



MEDYCZNA WOKANDA



NACZELNA
IZBA LEKARSKA



WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKA

„MEDYCZNA WOKANDA” / „MEDICAL DOCKET”

RADA PROGRAMOWA / ADVISORY COMMITTEE:

prof. JUDr Jan Filip (Uniwersytet Masaryka, Brno, Czechy),
prof. zw. dr hab. n. prawn. Marian Filar (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Toruń),
dr n. prawn. Attina Krajewska (School of Law College of Social Science and International Relations University of Exeter),
prof. dr hab. n. med. Romuald Krajewski (Przewodniczący – Naczelna Izba Lekarska, Warszawa),
prof. JUDr Stanislav Mráz (Uniwersytet Mateja Bela Bańska Bystrzyca, Słowacja),
prof. C. J. J. Mulder, MD PhD (Department of Gastroenterology and Hepatology VU University Medical Centre, Amsterdam),
dr n. med. Jolanta Orłowska-Heitzman (Uniwersytet Jagielloński, Naczelna Izba Lekarska),
prof. n. prawn. Julio César Ortiz-Gutierrez (Universidad Externado de Colombia),
prof. dr hab. n. prawn. Lech Paprzycki (Prezes Izby Karnej Sądu Najwyższego, Akademia im. Leona Koźmińskiego, Warszawa),
prof. dr n. prawn. Thomas Schomerus (Leuphana Universität Lueneburg),
prof. dr n. prawn. A. Слинько (Woroneski Uniwersytet Państwowy),
prof. zw. dr hab. n. prawn. Eleonora Zielińska (Uniwersytet Warszawski),
dr Giancarlo Antonio Ferro (Ricercatore di Diritto costituzionale Dipartimento di Giurisprudenza Università degli studi di Catania)

REDAKCJA / EDITORIAL BOARD:

REDAKTOR NACZELNY / EDITOR-IN-CHIEF

prof. zw. dr hab. Krzysztof Linke (Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań)

ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO / DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

prof. zw. dr hab. Jacek Sobczak (Sędzia Sądu Najwyższego, Prodziekan Wydziału Prawa Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, Warszawa)

prof. zw. dr hab. Jerzy Sowiński (członek redakcji / member of the editorial board)

SEKRETARZ REDAKCJI / ASSISTANT EDITOR

prof. nadzw. dr hab. Jędrzej Skrzypczak (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań, Wielkopolska Izba Lekarska)

ZASTĘPCY SEKRETARZA REDAKCJI / DEPUTY ASSISTANT EDITORS

dr Bartosz Hordecki (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu),
mgr Magdalena Zamroczyńska (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu),
mgr Anna Wilińska-Zelek (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu)

REDAKTORZY TEMATYCZNI / THEMATIC EDITORS:

prof. nadzw. dr hab. n. prawn. Joanna Haberko (prawo medyczne),
dr hab. Monika Urbaniak (międzynarodowe systemy ochrony zdrowia),
dr Bartosz Hordecki (filozofia, etyka i deontologia zawodowa),
dr n. med. Krzysztof Kordel (medyczne samorządy zawodowe, odpowiedzialność zawodowa lekarzy, medycyna sądowa),
dr Tomasz Maksymiuk (zdrowie publiczne),
lek. Grzegorz Wrona (system ochrony zdrowia)

REDAKTOR STATYSTYCZNY / STATISTIC EDITOR:

dr Agnieszka Wiesiołowska (Uniwersytet Medyczny, Poznań),

REDAKTOR JĘZYKOWY / LINGUISTIC EDITOR:

mgr Anna Hordecka (język polski, absolwentka Instytutu Filologii Polskiej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu)
dr Ksenia Kakareko (język rosyjski, Uniwersytet Warszawski)

Adres redakcji / Editorial Office: Okręgowy Sąd Lekarski Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu,
ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań, tel. +48 783 993 413, tel./fax 61 855 45 11
adres mailowy: medyczna.wokanda@hipokrates.org, adres strony internetowej: <http://www.wil.org.pl/>

Czasopismo recenzowane zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

This scientific journal is peer-reviewed in accordance with the Ministry of Science and Higher Education guidelines

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych oraz zastrzega sobie prawo skracania i adiacji tekstów.
The Editorial Office does not return unsolicited material and reserves the privilege to adjust the format of the article.

WYDAWCA / PUBLISHER:

Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, tel. 22 559 13 00

ISSN 2081-4143

Prenumeratę instytucjonalną można zamawiać w oddziałach firmy Kolporter S.A. na terenie całego kraju. Informacje pod numerem infolinii 0801-205-555 lub na stronie internetowej <http://dp.kolporter.com.pl/>

Skład komputerowy – „MRS”, 60-408 Poznań, ul. P. Żołotowa 23, tel. 61 843 09 39

Druk i oprawa – PERFECT Gaul i Wspólnicy sp.j., 60-321 Poznań, ul. Świerzawska 1, tel. +48 61 861 11 81–83

Spis treści

Od Redakcji	5
ARTYKUŁY I STUDIA	
Anna PACIAN, Monika KACZORUK, <i>Ochrona zdrowia i życia ludzkiego – jako powołanie lekarza w Kodeksie etyki lekarskiej</i>	7
Wojciech ŁĄCKI, <i>Jakość opieki medycznej a Kodeks etyki lekarskiej z punktu widzenia sądu lekarskiego</i>	15
Anna JACEK, <i>Pomoc chorym w stanach terminalnych. Komentarz do art. 30–32 Kodeksu etyki lekarskiej</i>	21
Jolanta PACIAN, <i>Transplantacja w Kodeksie etyki lekarskiej – rozważania prawne</i>	31
Joanna HABERKO, <i>Prokreacja. Kilka uwag komentarza do art. 38–39a Kodeksu etyki lekarskiej</i>	39
Jerzy SOWIŃSKI, Joanna ZDANOWSKA, <i>Podstawy legalności przeprowadzenia eksperymentu medycznego</i>	49
Jędrzej SKRZYPCZAK, „ <i>Stosunki wzajemne między lekarzami</i> ”. <i>Komentarz do Rozdziału III Kodeksu etyki lekarskiej</i>	59
Magdalena RESHEF, „ <i>Lekarz a społeczeństwo</i> ”. <i>Komentarz do V rozdziału Kodeksu etyki lekarskiej</i>	85
Emilia SARNACKA, <i>Zasady końcowe Kodeksu etyki lekarskiej</i>	101
ORZECZNICTWO	
Jędrzej SKRZYPCZAK, <i>Przegląd orzecznictwa Naczelnego Sądu Lekarskiego z 2014 r.</i>	111
Norbert GILL, <i>Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy w roku 2014</i>	139
SPRAWY MIĘDZYNARODOWE	
Anna WILIŃSKA-ZELEK, <i>Przegląd orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej związanego z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia (lata 2014–2015)</i>	151
Magdalena ZAMROCZYŃSKA, <i>Przegląd orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydanego w sprawach z aspektem medycznym w 2014 roku</i>	165
MISCELLANEA	
Leszek BARTKOWIAK, <i>Czy zdrowie jest dobrem wspólnym?</i>	175
Dariusz JAGIEŁŁO, <i>Pieniacze sądowi i ich funkcjonowanie w praktyce wymiaru sprawiedliwości</i>	185
Kamila KOCAŃDA, <i>Równość stron czy podporządkowanie w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego</i>	193
Grzegorz WRONA, <i>Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za rok 2014</i>	201
Wojciech ŁĄCKI, <i>Sprawozdanie z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego w 2014 roku</i>	211
INFORMACJA DLA AUTORÓW	217

Contents

<i>Editor's Note</i>	5
ARTICLES AND STUDIES	
Anna PACIAN, <i>Protection of human health and life as a doctor's vocation in the Code of Medical Ethics</i>	7
Wojciech ŁĄCKI, <i>The quality of medical care and the Code of Medical Ethics from the point of view of the medical court</i>	15
Anna JACEK, <i>Commentary on Art. 30–32 of the Code of Medical Ethics</i>	21
Jolanta PACIAN, <i>Transplantation in the Code of Medical Ethics – discussion from the legal perspective</i>	31
Joanna HABERKO, <i>Some remarks about art. 38–39a of the Code of Medical Ethics</i>	39
Jerzy SOWIŃSKI, Joanna ZDANOWSKA, <i>Basics of legality to carry out a medical experiment</i>	49
Jędrzej SKRZYPCZAK, <i>Commentary to Chapter III of CME „The mutual relations between physicians”</i>	59
Magdalena RESHEF, <i>Commentary on Chapter V of the Code of Medical Ethics</i>	85
Emilia SARNACKA, <i>Final Rules of Code of Medical Ethics</i>	101
JURISDICTION	
Jędrzej SKRZYPCZAK, <i>Przegląd orzecznictwa Naczelnego Sądu Lekarskiego z 2014 r.</i>	111
Norbert GILL, <i>Supreme Court rulings in cases involving professional liability of physicians in 2014</i>	139
INTERNATIONAL AFFAIRS	
Anna WILIŃSKA-ZELEK, <i>Review of jurisdiction issued by the Court of Justice of the European Union, related to health system functioning (2014–2015)</i>	151
Magdalena ZAMROCYŃSKA, <i>A review of judicial decisions by the European Court of Human Rights with medical aspects to different European countries gave in 2014</i>	165
MISCELLANEA	
Leszek BARTKOWIAK, <i>Is health a common good?</i>	175
Dariusz JAGIEŁŁO, <i>Court barrators and their functioning in practice of justice</i>	185
Kamila KOCAŃDA, <i>Equality of the parties or subordination agreements for the provision of patient care in the public health insurance</i>	193
Grzegorz WRONA, <i>Report of the Supreme Screener for Professional Liability (2014)</i>	201
Wojciech ŁĄCKI, <i>Report on the work of the Supreme Mediacal Court (2014)</i>	211
INSTRUCTION FOR THE AUTHORS	217

Od Redakcji

Oddajemy do rąk Czytelników kolejny numer rocznika naukowego „Medyczna Wokanda”, wydawanego przez Naczelną Izbę Lekarską. Ten numer poświęcony został w swej zasadniczej części Kodeksowi etyki lekarskiej. Należy bowiem podkreślić, że aktualnie jednym z podstawowych i niezbywalnych praw i obowiązków samorządów zawodowych – w tym rzecz jasna lekarskiego – jest ustanawianie zasad etyki lekarskiej, dbanie o ich przestrzeganie, a także sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu przez osoby zaliczane do tego grona, m.in. poprzez odpowiedzialność zawodową. Trzeba zaznaczyć, że jest to w istocie jedna z najważniejszych prerogatyw samorządów zawodowych. W ostatnim okresie toczyła się publiczna dyskusja dotycząca Kodeksu etyki lekarskiej, jak również zasad odpowiedzialności zawodowej, w trakcie której padło wiele niesłusznych – jak się wydaje – uwag krytycznych. Zbliży się zapewne moment, kiedy na kolejnym Krajowym Zjeździe Lekarzy dyskutowane będą postulaty zmiany lekarskiego kodeksu deontologicznego. W tym numerze rozpoczynamy cykl publikacji analizujących poszczególne zapisy aktualnie obowiązującego dokumentu, który będzie kontynuowany w kolejnych numerach. Mamy nadzieję, że prezentowane teksty będą pomocne do wypracowania stanowiska co do potrzeby ewentualnych zmian w KEL.

Ponadto numer respektuje stałe rubryki. Zatem w części zatytułowanej „Miscellanea” zamieszczono tradycyjnie sprawozdania Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, a także inne teksty, które nie odnoszą się bezpośrednio do KEL. Ponadto, prezentujemy przegląd najważniejszych orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego. Dodatkowo Czytelnicy znajdą rubrykę poświęconą sprawom międzynarodowym, w której zaprezentowano najbardziej interesujące orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka i Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej.

Autorami prezentowanych publikacji są lekarze, farmaceuci, prawnicy, etycy, politolodzy z wielu uznanych ośrodków naukowych. Co istotne, są to zarówno teoretycy, jak i praktycy medycyny i prawa. Na koniec wypada podziękować samorządowi lekarskiemu. Wydanie kolejnego numeru czasopisma nie byłoby możliwe bez wsparcia organizacyjnego i finansowego Wydawcy, czyli Naczelnej Izby Lekarskiej.

Podziękowania kieruję także do członków Rady Programowej za wiele cennych uwag i sugestii. Szczególne uznanie należy się także P.T. Recenzentom, których opinie i komentarze z pewnością wzbogaciły publikowane teksty.

prof. zw. dr hab. n. med. Krzysztof Linke
Redaktor Naczelny

ARTYKUŁY I STUDIA

Anna PACIAN

doktor nauk medycznych, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Monika KACZORUK

magister, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Ochrona zdrowia i życia ludzkiego – jako powołanie lekarza w Kodeksie etyki lekarskiej

Zdrowie, traktowane nie tyle jako brak choroby, ale jako dobrostan na poziomie fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym; stawia przed medykami nowe wyzwania, nie tylko *stricte* medyczne – lecznicze, ale także wyzwania związane z zapewnieniem sensownego, twórczego, a przede wszystkim satysfakcjonującego życia człowieka.

Lekarz XXI wieku, to nie tylko specjalista w danej dziedzinie, którego decyzje są niepodważalne i bez zastrzeżeń wykonywane¹, to również partner i zaufany doradca, w najbardziej istotnej dla człowieka kwestii, jaką jest jego zdrowie, a niekiedy również życie. Jego postawa, pasja wykonywania zawodu, a przy tym osobista satysfakcja z wykonywanej pracy, są podstawą właściwego realizowania zadań, jakie stawia przed nim dzisiejsza medycyna i pacjenci. Bowiern postęp w medycynie, jej nieustanny rozwój spowodował, że jest ona przedmiotem zainteresowania ogółu społeczeństwa. Zdrowie, uznawane przez społeczeństwo za jedną z najważniejszych wartości ludzkiego życia, jest tematem coraz bardziej powszechnym, ale i wymagającym głębokiego zaangażowania w działania mające na celu jego poprawę, odzyskanie czy umacnianie. Pod wpływem środków masowego przekazu, ludzie współcześni uzyskują coraz większą wiedzę, w tym także z zakresu zdrowia i choroby. Niekiedy niesłusznie są przekonani o swojej nieomyślności, w kwestii tego, co służy zdrowiu i zapobiega przedwczesnej śmierci, co jest dobre lub słuszne w medycynie. Coraz częściej współczesny lekarz musi odstępować od paternalistycznej roli, jaką sprawował do tej pory nad podległym i nieingerującym w proces leczenia pacjentem. Ze względu na chęć wypełniania ideału „moje życie, w moich rękach”, dochodzi niekiedy do sytuacji, w której pacjent podważa autorytet naukowy lekarza. Oprócz postępu technologicznego i naukowego, dzisiejsi medycy, muszą sprostać również, coraz częściej widocznym, konsumenckim postawom pacjentów, nastawionym na polemikę, współudział w diagnozowaniu i leczeniu, ale przede wszystkim na nieustanną ocenę spełniania przez medyków oczekiwań pacjentów, zaspokajania ich rosnących i bardziej świadomych potrzeb zdrowotnych.

Praca lekarza w społeczeństwie XXI wieku wymaga niezwyklej umiejętności komunikacji, niekiedy z roszczeniowym pacjentem, ale i pokory, w sytuacji rozbieżności

¹ E. Rużyłło, *Lekarz we współczesnym społeczeństwie*, w: *Etyka i medycyna*, red. E. Rużyłło, Łomża 1999, s. 37 i n.

jego poglądów lub oczekiwań, z poglądami lub oczekiwaniami pacjenta. Aby nie utracić własnej integralności intelektualnej, profesjonalnej, ale i moralno-etycznej, lekarz musi mieć zapewnioną swobodę decydowania oraz ochronę przed wymuszonym, niekiedy wbrew sobie, niezgodnym działaniem.

Na straży godności i praw lekarza stoi wiele regulacji, które oprócz funkcji ochronnej, służą również określeniu właściwych, wynikających z wykonywania zawodu zadań. Zawód lekarza wiąże się z koniecznością przestrzegania prawa, bowiem za jego nieprzestrzeganie lekarz może zostać pociągnięty do odpowiedzialności, tak karnej, cywilnej, jak i zawodowej².

Źródła prawa, które dla lekarza są wiążące to: ustawa z dnia 2 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej*, z dnia 2 grudnia 2009 roku *o Izbach Lekarskich*, z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz ustawa z 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Wyżej wymienione akty prawne, odnoszą się do aspektów prawnych wykonywania zawodu przez lekarza. Istotną, z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarza regulacją jest również Kodeks etyki lekarskiej. Mimo, iż nie ma on mocy prawnej, która wynika z wcześniej wspomnianych regulacji prawnych, to jest swego rodzaju „dekalogiem” lekarza, którego przestrzeganie wynika nie tylko z ustawy *o Izbach Lekarskich*, ale przede wszystkim z osobistych przesłanek moralnych i etycznych lekarza³.

Lekarze należą do grupy zawodowej, która stosunkowo wcześniej opracowała zasady etyki. Wynika to bowiem z faktu szczególnej materii, nad którą pracują lekarze. Bowiem to właśnie medykom powierza się najważniejsze, podstawowe i fundamentalne wartości człowieka, jakimi są zdrowie i życie. Te dwie podstawowe wartości wymuszają na zawodzie lekarza właściwą ochronę, opiekę i promocję. Żaden inny zawód nie odczuwa tak silnej potrzeby przestrzegania praw i wykonywania obowiązków wobec drugiego człowieka. Medycyna, która nie uwzględnia wymiaru moralnego i etycznego, nie jest w stanie wypełniać właściwie powierzonej roli wobec pacjenta. Dlatego koniecznym jest wsparcie, w postaci odpowiedzi na pytania o moralny charakter postępowania wobec człowieka, które są określone w Kodeksie etyki lekarskiej.

Wielowiekowy proces kształtowania etyki zawodu lekarza sięga V wieku przed naszą erą. Autorstwo pierwszego, usystematyzowanego zbioru zasad postępowania lekarskiego przypisuje się greckiemu lekarzowi Hipokratesowi⁴. Zasady określone jeszcze w V wieku p.n.e., wyrażają pewne uniwersalne wartości moralne i etyczne, które są aktualne do dnia dzisiejszego i nie tracą na znaczeniu. Niebawym postęp nauk medycznych i technicznych, jaki dokonał się na przestrzeni wieków, spowodował konieczność uaktualnienia i rozwinięcia zasad etycznych zawartych w „Przysiędze Hipokratesa”. Od początku XIX wieku powstawały kodeksy, w których obok podstaw tradycji hipokratesowskiej, dostrzegano konieczność doprecyzowania norm związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Możliwym jest stwierdzenie, że do XX wieku sytuacja

² P. Łuków, *Profesjonalizm lekarski*, w: *Etyka medyczna z elementami filozofii*, red. P. Łuków, T. Pasierski, wyd. PZWL, 2014.

³ R. Tyminiński, *Źródła prawa dla lekarza – czyli co jest dla lekarza wiążące przy wykonywaniu zawodu*, „Medycyna Praktyczna – Chirurgia” 2013, nr 2, s. 114 i n.

⁴ J. Tatoń, *Filozofia w medycynie*, Warszawa 2004, s. 155 i n.

etyczna lekarza nie była tak trudna i skomplikowana. Oczywiście nieustanny rozwój medycyny pozwalał na zwiększanie możliwości diagnostycznych, leczniczych i terapeutycznych lekarzy. Śmierć pacjenta wynikała z nie do końca poznanych mechanizmów rozwoju choroby, bądź z braku odpowiedniego oprzyrządowania⁵. Prawdziwe dylematy moralno-etyczne w wykonywaniu zawodu lekarza zaczęły się pojawiać na początku XX wieku, co wymuszało konieczność dostosowywania zasad etycznych do zmieniających i nowo pojawiających się problemów leczniczych.

Kształtowanie i rozwój polskiej etyki lekarskiej sięga końca XIX wieku, kiedy to powstał dokument, uznawany za pierwszy polski kodeks etyki lekarskiej pt.: „Uchwały Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich w przedmiocie obowiązków względem swych kolegów i zawodu w ogóle”. Opracowywane w kolejnych latach projekty ostatecznie zostały ujęte w „Zbiorze zasad deontologii lekarskiej” i obowiązywały do przestrzegania wszystkich polskich lekarzy. Doświadczenia II wojny światowej wskazywały na konieczność stworzenia nowych uregulowań etycznych. Kolejne poprawki etyki lekarskiej przypadły na okres dominacji ideologii komunistycznej, a następnie na trudne początki III Rzeczypospolitej. Wszystkie kolejne uaktualnienia kodeksu za najważniejszy cel uznają obok poszanowania godności zawodu lekarza, również dobro pacjenta, które w jednoznaczny sposób koresponduje ze starożytną zasadą *salus aegroti suprema lex esto*, która w tej właśnie formie w polskim kodeksie jest obecna niezmiennie od 1991 roku. Nowelizacja KEL w 2003 roku, stanowi pokaźne osiągnięcie w rozwoju etosu lekarskiego w Polsce. Kodeks etyki lekarskiej, uchwalony przez Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy w Toruniu, stanowi obecnie podstawową etyczną wykładnię dla wszystkich lekarzy w naszym kraju⁶.

Lekarz wykonując swój zawód, decyduje o najwyższych dobrach drugiego człowieka, wobec czego jego etyka, którą wyznaje, winna być etyką wynikającą z „ogólnych norm etycznych”, które określają w sposób obiektywny zjawisko dobra i zła. Jest to o tyle trudne zadanie, przed którym stawia lekarza Kodeks etyki lekarskiej, gdyż oprócz jasno sprecyzowanych zasad etycznych przypisanych do zawodu, musi również brać pod uwagę społecznie akceptowane wartości, łącząc tym samym tradycję moralną zawodu z moralnością ogólnospołeczną. W kształtowaniu się etyki zawodowej, największy wpływ ma wielowiekowa tradycja zawodowa, ale żaden zawód nie jest wykonywany poza społeczeństwem. Dlatego etyka zawodowa lekarza, aby nie stała się kodem jednej grupy zawodowej, musi mieć jasne odniesienie do akceptowanego społecznie systemu etyki ogólnej⁷. Kodeks etyki lekarskiej nie może stanowić zbioru „suchych” zakazów i nakazów, lecz powinien dostrzegać, a także respektować istotne dobra i wartości przypisane człowiekowi. Normy etyczne zobowiązują lekarza do przestrzegania w jego działalności najwyższych praw człowieka, dotyczą poszanowania jego godności i osobowości⁸. Jednak lekarz, aby właściwie wypełniał powierzone mu

⁵ E. Wróblewska, *Etyka w zawodzie lekarza*, „Medycyna i Pasje” 2010, nr 4, s. 45.

