odmawiał zgody na umieszczenie w z.o.l. W dokumentacji medycznej zawarte było lakoniczne zaświadczenie lekarskie o treści następującej: „pacjent obłożnie chory, wymaga stałej opieki osoby dorosłej. Dotychczasowe leczenie nie przyniosło poprawy” oraz ocena stanu pacjenta w skali „Glasgow”, w której zawarte było następujące stwierdzenie: „odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany”. Innych informacji o stanie zdrowia w aktach nie było. Sąd przeprowadził rozprawę, na którą wezwał pacjenta. Ten jednak nie stawiał się. Postanowienie kończące postępowanie miało następującą sentencję: „Sąd postanawia zezwolić dyrektorowi MOPS X na udzielenie świadczeń zdrowotnych dla uczestnika Y poprzez umieszczenie go w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bez wymaganej zgody”.

Przywołany przypadek jest kolejnym, w którym nieprzekonujące wydaje się dokonanie ustaleń w zakresie zdolności pacjenta do wyrażenia zgody medycznej. Ujawnione w postępowaniu sądowym zachowania pacjenta pozwalają przypuszczać, że zachował on pewien zakres zdolności intelektualnych, to zaś powinno skłaniać do dokonania bardziej precyzyjnych ustaleń. Nie do przyjęcia jest konstrukcja sentencji postanowienia sądu, które upoważnienia dyrektora MOPS do udzielenia świadczeń zdrowotnych.

Przykład 10 – kwestionariusz 183

Pacjent: kobieta w wieku 68 lat.

Podmiot inicjujący postępowanie: MOPS.

Postępowanie: prowadzone z urzędu, zakończone umieszczeniem w z.o.l.

Postępowanie dotyczyło pacjentki przebywającej w szpitalu z powodu owrzodzenia nogi. Niezwykle lakoniczna dokumentacja, dołączona do pisma MOPS zawiadamiającego sąd, nie zawierała innych informacji o stanie zdrowia pacjentki, a w szczególności o jej zdolności do wyrażenia zgody medycznej. Zaświadczenie lekarskie dotyczyło jedynie wspomnianego stanu owrzodzenia nogi, a nie potrzeby umieszczenia w z.o.l. Wiadomo było natomiast, że pacjentka odmawiała zgody na umieszczenie w z.o.l. Sąd wyznaczył rozprawę i wezwał na nią pacjentkę, która nie stawiała się. Końcowe rozstrzygnięcie oparte zostało w głównej mierze

na informacjach uzyskanych z MOPS. Sentencja postanowienia, podobnie jak w sprawie opisanej w przykładzie 9. zawierała konstrukcję zezwolenia kierowanego do dyrektora MOPS.

Przypadek ten stanowi wyrazisty przykład pominięcia w postępowaniu sądowym ustalenia istotnych z punktu widzenia zastosowania przepisów u.z.l. okoliczności podmiotowych – przede wszystkim stanu niezdolności pacjenta do wyrażenia zgody medycznej. Zwłaszcza informacja o odmowie wyrażenia przez pacjentkę zgody skłaniać powinna do dokonania precyzyjnych ustaleń dotyczących jej stanu psychicznego.

4. Podsumowanie

Dokonane w niniejszym opracowaniu ustalenia, tak w zakresie analizy dogmatycznej obowiązujących przepisów jak i prezentacji przeprowadzonego badania empirycznego, pozwalają na sformułowanie następujących wniosków.

W systemie obowiązującego w Polsce prawa medycznego brak jest regulacji prawnej w sposób szczególny normującej zasady umieszczenia pacjenta w z.o.l., co rodzi istotne problemy i rozbieżności orzecznicze. W doktrynie niejednolicie ujmowany jest problem przedmiotu postępowania sądowego w tej sprawie (umieszczenie w z.o.l. czy udzielenie świadczeń zdrowotnych w warunkach z.o.l.), natomiast zasadniczo nie budzi wątpliwości, że podstaw prawnych substytuowania zgody pacjenta przez sąd poszukiwać należy w art. 32 i 34 u.z.l.

Założenie to rodzi konsekwencje materialnoprawne (np. konieczność ustalenia przez sąd przesłanek podmiotowych, w szczególności istnienia ubezwłasnowolnienia pacjenta i jego zdolności do wyrażenia zgody) oraz procesowe (np. określenie właściwości sądu według miejsca udzielenia świadczenia, prowadzenie postępowania z urzędu, określenie kręgu uczestników postępowania w kontekście oceny ich interesu prawnego, problem reprezentacji). Niezależnie też od przyjętej koncepcji przedmiotu postępowania niedopuszczalna jest „blankietowość” w formułowaniu sentencji: pojęcie umieszczenia pacjenta w z.o.l. nie może oznaczać udzielania mu dowolnych świadczeń zdrowotnych w warunkach tej placówki.

Wśród wyników prezentowanego w niniejszym opracowaniu badania aktowego należy wyróżnić następujące obserwacje.