⁶ T. Biesaga, *Kodeks etyki lekarskiej*, „Medycyna Praktyczna – Pediatria” 2007, nr 2, s. 123 i n.

⁷ G. Hołub, *Ethica mater nostra est – skąd się biorą normy etyki lekarskiej*, „Medycyna Praktyczna” 2013, nr 5, s. 130 i n.

⁸ A. Przyłuska-Fiszler, *Etyka zawodowa – pomiędzy moralnością a prawem*, „Postępy Rehabilitacji” 2007, nr 4, s. 5 i n.

obowiązki względem pacjenta, musi również szanować swój zawód, powinien „dbać o godność zawodu lekarza”. Bowiern medyk, pragnący właściwie wykonywać swój zawód, winien postępować w sposób pozwalający mu na zachowanie szacunku, również do samego siebie. Ochrona własnych wartości, sprzyja osiągnięciu osobistej satysfakcji, która przekłada się na szacunek środowiska medycznego oraz społecznego. Lekarz wykonujący zawód zaufania publicznego⁷, również w swoim życiu osobistym powinien postępować w sposób, który nie będzie uwłaczał jemu samemu, jako człowiekowi i który pozwoli mu na uznanie w środowisku, w którym żyje i pracuje. Dbanie o godność zawodu wynika wprost z regulacji Kodeksu etyki lekarskiej, co wpływa na konieczność unikania tego, co podważa szacunek ze strony otoczenia, a także tego, co ujemnie wpływa na ocenę jednostki, podważając zaufanie do zawodu, który reprezentuje⁸.

Medycyna, ze swej natury jest dziedziną, której głównym celem jest swego rodzaju służba wobec drugiego człowieka. Specyfika zawodu lekarza jest oparta na humanizmie, który oprócz właściwych kwalifikacji intelektualnych i moralnych, wymaga od zawodu lekarza swego rodzaju powołania. Artykuł 2 Kodeksu etyki lekarskiej wskazuje wprost, że powołanie jest głównym czynnikiem zapewniającym właściwe wykonywanie zawodu, które przejawia się w służbie drugiemu człowiekowi. Wybierający ten zawód, musi w pełni uznać dewizę zawartą w Kodeksie etyki lekarskiej. Zdrowie pacjenta, jego leczenie, a także łagodzenie bólu i cierpienia towarzyszącego chorobie, to główne cele i zadania, jakie stawia przed medykiem obowiązujący go Kodeks. Obowiązek leczenia jest nie tylko zobowiązaniem zawodowym, ale również zobowiązaniem moralnym i etycznym, na co wskazuje Kodeks etyki lekarskiej. Natomiast cały sens istnienia medycyny i instytucji lekarza, określany jest przez kondycję egzystencjalną człowieka, jego podatność na choroby i wynikającą z tego konieczność niesienia pomocy przez specjalistów w dziedzinie medycyny. Przez leczenie, należy rozumieć cały proces okazywania pomocy leczniczej, począwszy od rozpoznania choroby, aż do wyleczenia chorego, bądź podejmowania działań usmierzających ból i cierpienie wynikające z negatywnych skutków choroby, gdy działania prewencyjne i terapeutyczne zawiodą⁹. Podejmujący się tych zadań lekarz, powinien je czynić zgodnie ze sztuką lekarską, unikając wszelkich działań szkodliwych czy wykraczających poza jego kompetencje. Taki sposób postępowania jest wyrazem najwyższego poziomu humanizmu i przeświadczenia, że głównym zadaniem lekarza jest leczenie konkretnego pacjenta jako osoby, a nie jako kolejnego przypadku choroby. Właściwe wykonywanie zadań stojących przed lekarzem, zależy od jego własnej pracy, zaangażowania i rzetelności w jej wykonywaniu, a także od przestrzegania najwyższego nakazu moralnego, jakim jest dobro chorego. Praca polegająca na niesieniu pomocy drugiej osobie, w sytuacji pojawiających się trudności zdrowotnych, nie powinna być traktowana jako rodzaj pańszczyzny, którą trzeba jak najszybciej odrobić, przestrzegając naczelných zasad administracyjnych. Bowiern lekarz wykonując swoje zadania, powinien mieć świadomo-

⁷ R. Kubiak, *Czy zasady Kodeksu etyki lekarskiej obowiązują lekarza?*, „Medycyna Praktyczna – Neurologia” 2014, nr 3, s. 72 i n.

⁸ T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2011, s. 21 i n.

⁹ A. Muszala, *Jaki jest cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2013, nr 10, s. 122 i n.

mość, że trud, który podejmuje podczas pomocy chorym, jest podejmowany ze względu na fakt, że jego głównym celem jest przekazywanie i dzielenie dobra¹⁰.

Najważniejszą zatem rolą lekarza powinno być niesienie pomocy chorym przy należnym okazywaniu szacunku, a także bez żadnej dyskryminacji, co wynika z kolejnej zasady zawartej w Kodeksie etyki lekarskiej.

Artykuł 3 Kodeksu etyki lekarskiej, w jednoznaczny sposób wskazuje, iż zachowanie lekarza w żadnym stopniu nie może być przejawem dyskryminacji pacjenta ze względu na jego czynniki osobowościowe, kulturowe i społeczne. Kodeks wymaga więc traktowania każdego pacjenta w taki sam sposób, patrząc na niego przez pryzmat człowieczeństwa, a nie przez pryzmat jego ułomności czy odmienności. Widocznym przejawem dyskryminacji społeczeństwa XXI wieku jest zjawisko, zwane ageizmem. Kult młodości promowany w dzisiejszym świecie, nie akceptuje naturalnego etapu w życiu każdego człowieka, jakim jest starość. Dostyc często ludzie starsi mogą spotkać się z różnego typu przejawami dyskryminacji, wynikającej tylko ze względu na sędziwy wiek. Jednak profesja lekarska, jako jedna z niewielu, jest zobowiązana do niedyskryminacji i jasnego sprzeciwu wobec ogólnie panujących trendów zróżnicowanego traktowania ludzi. Lekarze właściwie wykonujący swoją profesję winni być ponad wszelkimi społecznymi podziałami. Artykuł 3 Kodeksu etyki lekarskiej w sposób jednoznaczny wskazuje na konieczność poszanowania dobra człowieka, uzupełniając jednocześnie wcześniejsze artykuły, o konieczność „wypełniania obowiązków lekarskich, z poszanowaniem człowieka”, bez względu na jakiegokolwiek okoliczności pozamedyczne, niezwiązane z procesem leczenia¹¹. Szacunek dla pacjenta wynika z faktu przysługującej każdemu człowiekowi podstawowej wartości, jaką jest godność ludzka. Jedynym kryterium różnicującym podejście lekarza do pacjenta powinny być względy medyczne, różnicujące stopień chorobowy pacjenta. Wykonując swój zawód, lekarz podporządkowuje się praktyce klinicznej i określonym standardom postępowania, wypracowanym na przestrzeni wielu lat przez medyków. Jego głównym celem jest szeroko pojęty interes medyczny, którego efektem końcowym jest odzyskanie zdrowia konkretnego pacjenta, bez względu na jego pochodzenie rasowe, wiek, płeć, sytuację materialną czy inne wyróżniające go niekiedy cechy, niemające wpływu na proces leczenia¹².

Kodeks etyki lekarskiej, oprócz konieczności przestrzegania praw człowieka, jako istoty ludzkiej wprowadza również regulację, która chroni moralne prawo lekarza. Już pierwsze regulacje Kodeksu etyki lekarskiej określają obowiązki lekarza, związane z koniecznością poszanowania godności człowieka, ale artykuł 4 Kodeksu, zapewnia również swobodę powierzonych działań leczniczych. Pozwala lekarzowi na wykorzystanie zdobytej wiedzy, w pełnej zgodzie z wyznawanymi zasadami oraz integralnością moralną. Kodeks etyczny dał lekarzowi swobodę działań medycznych, z zastrzeżeniem, że będą one zgodne z aktualną wiedzą medyczną, ale i jego sumieniem. Mimo

¹⁰ T. Biesaga, *Leczenie pacjenta – obowiązek czy przywilej*, „Medycyna Praktyczna” 2008, nr 9, s. 131 i n.

¹¹ A. Muszala, *KEL: Odcinek 10, o równym traktowaniu pacjentów przez lekarza*, „Medycyna Praktyczna” 2013, nr 11, s. 121 i n.

¹² S. Olejnik, *Etyka Lekarska*, Katowice 1995, s. 33 i n.

rozwoju medycyny, postępu w dziedzinie diagnozowania i leczenia, lekarzowi przysługuje możliwość odstąpienia od metod, które w jego gestii przekreślałyby moralny sens jego profesji. Jeżeli znajdzie się w konflikcie z własnym sumieniem, lekarz ma prawo do odmowy wykonania zabiegu, nawet wtedy gdy stan zdrowia pacjenta uprawnia do podjęcia określonego zadania medycznego¹³. Taka regulacja w Kodeksie etyki lekarskiej, wyznacza lekarzowi bardzo wysokie i trudne wymagania, bowiem oprócz obowiązku postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, musi również podejmować świadome wysiłki, by w pracy zawodowej kierować się najwyższym dobrem, wynikającym ze świadomości obiektywnie istniejącego dobra i zła. Wymaga to od lekarza krytycznej oceny otaczającej go rzeczywistości, ale także do konieczności rozpoznawania osobistej i zawodowej tożsamości oraz godności. Wobec czego najlepszą receptą dla lekarza, pozostającego w konflikcie między koniecznością stosowania zasad aktualnej wiedzy medycznej, zgodnej ze swoim sumieniem, jest wypracowanie u siebie przekonania o obowiązku przestrzegania podstawowych wartości moralnych, do których należy bezwarunkowy szacunek dla człowieka i jego życia.

Nie należy jednak zapominać, że nawet najbardziej wrażliwy moralnie człowiek, a zarazem profesjonalista w swoim zawodzie, może stanąć wobec konfliktu dwóch równorzędnych wartości, a jego osobiste przekonania moralne mogą uniemożliwić mu udzielenie pacjentowi takiej pomocy, jakiej by on oczekiwał i które są zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Dlatego też nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej czuwa, powołana do tego celu Izba Lekarska. To dzięki obowiązkowi tego organu, możliwym jest przekonanie, że etyka zawodowa lekarza działa w zgodzie z przynależnymi człowiekowi prawami i nie pozwala działać na szkodę pacjentów. Żaden organ administracji państwowej nie przygotowałby wiążących zawod lekarza zasad etycznych i deontologicznych, gdyż wynikają one z wielowiekowych doświadczeń medyków. Artykuł 5 Kodeksu etyki lekarskiej, nakazuje również Izbie Lekarskiej czuwanie nad jednolitym charakterem norm etycznych oraz prawnych. W konsekwencji, koniecznym jest, aby normy etyczne oraz prawne były ze sobą zgodne. Powinno to zapobiec lekarskim dylematom pomiędzy postawą legalistyczną a ideałami etycznymi swojej profesji zawodowej¹⁴.

XXI wiek stawia przed lekarzem bezprecedensowe wyzwania. Współczesny lekarz oprócz podstawowych zadań, wynikających z procesu leczenia, staje dosyć często przed koniecznością przezwyciężenia nacisku mechanizmów rynkowych, administracyjnych, a niekiedy nawet własnych interesów ekonomicznych. Lekarz we współczesnym świecie, nastawionym na zysk i korzyść osobistą, w sposób szczególny jest zobowiązany do ochrony dobrego imienia własnej profesji, aby nie utracić zaufania publicznego. Od niego bowiem zależy życie i zdrowie człowieka, który darząc profesję lekarską zaufaniem, pozwala na właściwe wykonywanie zadań, przypisanych do tego zawodu. Obowiązkiem więc lekarza nie są kalkulacje ekonomiczne, ale konieczność przestrzegania niezbywalnych, a niestety niekiedy zapomnianych w społeczeństwie

¹³ S. Olejnik, *Etyka Lekarska*, op. cit., s. 38 i n.

¹⁴ M. Żelichowski, *Kodeks etyki lekarskiej. Aspekt Prawny*, „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2009, nr 5, s. 102 i n.; R. Kubiak, *Czy zasady Kodeksu etyki lekarskiej obowiązują lekarza?*, „Medycyna Praktyczna – Neurologia” 2014, nr 3, s. 72 i n.

XXI wieku, wartości, jakimi jest zdrowie i życie człowieka, jako istoty ludzkiej posiadającej godność. Już pierwsze regulacje w części ogólnej Kodeksu etyki lekarskiej wskazują, jak wielka odpowiedzialność spoczywa na tej profesji. Dzięki istnieniu Kodeksu etyki lekarskiej w zmieniającym się świecie, nie tylko technologicznie i cywilizacyjne, ale również moralnie i etycznie, możliwym jest swoiste zabezpieczenie pozycji zaufania publicznego. Wobec czego lekarz, aby nie zatracić się w wirze zmieniającego się świata, powinien oprócz przysłowiowego stetoskopu na ramionach, nosić również książeczkę, jaką jest Kodeks etyki lekarskiej, ułatwiający mu wzorcowe wykonywanie swojego zawodu.

Reasumując, należy podkreślić, że każdy lekarz obligatoryjnie musi przestrzegać Kodeksu etyki lekarskiej, w trakcie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, musi również pamiętać, że bycie lekarzem to przede wszystkim powołanie-służba drugiemu człowiekowi, a nade wszystko obowiązek moralny i prawny ratowania życia i zdrowia człowieka.

Streszczenie

Lekarz XXI wieku, to partner i zaufany doradca, w najbardziej istotnej dla człowieka kwestii, jaką jest jego zdrowie, a niekiedy również życie. Jego postawa, pasja wykonywania zawodu, a przy tym osobista satysfakcja z wykonywanej pracy, są podstawą właściwego realizowania zadań, jakie stawia przed nim dzisiejsza medycyna i pacjenci. Lekarz wykonując swój zawód, decyduje o najwyższych dobrach drugiego człowieka. Zdrowie pacjenta, jego leczenie, a także łagodzenie bólu i cierpienia towarzyszącego chorobie, to główne cele i zadania, jakie stawia przed medykiem obowiązujący go Kodeks. Zawód lekarza, to przede wszystkim powołanie-służba drugiemu człowiekowi, a nade wszystko obowiązek moralny i prawny ratowania życia i zdrowia człowieka.

Protection of human health and life as a doctor's vocation in the Code of Medical Ethics

Summary

A 21st century physician is a partner and a trusted adviser in the most important issue for everyone, that is health and sometimes also life. Physician's attitude, passion for medical practice and personal satisfaction in pursuing this profession are the basis for proper fulfilment of the responsibilities entrusted to him or her by contemporary medicine and patients. Practising the medical profession, a doctor decides on the most precious good of another person. A patient's health, medical treatment, as well as alleviation of pain and suffering which accompany a disease, are the main goals and tasks assigned to a physician by the binding Code of Medical Ethics. A doctor's profession is primarily a vocation – a service to another person, and most importantly a moral and legal duty to save human life and health.

Wojciech ŁĄCKI

Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego

Jakość opieki medycznej a Kodeks etyki lekarskiej z punktu widzenia sądu lekarskiego

Według Platona jakość jest pewnym stopniem doskonałości¹.

Definicja ta, w zakresie opieki medycznej, powinna być odnoszona do działań medycznych rozumianych jako produkt oferowany pacjentowi. Winien on podlegać ocenie w zakresie bezpieczeństwa i skuteczności, przekładającej się na zaspokojenie potrzeb i oczekiwań pacjenta-nabywcy. Dodać należy, że oczekiwania te mogą być zarówno przekroczone, jak i niespełnione. Zdrowie i życie są od zarania ludzkości wartościami najwyższymi i nie przekreślą tego niezliczone fakty, pokazujące, że ani życie, a tym bardziej zdrowie, nie miały i nadal nie mają, najmniejszej wartości. Wartościowanie życia i zdrowia uzależnione było – i jeszcze niestety jest – od statusu społecznego, światopoglądu, wykształcenia, zamożności i innych czynników, takich jak na przykład wiek, które różnicują ludzi.

Doskonalenie sztuki zachowania zdrowia i leczenia chorób było i jest troską wszystkich rozwiniętych cywilizacji, ale w nie mniejszym stopniu, również tych kultur, które ośmielamy się nazywać pierwotnymi, z pewnością dlatego, że są źródłem wiedzy pierwotnej, co nie znaczy prymitywnej. Od zarania dziejów za oczekiwaniami wynikającymi ze stosowania leczenia szła ocena tego postępowania w odniesieniu do skutków, niestety głównie negatywnych. Słynny Kodeks Hammurabiego² – babiloński zbiór praw zredagowany i spisany w XVIII wieku p.n.e. – przewidywał drakońskie kary dla lekarzy, którzy swoimi działaniami doprowadzali do śmierci lub kalectwa pacjenta. Były one jednak zależne od statusu społecznego pacjenta. I tak za niepowodzenie medyczne w odniesieniu do obywatela, lekarzowi groziło – w przypadku jego śmierci – nawet obcięcie ręki. Za ten sam skutek w stosunku do niewolnika, lekarz musiał jedynie zwrócić równorzędnego niewolnika. Późniejsze normy prawne były wprawdzie mniej restrykcyjne, ale również przewidywały surowe kary za medyczne niepowodzenia. Oczywiście jest rzeczą, że lekarz nie może odpowiadać za wszystkie powikłania leczenia. Zdecydowana część z nich jest związana z ryzykiem, wynikającym z ciężkości choroby, jej naturalnego przebiegu, bądź niemożliwych do przewidzenia okoliczności, które pojawiają się mimo zachowania wszelkich kanonów postępowania lekarskiego. Z punktu widzenia sądów lekarskich na jakość opieki medycznej spoglądamy głównie poprzez zapisy Kodeksu etyki lekarskiej oraz innych przepisów, związanych z wykonywaniem zawodu lekarza³.

¹ G. Reale, *Historia filozofii starożytnej. Platon i Arystoteles*, t. II, Lublin 1997, passim.

² Por. tekst w polskim przekładzie dostępny na stronie <http://www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego%20kodeks.pdf>, dostęp: 15.12.2015 r.

³ Zob. przykładowo ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. 2015, poz. 464), ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. 2015, poz. 651),

W tekście Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 roku⁴, zawierającego zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, rozdział *Jakość opieki medycznej* zawiera cztery artykuły. Określają one podstawowe zasady, jakimi powinien kierować się lekarz w swojej pracy. Odniosę się do nich w dwojaki sposób. Po pierwsze, poprzez pryzmat naruszanych zasad tego rozdziału Kodeksu i po drugie, w kontekście specjalizacji, które stwarzają największe ryzyko ponoszenia odpowiedzialności zawodowej. Nie będą to rozważania statystyczne, a jedynie przedstawienie tendencji postrzeganej na przestrzeni lat. Jeśli chodzi o kwalifikację czynu w zakresie naruszenia norm Kodeksu etyki lekarskiej w odniesieniu do jakości opieki medycznej prym wiedzie art. 8, który mówi, że „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”⁵. Jest to najczęściej przywoływany zapis Kodeksu etyki lekarskiej przy wskazywaniu naruszonej normy prawnej, będącej podstawą wniosku o ukaranie. Tam, gdzie negatywny skutek leczenia wynika z niedopełnienia obowiązku przeprowadzenia niezbędnych badań i procedur wynikających z aktualnej wiedzy medycznej, gdzie pośpiech powoduje zbyt powierzchowne potraktowanie dolegliwości pacjenta lub stwierdzanych objawów, postawienie zarzutu nienależytej staranności nie jest trudne, co nie znaczy, że nie trzeba poprzeć go rzetelnymi dowodami.

Art. 9 mówi, że: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”⁶. W tym przypadku mamy najczęściej do czynienia z zarzutami wydawania niezgodnych z prawdą zaświadczeń lekarskich, których znaczną część stanowią zaświadczenia dotyczące zdrowia psychicznego. W dużej liczbie pojawiają się zarzuty dotyczące wydawania zleceń przez telefon, takich jak podanie leków, bądź podjęcia działań medycznych, tylko na podstawie oceny sytuacji klinicznej dokonanej przez pielęgniarki, położne, bądź współdyżurnych, zwykle przez mniej doświadczonych i młodszych, lekarzy. W tym artykule mieści się również, zataczająca coraz szersze kręgi telemedycyna, która opiera się wyłącznie na przekazie, niejednokrotnie życiowo ważnych informacji wyłącznie na odległość. Jakość transferowanego obrazu, zakres przekazanych danych klinicznych, decydują niejednokrotnie o trafności rozpoznania. Standaryzacja i precyzyjne algorytmy postępowania są potrzebą chwili przy tak dynamicznie rozwijającej się formie diagnostyki i leczenia, co w tym drugim przypadku dotyczy jeszcze bardziej budzącego emocje kierunku terapii, jaką jest operowanie na odległość przy zastosowaniu robotów chirurgicznych, gdy operator oddalony jest od pacjenta o tysiące kilometrów.

ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. 2012, poz. 159 z późn. zm.), ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (t.j. Dz. U. 2015, poz. 618 z późn. zm.), ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. 2015, poz. 581 z późn. zm.), ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (t.j. Dz. U. 2011, Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.).

⁴ Kodeks etyki lekarskiej w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20.09.2003 r. Tekst dostępny na stronie http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.

⁵ Ibidem.

⁶ Ibidem.

Art. 10 mówi w punkcie 1, że: „Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych”⁷. Ta norma kodeksowa jest wbrew pozorom naruszana wcale nierzadko. W ostatnich latach szczególnie coraz częściej zarzut przekroczenia uprawnień i wykroczenia poza zakres umiejętności słyszą lekarze dentyści. Szybko rozwijająca się protetyka i implantologia, w połączeniu z dużymi oczekiwaniami pacjentów, podsyconymi zręczną reklamą oraz znacznymi kosztami, rodzi w przypadku niepowodzenia, bądź niepełnej satysfakcji pacjentów z wykonanych prac protetycznych, wielokierunkowe roszczenia w tym również, odpowiedzialność zawodową. Aspekt komercyjny stanowi wyjątkowo silne źródło zaciętrzewienia stron i walkę do upadłego o odzyskanie nie tylko nieskazitelnego uśmiechu. Niestety należy zaznaczyć, że wielu lekarzy dentyistów podejmuje się skomplikowanych prac protetycznych przy braku uprawnień, bądź niewielkim doświadczeniu przy ich wykonywaniu, a w takim wypadku o niezadowolenie pacjenta, często uzasadnione, nietrudno. Mniejszy margines spraw zajmują sytuacje, gdy lekarz wydaje opinię w dziedzinie, w której nie posiada odpowiedniej specjalizacji, bądź która w jego ocenie ma związek z posiadaną. Doskonałym przykładem jest konfrontacja chirurgii z traumatologią, co w realiach wielu szpitali przy braku oddziałów ortopedycznych jest codziennością. Punkt 2 art. 10 wskazuje, że: „Jeśli zakres tych czynności (patrz. pkt 1) przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego”⁸.

Tu wkraczamy w bardzo szerokie pole działania lekarzy głównie pracujących niedgdyś w izbach przyjęć, stanowiących przedłużenie pomocy doraźnej, a obecnie w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Praktyką, niestety odziedziczoną po poprzednim systemie pomocy doraźnej, jest zatrudnianie w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych młodych, często niedoświadczonych lekarzy. Oni nie mają najczęściej problemów ze zwróceniem się o pomoc do starszych, bardziej doświadczonych kolegów, problemem jest natomiast częsty brak możliwości takiej konsultacji. Z kolei starsi lekarze zwykle skutecznie sięgają po konieczne konsultacje, ale często robią to zbyt późno, albo co gorsze, nie stosują się do wskazań konsultanta.

Końcowy art. 11 mówi, że: „Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem”⁹. W praktyce sądów lekarskich niedochowanie należytej staranności, które było tematem wcześniejszych rozważań wynikało, ujmując problem szeroko, z braku odpowiednich warunków dla działań lekarzy. Niedostatki te obejmowały zarówno bazę diagnostyczną, leczniczą, jak i niedobory kadrowe. Niestety, okazywało się, że najczęściej lekarze mieli świadomość tych niedoborów i mimo to podejmowali się pracy w niedoskonałych warunkach. Ta pozornie nieracjonalna sytuacja wynikała i nadal wynika wcale w nie mniejszym wymiarze z faktu, że przychodnie i szpitale zatrudniające lekarzy, mając ograniczone środki, tworzą potencjał diagnostyczno-terapeutyczny na miarę swoich możliwości, a lekarze zmuszeni są często wbrew zdrowemu rozsądkowi, do pracy w takich warunkach jakie

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

oferuje dany podmiot leczniczy. Tłumaczą to czynnikami, z którymi można się zgodzić, nie usprawiedliwiając jednak pracy w warunkach, które nie zapewniają bezpieczeństwa zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi. Na czoło wysuwa się presja pracodawcy, podparta nierzadko groźbą zwolnienia z pracy, czynnik materialny i strach o utratę źródła dochodów. Niekorzystne skutki pracy w warunkach odbiegających od normy, rodzą często odpowiedzialność zawodową i nieuchronną karę, ale co paradoksalne są też często impulsem do zmian w pracy przychodni, oddziału, gabinetu i przewartościowaniu myślenia, że jednak trzeba zmieniać na lepsze i lepiej zrobić to zanim gorsze zrobi to za nas.

Na koniec słów kilka na temat tego jak kształtowały się i kształtują specjalności, które niosą największe ryzyko odpowiedzialności zawodowej, co wcale nie oznacza, że jakość działań lekarzy w tych dziedzinach jest zła lub gorsza od innych, ale krótki przegląd pozwala wyrobić sobie pogląd, gdzie uwaga pacjentów jest szczególnie skupiona na jakości. Niewątpliwym czynnikiem wpływającym na dominację pewnych specjalności ma stopień ryzyka związanego z podejmowanymi w ich zakresie procedurami oraz skutkami tych działań. Stałą tendencją od początku reaktywowanej samorządowej odpowiedzialności zawodowej jest dominacja specjalności zabiegowych. W czołówce plasują się chirurgia, położnictwo i ginekologia, z położeniem akcentu na położnictwo, następnie pojawia się ortopedia. Mniejszy udział mają zachowawcze choroby wewnętrzne. Dość wysoki, ale utrzymujący się bez większych wahań, udział miała stomatologia, jednak w ostatnich kilkunastu latach wzrosła liczba spraw stomatologicznych w zakresie leczenia protetycznego. Pojawiły się sprawy z dziedziny medycyny ratunkowej. Tendencję wzrostową ma medycyna rodzinna, która przejęła sporą część skarg z dziedziny chorób wewnętrznych. Również anesteziologia ma swój udział w statystykach sądów lekarskich. Oczywiście powyższe dane, tak jak wspominałem wcześniej, należy traktować szacunkowo i wnioski formułować jedynie w celu wysyłania sygnałów ostrzegawczych do lekarzy, posiadających określone specjalizacje, nie pomijając tych, które pojawiają się rzadziej, co nie znaczy, że nie należy dbać w nich o najwyższą jakość.

Streszczenie

Według Platona jakość jest pewnym stopniem doskonałości. Definicja ta, w zakresie opieki medycznej, powinna być odnoszona do działań medycznych rozumianych jako produkt oferowany pacjentowi. Winien on podlegać ocenie w zakresie bezpieczeństwa i skuteczności, przekładającej się na zaspokojenie potrzeb i oczekiwań pacjenta-nabywcy. Dodać należy, że oczekiwania te mogą być zarówno przekroczone, jak i niespełnione. Zdrowie i życie są od zarania ludzkości wartościami najwyższymi i nie przekreślą tego niezliczone fakty, pokazujące, że ani życie, a tym bardziej zdrowie, nie miały i nadal nie mają, najmniejszej wartości. Kodeks etyki lekarskiej zawiera rozdział *Jakość opieki medycznej*, który zawiera cztery artykuły omówione w niniejszym opracowaniu.

The quality of medical care and the Code of Medical Ethics from the point of view of the medical court

Summary

According to Plato quality is a certain degree of perfection. This definition, in medical care, should be related to medical activities understood as a product offered to the patient. It should be

evaluated for safety and effectiveness, which translates to meet the needs and expectations of the patient-purchaser. It should be added that expectations can be either exceeded or unfulfilled. Health and life are, since the dawn of humanity, the highest values and that cannot be negated by innumerable facts that show that life, all the more health, used to have and still have little value. The Code of Medical Ethics, comprises the chapter entitled Quality of Care, which includes four articles discussed in this article.

Anna JACEK

dr n. praw., Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski,
Kancelaria Prawa Gospodarczego Steczkowska i Wspólnicy sp. k.

Pomoc chorym w stanach terminalnych. Komentarz do art. 30–32 Kodeksu etyki lekarskiej

Art. 30–32 Kodeksu etyki lekarskiej są normami etycznymi określającymi pomoc lekarza pacjentom w stanach terminalnych. W art. 30 KEL sprecyzowano, iż: „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”.

Artykuł 30 KEL jest związany z prawem pacjenta do umierania w spokoju i godności. Należy wskazać, że powyższe prawo pacjenta zostało określone przez ustawodawcę w art. 20 ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* z dnia 6 listopada 2008 r. w zakresie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności¹. Tożsamą regulację zawiera również art. 36 ust. 1 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* z dnia 5 grudnia 1996 r.², wskazując na prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie art. 23 k.c., prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności należy zakwalifikować do dóbr osobistych pacjenta podlegających szczególnej ochronie. Natomiast art. 24 k.c. określa środki ochrony w przypadku zagrożenia lub naruszenia dobra osobistego. „Przepis ten wymienia i reguluje bardziej szczegółowo roszczenia o zaniechanie i o usunięcie skutków naruszenia (roszczenia niemajątkowe) oraz wskazuje na możliwość dochodzenia także roszczeń majątkowych (o zadośćuczynienie pieniężne lub zapłatę odpowiedniej sumy na cel społeczny, a także o naprawienie szkody majątkowej) na podstawie przepisów odrębnych”³.

Prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności zostało określone w przepisach ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* z dnia 6 listopada 2008 r. W art. 20 ust. 2 powyższej ustawy wskazano, że: „Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień”⁴. Prawo do umierania w spokoju i godności należy odnieść do

¹ Zob. A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2010.

² Dz. U. 2015, poz. 464, dalej: ustawa o zawodzie lekarza.

³ E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, C.H. Beck, wyd. 6, Warszawa 2014, System Informacji Prawej Legalis, dostęp 5.05.2015.

⁴ Dz. U. 2012, poz. 159 ze zm.

nakazu stworzenia takich warunków, aby kres ludzkiej egzystencji nastąpił w sposób godny⁵.

Należy podkreślić, iż w art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej wskazano zasadę poszanowania godności każdego człowieka. Godność nie została jednak zdefiniowana w Konstytucji, ani w innych aktach prawnych czy w orzecznictwie sądowym. „Dzieje się tak dlatego, że godność to sfera osobowości konkretyzująca się w poczuciu własnej wartości człowieka i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi; poczucie to jest zmienne, kształtują je czynniki zewnętrzne uwarunkowane kulturowo, historycznie, religijnie, a także czynniki wewnętrzne, cechy psychiki człowieka. Godność tak ujęta ma charakter obiektywny, jest cechą przyrodzoną, przysługującą każdemu człowiekowi”⁶. „W tym przypadku słowo «godność» jest używane w sensie człowieczeństwa i odnosi się do odpowiedniego traktowania chorego umierającego przez personel medyczny”⁷. Poszanowanie godności umierającego pacjenta przez lekarza i personel medyczny będzie również związane z jego prawem do informacji dotyczącej jego stanu zdrowia. Pacjent dotknięty nieuleczalną i ciężką chorobą ma prawo wiedzieć m.in. jaki jest stan jego zdrowia, jakie są możliwe metody diagnostyczne i lecznicze, dające się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania, wyniki leczenia oraz rokowania dotyczące jego stanu zdrowia, tzn. czy jego stan zdrowia może ulec poprawie, jak też czy może się pogorszyć. Pacjent ma prawo również żądać, aby lekarz nie udzielił mu żadnej z powyższych informacji związanych z jego stanem zdrowia. Należy również podkreślić, iż art. 31 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza umożliwia również lekarzowi ograniczenie w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta (tzw. przywilej terapeutyczny). W przypadku wystąpienia powyższej sytuacji, lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Obowiązkiem lekarza jest jednak udzielenie informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu w przypadku, gdy z takim żądaniem wystąpi pacjent.

Ponadto, w przypadku pacjenta w stanie terminalnym szczególnie ważne jest również jego prawo do opieki duszpasterskiej, polegające na umożliwieniu mu przez podmiot leczniczy kontaktu z duchownym swojego wyznania, dodatkowej opieki ze strony osób bliskich, jak również do utrzymywania kontaktu z osobami z zewnątrz.

Analizując prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności należy zwrócić uwagę na wskazanie przez ustawodawcę terminu „pacjenta w stanie terminalnym”. Ustawodawca nie określił jednak w obowiązujących przepisach definicji „stanu terminalnego”. Jedynie w piśmiennictwie medycznym sformułowano kilka definicji stanu terminalnego. J. Pyszkowska precyzuje stan terminalny jako: „Stan znacznego pogorszenia się choroby przewlekłej i nie można już wdrażać leczenia przyczynowego”⁸. Natomiast

⁵ U. Drozdowska, *Prawo Pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Działalność Rzeczników Praw Pacjenta*, w: *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, red. A. Jacek, E. Sarnačka, Wyd. Difin 2014, s. 165.

⁶ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. 2, C.H. Beck, Warszawa 2012, System Informacji Prawnej Legalis, dostęp 4.05.2015.

⁷ K. Wroński, *Prawo chorego do umierania w spokoju i godności. Nowotwory*, „Journal of Oncology” 2007, vol. 57, s. 725.

⁸ J. Pyszkowska, *Opieka paliatywna – formy realizacji, zasad współpracy z lekarzem rodzinnym*, „Przewodnik Lekarza” 2007, nr 2, s. 198.

według A. Kubler jest to: „czas, w którym z dnia na dzień następuje pogorszenie stanu zdrowia, zwłaszcza siły, apetytu i świadomości”⁹. Należy nadmienić, iż często używa się również zamiennika tej definicji tj. terminu „umierania”. „Prawo do umierania wywodzi się bezpośrednio z prawa do życia i do pomocy w sytuacjach ostatecznego zagrożenia, chodzi tu przecież o pomoc na pewnym określonym etapie życia”¹⁰.

Realizacja prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności powinna być związana z zapewnieniem przez lekarza, jak też podmiot leczniczy wszystkich czynności, których celem jest łagodzenie cierpienia pacjentów. Tymi czynnościami są wielokierunkowe specjalistyczne czynności, których celem jest nie tylko uśmierzanie bólu, ale również łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych chorego oraz pomoc jego rodzinie, która nie zawsze potrafi poradzić sobie z nieuleczalną chorobą swojego członka. Uśmierzanie bólu pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym jest również obowiązkiem lekarza wynikającym z art. 30 KEL. E. Zielińska wskazuje, że: „powyższy przepis [art. 30 KEL – przyp. autora] pozwala lekarzowi (bez obawy odpowiedzialności), w miarę pogłębiania się bólu, odpowiednio zwiększać pacjentowi będącemu w stanie terminalnym dawkę środków uśmierających (np. morfiny) do granic niezbędnych do wyeliminowania cierpień”¹¹. Ponadto, w przypadku pacjentów w stanach terminalnych, istotne jest zapewnienie im również świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, która skupia się na utrzymaniu dobrej jakości kończącego się życia, a nie na przedłużaniu umierania. „Wtedy najważniejsza staje się dobra, jakość umierania”¹². „Opieka paliatywna może być stosowana we wcześniejszej fazie choroby w połączeniu z innymi terapiami mającymi na celu wydłużenie życia, jak np. chemioterapia lub radioterapia, a także obejmuje te badania, które są potrzebne do lepszego zrozumienia i leczenia przykrych komplikacji klinicznych”¹³. Zakres świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej¹⁴. Świadczenia te są udzielane pacjentom w hospicjach stacjonarnych lub w oddziałach medycyny paliatywnej, hospicjach domowych dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia oraz w poradniach medycyny paliatywnej. Świadczenia w powyższych zakresach są udzielane pacjentom kompleksowo, obejmując m.in. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, zapobieganie powikłaniom jak też opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną.

⁹ A. Kubler (red. wydania polskiego), *Opieka paliatywna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007, s. 773.

¹⁰ D. Karkowska, *Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2012, s. 311.

¹¹ E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 88.

¹² T. Weber, *Daremna czy uporczywa terapia w medycynie paliatywnej? Etyczne aspekty decyzji medycznych*, w: J. Hartman, M. Waligóra, *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Wolters, Kluwer Business, Warszawa 2011, s. 161.

¹³ J. Zajdel, *Prawa Lekarza 2012*, Wyd. Progress, Łódź 2012, s. 76.

¹⁴ Dz. U. 2013, poz. 1347.

Oprócz uśmierzenia bólu, istotna dla pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym jest opieka pielęgnacyjna, którą sprawuje głównie personel pielęgniarstwa mający najczęściej bezpośredni kontakt z pacjentem. Pielęgnacja pacjenta w tzw. stanie terminalnym jest procesem ciągłym obejmującym w szczególności szeroki zakres czynności instrumentalnych i pielęgnacyjnych. Należy nadmienić, iż pacjent znajdujący się w stanie terminalnym może mieć zdiagnozowane kilka chorób, które mogą prowadzić go do stanów przedagonalnych i agonalnych. „Pielęgnowanie chorych terminalnie ma na celu przede wszystkim przyniesienie ulgi w cierpieniu, ochronę godności osobistej, tworzenie humanitarnej atmosfery w ostatniej chwili życia”¹⁵. D. Karkowska słusznie również wskazuje, iż pacjent umierający ma prawo do wsparcia psychologicznego, a w sytuacjach krytycznych, do otrzymania środków psychotropowych umożliwiających wewnętrzne przezwyciężenie problemów natury emocjonalnej.

Zawinione naruszenie prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności może skutkować zasądzeniem przez sąd odpowiedniej sumy pieniężnej na cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. W tym przypadku, uprawnionymi do wystąpienia z żądaniem są małżonek, krewni lub powinowaci do drugiego stopnia w linii prostej oraz przedstawiciele ustawy.

Analizując normy etyczne dotyczące pomocy lekarza pacjentom w stanach terminalnych, należy wskazać na art. 31 KEL zawierający bezwzględny zakaz dotyczący stosowania przez lekarza eutanazji, jak też pomagania choremu w popełnieniu samobójstwa. Eutanazja w Polsce jest zakazana. Zakaz dotyczący stosowania eutanazji oraz pomagania choremu w popełnieniu samobójstwa został zakwalifikowany przez ustawodawcę w przepisach Kodeksu karnego do grupy przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Z art. 150 k.k. wynika, iż eutanazja czynna tzn. postępowanie świadome, którego celem jest skrócenie życia chorego podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. „Przestępstwo z art. 150 k.k. ma charakter powszechny, chociaż sprawcą czynu będzie lekarz lub inny członek personelu medycznego”¹⁶. „W polskim prawie karnym eutanazja stanowi uprzywilejowany typ zabójstwa ze względu na szczególną sytuację motywacyjną sprawcy, popełniającego czyn na żądanie ofiary i pod wpływem współczucia”¹⁷. „Dla kwalifikacji na podstawie art. 150 § 1 k.k. wymagane jest, aby do zabójstwa doszło «na żądanie» ofiary oraz «pod wpływem współczucia» dla niej. Oba elementy konstytuujące typ eutanazji muszą wystąpić kumulatywnie, nie wystarczy zatem zabicie osoby nieprzytomnej pod wpływem współczucia, ani żądanie zabicia bez współczucia, np. za pieniądze”¹⁸. W tezie wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 sierpnia 2013 r. sprecyzowano następujące warunki przyjęcia kwalifikacji prawnej zabójstwa eutanatycznego:

1. „Wyrażone przez ofiarę zabójstwa eutanatycznego żądanie pozbawienia jej życia ma być w pełni świadomym, niewątpliwym, bezwarunkowym aktem nieprzymuszonej woli, pochodzącym od poczytalnej osoby dorosłej i jest dla sprawcy zewnętrznym

¹⁵ A. Rumińska, *Pielęgnowanie chorego umierającego*, „Medi. Forum Opieki Długoterminowej” 2011, nr 2(48), s. 19.

¹⁶ A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2003, s. 431.

¹⁷ A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, C.H. Beck, wyd. 3, Warszawa 2015, System Informacji Prawnej Legalis, dostęp 5.05.2015 r.

¹⁸ Ibidem.

bodźcem do popełnienia czynu. Nie jest zaś żądaniem chwilowa reakcja, wywołana gwałtownym bólem. Wewnętrznym bodźcem jest natomiast współczucie dla ofiary.

2. Nie można mówić o zabójstwie eutanatycznym wówczas, gdy współczucie wywołane jest cierpieniami psychicznymi człowieka takimi jak: straty materialne, wieloletnie kalectwo, zawód miłosny, ani też wtedy, gdy dotyczy innej osoby lub osób, niż ofiara. Nie zawsze tam, gdzie sprawca wprawdzie spotyka się z życzeniem człowieka, by zadano mu śmierć i zabija pod wpływem współczucia, można mówić o spełnieniu znamion występku przewidzianego w art. 150 § 1 k.k.

3. Nie ulega wątpliwości, że w przepisie art. 150 § 1 k.k. chodzi wyłącznie o ważne powody, związane z ciężkim cierpieniem i beznadziejnością sytuacji, w jakiej człowiek cierpiący się znalazł. Nie można wiązać owych ważkich powodów wyłącznie z przypadkami medycznymi¹⁹.

Należy podkreślić, iż w wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia. A. Zoll słusznie zauważył, iż „możliwość ta nie jest podyktowana chęcią «legalizacji» eutanazji, lecz koniecznością wzięcia pod uwagę przy wymiarze kary niekiedy skrajnie anormalnej sytuacji motywacyjnej, pod której wpływem może działać sprawca”²⁰.

Ponadto, nie można również za namową lub przez nieudzielenie pomocy doprowadzić takiej osoby do samobójstwa (art. 151 k.k.). „Przepis ten stanowi normę o szczególnym charakterze, gdyż typizuje zachowanie polegające na namowie lub udzieleniu pomocy do popełnienia przez inną osobę czynu, który sam nie stanowi przestępstwa, czyli samobójstwa, ponieważ tradycją polskiego prawa karnego jest bezkarność samobójstwa”²¹.

Natomiast „zaniechanie stosowania środków terapeutycznych podtrzymujących życie (np. leków, aparatury) może być traktowane jako eutanazja bierna, podlegająca również odpowiedzialności karnej (art. 162 § 1 k.k. – zaniechanie niesienia pomocy) i cywilnej”²².