- Liczba postępowań sądowych dotyczących umieszczenia pacjenta w z.o.l. jest znaczna. Stanowi istotne obciążenie pracy sądów i można się spodziewać jej wzrostu.
- Postępowania sądowe związane z umieszczeniem pacjenta w z.o.l. najczęściej dotyczą osób w podeszłym wieku z licznymi problemami zdrowotnymi, niekiedy po wylewach lub udarach. W związku z tym, ocena ich stanu zdrowia nie jest głównym problemem dowodowym postępowań sądowych – ocena potrzeby udzielenia innych niż szpitalne całodobowych świadczeń zdrowotnych zwykle nie budzi większych wątpliwości.
- Najczęściej pacjenci znajdują się w szpitalu, a zatem postępowanie dotyczy przeniesienia ich do z.o.l. i kontynuacji leczenia w warunkach tej placówki. Specyfika tej sytuacji wyrażać się może w naciskach na sąd ze strony szpitala, który dąży do zwolnienia

miejsz przez pacjentów nie wymagających opieki szpitalnej. Może to stanowić czynnik utrudniający przeprowadzenie postępowania dowodowego w koniecznym zakresie.

- W badanej grupie postępowań sądowych odnotowano często występujące braki danych dotyczące stanu cywilnego, sytuacji rodzinnej i ubezwłasnowolnienia pacjentów. Szczególnie tę ostatnią okoliczność ocenić należy jako istotną z uwagi na podmiotowe uwarunkowania stosowana przepisów ustawy zawodowej lekarskiej.
- Szczęólnego podkreślenia wymagają odnotowane deficyty informacji dotyczących zdolności pacjentów do wyrażenia zgody medycznej. Okoliczność ta stanowi kluczowy element konstrukcji oceny legalności interwencji medycznej zarówno w aspekcie jej zgodności z art. 32 i 34 u.z.l., jak i w szerszym kontekście ochrony podstawowych praw człowieka (wolności osobistej). Dokonanie ustaleń w zakresie stanu psychicznego pacjenta decyduje też o doborze odpowiedniej regulacji prawnej, która powinna być stosowana w jego przypadku – stwierdzenie istnienia choroby psychicznej w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, może sugerować konieczność stosowania instrumentów – a co za tym idzie przesłanek – przewidzianych w tej ustawie.
- W badaniu ustalono istnienie niejednolitej praktyki w zakresie wyboru sposobu prowadzenia postępowań jako wszczynanych z urzędu lub na wniosek. Warto zauważyć, że wbrew poglądom wyrażanym w piśmiennictwie, znaczną przewagę uzyskały postępowania toczące się na wniosek.
- Ujawniono niejednolitość praktyki sądowej w zakresie zapewnienia pacjentowi reprezentacji procesowej oraz w zakresie stosowania doręczeń. Przyczyną tego stanu rzeczy jest brak unormowań prawnych stanowiących podstawę ustanowienia reprezentacji. Sądy zasadniczo stosowały trzy modele: ustanawiały dla pacjenta profesjonalnego pełnomocnika procesowego, ustanawiały dla niego kuratora, pozostawiały pacjenta bez reprezentacji procesowej.
- Jako rozbieżnie rozwiązywany przez sądy problem procesowy wyodrębnić można również określenie kręgu uczestników postępowania według kryterium ich interesu prawnego. W szczególności zwrócić należy uwagę na dużą liczbę postępowań, w których uczestnikiem tym, z uwagi na skierowanie pisma do sądu, był szpital lub lekarz. Jest wątpliwe, czy podmioty te posiadają interes prawny w rozumieniu art. 510 k.p.c. związany z rozstrzygnięciem sprawy dotyczącej umieszczenia pacjenta w z.o.l.
- Postępowanie dowodowe w sprawach objętych badaniem często prowadzone było w sposób bardzo ograniczony. Świadczą o tym wskazane wyżej deficyty dotyczące poszczęólnych aspektów sytuacji pacjenta, a pośrednio również niewielka średnia objętość akt sądowych. Rzadko był dopuszczany dowód z opinii biegłego. Z drugiej strony wątpliwości może budzić, czy w sprawach omawianego rodzaju potrzebne jest roztrząsanie materiału dowodowego na rozprawie.

- Zasadniczo, postępowania objęte badaniem nie należały do przewlekłych, a istotna część z nich kończyła się bardzo szybko. Nie zidentyfikowano zatem jako statystycznie doniosłego problemu przedłużającego się oczekiwania pacjentów na orzeczenie sądu w ich sprawie.
- Wymaga podkreślenia, że niemal wszystkie postępowania (z wyjątkiem umorzonych) zakończyły się wydaniem postanowienia prowadzącego do umieszczenia pacjenta w z.o.l.
- Zidentyfikowano rozbieżności w zakresie formułowania sentencji postanowień. Stanowią one odbicie opisywanego wyżej problemu przedmiotu postępowania dotyczącego umieszczenia pacjenta w z.o.l.

Diagnoza postawiona wyżej w zakresie analizy dogmatycznej i aktowej skłania do sformułowania wniosków *de lege ferenda*.