Art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej jest normą wręcz liberalizującą bezwzględny zakaz dotyczący stosowania przez lekarza eutanazji, jak też pomagania choremu w popełnieniu samobójstwa. Art. 32 KEL określa, iż: W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Na wstępie należy podkreślić, iż art. 32 KEL nie posiada tożsamej regulacji w przepisach ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z dnia 5 grudnia 1996 r., jak też w innych aktach prawnych. W artykule określono szczególnie ważną problematykę dla lekarza, jaką jest stosowanie tzw. uporczywej terapii. Art. 32 KEL wskazuje do jakich czynności lekarz nie jest zobligowany w przypadku, gdy pacjent znajduje się w stanie terminalnym. Należą do nich:

- 1) niepodejmowanie reanimacji;
- 2) nieprowadzenie lub przerwanie reanimacji;

¹⁹ II AKa 118/13, System Informacji Prawnej Legalis, dostęp 5.05.2015 r.

²⁰ R. Citowicz, *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, Wydawnictwo Kodeks, Warszawa 2006, s. 147.

²¹ A. Wąsek (red.), *Kodeks karny: część szczególna: komentarz do artykułów 117–221*, t. 1, C.H. Beck, Warszawa 2008, s. 270–271.

²² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2004, s. 261.

- 3) niepodjęcie, nieprowadzenie lub przerwanie uporczywej terapii oraz
- 4) niestosowanie środków nadzwyczajnych.

„Przepis ten pozwala lekarzowi samodzielnie – w związku z posiadaną przez niego wiedzą, jak również w oparciu o diagnozę i rokowanie pacjenta – na odstąpienie od leczenia lub zaprzestanie go, jeżeli stan chorego jest stanem terminalnym”²³. „O kierunku podjętych decyzji powinny więc zważyć względy medyczne i zasada humanitarnego stosunku do człowieka”²⁴. Norma wynikająca z art. 32 KEL oznacza też, że lekarz nie ma obowiązku utrzymywania przy życiu pacjenta, u którego nastąpiła tzw. śmierć mózgowa. Orzeczenie o śmierci mózgu wymaga wystąpienia łącznie i nieprzerwanie przez 24 godziny następujących objawów: „1) głęboka utrata przytomności przy braku jakichkolwiek reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne, 2) szerokie źrenice niereagujące na światło, 3) bezruch gałek ocznych, 4) całkowite napięcie mięśni wiotkich, 5) trwały bezdech, 6) brak zmian czynności bioelektrycznej (zarejestrowanej elektrokardiograficznie) po celowej stymulacji farmakologicznej, 7) brak czynności bioelektrycznej mózgu ujawniający się w postaci nie zmieniającej się linii izoelektrycznej EEG, 8) brak wypełnienia naczyń mózgu środkiem cieniującym w badaniu radiologicznym, wstrzykniętym dotętniczo”²⁵.

Należy zauważyć, iż powyższy art. 32 KEL wskazuje wyłącznie na kryteria medyczne, którymi powinien kierować się lekarz, podejmując decyzję o zaprzestaniu tzw. uporczywej terapii. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym nie ma możliwości ingerowania w jego decyzję.

Dokonując analizy powyższego artykułu, istotnym jest również sprecyzowanie pojęcia uporczywej terapii. M. Śliwka twierdzi, że „przez uporczywą terapię można rozumieć stosowanie przez lekarza procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, a w szczególności z nadmiernym cierpieniem”²⁶. „Nie stanowi uporczywej terapii stosowanie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta”²⁷. „Uporczywą terapię można również rozumieć jako daremny trud leczenia, które nie przynosi oczekiwanych korzyści, jaką powinna być poprawa zdrowia. To leczenie bez nadziei na osiągnięcie zadowalającego skutku. To syzyfowa praca lekarza, który lecząc, nie osiąga pozytywnego rezultatu, a jakże często naraża swojego chorego na przedłużone i uciążliwe cierpienia”²⁸.

²³ S. Poździoch, M. Gibiński, *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2012, s. 214.

²⁴ A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu etyki lekarskiej*, Zakład Informacyjno-Wydawniczo-Kolportażowy Okręgowej Izby Lekarskiej, Warszawa 1993, s. 100.

²⁵ B. Banaszek, A. Preisner, *Granice ludzkiego życia a jego prawna ochrona*, w: *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, C.H. Beck, Warszawa 2002, s. 112.

²⁶ M. Śliwka, *Testament życia oraz zaniechanie uporczywej terapii w projekcie ustawy bioetycznej (uwagi porównawcze)*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 2, s. 22.

²⁷ Op. cit., s. 33.

²⁸ T. Weber, op. cit., s. 163.

Uporczywa terapia jest związana z wieloma dylematami m.in. z ustaleniem do jakiego czasu należy podtrzymywać życie ludzkie lub też ważnością złożonego sprzeciwu pacjenta na leczenie, lub też podtrzymywanie jego dalszego życia, kiedy znajduje się w stanie terminalnym (tzw. testament życia). Są to jednak dylematy, które pozostają nierozwiązane w obowiązujących przepisach prawnych. Aspekty dotyczące tzw. testamentu życia były jednak przedmiotem jedyne postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., który stwierdził, iż: „Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”²⁹. Z powyższego postanowienia wynika zatem, że dopuszczalne jest stosowanie takich oświadczeń pacjenta.

Należy wskazać, że obowiązujące przepisy tj. ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, określają obowiązek ratowania przez lekarza życia umierającego pacjenta. Natomiast z drugiej strony art. 32 KEL zwalnia lekarza z obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii, stosowania środków nadzwyczajnych w przypadku pacjentów w stanach terminalnych. T. Weber uważa, że: „Niestety obowiązek pomocy w stanach zagrożenia życia, a takim jest zatrzymanie krążenia, doprowadza niejednokrotnie do sytuacji, kiedy lekarz ze strachu przed odpowiedzialnością karną podejmuje się reanimacji, która z góry jest skazana na niepowodzenie”³⁰. „Lekarze zaś, z obawy przed postawieniem im zarzutu eutanazji, podejmują i kontynuują terapię także wtedy, gdy nie ma ona jakichkolwiek szans powodzenia, natomiast przedłużając życie pacjenta, niejednokrotnie potęguje jego cierpienia i powoduje niepotrzebne koszty”³¹.

Jak wspomniano wyżej, lekarz zobowiązany jest podtrzymywać życie pacjenta. D. Karkowska słusznie zauważa, że: „lekarz wie dużo więcej o możliwości ratowania ludzkiego życia, szansach przeżycia i dalszego funkcjonowania, powinien rozważyć, czy celowe jest przedłużanie umierania, ponieważ jego obowiązkiem jest dbanie o jakość kończącego się życia i poszanowanie prawa pacjenta do godnej śmierci”³². W związku z tym, istotne jest ustalenie, jak daleko sięgają granice obowiązku podtrzymywania życia ludzkiego. Można spróbować postawić tezę, że momentem, od którego należy powstrzymać się od podejmowania uporczywej terapii i środków nadzwyczajnych, jest chwila, kiedy osoba podejmująca czynności ratujące życie ma przed sobą nie tylko pacjenta umierającego, ale również „istotę, która już nigdy żywym człowiekiem stać się nie może, bowiem sztucznie podtrzymywane są tylko funkcje życiowe poszczególnych komórek lub ich zespołów, a nie funkcje życiowe osoby”³³. Należy pamiętać, że odstępienie od uporczywej terapii nie może w żadnym przypadku spełniać przesłanek eutanazji. Należałoby również zastanowić się nad propozycją M. Nesterowicza, który uważa, iż: „w celu usunięcia wszelkich wątpliwości co do prawidłowości

²⁹ Sygn. akt III CK 155/05.

³⁰ T. Weber, op. cit., s. 165–166.

³¹ T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 17.

³² Por. D. Karkowska, *Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.

³³ D. Karkowska, op. cit., s. 314.

diagnozy lekarskiej, stanu chorego, jego szans przeżycia byłoby uzasadnione, aby o odłączeniu aparatów decyzję podejmowało konsylium lekarskie³⁴.

Znajomość norm etycznych określonych w art. 30–32 KEL, dotyczących pomocy pacjentom w stanach terminalnych jest istotna dla każdego lekarza. Podkreślić należy jednak, iż zasady udzielania tej pomocy są związane z dużymi wątpliwościami z uwagi na to, iż pomoc lekarska ma dotyczyć pacjentów, którzy „znajdują się u kresu swojego życia”. Obowiązujące regulacje dotyczące poruszanej przez mnie tematyki powodują wiele kontrowersji. Z jednej strony przepisy ustawy o zawodzie lekarza nakazują ratowanie życia umierającego pacjenta, natomiast art. 32 KEL zwalnia lekarza z obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii, stosowania środków nadzwyczajnych w przypadku pacjentów w stanach terminalnych. Problemem jest również nieuregulowanie w przepisach ustawy o zawodzie lekarza zaprzestania stosowania przez lekarza tzw. uporczywej terapii. Jedynym kryterium wskazanym w art. 32 KEL, na podstawie którego lekarz może decydować o wyborze stosownej pomocy pacjentowi w stanie terminalnym jest wyłącznie stan zdrowia pacjenta. Skutkiem braku jednoznacznej regulacji jest również dopuszczenie na podstawie art. 30 KEL biernej eutanazji dobrowolnej oraz eutanazji pośredniej, ponieważ pacjent ma prawo do odmowy leczenia, a podanie pacjentowi środków przeciwbólowych przyczyniających się do przyspieszenia zgonu może zostać uznane za „usprawiedliwione” stanem pacjenta i wiedzą medyczną.

Streszczenie

Art. 30–32 Kodeksu etyki lekarskiej są normami etycznymi określającymi pomoc lekarza pacjentom w stanach terminalnych. Znajomość tych norm etycznych jest istotna dla każdego lekarza. Podkreślić należy jednak, iż zasady udzielania tej pomocy są związane z dużymi wątpliwościami z uwagi na to, iż pomoc lekarska ma dotyczyć pacjentów, którzy „znajdują się u kresu swojego życia”. Obowiązujące regulacje powodują wiele kontrowersji. Z jednej strony przepisy ustawy o zawodzie lekarza nakazują ratowanie życia umierającego pacjenta, a z drugiej zwalniają lekarza z obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii, stosowania środków nadzwyczajnych w przypadku pacjentów w stanach terminalnych. Problemem jest również nieuregulowanie w przepisach ustawy o zawodzie lekarza zaprzestania stosowania przez lekarza tzw. uporczywej terapii. Skutkiem braku jednoznacznej regulacji jest również dopuszczenie na podstawie art. 30 KEL biernej eutanazji dobrowolnej oraz eutanazji pośredniej.

Commentary on Art. 30–32 of the Code of Medical Ethics

Summary

Art. 30–32 of the Code of Medical Ethics (CME) are standards defining ethical medical assistance to patients in the terminal stages. Knowing these ethical standards is essential for every physician. It should be emphasized, however, that the rules for granting such aid are associated with large uncertainties due to the fact that medical assistance is intended to patients who „are

³⁴ M. Nesterowicz, op. cit., s. 262.

at the end of their lives". The existing regulations cause a lot of controversy. On the one hand, the rules of the Law on the medical profession require saving the life of a dying patient, on the other hand exempt the physician from the obligation of initiating and performing resuscitation or persistent medical treatment, or exceptional measures for patients in the terminal stages. The Act on the medical profession also fails to regulate the cessation of the so called futile (persistent) treatment. The absence of explicit regulation also results in a clear admission of voluntary passive euthanasia and the indirect euthanasia, on the basis of Art. 30 CME.

Jolanta PACIAN

dr n. praw., Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Transplantacja w Kodeksie etyki lekarskiej – rozważania prawne

Historia transplantacji zaczyna się w starożytności. Już wtedy zaczęto wykorzystywać, po raz pierwszy, krew w leczeniu. Niemniej jednak, pierwszym opisanym przypadkiem jest opis stosowania krwi przez lekarza u papieża Innocentego VIII w 1482 r., a kolejny pochodzi dopiero z roku 1667. Jednak przełomem było opracowanie skutecznej metody przetaczania krwi, czyli transplantacji samodzielnej oraz pomocniczej przy innych transplantacjach¹. Tak więc transplantacja powoli, ale samodzielnie wkraczała w praktykę lekarską. Należy podkreślić, że pionierskie próby przeszczepu organów wewnętrznych przeprowadzono już na początku XX wieku. W Polsce natomiast historia transplantacji rozpoczyna się dopiero w latach 60-tych XX wieku. Mianowicie w 1966 r. J. Nielubowicz i T. Orłowski dokonali udanego przeszczepu nerki, a w 1969 r. J. Moll przeprowadził przeszczep serca². W 1984 r. odnotowano pierwszy udany przeszczep szpiku kostnego. Zaś w 1985 r. Z. Religa przeprowadził pierwszy udany przeszczep serca. W dalszej kolejności przeprowadzano przeszczep krwi pepowinowej, wątroby, rogówki, płuca, a w 2009 r. przeprowadzono przeszczep prawej ręki na wysokości ramienia³. Transplantacja bardzo powoli, ale skutecznie zapisywała się w historii również i polskiego leczenia. Doświadczenia pokoleń wielu lekarzy zaowocowały olbrzymim postępem i rozwojem polskiej transplantologii.

Słowo transplantacja, zgodnie ze swoją historią, ma znaczenie łacińskie, bowiem pochodzi od słowa *transplantare*, co oznacza szczepić, przesadzać. Zgodnie jednak z obecną definicją encyklopedyczną, oznacza zabieg przeniesienia komórek, tkanek bądź narządów w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami⁴. I tak ze względu na pochodzenie organu do przeszczepu, należy wyróżnić transplantację⁵:

- *ex vivo* – gdy dawcą jest żywy człowiek,
- *ex mortuo* – gdy komórki, tkanki i narządy pobierane są ze zwłok ludzkich.

¹ R. Tokarczyk, *Normatywne uwarunkowania transplantologii*, w: *Medycyna na początku III tysiąclecia. Humanizm, traumatologia, transplantologia*, red. K. Imieliński, Warszawa 2000, s. 163.

² A. Oko, *Akty prawne, organizacja pobierania i przeszczepiania narządów unaczynionych w Polsce*, w: *Transplantologia w zarysie*, red. W. Daszkiewicz i inni, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań 2009, s. 226.

³ J. Duda, *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 21 i n.

⁴ *Nowa encyklopedia powszechna PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, t. 6, Warszawa 1997, s. 440 i n.

⁵ M. Paszkowska, *Cywilnoprawny aspekt transplantacji organów*, LEX ABC, nr 89330/el.

- Natomiast z uwagi na relacje pomiędzy dawcą a biorcą należy wymienić:
- autotransplantacje – dawcą i biorcą przeszczepu jest ta sama osoba,
 - izotransplantacje – transplantacja pomiędzy identycznymi genetycznie osobnikami,
 - homotransplantacje – w obrębie tego samego gatunku,
 - heterotransplantacje – gdy przeszczep należy do osobnika innego gatunku.

Ustawa z dnia 1.07.2005 r. *o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*⁶ reguluje problematykę transplantacji w Polsce. Jest niewątpliwie zgodna z dyrektywami Parlamentu Europejskiego i Rady Europy takimi jak: dyrektywa 2000/4/WE; dyrektywa 2006/86/WE oraz dyrektywa 2006/17/WE. Dodatkowo, na temat transplantacji stanowi Kodeks etyki lekarskiej w artykułach od 33 do 37. I chociaż Kodeks etyki lekarskiej⁷ nie jest aktem prawnym, to jednak zawarte w nim uregulowania obowiązują bezwzględnie lekarzy i są wyznacznikiem wykonywania zawodu zgodnie z *lege artis*.

Zgodnie z art. 4 ustawy transplantacyjnej, komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. W żadnym akcie prawnym nie zdefiniowano jednak dokładnie tych celów, co skutkuje wieloma problemami w praktyce. W doktrynie natomiast P. Daniluk uważa, że cel leczniczy występuje wówczas gdy „czynność lekarska w sposób zobiektywizowany została skierowana na chorobę w sensie biologiczno-medycznym”⁸. Brak zaś innych wytycznych dotyczących precyzyjnego określenia zakresu przedmiotowego tych poszczególnych celów.

Pobranie komórek, tkanek i narządów może być dokonane dopiero wówczas, gdy stwierdzono: po pierwsze, trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) albo po drugie, gdy zgon nastąpił wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Jeżeli chodzi o stwierdzanie śmierci mózgu, to orzeka o tym jednomyślnie komisja składająca się z 3 lekarzy, którzy posiadają specjalizację, co najmniej jednego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Szczegółowe warunki omawia i precyzuje Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 r.⁹ Stwierdzenie śmierci mózgowej musi być działaniem pewnym, nie pozostawiającym żadnych wątpliwości. Według S. Raszei „śmierć mózgu musi być stwierdzona [...] w sposób niewątpliwy. Społeczeństwo musi być świadome, że stosowane w rozpoznaniu zgonu metody są pewne i że w tej dziedzinie nie istnieje jakakolwiek dowolność. Możliwość pomyłki powinna być wykluczona”¹⁰. Tymczasem w odczuciu społecznym niejednokrotnie pojęcie śmierci mózgowej powoduje niezrozumienie. Ta teza znajduje potwierdzenie w rozważaniach E. Kujawy, która twierdzi,

⁶ Dz. U. 2005, Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.

⁷ Tekst jednolity: z dnia 2.01.2004 r. zawierający zmiany uchwalone w dniu 20.09.2003 r. na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy.

⁸ P. Daniluk, *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2, s. 37–47.

⁹ M.P. 2007, Nr 46, poz. 547.

¹⁰ S. Raszeja, *Kryteria śmierci mózgu a zagadnienia eksplantacji narządów ze zwłok*, w: *Prawo a medycyna u progu XXI wieku*, red. M. Filar, Toruń 1987, s. 13.

że „dla sporej części naszego społeczeństwa pojęcie «śmierci mózgowej» nie tylko jest czymś niezrozumiałym, ale wręcz budzi grozę”¹¹. Dlatego tak ważne jest dla każdego lekarza, jak słusznie zauważa A. Zoll, „ustalenie do kiedy jest on zobowiązany podtrzymywać życie ludzkie, udzielać pomocy pacjentowi, a od którego momentu jest już od tego zwolniony i wobec tego może przystąpić do pobrania narządu”¹². Lekarz musi zawsze postępować zgodnie z *lege artis*, a tym samym respektować obowiązujące przepisy prawne i nade wszystko Kodeks etyki lekarskiej. Art. 34 Kodeksu etyki lekarskiej wyraźnie stanowi, że lekarz po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one być przeszczepione. Tak więc, to właśnie na lekarzu ciąży powinność zawsze należytego działania, aby wykluczyć ryzyko wystąpienia błędu medycznego i nie podważyć zaufania społeczeństwa, co do zasadności przeprowadzania przeszczepów *ex mortuo*.

Natomiast w odniesieniu do nieodwracalnego zatrzymania krążenia, kryteria przedstawia Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9.08.2010 r.¹³ Wprowadzenie art. 9a do obowiązującej ustawy z dnia 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów budzi wątpliwości interpretacyjne. Nie zostało w tej ustawie jednoznacznie określone czy, aby dokonać przeszczepu *ex mortuo* obligatoryjnie musi dojść do stwierdzenia śmierci pnia mózgu i nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czy też wystarczy, że wystąpi co najmniej jedna z tych przesłanek. Zważywszy na przedstawiane wcześniej przez projektodawców stanowiska, należałoby wnioskować, że już wystąpienie jednej z powyższych przesłanek uzasadnia możliwość przeprowadzenia transplantacji¹⁴. Takie zdanie wyraził W. Rowiński, stwierdzając, że „polskie uregulowania prawne wymagają wielu zmian. Do najważniejszych należą: stwierdzenie, że pobranie narządów może odbywać się również po nieodwracalnym ustaniu czynności krążenia [...]. Będzie to wymagać opracowania właściwych kryteriów”¹⁵. Według R. Kubiaka również § 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4.12.2009 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów¹⁶ wydaje się uzasadniać alternatywny charakter ustawowych przesłanek, co skutkuje nieczytelnością wprowadzonych regulacji prawnych¹⁷. Zatem brak wyraźnego i jednoznacznego stanowiska ustawodawcy w zakresie stwierdzania śmierci pacjentów na potrzeby transplantacji *ex mortuo*, może powodować szereg wątpliwości i niepotrzebnych sporów. Nadto, może także prowadzić

¹¹ E. Kujawa, *Opinia o ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, „Zeszyty Biura Studiów i Analiz Kancelarii Sejmu” (druk senacki nr 264), 1995.

¹² A. Zoll, w: A. Dziatkowiak, A. Zoll, T. Ślipko, *Kłopoty z etyką polskich transplantologów*, „Arka” 1995, nr 56, s. 119.

¹³ M.P. 2010, Nr 59, poz. 784.

¹⁴ W. Rowiński, *Prawne i etyczne aspekty przeszczepiania narządów w Polsce. Historia, stan obecny i problemy czekające nas w najbliższej przyszłości*, w: *Prawo, Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana prof. Leszkowi Kubickiemu*, red. A. Łopatka, B. Kunicka-Michalska, S. Kiewlicz, Warszawa 2003, s. 319.

¹⁵ Ibidem, s. 319.

¹⁶ Dz. U., Nr 213, poz. 1656.

¹⁷ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Wydawnictwo C.H. Beck 2014, s. 528.

do wielu nieporozumień, a tym samym osłabiać pozycję lekarzy dokonujących przeszczepów *ex mortuo* i narażać ich na ryzyko odpowiedzialności oraz zmniejszać przekonanie wśród obywateli, co do zasadności i prawidłowości wykonywania przeszczepów *ex mortuo*. Należy zwrócić uwagę jednak na fakt, że lekarz, który stwierdza nieodwracalne zatrzymanie krążenia i nie jest specjalistą w dziedzinie medycyny wskazanej poniżej, musi zaczerpnąć dodatkowo opinię u dwóch lekarzy wybranych spośród specjalistów z tych następujących dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub chorób wewnętrznych¹⁸. W przypadku, gdy posiada specjalizację z jednej z tych dziedzin, może skorzystać tylko z jednej opinii¹⁹.

W polskim systemie prawnym obowiązuje zasada domniemanej zgody na przeszczep²⁰, zgodnie z którą, ten kto nie wyraził za życia sprzeciwu, może być potencjalnym dawcą. Art. 33 Kodeksu etyki lekarskiej stanowi, że lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu. Jednak praktyka lekarska ukształtowała się w ten sposób, że w takich sytuacjach lekarze pytają o zgodę na przeszczep osoby spokrewnione z potencjalnym dawcą. Jeżeli nie chcą one, aby bliska im osoba została dawcą, nikt z lekarzy nie podejmuje absolutnie żadnych działań wbrew ich woli. Tak więc, stanowisko rodziny jest zawsze traktowane jako priorytet i nade wszystko jest respektowane. Jeżeli rodzina zgłasza protest przeciwko przeszczepom *ex mortuo*, lekarze odstępują od zabiegu²¹.

Dodatkowo, każda pełnoletnia osoba, jeżeli nie chce zostać potencjalnym dawcą, musi wyrazić sprzeciw²². Taki sprzeciw może być wyrażony w jednej z trzech form. Pierwszą formą jest wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów prowadzonym przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”. Drugim sposobem jest sporządzenie oświadczenia opatrzonego własnoręcznym podpisem albo złożenie takiego oświadczenia ustnie w obecności co najmniej 2 świadków, którzy potwierdzą jego autentyczność, jako trzecia forma wyrażenia sprzeciwu. Godnym zwrócenia uwagi jest fakt, że w imieniu osoby małoletniej, która nie ukończyła 16 roku życia, taki sprzeciw może złożyć jej przedstawiciel ustawowy²³. E. M. Guzik-Makaruk postuluje, aby każdy małoletni mający ukończone lat 16, posiadający zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy transplantacyjnej możliwość zgłoszenia sprzeciwu na dokonanie przeszczepu postmortalnego, po uzyskaniu stosownego zapytania od ministra zdrowia, mógł mieć okres 3 miesięcy – tak jak w prawie włoskim – na podjęcie samo-

¹⁸ J. Haberko, *Komentarz do art. 9(a) ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, LEX 2014/el.

¹⁹ A. Gałęska-Śliwka, *Śmierć mózgowa i nieodwracalne zatrzymanie krążenia – konsekwencje dla prawa transplantacyjnego*, LEX ABC nr 97902/el.

²⁰ A. Sieńko, *Skuteczność sprzeciwu na pobranie tkanek i narządów w kontekście obowiązków lekarza. Stan de lege lata i wnioski de lege ferenda*, „Piel. Zdr. Pub.” 2013, vol. 3, nr 2, s. 168.

²¹ Cz. Żaba i inni, *Prawno-medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok*, „Nowiny Lekarskie” 2009, nr 78 (2), s. 161.

²² M. Nesterowicz, *Pobieranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów do celów naukowych – problem prawny i medyczny*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4, s. 5.

²³ M. Gałęska-Śliwka, *Transplantacja ex mortuo z udziałem małoletniego*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 1–2, s. 74.

dzielnej decyzji²⁴. Taki postulat *de lege ferenda*, należy ocenić jak najbardziej pozytywnie, z jednym jednak zastrzeżeniem, że powinna być wskazana w takiej sytuacji możliwość konsultacji z przedstawicielami ustawowymi, którzy powinni dodatkowo jeszcze potwierdzić stanowisko wyrażone przez małoletniego. Bowiernie z uwagi na posiadanie przez 16-latkę ograniczonej zdolności do czynności prawnych, trudno przewidywać, że tak wyrażone oświadczenie woli, będzie prawnie skuteczne, a co więcej, nie pozostaje w sprzeczności z jego dobrem i nie narusza go.

Zgodnie z art. 36 Kodeksu etyki lekarskiej pobranie komórek, tkanek i narządów od żywego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko za jego pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne. Przeszczepy *ex vivo* mogą być dokonywane bez ograniczeń pomiędzy osobami spokrewnionymi ze sobą. Do kręgu osób, które mogą zostać potencjalnymi biorcami należą: krewni w linii prostej, rodzeństwo, osoba przysposobiona lub małżonek. Natomiast, jeżeli biorcą ma zostać inna osoba, nieznajdująca się w kręgu uprawnionych, wówczas na dokonanie przeszczepu potrzebna jest zgoda sądu rejonowego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu dawcy. Postępowanie przed tym sądem ma charakter nieprocesowy. Sąd wysłuchuje wyjaśnień wnioskodawcy oraz zapoznaje się z opinią Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantologii. Niemniej jednak, należy zauważyć, że przeprowadzenie takiego przeszczepu musi być uzasadnione szczególnymi względami osobistymi. Jeżeli nie występują, te szczególne względy osobiste, sąd nie wyrazi zgody na taką transplantację. Jak słusznie zauważa M. Boratyńska „w zasadzie wykluczone zostało dawstwo na rzecz osób, z którymi dawca ani nie jest spokrewniony, ani nie łączy go z nimi żaden szczególny stosunek emocjonalny, jak również dawstwo «w ciemno», tzn. na rzecz osoby nie wskazanej co do tożsamości”²⁵. Tak więc w takim przypadku, tzn. w odniesieniu do przeszczepów *ex vivo*, każdorazowo muszą wystąpić szczególne względy osobiste. Zaś według art. 37 Kodeksu etyki lekarskiej pobranie szpiku od dziecka jest dozwolone za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku osoby niepełnoletniej, o ile jest ona zdolna do wyrażenia świadomej zgody, powinno się uzyskać również jej zgodę. Jednak należy zauważyć, że dawcą szpiku może być każdy, kto posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz wyrazi dobrowolnie przed lekarzem zgodę na taki przeszczep, po uprzednim szczegółowym i pisemnym poinformowaniu o rodzaju, ryzyku oraz następstwach takiego zabiegu. Również kobieta ciężarna może być żywym dawcą komórek i tkanek, a małoletni tylko wtedy, gdy występuje bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia jego rodzeństwa. W przypadku małoletniego, zgodę musi wyrazić dodatkowo sąd opiekuńczy i jego przedstawiciel ustawowy, a jeżeli małoletni ukończył 13 lat, także i on musi wyrazić taką zgodę. Nadto potencjalny biorca jest również bardzo szeroko informowany o skutkach zabiegu dla zdrowia dawcy i swojego i musi wyrazić zgodę. Ta teza znajduje potwierdzenie w wyroku SN z dnia 20.11.1979 r. oraz rozważaniach J. Dudy, zgodnie z którymi, „lekarz

²⁴ E. M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, narządów i tkanek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Białystok 2008, s. 290 i 291.

²⁵ M. Boratyńska, *Prawnokarna ocena zabiegów transplantacji narządów*, LEX ABC nr 105343/el.

wyjaśniając pacjentowi konsekwencje zabiegu operacyjnego (eksplantacji bądź implantacji) powinien mieć na celu zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami tego zabiegu, tak aby pacjent ten podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego może się spodziewać”²⁶.

Według art. 35 Kodeksu etyki lekarskiej, lekarz nie może otrzymywać korzyści majątkowej lub osobistej za pobieranie lub przeszczepianie komórki, tkanki i narządu. Tak więc istnieje zakaz komercjalizacji w transplantologii. Ten zakaz ma umocowanie w regulacjach prawnych wielu krajów, ale i również stanowisku WHO, Rady Europy i międzynarodowych towarzystw naukowych²⁷. Za naruszenie zasady *non profit* w ustawie z dnia 1.07.2005 r. o *pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* wprowadzono sankcje karne. O pierwszej stanowi art. 43 zgodnie z którym, „kto rozpowszechnia ogłoszenia o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub karze pozbawienia wolności do roku”. Sprawcą tego czynu może być zarówno potencjalny dawca jak i biorca, ale i także osoba odpowiedzialna za publikację ogłoszenia, czyli wydawca bądź redaktor²⁸. O drugiej sankcji natomiast stanowi art. 44, według którego „1. Kto, w celu uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, nabywa lub zbywa cudzą komórkę, tkankę lub narząd, pośredniczy w ich nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat. 2. Jeżeli sprawca uczynił sobie z popełnienia przestępstwa określonego w ust. 1 stałe źródło dochodu, podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat”. Zaś tutaj sprawcą może być każdy, to znaczy, że i pracownik ochrony zdrowia i ten, kto dokonuje transakcji²⁹. Godnym zwrócenia uwagi jest fakt, że w polskim prawie występuje luka prawna w odniesieniu chociażby do egzekwowania odpowiedzialności karnej za sprzedaż embrionów. Zatem zasadne jest twierdzenie L. Mazowieckiej, że „należy zauważyć, że o ile zabronione jest zachowanie polegające na sprzedaży narządów, tyle zawarcie umowy, której przedmiotem jest przeszczepienie zarodka/embrionu w zamian za korzyść materialną i osobistą, nie podlega penalizacji”³⁰. Tak więc należy postulować *de lege ferenda*, aby ta problematyka została jak najszybciej uregulowana prawnie z uwagi na zagrożenia związane z różnymi sposobami wykorzystywania zarodków/embrionów.

Zdaniem A. Zolla, przez pojęcie korzyści majątkowa, należy rozumieć „rzeczy, świadczenia, prawa majątkowe (np. darowizny, uwolnienia od długów). [...] Nie stanowią korzyści majątkowej, w sensie art. 115 § 4 k.k., zwyczajowo przyjęte i niepozostające w sprzeczności z zasadami etycznymi, którymi powinno kierować się środowisko, dobrowolne wyrazy wdzięczności [...]. Zasady etyczne wyłączają niekiedy

²⁶ J. Duda, *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Zakamycze 2004, s. 137.

²⁷ B. Hołyst, *Kryminalistyka*, Warszawa 2000, s. 309.

²⁸ J. Sobczak, *Ustawa prawo prasowe. Komentarz*, Warszawa 1999, s. 357.

²⁹ A. Gubiński, *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, s. 157.

³⁰ L. Mazowiecka, *Formy wykorzystania związane z pozyskaniem komórek, tkanek lub narządów wbrew przepisom ustawy*, w: *Ofiary handlu ludźmi*, LEX WKP 2011/el.

dopuszczalność przyjmowania nawet drobnych upominków”³¹. Tak więc tylko kształtowanie właściwych postaw u wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych poprzez wprowadzanie do praktyki dobrych obyczajów, powinno być zawsze priorytetem i z pewnością może skutkować większym respektowaniem zasad etyki.

Reasumując, zważywszy na powyższe, należy sformułować postulat *de lege ferenda*, powtarzając za E. Kujawą, aby zawsze, zarówno dla przyszłych dawców, jak i biorców komórek, tkanek i narządów, ale i przede wszystkim lekarzy „akt oferowania narządów do transplantacji był traktowany jako czyn pożądany, godny aprobaty i szacunku, o najwyższej wartości moralnej, aczkolwiek nie będący powinnością”³². Tylko bezwzględny brak umocowania prawnego obowiązków moralnych do oddawania organów do przeszczepów, zarówno w aktach prawnych, jak i w Kodeksie etyki lekarskiej, może zapewnić właściwe pojmowanie idei transplantacji w społeczeństwie i kształtować przekonanie o potrzebie i konieczności ratowania życia i zdrowia ludzkiego. Możliwość darowania organu powinna zawsze wynikać, nie z obowiązku prawnego, ale z wewnętrznej potrzeby każdego – obywatela-pacjenta – człowieka. Tylko wówczas obowiązek moralny ratowania życia lub zdrowia drugiego człowieka znajdzie pełne zrozumienie w społeczeństwie i będzie traktowany również jako konieczność, a nawet niesformalizowany obowiązek prawny.

Streszczenie

Celem pracy jest omówienie regulacji zawartych w Kodeksie etyki lekarskiej dotyczących przeszczepów *ex vivo* i *ex mortuo*.

Na podstawie Kodeksu etyki lekarskiej i art. 9 i 9a ustawy z 1 VII 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, przeszczep *ex mortuo* może być dokonany po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego ustania krążenia krwi. Natomiast przeszczep *ex vivo* może zostać przeprowadzony, gdy są zachowane obligatoryjnie następujące warunki. Po pierwsze, pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka oraz na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste. Aby przeszczep mógł być dokonany na rzecz osoby obcej, to dodatkowo potrzebna jest zgoda sądu rejonowego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu dawcy. Postępowanie przed tym sądem ma charakter nieprocesowy, sąd wysłuchuje wyjaśnień wnioskodawcy oraz zapoznaje się z opinią Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantologii. Po drugie, w odniesieniu do pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek lub tkanek, pobranie może nastąpić również na rzecz innej osoby. Po trzecie, pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od małoletniego, który nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, może być dokonane za zgodą przedstawiciela ustawowego, po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania kandydata na dawcę.

³¹ A. Zoll w: K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, t. I, Kraków 2000, s. 627 oraz *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, red. G. Rejman, Warszawa 1999, s. 1431 i n.

³² E. Kujawa, *Opinia o ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, „Zeszyty Biura i Analiz Kancelarii Senatu” (druk senacki nr 264), 1995, s. 5.

Transplantation in the Code of Medical Ethics – discussion from the legal perspective

Summary

The aim of the paper is to discuss regulations concerning ex vivo and ex mortuo transplantation, contained in the Code of Medical Ethics.

Pursuant to the Code of Medical Ethics and Articles 9 and 9a of the Act of 01.07.2005 on collecting, storing and transplanting of cells, tissue and organs, ex mortuo transplantation can be carried out after confirmation of permanent and irreversible cessation of brain activity (brain death) or irreversible cessation of blood circulation. On the other hand, ex vivo transplantation can be carried out when the following conditions are obligatorily fulfilled. Firstly, transplant recipients can be: a relative in lineal consanguinity, a sibling, an adopted person, a spouse or another person if this is justified by particular personal reasons. In order to carry out transplantation for an unrelated person, it is necessary to have permission of a district court competent in terms of permanent or temporary residence of the donor. The proceedings before this court have a non-litigious character: the court hears the applicant's statement and gets acquainted with the opinion of the Ethics Commission at the National Transplantation Council. Secondly, bone marrow and other regenerating cells or tissue can also be taken when another person is the recipient. Thirdly, bone marrow or hemopoietic cells of peripheral blood can be collected from a juvenile person without full legal capacity to act, by consent of his or her legal representative, with permission of the Guardianship Court competent in terms of residence of the prospective donor.

Joanna HABERKO

profesor UAM dr hab. n. praw., Katedra Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego
Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Prokreacja. Kilka uwag komentarza do art. 38–39a Kodeksu etyki lekarskiej

Komentowany rozdział Kodeksu etyki lekarskiej odnosi się do jednego ze szczególnych zagadnień w działalności medycznej lekarza, mianowicie do prokreacji¹. Rozdział obejmuje trzy przepisy, które stanowią uzupełnienie ogólnych zasad postępowania lekarza w stosunku do pacjenta w sytuacji wyjątkowo delikatnej, jaką jest przekazywanie ludzkiego życia. Poszczególne przepisy będą kolejno przedmiotem analizy. Dokonując jej, trzeba jednak mieć na uwadze następujące założenia: po pierwsze, przepisy zamieszczone w komentowanym rozdziale muszą być uwzględniane w kontekście – co podniesiono już wyżej – ogólnych zasad rządzących udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Nie sposób bowiem przyjąć, że regulacja odnosząca się do problemu prokreacji miałaby znaleźć zastosowanie w oderwaniu od ogólnych zasad rządzących udzielaniem świadczeń zdrowotnych i wykonywaniem zawodu lekarza. Po drugie, należy mieć na uwadze fakt, że regulacja zawarta w przepisach komentowanego rozdziału musi być analizowana nie tylko w kontekście zasad prawa powszechnego, ale także standardów wykonywania zawodu lekarza określonych w innych niż Kodeks etyki lekarskiej normach deontologicznych². Mowa w tym zakresie o standardach i zaleceniach wydawanych przez towarzystwa naukowe (np. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne³,

¹ Art. 38. 1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. 2. Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko. 3. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje, lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.

Art. 39. Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.

Art. 39a. Lekarz nie może uczestniczyć w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych.

² Zob. np. K. Pyziak-Kowalska, *Deontologia w Zawodach Ochrony Zdrowia*, w: *Zawody w ochronie zdrowia*, praca zbiorowa, Warszawa 2014, s. 234.

³ Por. np. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności – dostępne na stronie: www.libamed.com.pl/wpg/Numeryarchiwalne/05/03.html; Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z dnia 8–9 października 2004 r. w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu *in vitro* – dostępne na stronie www.gpsk.am.poznan.pl/ptg; Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu – dostępne na stronie: www.ptg.gpsk.poznan.pl; Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego: Cięcie cesar-

Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu⁴, Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej⁵), które niejednokrotnie stanowią wypełnienie ogólnej i ramowej regulacji zawartej w Kodeksie etyki lekarskiej czy ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁶. Ważne jest też to, że wypełnienie normy zawartej w Kodeksie etyki lekarskiej będzie następowało przy uwzględnieniu standardu należytej staranności właściwej wszystkim działaniom lekarza w stosunku do pacjenta⁷. Jednocześnie można przyjąć, że lekarz,

skie – dostępne na stronie www.ptgzg.pl; Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie zastosowania kwasów omega-3 i omega-6 [Mumomega, producent EQUAZEN] w diecie kobiet ciężarnych i karmiących – dostępne na stronie www.ptgzg.pl; Rekomendacje grupy ekspertów PTG w zakresie zapobiegania perinatalnej transmisji HIV z dnia 24 października 2008 r. – dostępne na stronie www.ptgzg.pl.

⁴ Por. np. Stanowisko Rady Naukowej Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu w sprawie zakresu i kształtu regulacji prawnych odnoszących się do metod wspomaganego rozrodu oraz postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami ludzkimi powstałymi w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro*) u człowieka http://rozrodczosc.pl/ptmr/index.php?page=pl_dokumenty.

⁵ Zasady postępowania w przypadku podejrzenia wad płodu lub noworodka – dostępne na stronie: <http://www.ptmp.com.pl/rekomendacje/rekomendacje.pdf>.

⁶ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dn. 5 grudnia 1996 roku (tekst jednolity: Dz. U. 2015, poz. 464), dalej: u.z.l.

⁷ Z najnowszych np. P. Machnikowski w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2013, s. 556; M. Safjan w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, t. I, Warszawa 2013, s. 956 i n., a z orzecznictwa np. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 marca 2014 r., sygn. I ACa 1274/13, gdzie sąd zajął stanowisko, że o zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.). LEX nr 1439257, OSA 2014/8/36-48; Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 24 stycznia 2014 r. sygn. I ACa 1370/13; Na lekarzach ciąży ustawowy obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Cytowany przepis odnosi się do staranności zawodowej lekarza, która powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji danego lekarza (zespołu lekarzy), jego doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc osobie tego potrzebującej. Postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej, LEX nr 1469481. Z kolei w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. V CSK 287/09 sąd stwierdził, że w przypadku lekarza „nie chodzi o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymagana od profesjonalistów w zakresie medycyny”; LEX nr 786561, OSP 2012/10/95.

w zakresie w jakim odnosi się do pacjenta, w związku z przekazywaniem ludzkiego życia, jest zobowiązany do wyższej niż najwyższa, ale ogólna, staranności. Chodzi w analizowanym zakresie o to, że każdy lekarz jest na podstawie przepisów ogólnych zobowiązany do najwyższej staranności (przy czym jest to staranność zwykła ze względu na udzielane świadczenia zdrowotne, które nie mają charakteru świadczeń sprofilowanych), a w przypadku procedur medycznych związanych z przekazywaniem ludzkiego życia najwyższa ogólna staranność musi ustąpić staranności najwyższej z uwzględnieniem rodzaju udzielanych świadczeń.

Konstrukcja rozdziału pozwala przyjąć wstępnie następujące obowiązki lekarza: przepis art. 38 KEL odnosi się do sytuacji wszystkich pacjentów w ogólności (a nawet nie pacjentów), w szczególności zaś osób zainteresowanych poczęciem i urodzeniem dziecka. Przepis odnosi się także do postępowania lekarza bez odniesienia do konkretnej relacji z danym pacjentem czy pacjentami. Z kolei przepis art. 39 KEL znajduje zastosowanie w konkretnych sytuacjach, w których lekarz ma do czynienia z kobietą ciężarną. Przepis nakłada na lekarza obowiązek konkretnego działania i nie stanowi ogólnego nakazu postępowania, ale normę, która będzie się aktualizować zawsze wówczas, gdy lekarz będzie miał do czynienia z pacjentką ciężarną.

Przechodząc do rozważań szczegółowych w analizowanym zakresie należy w pierwszej mierze zauważyć, że przepis art. 38 KEL, mimo dość karkołomnej konstrukcji stylistycznej, stanowi w ust. 1 przykład ogólnego nakazu sformułowanego przez autora kodeksu. Jest to jednak przykład przepisu, który nie zawiera jakiegokolwiek sankcji w zakresie niedochowania założonego obowiązku.

W świetle art. 38 ust. 1 KEL lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Przepis zawiera pewien nakaz moralny, jednak dalece nieweryfikowalny. Nie wiadomo bowiem co oznacza przyjęte w przepisie „poczucie szczególnej odpowiedzialności” oraz „proces przekazywania życia ludzkiego”. O ile proces przekazywania życia ludzkiego można pojmować jako wszelkie działania faktyczne zmierzające w normalnym toku zdarzeń do poczęcia i urodzenia dziecka, o tyle użyte w przepisie „poczucie szczególnej odpowiedzialności” już nie daje pewności co do intencji autora kodeksu. Jeżeli przyjmie zgodnie z utrwalonymi zasadami interpretacji tekstów prawnych, że „powinien” znaczy „musi” trudno egzekwować obowiązek, w sytuacji, w której dalej mowa jest o „poczuciu”. *Słownik języka polskiego* terminowi temu przyznaje następujące znaczenie: „zdawanie sobie sprawy z pewnych faktów, zjawisk zachodzących w otaczającym świecie, stanów wewnętrznych itp.”⁸ Zestawienie „zdawania sobie [przez lekarza – przyp. JH] sprawy” z odpowiedzialności nie rodzi jeszcze podstaw dla samej odpowiedzialności, która od poczucia w analizowanym zakresie jest o wiele istotniejsza. Co więcej, owo poczucie, czyli zdawanie sobie sprawy, ma być związane z odpowiedzialnością i to szczególną. W tym kontekście przepis należałoby wyklądać następująco: autor kodeksu odnosi nakaz do zachowania nie tylko wysokiej należytej staranności, ale i staranności najwyższej czyli szczególnej, której niedochowanie będzie rodzić odpowiedzialność po stronie lekarza. Przepis można rozumieć po prostu tak, że lekarz powi-

⁸ Znaczenie hasła „poczucie” <http://sjp.pwn.pl/sjp/poczucie;2501886.html>, dostęp: 16 kwietnia 2015 r.

nien dołożyć szczególnej (najwyższej) zawodowej staranności, gdyż jej niedołożenie będzie działaniem zawinionym skutkującym jego odpowiedzialnością zawodową.