Dostrzeżone rozbieżności interpretacyjne oraz niejednolitość praktyki sądowej przemawiają na rzecz interwencji legislacyjnej. Należy stanąć na stanowisku, że zmiany te powinny mieć charakter porządkujący, przesądzający pojawiające się wątpliwości. W ocenie autora niniejszego opracowania nie jest wskazane wprowadzenie do systemu prawnego autonomicznego trybu umieszczania pacjentów w z.o.l. Przeciwno takiemu rozwiązaniu przemawiają względy systemowe. Jak już wspomniano, umieszczenie pacjenta w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą może wiązać się z ograniczeniem jego wolności i mieć charakter przymusowy. Uzasadnieniem przełamania odmowy zgody pełnoletniego pacjenta mogą być w zasadzie jedynie okoliczności związane ze stanem jego zdrowia psychicznego. W tym zakresie, szczególna regulacja zawarta jest w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

W związku z powyższym, optymalne zmiany legislacyjne dotyczące omawianego problemu powinny realizować się w następujących obszarach:

- przesądzenie stosowania przepisów ustawy zawodowej lekarskiej w zakresie umieszczenia pacjenta w z.o.l.;
- rozstrzygnięcie, czy umieszczenie to stanowi świadczenie zdrowotne w rozumieniu u.z.l. oraz – ewentualnie – jakie świadczenia są w ramach tego umieszczenia udzielane;
- wprowadzenie do systemu prawnego podstawy prawnej ustanowienia reprezentacji procesowej pacjenta (potrzeba dokonania tej zmiany dotyczy całej regulacji u.z.l. w zakresie zezwolenia sądu na udzielenie świadczenia zdrowotnego).

Bibliografia

Akty prawne

- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 ze zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r., poz. 1127 ze zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm.).
- Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1507 ze zm.).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2017 r. poz. 682 ze zm.).
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1460 ze zm.).
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. poz. 731).
- Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 734 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2019 r. poz. 173).
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658).
- Zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie organizacji i zakresu działania sekretariatów sądowych oraz innych działów administracji sądowej (Dz.Urz.M.S. z 2019, poz. 138).

Pisma urzędowe

- Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2018 r. (sygn. KMP.573.18.2018.MK) w sprawie braku przepisów ws. przyjęć do ZOL dostępne na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/RPO-uregulowac-przyjmowanie-osob-nieubezwlasnowolnionych-do-zak%C5%82adow-opieki>.

Literatura

- Boorse C., *Health as a Theoretical Concept*, „Philosophy of Science” 1977, nr 44(4).
- Ciepła H., Janiszewska B., *Odpowiedzi na pytania przesłane przez Sędziów Rodzinnych na II Ogólnopolską Konferencję „Rodzina a prawo i Sąd Rodzinny”*, *Rodzina i Prawo* 2015, Nr 34-35.
- Ciechorski J., *Przyjęcie osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – uwagi w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, *Europejski Przegląd Sądowy* 2018/4.
- Czubala M., *Przymusowe leczenie psychiatryczne w świetle konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 2018, nr 3.
- Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „*Folia Medica Lodziensia*” 2013, nr 40.
- Dudzińska A., *Zgoda na działanie medyczne*, *Państwo i Prawo* 2009, nr 11.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Filar M., *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5 (vol. 2).
- Golinowska S., *The System of Long-Term Care in Poland*, “Case Network Studies & Analyses”, No. 416/2010.
- Janiszewska B., *O skutkach stwierdzenia bezpodstawności hospitalizacji psychiatrycznej*, *Monitor Prawniczy* 2016, nr 23.
- Janiszewska B., *O uwarunkowaniach prawnych umieszczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (głos w dyskusji)*, *Prawo i Medycyna* 2015, nr 1 (58, vol. 17).
- Janiszewska B., *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013.
- Janiszewska B., [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, Warszawa 2018.
- Kallaus A., *Zezwolenia na udzielenie pacjentowi niezdolnemu do świadomego wyrażenia zgody świadczeń zdrowotnych w warunkach zakładu opiekuńczo-leczniczego*, *Prawo i Medycyna* 2014, nr 3-4 (56/57, vol. 16).
- Kallaus A., *Jeszcze raz w kwestii postępowania dotyczącego osoby wymagającej wsparcia medycznego w warunkach zakładu opiekuńczo-leczniczego*, *Prawo i Medycyna* 2015, nr 3 (60, vol. 17).
- Kmieciak B., *Przymus w psychiatrii – między dobrem wspólnym a indywidualnym*, [w:] *Regulacje prawne w systemie ochrony zdrowia psychicznego*, red. B. Kmieciak, Warszawa 2019.
- Kozłowska E., Marzec A., Kalinowski P., Bojakowska U., *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, „*Journal of Education, Health and Sport*” 2016, nr 6(9).
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010.
- Maszczyk T., *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „*Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*” 2005.
- Sobolewski T., [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, Warszawa 2018.
- Rocznik Demograficzny* 2018, Warszawa 2018.
- Sroka T., [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 2. Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. Bosek, Warszawa 2018.