Dalej wyjaśnienia wymagają użyte w przepisie słowa: „proces przekazywania życia ludzkiego”. O ile raczej nie będzie budzić wątpliwości teza, że chodzi tu o powołane wyżej działania faktyczne zmierzające do poczęcia i urodzenia dziecka o tyle podejmowanie działań w zakresie technik wspomaganego medycznie rozrodu już pewności w tym zakresie nie daje. Już o tym pisałam, stąd nie obarczając wywodu, w tym miejscu wystarczy przypomnieć, że brak standardów w zakresie postępowania z zastosowaniem technik wspomaganego medycznie prokreacji musi rodzić refleksję, że szczególna staranność lekarza oparta będzie na ogólnych zasadach postępowania w tym zakresie⁹. Chodzić będzie o zasady rządzące wykonywaniem zawodu lekarza oraz zasady współżycia społecznego. I tu powstaje problem, gdyż określenie poczucia szczególnej odpowiedzialności z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego w tym także kategorii, jaką jest sumienie lekarza może rodzić wiele wątpliwości interpretacyjnych. Rozważania te można zobrazować następującymi przykładami: lekarz podejmuje działania zmierzające do zastosowania u pacjentki niezamężnej i samotnej technik wspomaganego medycznie prokreacji polegających na zastosowaniu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem anonimowego nasienia. Wobec braku rozwiązań ustawowych lekarz, *de lege lata*, może uzasadniać dopuszczalność tego rodzaju działania „poczuciem szczególnej odpowiedzialności” za dobrostan psychiczny i fizyczny pacjentki. W innym przypadku inny lekarz podobnego działania w podobnej sytuacji odmawia, argumentując dobrem dziecka, które wobec anonimowości dawcy nasienia pozostanie praktycznie bez ojca. Przykładów w tym zakresie można oczywiście powoływać więcej: wielokrotnie na wokandach sądów stawały sprawy odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie antykoncepcji czy informacji o badaniach prenatalnych¹⁰.

Dalej, przepis jest pojemny także w innym zakresie, co oczywiście rodzi pytania i wątpliwości interpretacyjne. Wobec ciężącego na lekarzu obowiązku odnoszenia się z poczuciem szczególnej odpowiedzialności do procesów przekazywania życia ludzkiego, rodzi się pytanie czy np. wyrażanie się przez lekarza w sposób wulgarny lub groteskowy o akcie seksualnym, w wyniku którego dochodzi do poczęcia będzie naruszeniem nakazu zawartego w normie moralnej? Co więcej, czy odnoszenie się przez lekarza do osób z wadami rozwojowymi w sposób naruszający dobra osobiste tych osób¹¹ będzie złamaniem obowiązku zawartego w normie z art. 38 KEL i rodzić odpo-

⁹ W szczególności z najnowszych publikacji J. Haberko, *Stosowanie technik wspomaganego medycznie prokreacji w celach niewyłącznie rodzicielskich. Problem „dziecka-lekarstwa”*, „Medyczna Wokanda” 2012, nr 4, s. 31–43 a także J. Haberko: *Sumienność lekarza a odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem*, „Forum Teologiczne” 2014, nr 15, s. 83–95; *Zagrożenia dla adopcji w świetle projektu ustawy o leczeniu niepłodności*, „Forum Prawnicze” 2014, nr 4, s. 83–95 oraz wspólnie z J. Łuczak-Wawrzyniak, *Dobrodziejstwo nowoczesnych technik wspomaganego medycznie prokreacji czy problem rodziny i dziecka? Uwagi na tle projektu ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 16 lipca 2014 roku*, w druku Diametros.

¹⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2005 r., IV CK 161/05; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2008 r., III CSK 16/08; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 4 lipca 2008 r., I ACa 278/08.

¹¹ Np. „jak widzę takie osoby jestem zwolennikiem aborcji, etc.”

wiedzialność lekarza? *Prima facie* wydaje się, że tak. Pojawia się jednak wątpliwość czy w istocie taka była intencja autora kodeksu. Tu już pewności nie ma. Chodzi, jak można sądzić, raczej o zawodową aktywność lekarza, nie zaś o jego kulturę osobistą (lub jej brak) czy poglądy wyrażane w różnych okolicznościach. Jakkolwiek pogląd w tym zakresie znajdzie zarówno zwolenników, jak i przeciwników to jednak trzeba pamiętać, że w analizowanych przypadkach system prawny dysponuje instrumentami służącymi dochodzeniu naprawienia ewentualnej szkody¹². Co więcej, relacja między pacjentem a lekarzem oparta jest na zaufaniu, co może oznaczać, że jeżeli pacjent uzna, iż zaufanie zostało nadszarpnięte przez fakt, że lekarz nie odnosi się z poczuciem – jakkolwiek pojmowanej – szczególnej odpowiedzialności do procesów przekazywania ludzkiego życia, nie będzie skłonny lekarzowi tego procesu powierzyć.

Przechodząc do regulacji zawartej w art. 38 ust. 2 i 3 KEL trzeba w pierwszej mierze stwierdzić, że o ile ust. 1 komentowanego przepisu odnosi się, co do zasady, do każdego lekarza niezależnie od specjalności o tyle regulacja zawarta w ust. 2 i 3 znajdzie zastosowanie zwłaszcza w sytuacji specjalisty, który w zakresie swojej zawodowej aktywności ma obowiązki związane z udzielaniem informacji w analizowanym zakresie. Przepisy te stanowią, że „lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko” (ust. 2) oraz „lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje, lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych” (ust. 3).

Przepis art. 38 ust. 2 KEL jest nieprecyzyjny z kilku powodów. Po pierwsze, o czym była już mowa, dość niefortunnie brzmi słowo: „zapłodnienia”. Po drugie, nie wiadomo z jakiego powodu autor kodeksu nie posłużył się klauzulą „aktualnej wiedzy medycznej”¹³. Po trzecie, nie do końca jasne pozostaje komu lekarz powinien udzielać informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć. Można w tym zakresie przyjąć, że chodzi zarówno o obowiązek informacyjny lekarza w stosunku do pacjenta i wówczas obowiązek byłby obowiązkiem w zakresie udzielanych świadczeń w ramach np. tzw. konsultacji przedurodzeniowych składających się na poradnictwo przedkonceptyjne, jak również o ogólny obowiązek lekarza w stosunku do społeczeństwa, który można by zmieścić w działaniach profilaktycznych czy edukacyjnych. W pierwszej sytuacji byłaby to realizacja obowiązku w ramach konkretnego świadczenia zdrowotnego, którego niedopełnienie mogłoby skutkować odpowiedzialnością w zakresie naruszenia praw pacjenta. Jednocześnie trzeba widzieć także redakcyjną postać przepisu, która zwłaszcza w zestawieniu z ust. 3 komentowanego przepisu nie przesądza o wyłącznie profesjonalnej relacji lekarz–pacjent. Innymi słowy przepis może

¹² Por. art. 24 k.c. oraz art. 415 k.c., art. 445, 448 k.c.

¹³ W KEL użyto określenia „współczesna wiedza medyczna” w odróżnieniu do ustawowego terminu: „aktualna wiedza medyczna”. Zob. na ten temat K. Łanda, *Wytyczne i standardy kliniczne – aktualna wiedza medyczna*, dostępne na stronie: www.hta.pl/dok/wytistand.pdf, dostęp: 5 kwietnia 2015 r.; J. Haberko, *Aktualna wiedza medyczna a stosowanie homeopatii*, „Medyczna Wokanda” 2009, nr 1, s. 47–59 i literatura tam powołana.

być interpretowany także w ten sposób, że ilekroć lekarz miałby możliwość tej informacji udzielić w jakiegokolwiek postaci powinien czynić to z uwzględnieniem skuteczności, mechanizmu działania i ryzyka. Ostrożnie można przyjąć, że taka wykładnia wpisuje się w obowiązek pomocy nałożony na lekarza przez ustawodawcę w art. 30 u.z.l.

W tym miejscu pojawia się jednak konieczność uwzględnienia zakresu dostarczanej informacji na temat skuteczności metod regulacji poczęć, ich mechanizmu działania i ryzyka. Na uwagę zasługuje rozstrzygnięcie czy skuteczność, mechanizm działania i ryzyko odnoszą się także do procesów zapłodnienia. Jak się wydaje, udzielić należy tu odpowiedzi nie tyle w zakresie rygorów wykładni tekstu aktu prawnego ile w zakresie możliwości dostarczenia informacji w analizowanym zakresie. Lekarz musi udzielić sobie odpowiedzi na pytanie czy można mówić o skuteczności działania, mechanizmie i ryzyku procesów zapłodnienia. Jak się wydaje przesłanka zdrowego rozsądku będzie skłaniać do ostrożności w tym zakresie. Natomiast należy z całą mocą podkreślić, że odniesienie tych wytycznych do metod regulacji poczęć znajdzie już w pełni zastosowanie. Zastanawia w tym zakresie posłużenie się przez autora kodeksu określeniem „regulacji poczęć” nie zaś używaniem przez ustawodawcę „planowaniem rodziny”. Jak można sądzić jest to wynik przeoczenia nie zaś świadomego zabiegu, zwłaszcza że autor kodeksu zdaje się być w postrzeganiu wartości, jakimi są dobra osobiste w postaci życia i zdrowia znacznie bardziej restrykcyjny niż ustawodawca w ustawie *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*¹⁴.

Dalej trzeba zauważyć, że nawet jeżeli autor kodeksu przyjmuje obowiązek udzielania zgodnych z wiedzą medyczną informacji o pewnych procesach i metodach to jednak z przepisu nie wynika, że uwzględnienie skuteczności, mechanizmu działania i ryzyka ma być odniesione do wiedzy medycznej. Można przyjąć równie dobrze, że dostarczenie informacji ma jedynie uwzględniać skuteczność, mechanizm i ryzyko. Co więcej można przyjąć, że ocena tych przesłanek może być dokonana wyłącznie przez konkretnego lekarza. Można powyższe zobrazować następującym przykładem: lekarz informuje o nieskuteczności danej metody regulacji poczęć lub informuje o ryzyku związanym ze stosowaniem danej metody, będąc subiektywnie przekonany o ryzyku w tym zakresie (np. stosowanie spirali domacicznej lub antykoncepcji hormonalnej). Wyrażam przeświadczenie, że tego rodzaju działanie lekarza nie mogłoby ze swej istoty zostać uznane za sprzeczne z normą deontologiczną wyrażoną w komentowanym przepisie Kodeksu etyki lekarskiej. Powodem tego stanowiska pozostaje konieczność interpretacji przepisu w kontekście pozostałych zasad wykonywania zawodu, w tym także działania zgodnego z sumieniem (art. 4 u.z.l. w związku z art. 4 KEL).

Przepis art. 38 ust. 3 KEL w swej obecnej postaci musi również pozostawać przedmiotem szczegółowej wykładni, co więcej nie wydaje się możliwe poprzestanie na wykładni językowej w analizowanym zakresie. Zgodnie z treścią przepisu lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje, lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań

¹⁴ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Dz. U. 1993, Nr 17, poz. 78 ze zmianami.

przedurodzeniowych. W pierwszej kolejności uwagę zwraca posłużenie się przez autora kodeksu przesłanką podmiotową adresata informacji. Włączenie do treści przepisu pacjentów przekonuje o intencji autora kodeksu. Dalej jednak sytuacja nieco się komplikuje, gdyż lekarz ma obowiązek „zapoznać”. Użycie w treści przepisu określenia „zapoznać” znaczy jak należy sądzić więcej niż „udzielić informacji”. Jednak obowiązek udzielenia informacji został obwarowany sankcjami, a „zapoznanie” już w tym reżimie nie znajduje oparcia. Oczywiście można bronić tezy, że zapoznanie polega na takim dostarczeniu informacji, które da lekarzowi pewność, że pacjent nie tylko przyjął, ale zrozumiał, zapamiętał i będzie żył w przekonaniu istnienia pewnych faktów stanowiących przedmiot informacji. Dalsza redakcyjna postać przepisu nie przekonuje jednak do tej wersji wykładni. Po pierwsze dlatego, że autor kodeksu użył określenia „zapoznać z możliwościami”. Jest to zatem inna postać obowiązku niż obowiązek informacyjny w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Przypomnijmy, że w świetle art. 31 u.z.l. lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Mowa zatem o proponowanych i możliwych metodach oraz o przystępnej informacji; co więcej ustawodawca konkretyzuje obowiązek i odnosi go do konkretnego pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) natomiast autor kodeksu odnosi obowiązek do bliżej nieokreślonego kręgu pacjentów w ogólności. Oczywiście, znów stosując życzliwą interpretację można przyjąć, że autor kodeksu widzi wielopodmiotowość relacji w zakresie udzielania świadczeń związanych z genetyką, diagnostyką i terapią przedurodzeniową. Jest to chyba jednak założenie bardziej optymistyczne niż wynikać by to mogło z rzeczywistej intencji autora kodeksu.

Przechodząc do najważniejszego w zakresie określenia standardu postępowania lekarza wobec pacjenta przepisu art. 39 KEL, należy stwierdzić na wstępie, że jest to jedno z niewielu miejsc w systemie prawa, w którym pojawia się podmiotowość dziecka poczętego jako pacjenta¹⁵. Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem. Oznacza to, że lekarz w ramach standardu należytej zawodowej i najwyższej staranności powinien podejmować działania, w których ewentualny konflikt między wyborem dobra, jakim jest życie i zdrowie matki oraz życie i zdrowie dziecka poczętego, będzie w miarę możliwości minimalizowany. Nie sposób tracić z pola widzenia faktu, że lekarz jest podmiotem uczestniczącym w podejmowaniu decyzji w ramach prezentowanego konfliktu dóbr. W literaturze przedmiotu spotkać można pogląd, w świetle którego skoro przyjmuje się szeroko pojmowaną podmiotowość dziecka poczętego i nakazuje leka-

¹⁵ O problemach z pojmowaniem podmiotowości dziecka poczętego zob. np. M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, zwłaszcza s. 388 i n. oraz J. Haberko, *Trudny wybór pacjenta*, recenzja książki Marii Boratyńskiej, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, „Forum Prawnicze”, kwiecień 2013, s. 64; też szeroko *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, rozdział I.

rzom uznać go za pacjenta, to powołując dalej zasadę solidarności w stosunkach między lekarzem a pacjentami należy przyjąć konsekwentnie, że na lekarzu spoczywa obowiązek ochrony zdrowia obojga pacjentów¹⁶. Oznacza to, że skoro płód pozostaje dla lekarza pacjentem ma on obowiązek uczynienia wszystkiego co możliwe dla ratowania jego zdrowia i życia. Jednoznacznie wynika to z treści komentowanego art. 39 KEL.¹⁷

Przepis w zamyśle autorów kodeksu zapewne miał skłaniać lekarza do niepodejmowania bezrefleksyjnie działań, które mogłyby ze swej istoty szkodzić dziecku poczętemu mimo, że przynosiłyby korzyść kobiecie ciężarnej. Autor kodeksu przyjmuje nawet stanowisko dalej idące, nakładając na lekarza obowiązek czynienia wszystkiego co mieści się w ramach aktualnej wiedzy medycznej, a ma za przedmiot życie i zdrowie dziecka przed jego urodzeniem. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, że obowiązek lekarza w zakresie starań o zachowanie zdrowia i życia dziecka uczynienie „wszystkiego co możliwe” w zakresie aktualnej wiedzy medycznej mogą być determinowane ciałem, a niekiedy i wolą ciężarnej¹⁸. Brak szczegółowych rozwiązań prawnych w omawianej materii stawia jednak lekarza w wyjątkowo trudnej sytuacji. O ile bowiem będzie on gotów podjąć działania medyczne dla ratowania zarówno kobiety ciężarnej, jak i dziecka poczętego, a jednocześnie wiedza medyczna i jego doświadczenie pozwolą mu jak najlepiej dobrać proponowane środki i procedury medyczne, o tyle nie będzie on w stanie podjąć żadnych działań w sytuacji, gdy zostanie, w obecnym stanie prawnym, ograniczony wyłącznie wolą kobiety ciężarnej. Nie ma bowiem żadnych instrumentów prawnych, z których lekarz mógłby skorzystać dla podjęcia działań ratujących życie lub zdrowie dziecka poczętego w sytuacji, gdy z powodów pozamedycznych pacjentka ciężarna odmówi zgody na interwencję medyczną¹⁹.

Rygorystyczne przestrzeganie zasady poszanowania autonomii woli pacjentki ciężarnej nie daje możliwości podjęcia działań przy odmowie przez nią zgody, nawet jeżeli działania te podejmowane miałyby być w interesie dziecka poczętego²⁰. Co więcej pacjentka ciężarna traktowana jest jak każdy inny pacjent poddawany procedurom medycznym, któremu gwarantuje się nie pogwałcenie jego woli i uprawnienie do samostanowienia. Nie ustanawia się w tym zakresie żadnych limitów i żadnego kompromisu podyktowanego prawnie uznanym interesem dziecka poczętego²¹. O ile rozstrzygnięcie konfliktu zdrowie i życie matki dziecka a zdrowie i życie dziecka poczętego na korzyść kobiety ciężarnej zdaje się znajdować akceptację, o ile zastosowano procedury medyczne o najmniejszej szkodliwości dla dziecka, których negatywną konsekwencją

¹⁶ Zob. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, s. 257; P. Maciejko, *Pojęcie i koncepcje ochrony w zdrowiu*, „Antidotum” 1992, nr 12, s. 26–27.

¹⁷ T. M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu etyki lekarskiej*, artykuł dostępny na stronie: <http://www.gazetalekarska.pl>, dostęp: 10 kwietnia 2015 r.

¹⁸ P. Funghi, F. Giunta i współautorzy, *Consensus all'atto medico, caso 7, Paziente rifiuta il talio cesareo per motivi culturali e religiosi*, w: *Medicina, bioetica e diritto*, s. 91–102.

¹⁹ Szeroko to tym J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, zwłaszcza rozdział V.

²⁰ G. Ferrnando, *Libertà, responsabilità e procreazione*, Padova 1999, s. 2.

²¹ P. Zatti, *La tutela della Vita prenatale: i limiti del diritto*, „La Nuova giurisprudenza civile commentata” 2001, vol. 2, s. 149 i n.; F. Mantovani, *Il c.d. diritto del feto a nascere sano (problem medico-legali della diagnosi e trattamento del feto in utero)*, „Rivista italiana di medicina legale” 1980, s. 237 i n.; M. Casini, *Bioetica e diritti umani*, Roma 2007, s. 22.

okazał się jednak uszczerbek dla zdrowia, rozstrój zdrowia lub śmierć dziecka poczętego, o tyle rozstrzygnięcie konfliktu autonomia woli kobiety ciężarnej, a życie i zdrowie dziecka poczętego na korzyść pierwszej z wymienionych wartości może budzić wątpliwości²². Pomijając w tym miejscu inne sytuacje podejmowania interwencji wbrew woli czy przy braku zgody uwagę skoncentrować należy na zagadnieniu podejmowania interwencji wbrew woli w stosunku do kobiety ciężarnej. Chodzi tu o sytuację, w której konsekwencją działań lekarza może być poprawa stanu zdrowia lub ocalenie życia dziecka poczętego. Jednocześnie zaś występuje ryzyko poddania się zabiegom ze strony kobiety ciężarnej, ale to ryzyko jest albo niskie, albo nieporównywalnie niższe niż korzyść, którą może odnieść dziecko poczęte. M. Świdorska podaje przykłady sytuacji, z jakimi możemy mieć tu do czynienia²³. Chodzić będzie w głównej mierze o sytuacje w związku z patologią ciąży i koniecznością poddania ciężarnej stosownemu postępowaniu medycznemu wówczas, gdy kobieta pełnoletnia i o pełnym zakresie zdolności do czynności prawnych zgody odmawia. Wydaje się, iż należy doprecyzować to stanowisko. Moim zdaniem przedmiotem dyskusji nie będą wyłącznie sytuacje, w których leczeniu w ramach terapii płodu miałyby zostać poddane dziecko poczęte, ale również wszelkie te stany zdrowotne występujące po stronie kobiety ciężarnej, a wymagające interwencji medycznej, o ile brak tej interwencji mógłby mieć negatywny skutek dla dziecka poczętego. Należy zauważyć, że o ile w każdej typowej sytuacji pacjent ma prawo do odmowy udzielenia zgody na proponowaną przez lekarza czynność medyczną, o tyle sytuacja kobiety ciężarnej za typową nie może być uznana²⁴.

Zamykając szkicowe nakreślenie zasad rządzących wykonywaniem zawodu lekarza w zakresie deontologii zawodowej określonych w Kodeksie etyki lekarskiej należy zwrócić uwagę na zakaz z art. 39a KEL. Przepis stanowi, że lekarz nie może uczestniczyć w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych. *Prima facie* wydaje się, że przepis jest oczywiście trafny w zakresie sformułowania pewnego zakazu postępowania i to w interesie społeczeństwa²⁵. Lekarz nie powinien brać udziału w tego rodzaju procedurach. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że zakaz został, w moim przekonaniu, niepotrzebnie ograniczony przedmiotowo. Zgodnie z zamysłem autora kodeksu lekarz nie może brać udziału w procedurach klonowania ludzi, ale wyłącznie do celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych. Jest to oczywiste, gdyż ma na celu ochronę godności człowieka w kontekście wykonywania zawodu lekarza i ochrony wartości, jaką jest szacunek dla ludzkiej prokreacji. Należy jednak zwró-

²² Zob. zwłaszcza M. Safjan, *Prawo...*, s. 60; M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, s. 229; J. Sawicki, *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Warszawa 1964, s. 5.

²³ M. Świdorska, *Zgoda...*, s. 229.

²⁴ M. Safjan wskazuje na bogatą literaturę amerykańską w przedmiocie konfliktu interesów na tle terapii prenatalnej. Zob. M. Safjan, *Prawo...*, s. 60 i literatura tam zamieszczona. Ponadto G. Ferrando, *Libertà, responsabilità e procreazione*, Padova 1999, s. 237; P. Zatti, *Diritti dell'embrione e capacità giuridica del nato*, „Rivista di diritto civile” 1999, vol. 1, s. 107, tenże, *La tutela della vita prenatale: I limiti del diritto*, „La nuova giurisprudenza civile commentata” 2001, vol. 2, s. 149 i n.; F. Mantovani, *Il c.d. diritto del feto a nascere sano (problemi medico-legali della diagnosi e trattamento del feto in utero)*, „Rivista Italiano di medicina legale” 1980, s. 237 i n.

²⁵ T. M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu etyki lekarskiej*, artykuł dostępny na <http://www.oil.org.pl>, dostęp: 10 kwietnia 2015 r.

cić uwagę na fakt, że udział lekarza w jakiegokolwiek procedurze klonowania człowieka niezależnie od celu zasługuje na negatywną ocenę moralną w kontekście zasad współżycia społecznego oraz norm moralnych przyjętych za podstawę nakazów deontologicznych ujętych w Kodeksie etyki lekarskiej. Trudno sobie bowiem wyobrazić, by lekarz podejmował działania zmierzające do klonowania człowieka w celach, które wprawdzie nie mają charakteru reprodukcyjnego lub terapeutycznego, ale wiążą się na przykład z korzyściami komercyjnymi.

Podsumowując, należy zauważyć, że choć prezentowana regulacja nie spełnia pewnych założeń w zakresie precyzji tekstu prawnego oraz użytego przez autora kodeksu słownictwa, któremu przypisuje się w prawoznawstwie określone znaczenie zamieszczenie tych przepisów skłaniać ma niewątpliwie lekarza do podejmowania przemyślnych i nieszkodzących pacjentom zachowań. Jednocześnie lekarz musi zdawać sobie sprawę, że mimo braku precyzji językowej autora kodeksu wypełnia on często pewną lukę, która stanowi wynik przeoczenia ustawodawcy. Należy oczywiście, w interesie lekarza, dążyć do wypełnienia wskazanych luk przepisami prawa powszechnego oraz standardami postępowania składającymi się na aktualną wiedzę medyczną.

Streszczenie

Komentowany rozdział Kodeksu etyki lekarskiej odnosi się do jednego ze szczegółowych zagadnień w działalności medycznej lekarza mianowicie do prokreacji. Rozdział obejmuje trzy przepisy, które stanowią uzupełnienie ogólnych zasad postępowania lekarza w stosunku do pacjenta w sytuacji wyjątkowo delikatnej, jaką jest przekazywanie ludzkiego życia. Poszczególne przepisy KEL zostały poddane szczegółowej analizie.

Some remarks about art. 38–39a of the Code of Medical Ethics

Summary

The commented chapter of the Code of Medical Ethics (CME) refers to one of the specific issues in physician's activities, namely procreation. This chapter includes three provisions, in addition to general rules of medical conduct, in relation to the patient in an extremely delicate situation, that of transmission human life. The CME individual provisions have been analyzed in detail.

Jerzy SOWIŃSKI

prof. zw. dr hab. n. med., Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu

Joanna ZDANOWSKA

dr, Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Podstawy legalności przeprowadzenia eksperymentu medycznego

1. Wprowadzenie

Konieczność stosowania eksperymentów w medycynie jest niekwestionowana. Stanowią one istotny element rozwoju tej dziedziny i umożliwiają skuteczniejszą diagnozę, terapię i ulgę w cierpieniu. Każdy eksperyment wiąże się jednak ryzykiem, którego dokładnie nie da się przewidzieć. Dlatego konieczne jest określenie granic jego legalności¹.

Problematyka eksperymentów medycznych jest regulowana zarówno przez akty prawa międzynarodowego, jak i polskiego. Największe znaczenie w tym zakresie mają: Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenia Medycznego z 1964 r., która stanowi zbiór zasad etycznych w odniesieniu do eksperymentów i badań medycznych z udziałem człowieka oraz Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny podpisana w dniu 4 kwietnia 1997 r. w Owiedo. Natomiast na gruncie prawa polskiego regulacje dotyczące eksperymentów medycznych zostały zawarte głównie w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*² oraz Kodeksie etyki lekarskiej³.

2. Rodzaje eksperymentów medycznych

Ustawodawca w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprowadził podział eksperymentów medycznych przeprowadzanych na ludziach na:

- eksperymenty lecznicze oraz
- eksperymenty badawcze.

Eksperyment leczniczy charakteryzuje się wprowadzeniem przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profi-

¹ P. Pidzik, *Konstytucyjne problemy regulacji ustawowej eksperymentu medycznego*, <http://www.prawoimedycyna.pl/str=artykul&id=173&PHPSESSID=919c034f1ff24293ff7097749205dd55>, dostęp: 12.03.2015.

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm. (dalej u.z.l.).

³ Kodeks etyki lekarskiej (dalej KEL).

laktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca (art. 21 ust. 2 u.z.l.). Natomiast eksperyment badawczy służy przede wszystkim rozszerzeniu wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzony zarówno na osobach chorych, jak i zdrowych. Jego przeprowadzenie jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem lub też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu (art. 21 ust. 2 u.z.l.).

Wskazać należy, że eksperymenty lecznicze, choć podstawowym ich zamierzeniem jest osiągnięcie bezpośredniej korzyści dla zdrowia uczestnika, mogą mieć również istotny walor poznawczy.

Podstawową cechą odróżniającą eksperyment w obu jego postaciach od innych czynności dokonywanych przez lekarza (zarówno leczniczych, jak i nieleczniczych) jest ryzyko nowatorstwa. Wiadomym jest, że w przypadku wykonywania czynności medycznych zawsze istnieje element ryzyka. Jednakże, w odniesieniu do eksperymentu, niebezpieczeństwo ziszczenia się ryzyka jest większe⁴.

Zauważyć również należy, że definicja eksperymentu badawczego wyraźnie wskazuje, że ryzyko związane z jego przeprowadzeniem powinno być niewielkie i proporcjonalne do spodziewanych rezultatów. Wymogu takiego natomiast nie ma w przypadku przeprowadzania eksperymentu leczniczego. Jak słusznie zauważa M. Kapko, takie założenie jest czysto teoretyczne. W praktyce bowiem często przeprowadza się eksperymenty, których natury nie da się jednoznacznie określić jako *stricte* badawczej lub *stricte* leczniczej⁵. W literaturze przedmiotu za rodzaj eksperymentu medycznego uważa się również:

- badania kliniczne produktu leczniczego przeprowadzane na ludziach oraz
- badania kliniczne wyrobu medycznego.

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy *Prawo farmaceutyczne* badanie kliniczne produktu leczniczego to każde badanie prowadzone z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych, lub w celu zidentyfikowania działań niepożądanych jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, lub śledzenia wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność⁶.

Badanym produktem leczniczym jest w tym przypadku substancja albo mieszanina substancji, którym nadano postać farmaceutyczną substancji czynnej lub placebo, badana lub wykorzystywana jako produkt referencyjny w badaniu klinicznym, w tym również produkt już dopuszczony do obrotu, ale stosowany lub przygotowany w spo-

⁴ *Leksykon prawa medycznego*, red. A. Górski, Warszawa 2012, s. 31, za: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008.

⁵ *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 288.

⁶ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne*, Dz. U. 2008, Nr 45, poz. 271 z późn. zm. (dalej u.pr.farm.).

sób odmienny od postaci dopuszczonej do obrotu lub stosowany we wskazaniu nieobjętym pozwoleniem, albo też stosowany w celu uzyskania dodatkowych informacji dotyczących postaci już dopuszczonych do obrotu (art. 2 pkt 2c u.pr.farm.).

Natomiast badanie kliniczne wyrobu medycznego jest regulowane przez ustawę o wyrobach medycznych⁷. Jest to zaprojektowane i zaplanowane systematyczne badanie prowadzone na ludziach, podjęte w celu weryfikacji bezpieczeństwa lub działania określonego wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego albo aktywnego wyrobu medycznego do implantacji (art. 2 ust. 1 pkt 4 u.w.m.).

3. Przesłanki legalności dokonywania eksperymentów medycznych

Przesłanki legalności eksperymentów medycznych określa ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Zgodnie z wyżej wskazanym aktem prawnym eksperyment medyczny może być przeprowadzony, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki lekarskiej (art. 22 u.z.l.). Powyższe postanowienie uzupełnia art. 42 KEL, który wskazuje na możliwość przeprowadzenia eksperymentu pod warunkiem, iż będzie on służył poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub wnosił istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich. Nadto, eksperyment leczniczy nie może narażać pacjenta na ryzyko znacznie większe niż to, które grozi osobie niepoddanej temu eksperymentowi. Natomiast eksperyment badawczy powinien zakładać wyłącznie ryzyko minimalne (art. 42a KEL).

Powyższa regulacja wskazuje na to, że ocena opłacalności projektu powinna być dokonywana w oparciu o następujące czynniki: korzyści oraz możliwe skutki ujemne. Ich weryfikacja będzie przeprowadzana odmiennie dla obu rodzajów eksperymentu (leczniczego i badawczego). Jednakże ustalenie relacji korzyści do strat będzie dokonywane w obu przypadkach w oparciu o to samo kryterium aktualnego stanu wiedzy⁸.

Opłacalność przeprowadzenia eksperymentów leczniczych jest uzależniona głównie od korzyści zdrowotnych, jakie może dostarczyć dane doświadczenie. Pamiętać jednak należy o podstawowej zasadzie obowiązującej wszystkich lekarzy *primum non nocere* oraz art. 42a ust. 1 KEL, zabraniającym lekarzowi narażania pacjenta biorącego udział w eksperymencie na ryzyko większe niż to, które grozi osobie niepoddanej eksperymentowi. Natomiast ocena opłacalności przeprowadzenia eksperymentu badawczego również powinna opierać się na bilansie zysków i strat, ale przesłanki tej oceny zostały przez ustawodawcę obostrzone. Tłumaczy się to faktem, iż ten rodzaj eksperymentu nie ma na celu przyniesienie bezpośredniej korzyści osobie biorącej w nim udział, lecz służy przede wszystkim pozyskaniu nowej wiedzy⁹.

⁷ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. 2010, Nr 107, poz. 679 z późn. zm. (dalej: u.w.m.).

⁸ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 591–627.

⁹ Ibidem.

Zgodnie z art. 23 u.z.l. eksperymenty medyczne mogą być przeprowadzane wyłącznie pod kierownictwem lekarza posiadającego „odpowiednio wysokie kwalifikacje”. Takie samo postanowienie zawiera Kodeks etyki lekarskiej (art. 47). Jednocześnie ani w ustawie, ani w Kodeksie nie doprecyzowano tego pojęcia. Wydaje się, iż wymogi jakiego powinien spełniać lekarz będą uzależnione od specyfiki poszczególnych testów. Można zatem w uproszczeniu przyjąć, że im bardziej skomplikowany projekt i większe ryzyko, tym kwalifikacje kierującego powinny być wyższe¹⁰.

Nadto, jak wskazuje art. 45 KEL, lekarz uczestniczący w eksperymentach medycznych musi je przeprowadzać zgodnie z zasadami badań naukowych. Eksperymenty z udziałem człowieka powinny być poprzedzone badaniami *in vitro* oraz *in vivo* na zwierzętach, które powinny być odpowiednio traktowane i w miarę możliwości chronione przed cierpieniem.

Kolejnym wymogiem gwarantującym legalność eksperymentowania jest należyte poinformowanie pacjenta przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium. Pacjent powinien również uzyskać informację o ewentualnym niebezpieczeństwie dla jego życia lub zdrowia w przypadku natychmiastowego przerwania eksperymentu (art. 24 u.z.l.). Powszechnie przyjmuje się, że odmiennie niż w przypadku leczenia, gdzie zarówno pacjent może żądać, aby go nie informowano o stanie zdrowia, jak i lekarz może podjąć taką decyzję, jeśli przemawia za tym dobro pacjenta (tzw. przywilej terapeutyczny), w odniesieniu do eksperymentów medycznych pacjent nie może zrezygnować z powyższego uprawnienia. Jeśli uchyla się on od przyjęcia pełnej informacji to jest to podstawa do wyłączenia go z udziału w projekcie¹¹.

Informacja powinna być przekazana w sposób zrozumiały dla pacjenta. Oznacza to, że lekarz – badacz powinien wziąć pod uwagę wykształcenie, stan psychiczny i fizyczny pacjenta, jego możliwości percepcyjne itp.¹² Pacjent powinien zostać pouczony również o negatywnych konsekwencjach eksperymentu oraz prawdopodobieństwie ich wystąpienia. Niewystarczające jest ogólne poinformowanie o zagrożeniu dla życia lub zdrowia. Należy uświadomić mu możliwość wystąpienia wszystkich możliwych komplikacji¹³. Przepisy prawa nie wskazują wprost w jakiej formie powinna zostać przekazana pacjentowi informacja. W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż powinna ona być udzielona w formie pisemnej. Jednak niezachowanie tej formy nie spowoduje konsekwencji prawnych. Podkreślić należy, że spełnienie wymogu przekazania informacji we właściwy sposób ma szczególne znaczenie w kontekście obowiązującej zasady tzw. zgody objaśnionej. Tylko pacjent, który w pełni rozumie znaczenie informacji jest w stanie wyrazić prawidłowo zgodę na udział w eksperymencie, co z kolei jest podstawą legalności działań lekarza.

Kolejną przesłanką legalności eksperymentu medycznego jest konieczność uzyskania zgody osoby badanej. Powyższy wymóg wynika nie tylko z ustawy *o zawodzie le-*

¹⁰ Ibidem.

¹¹ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa Pacjenta*, Warszawa 2001, s. 119.

¹² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 1994, s. 49.

¹³ R. Kubiak, op. cit.

karza i lekarza dentystry, ale także z KEL. Zgodnie z art. 43 Kodeksu od osoby, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, lekarz musi uzyskać zgodę po uprzednim poinformowaniu jej o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą jej dotyczyć oraz o prawie do odstąpienia w każdym czasie od udziału w eksperymencie. Osoba taka nie może wyrazić zgody pod wpływem presji lub jakiegokolwiek zależności od lekarza. Jednocześnie należy dodać, że uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego wymagane jest także w przypadku udziału w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych, przy czym należy zadbać w miarę możliwości o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej (art. 51 KEL).

Obowiązek uzyskania zgody na udział w eksperymencie medycznym ustawodawca zawarł również w art. 39 Konstytucji RP, zgodnie z którym nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody¹⁴ oraz art. 27 ust. 2 Kodeksu karnego, w myśl którego eksperyment jest niedopuszczalny bez zgody uczestnika, na którym jest przeprowadzany. Nadto Kodeks karny podkreśla konieczność należytego poinformowania o spodziewanych korzyściach i groźących ujemnych skutkach oraz prawdopodobieństwie ich powstania, jak również o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie na każdym jego etapie.

Także art. 25 ust. 1 u.z.l. wskazuje, że przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga pisemnej zgody osoby badanej mającej w nim uczestniczyć. Jednocześnie podkreśla, że w przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków, przy czym zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej.

Od wyżej wskazanego wymogu ustawodawca wprowadził wyjątek ustalając, iż w przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia uzyskanie zgody nie jest konieczne (art. 25 ust. 8 u.z.l.). Jak słusznie zauważa J. Bujny, nieprecyzyjna budowa tego przepisu może wskazywać, iż ma on zastosowanie do obu rodzajów eksperymentu, czyli i leczniczego, i badawczego¹⁵. Jednakże jak ustalił Trybunał Konstytucyjny w uchwale z dnia 17 marca 1993 r. eksperyment biomedyczny na człowieku, niemający charakteru leczniczego, dokonany bez osobiście wyrażonej zgody osoby poddanej temu eksperymentowi nie jest prawnie dopuszczalny. Tym samym Trybunał wskazał, iż przepis art. 25 ust. 8 u.z.l. może mieć zastosowanie tylko do eksperymentu leczniczego¹⁶.

Artykuł 27 u.z.l., podobnie jak wskazany wyżej art. 27 ust. 2 Kodeksu karnego, gwarantuje osobom uprawnionym do udzielenia zgody na eksperyment medyczny możliwość jej cofnięcia na każdym etapie eksperymentu. Wówczas lekarz zobowiązany jest do jego przerwania. Nadto w przypadku eksperymentu leczniczego, lekarz prowadzący ma obowiązek jego zaniechania w sytuacji, gdy wystąpi zagrożenie dla zdrowia chorego przewyższające spodziewane korzyści. Natomiast przeprowadzając eksperyment badawczy, lekarz jest zobligowany do jego przerwania, jeżeli nastąpi nieprzewidziane zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta.

¹⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483.

¹⁵ J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 166.

¹⁶ Uchwała TK z 17.03.1993 r., OTK 1993, nr 1, poz. 16.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty określa krąg osób, uprawnionych do wyrażenia zgody na udział w eksperymencie medycznym. Zasadniczo są to osoby pełnoletnie, posiadające pełną zdolność do czynności prawnych i działające z rozeznanem¹⁷. Ustawodawca przewidział jednak możliwość udziału w eksperymencie medycznym również osób niespełniających powyższych kryteriów wymienionych poniżej.

3.1. Małoletni

Udział małoletniego w eksperymencie medycznym jest dopuszczalny tylko po uzyskaniu pisemnej zgody jego przedstawiciela ustawowego. Jeżeli małoletni ukończył 16 lat lub nie ukończył 16 lat, ale jest w stanie z rozeznanem wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, konieczna jest także jego pisemna zgoda (art. 25 ust. 2 u.z.l.). Istotne jest, aby zgoda była uzyskana w sposób niebudzący wątpliwości, że małoletni zrozumiał sytuację, w której ma się znaleźć. W sytuacji, gdy rodzice chorego małoletniego nie zgadzają się na jego udział w eksperymencie leczniczym – o udzielenie takiej zgody badacz ma prawo wystąpić do sądu opiekuńczego¹⁸.

Podkreślić należy, że uczestnictwo małoletniego w eksperymencie badawczym możliwe jest tylko wówczas, gdy spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla jego zdrowia, a ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów. Jednakże, gdy istnieje możliwość przeprowadzenia eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych badacz powinien wybrać to rozwiązanie (art. 25 ust. 3 u.z.l.). Powyższy wymóg określa również art. 44 KEL. Jednocześnie należy wskazać, że sprzeciw rodziców na udział małoletniego w eksperymencie badawczym jest wiążący co oznacza, że inaczej niż w przypadku eksperymentu leczniczego – nie może być zmieniony przez orzeczenie sądu opiekuńczego.

Podsumowując – małoletni, którzy działają z rozeznanem, bez formalnego ograniczenia wieku są zdolni do wyrażenia zgody zarówno na udział w eksperymencie leczniczym, jak i badawczym z tym, że będzie to tylko jeden ze składników tzw. zgody podwójnej, czyli wyrażonej obok zgody przedstawiciela ustawowego¹⁹.

3.2. Ubezważnowolnieni

Zgodę na udział w eksperymencie osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie wyraża, podobnie jak w przypadku małoletnich, przedstawiciel ustawowy. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznanem wypowiedzieć opinię w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie, konieczne jest także uzyskanie jej pisemnej zgody (art. 25 ust. 4 u.z.l.). Powyższy wymóg dotyczy wyłącznie udziału w eksperymencie leczniczym. Bowiem

¹⁷ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 65.

¹⁸ A. Kaczmarek *Najważniejsza jest zgoda*, „Gazeta Lekarska” 2006, nr 11.

¹⁹ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 306–308.

na mocy art. 26 ust. 3 u.z.l. osoby takie w ogóle nie mogą brać udziału w eksperymencie badawczym.

Warto wskazać, że ustawodawca odniósł się wyłącznie do sytuacji osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Tym samym należałoby przyjąć, że osoby ubezwłasnowolnione częściowo będą mogły samodzielnie decydować o udziale w eksperymencie leczniczym. Jak wskazuje R. Kubiak, założenie takie jest jednak nietrafne i uzasadnia to faktem, że skoro wobec osób posiadających pełną zdolność do czynności prawnych, ale niemających dostatecznego rozeznania ustawodawca wymaga zgody sądu opiekuńczego (art. 25 ust. 5 u.z.l.), to regulacja ta powinna mieć zastosowanie *per analogiam* również w odniesieniu do osób mających ograniczoną zdolność do czynności prawnych, czyli właśnie ubezwłasnowolnionych częściowo. Na powyższy problem zwraca też uwagę M. Świdorska, podnosząc brak stosownej regulacji co do zgody podwójnej wobec osób ubezwłasnowolnionych częściowo i wskazując na istnienie luki prawnej w tym zakresie²⁰. To zatem, czy dana osoba posiada kompetencje do wyrażenia zgody na udział w eksperymencie, będzie zależało od jej stanu zdrowia²¹.

3.3. Kobiety ciężarne i dzieci poczęte

Ustawodawca dopuszcza możliwość udziału w eksperymentach medycznych kobiet ciężarnych pod pewnymi warunkami. Mianowicie uczestnictwo w eksperymencie leczniczym wymaga dokonania wcześniej szczególnie wnikliwej oceny ryzyka dla matki i dziecka poczętego. Natomiast w eksperymencie badawczym mogą one, podobnie jak i kobiety karmiące, brać udział wyłącznie, jeśli jest to całkowicie pozbawione lub związane z niewielkim ryzykiem (art. 26 ust. 1 i 2 u.z.l.). Warto dodać, że powyższe rozwiązanie dotyczące eksperymentów badawczych nie cechuje się żadną nowością, bowiem przeprowadzenie eksperymentu badawczego generalnie jest dopuszczalne tylko wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie (art. 21 ust. 3 u.z.l.). Przyjąć jednak należy, że powtórzenie tej regulacji miało na celu zwrócenie uwagi badaczy na konieczność szczególnie wnikliwej oceny ryzyka oraz jego dokładnym określeniu.

Jednocześnie należy wskazać na możliwość przeprowadzenia eksperymentu na dziecku poczętym. Z wykładni art. 26 ust. 1 u.z.l. wynika, że jest on dopuszczalny wyłącznie w odniesieniu do eksperymentu leczniczego. Natomiast jeśli chodzi o eksperyment badawczy – jest zakazany (art. 26 ust. 3 u.z.l.). Podobne regulacje zawiera art. 45 KEL, zabraniający lekarzowi przeprowadzania eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym. Natomiast eksperymenty lecznicze może on przeprowadzać tylko wówczas, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów nie poddanych eksperymentowi leczniczemu.

Nadmienić należy, że oprócz wymienionych wyżej dzieci poczętych i osób ubezwłasnowolnionych, w eksperymentach badawczych nie mogą brać udziału żołnierze

²⁰ Ibidem.

²¹ R. Kubiak, op. cit.

służby zasadniczej oraz osoby pozbawione wolności (art. 26 ust. 3 u.z.l.). Powyższy zakaz ma swój odpowiednik w art. 43 KEL. Przewiduje on jednak wyjątek dopuszczający udział w badaniach prowadzonych wyłącznie dla dobra tych grup. Przepis ten pozostaje jednak w sprzeczności z art. 26 ust. 3 u.z.l., który takich wyłączeń nie zawiera.

Wyżej przedstawione rozwiązania ukazują, jak istotne jest rozgraniczenie eksperymentów leczniczych i badawczych, gdyż w zależności od ich rodzaju odmiennie kształtują się przesłanki dopuszczalności.

Podsumowując problematykę uzyskania zgody na eksperyment medyczny należy wskazać, że aby była ona udzielona prawidłowo powinny zostać spełnione następujące warunki:

- powinna być ona wyrażona dobrowolnie przez osobę działającą z rozeznanem (lub w ramach zgody podwójnej);
- powinna zostać wyrażona przez uprawniony podmiot;
- powinna być wyrażona w odpowiedniej formie – zasadniczo pisemnej lub ewentualnie ustnie w obecności dwóch świadków (art. 25 ust. 1 u.z.l.).

Natomiast kończąc rozważania na temat legalności eksperymentowania podkreślić należy, że ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry określa przesłanki dopuszczalności dokonywania eksperymentów wyłącznie na człowieku. Oznacza to, że jej przepisów nie stosuje się do eksperymentów przeprowadzanych na zwłokach ludzkich, tkankach czy zwierzętach.

4. Opinia komisji bioetycznej

Warunkiem przeprowadzenia eksperymentu medycznego, oprócz wskazanych wyżej wymogów, jest uzyskanie pozytywnej opinii komisji bioetycznej. Każdy projekt eksperymentu z udziałem człowieka powinien być jasno określony i przedłożony do oceny tej komisji (art. 46 KEL). Komisje powoływane są przez okręgową radę lekarską na obszarze swojego działania, rektora wyższej uczelni medycznej lub wyższej uczelni z wydziałem medycznym lub dyrektora medycznej jednostki badawczo-rozwojowej. W jej skład wchodzi osoba posiadające wysoki autorytet moralny i wysokie kwalifikacje specjalistyczne (art. 29 ust. 1 i 3 u.z.l.). Komisja podejmuje opinię o projekcie eksperymentu medycznego w drodze uchwały, w oparciu o kryteria etyczne oraz celowość i wykonalność tego projektu (art. 29 ust. 2 u.z.l.). Od wskazanej uchwały przysługuje odwołanie do Odwoławczej Komisji Bioetycznej powołanej przez Ministra Zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej. Decyzja tej Komisji jest ostateczna. Szczegółowe zasady powoływania i tryb działania komisji bioetycznych określają przepisy wykonawcze²².

Warto dodać, że komisje bioetyczne mają również kompetencje do opiniowania badań klinicznych. Szczegółowe regulacje w tym zakresie są zawarte w ustawie – *Prawo*

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 11 maja 1999 r. w sprawie szczególnych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych, Dz. U. Nr 47, poz. 480.

farmaceutyczne. Dodatkowo w przypadku przeprowadzania badań klinicznych konieczne jest uzyskanie decyzji lub pozwolenia właściwego ministra.

Dodać należy, iż Kodeks etyki lekarskiej nakłada na lekarza prowadzącego eksperyment medyczny obowiązek przekazywania wszystkich odkryć i spostrzeżeń związanych z wykonywaniem zawodu lekarza środowisku lekarskiemu oraz publikowania ich przede wszystkim w prasie medycznej (art. 48). Jednocześnie Kodeks podkreśla obowiązek przestrzegania praw autorskich w publikacjach naukowych i wskazuje, że dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób, które brały w nich udział jest naruszeniem zasad etyki. Wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z tymi zasadami w ogóle nie powinny być publikowane. Nadto lekarz musi pamiętać, że wykorzystanie materiału klinicznego do badań naukowych jest możliwe po uzyskaniu zgody kierownika kliniki lub ordynatora oddziału leczącego pacjenta (art. 49 KEL).

5. Odpowiedzialność karna badacza

Eksperyment medyczny należy do grupy kontratypów ustawowych. Oznacza to, że jeśli jest on prowadzony zgodnie z wymogami określonymi w odpowiednich aktach prawnych to mieści się w granicach dozwolonego ryzyka i tym samym brak jest podstaw do pociągnięcia badacza do odpowiedzialności karnej. Dotyczy to zarówno sytuacji, w których eksperyment medyczny nie przyniósł oczekiwanych korzyści, jak i sytuacji, w których przeprowadzenie eksperymentu medycznego spowodowało ujemne skutki dla życia lub zdrowia pacjenta²³.

Dokładne brzmienie kontratypu eksperymentu zawiera art. 27 Kodeksu karnego²⁴, zgodnie z treścią którego nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu przeprowadzenia eksperymentu poznawczego, medycznego, technicznego lub ekonomicznego, jeżeli spodziewana korzyść ma istotne znaczenie poznawcze, medyczne lub gospodarcze, a oczekiwanie jej osiągnięcia, celowość oraz sposób przeprowadzenia eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy (art. 27 par. 1 k.k.).

Kontratyp eksperymentu medycznego to jeden z najsilniejszych kontratypów, gdyż posiada podwójną podstawę prawną: zawartą w Kodeksie karnym, który odnosi się do różnych rodzajów eksperymentu oraz w ustawie *o zawodzie lekarza i lekarza dentysty*, szczególnie normującej eksperymenty medyczne²⁵.

Pamiętać należy, że tylko kumulatywne spełnienie wszystkich przesłanek dopuszczalności eksperymentu medycznego gwarantuje uchylenie odpowiedzialności karnej jaka groziłaby, gdyby uczestnik eksperymentu w wyniku jego niepowodzenia doznał negatywnych skutków określanych w prawie karnym jako uszczerbek na zdrowiu lub życiu, utratę życia lub inne bezpośrednie niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia²⁶.

²³ K. Sakowski, *Legalność eksperymentu medycznego*, „Prokuratura i Prawo” 2000, nr 9.

²⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz. U. 1997, Nr 88, poz. 553 z późn. zm. (dalej: k.k.).

²⁵ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Zakamycze, Kraków 2000, s. 148.

²⁶ K. Sakowski, *Legalność eksperymentu medycznego*, „Prawo i Prokuratura” 2002, nr 9, s. 41–43.

Natomiast, jeśli zostaną naruszone warunki legalności, ale nie nastąpi skutek przestępny, lekarz może ponieść odpowiedzialność cywilną lub zawodową.

Zakończenie

Obecnie problematyka eksperymentu medycznego jest regulowana przez akty prawne zarówno o zasięgu międzynarodowym, jak i krajowym oraz normy etyczne. Ustawodawca starał się zapewnić uczestnikom możliwie szeroką ochronę, stąd regulacje prawne określają zasady prowadzenia eksperymentów, regulują kwestię zgody probanta, nakładają liczne obowiązki na lekarza kierującego eksperymentem łącznie z koniecznością uzyskania pozytywnej opinii komisji bioetycznej. Polskie przepisy są jednak w niektórych miejscach niejasne, co powoduje ich zróżnicowaną wykładnię. Należy więc postulować ujednoczenie przepisów prawa w tym zakresie.

Streszczenie

Konieczność stosowania eksperymentów w medycynie jest niekwestionowana. Stanowią one istotny element rozwoju tej dziedziny i umożliwiają skuteczniejszą diagnozę, terapię i ulgę w cierpieniu. Każdy eksperyment wiąże się jednak z ryzykiem, którego dokładnie nie da się przewidzieć. Dlatego konieczne jest określenie granic jego legalności. Obecnie problematyka eksperymentu medycznego jest regulowana przez akty prawne zarówno o zasięgu międzynarodowym, jak i krajowym oraz normy etyczne. Ustawodawca starał się zapewnić uczestnikom możliwie szeroką ochronę, stąd regulacje prawne określają zasady prowadzenia eksperymentów, regulują kwestię zgody probanta, nakładają liczne obowiązki na lekarza kierującego eksperymentem łącznie z koniecznością uzyskania pozytywnej opinii komisji bioetycznej. Polskie przepisy są jednak w niektórych miejscach niejasne, co powoduje zróżnicowaną ich wykładnię.

Basics of legality to carry out a medical experiment

Summary

The need for experimentation in medicine is unquestionable. This is an important element in the development of medical sciences, leading to more effective diagnosis, treatment and relief in suffering. Each experiment, however, involves risks that cannot be accurately predicted. It is therefore necessary to define the boundaries of its legality. Currently, the issue of medical research is governed by the laws at both international and national levels and by ethical standards. The legislator sought to ensure that involved participants have the widest possible protection, hence legal regulations lay down the rules for experimentation, govern the consent of the subject participating in an experiment, impose a number of obligations on the physician in charge of the experiment, together with the need to obtain a positive opinion of the ethics committee. Polish legislation is, however, unclear in some areas, creating room for interpretation.

Jędrzej SKRZYPCZAK

dr hab., prof. UAM, kierownik Zakładu Systemów Prasowych i Prawa Prasowego,
Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

„Stosunki wzajemne między lekarzami”. Komentarz do Rozdziału III Kodeksu etyki lekarskiej

Art. 52.

- 1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom.**
- 2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób.**
- 3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja ta okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etycznych powodują poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej.**
- 4. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki.**
- 5. Jeżeli popełniony błąd przez innego lekarza ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.**

1. W pierwotnym brzmieniu art. 52 KEL¹ miał następujące brzmienie: „Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Lekarz nie powinien wypowiadać wobec chorego i jego otoczenia, a także wobec personelu asystującego lub publicznie, niekorzystnej oceny działalności zawodowej innego lekarza lub dyskredytować go w jakikolwiek sposób. Wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przede wszystkim przekazać zainteresowanemu lekarzowi. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie godzi w zasady solidarności zawodowej”. W tej wersji tego przepisu zakazywano wypowiadania publicznie jakiegokolwiek niekorzystnej oceny działalności innego lekarza². Dodatkowo piętnowano tu przypadki dyskredytowania innego lekarza. Na Krajowym Zjeździe Lekarzy w 2003 r. dokona-

¹ Mowa tu o Kodeksie etyki lekarskiej, uchwalonym przez Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991 r., a następnie zmieniony na III Krajowym Zjeździe Lekarzy w grudniu 1993 r., a wreszcie na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy w dniu 20 września 2003 r. Dalej skrótowo nazywany KEL.

² A. Gubiński, *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, s. 182.

no nowelizacji tego dokumentu. Stąd też, od 1 stycznia 2004 r. obowiązuje on w obecnym brzmieniu.

2. W ust. 1 art. 52 zamieszczono normę odwołującą się – jak się wydaje – do norm postępowania wynikających z ogólnie przyjętych norm postępowania. Generalnie przecież oczekuje się, iż ludzie powinni okazywać sobie szacunek. Trudno zatem dziwić się, iż od przedstawicieli zawodu zaufania publicznego wymaga się takiego postępowania. Szczególnym szacunkiem należy obdarzać lekarzy seniorów oraz byłych nauczycieli. Jak się wydaje, także taka powinność wynika z ogólnie obowiązujących norm etycznych. Natomiast wymóg szczególnego traktowania byłych nauczycieli wynika z przekonania, iż nauka tego zawodu powinna być oparta o relacje mistrz–uczeń.

3. Najwięcej kontrowersji budzi ust. 2 art. 52 KEL. Redakcja tego przepisu uległa „złagodzeniu” w porównaniu z pierwotnym brzmieniem. Mowa jest tu obecnie o konieczności zachowania szczególnej ostrożności w prezentowaniu sądów o innych członkach samorządu lekarskiego, ale już nie zabrania wypowiedzania się o innych kolegach. Ciągłe natomiast przepis uniemożliwia dyskredytowanie innych lekarzy. Wyjaśnić tu należy, iż pojęcie dyskredytowania należy rozumieć jako „pomniejszanie czyjegoś autorytetu, czyjeś wartości, podważanie zaufania do kogoś lub czegoś”³ albo jako skompromitowanie, zdyskwalifikowanie⁴ lub psucie komuś opinii. Za takie będzie zapewne uchodzić np. określenie „mieć drewniane ręce” użyte pod adresem innego lekarza⁵. Jeżeli takie sformułowanie użyte zostanie pod adresem lekarza (i to na dodatek operatora), to nie można mieć wątpliwości, iż ma ono charakter kompromitujący, dyskwalifikujący daną osobę jako fachowca, pomniejszający autorytet tej osoby, psujący komuś opinię. Wreszcie określenie „publiczny” użyte w art. 52 KEL należy rozumieć w taki sposób, jaki temu pojęciu nadaje doktryna i judykatura na gruncie art. 216 k.k. Zatem przesłanka publicznego zdyskredytowania będzie spełniona wówczas, gdy „wypowiedź lub gest [...] może być rzeczywiście odebrany przez bliżej nieokreśloną liczbę osób”⁶. Kwestia ta stała się przedmiotem rozważań w jednej ze spraw zakończonych przed SN. Otóż wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2013 r. w sprawie o sygn. akt SDI 21/13, po rozpoznaniu kasacji wniesionej przez obrońcę obwinionego od orzeczenia NSL w Warszawie, uchylono zaskarżone orzeczenie i sprawę przekazano NSL do ponownego rozpoznania. Stan faktyczny w tej sprawie przedstawiał się następująco. Lekarz A.A. został obwiniony o to, że pełniąc w lipcu 2010 r. obowiązki zastępcy dyrektora do spraw lecznictwa w SP ZOZ w A. nie zachował szczególnej ostrożności w formułowaniu opinii o działalności zawodowej lek. B.B. wobec rodzin pacjentów tego lekarza, tj. o przewinienie zawodowe z art. 52 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej. OSL uznał obwinionego za winnego przewinienia zawodowego popełnionego w sposób opisany we wniosku o ukaranie, precyzując jednak, że publiczne

³ *Słownik wyrazów obcych*, red. E. Sobol, Warszawa 2002, s. 258.

⁴ *Słownik wyrazów obcych*, PWN, s. 167.

⁵ Tak przedstawiał się stan faktyczny w jednej ze spraw rozpatrywanych przez sądy lekarskie.

⁶ *Kodeks karny. Część szczególna, Komentarz do k.k.*, t. II, red. A. Zoll, Kraków 1998, s. 668.

dyskredytowanie dr B.B. przez obwinionego dokonało się w ten sposób, że 5 lipca 2010 r. w rozmowie z pacjentem C.C. użył określenia wobec pokrzywdzonego „nie będzie mi tu gwiazdorzył” oraz „operacja będzie trwała pół godziny, 20 minut reanimacja, a 10 minut poszukiwanie zakładu pogrzebowego”. Natomiast w rozmowie z inną osobą użył określenia „nie jest żadną złotą rączką”. W ocenie OSL obwiniony naruszył art. 52 ust. 2 KEL i za to wymierzył karę nagany. Odwołanie od tego orzeczenia wywiódł obrońca obwinionego, zarzucając orzeczeniu OSL m.in. nieprawidłową kwalifikację czynu oraz sprzeczność ustaleń poczynionych przez Sąd ze zgromadzonym materiałem dowodowym. NSL zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, iż wymierzył obwinionemu karę upomnienia. Od tego orzeczenia kasację złożył obrońca obwinionego. W ocenie SN kasacja okazała się zasadna, nie zgadzając się w ten sposób z wykładnią zaprezentowaną przez Sąd I instancji w zakresie dotyczącym wykładni art. 52 ust. 2 KEL. Jak podkreślił SN „zgodnie z utrwaloną od okresu międzywojennego linią orzeczniczą, dotyczącą wykładni znamienia publiczności działania sprawy, przez pojęcie to należy rozumieć taką sytuację, w której miejsce, okoliczności i sposób popełnienia czynu umożliwiają jego dostrzeżenie przez większą, bliżej nieokreśloną liczbę osób”. Natomiast w tym przypadku SN zauważył, że słowa krytyki zacytowane w opisie przypisanego lek. A.A. przewinienia zawodowego, zostały wypowiedziane przez obwinionego w rozmowie z dwoma osobami, w dodatku z każdą z nich z osobna. Brak było zatem podstaw do przyznania przypisanemu jej przewinieniu dyscyplinarnemu cech publicznego działania. Natomiast SN zwrócił uwagę, że przy ponownym rozpoznaniu sprawy sądy lekarskie powinny rozważyć możliwość przypisania obwinionemu przewinienia zawodowego polegającego na naruszeniu normy deontologicznej wyrażonej w art. 52 ust. 2 KEL, jednakże bez uznawania go za działanie publiczne. Przepis ten bowiem, poprzez zwrot: „w szczególności”, jedynie przykładowo wskazuje na niedopuszczalność publicznego przekraczania granic krytyki innego lekarza, co nie stoi na przeszkodzie uznaniu za delikt dyscyplinarny również takiego zachowania, które polegało na niezachowaniu ostrożności w formułowaniu opinii względem innego lekarza, ale nie mogło zostać odebrane przez większą liczbę osób.

4. Jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny⁷ w uzasadnieniu wyroku z 23 kwietnia 2008 r.⁸, zakresy znaczeniowe pojęcia „dyskredytować” i krytykować” krzyżują się, ale

⁷ Warto tu odnotować, iż w przeszłości pojawiały się pewne obawy dotyczące tego, czy Trybunał Konstytucyjny przy aktualnym stanie prawnym, może podjąć się oceny kodeksu, z uwagi na treść art. 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym, Dz. U. Nr 102, poz. 643 z późn. zm. W dotychczasowej praktyce również okręgowe sądy lekarskie rozważały taką możliwość. Ale w świetle art. 3 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym, który zezwala każdemu sądowi na przedstawienie Trybunałowi pytania prawnego, co do zgodności aktu normatywnego z Konstytucją, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi lub ustawą, jeżeli od odpowiedzi na pytanie prawne zależy rozstrzygnięcie sprawy toczącej się przed sądem, pojawiały się wątpliwości czy organy izb lekarskich są sądem w rozumieniu wyżej przytoczonego przepisu. Przypomnieć w tym miejscu należy, że na gruncie poprzedniej Konstytucji, Trybunał wypowiadał się już w kwestii możliwości oceny Kodeksu etyki lekarskiej. Otóż w postanowieniu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r. (Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 października 1992 r. sygn. akt U 1/92, opublikowane w: OTK 1992, nr 2, poz. 38) zamieszczono tezę, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego nie może być sama norma etyczna, a jedynie norma prawna, którą norma etyczna dookreśla.

nie pokrywają. Wskazano tam, że „krytyka w ścisłym znaczeniu tego słowa zakłada zawsze element analizy i oceny prawidłowości zachowania podmiotu krytykowanego, co z kolei umożliwia późniejszą, obiektywną ocenę jej prawidłowości i prawdziwości. Krytyka nie musi ponadto – przynajmniej z pojęciowego punktu widzenia – angażować uwagi osób trzecich, ale może ograniczać się do wymiany poglądów pomiędzy krytykującym a krytykowanym. Tymczasem istota «dyskredytacji» [...] wiąże się ze skutkiem w postaci podważenia autorytetu, spowodowania ujemnej oceny postawy lub działalności określonej osoby w oczach innych. Wskazany negatywny skutek może być związany z obiektywną uzasadnioną albo nieuzasadnioną, albo w każdym razie weryfikowalną – oceną czyjegoś działania, albo ze sposobem traktowania danej osoby”⁹. Podsumowując ten wątek TK stwierdził, iż dyskredytacją będzie „krytyka dla samej krytyki” albo też reakcja nieadekwatna do wytkniętego błędu oraz zamierzonych, pozytywnych skutków społecznych¹⁰.

W rozpatrywanej sprawie uznano, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego w niniejszej sprawie były przepisy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich*, Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm. dookreślone przez normy Kodeksu etyki lekarskiej. Z kolei w uchwale Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 1993 r. (sygn. akt W 16/1992) sformułowano tezę, że art. 41 w związku z art. 15 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich* nie ma zastosowania w zakresie, w jakim zachowanie się lekarza jest zgodne z nakazem lub zakazem albo upoważnieniem obowiązującej ustawy. Natomiast w uzasadnieniu wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., stwierdzono, że możliwa jest kontrola normy ustawowej dookreślonej następnie przez treść konkretnego postanowienia aktu uchwalonego przez organ samorządu zawodowego. Stąd też uznano, że przedmiotem kontroli TK może być art. 52 ust. 2 KEL w związku z art. 15, 41 i 42 ustawy *o izbach lekarskich*. Wyjaśniono natomiast, że poza zakresem merytorycznej kontroli Trybunału pozostaje przyrzeczenie lekarskie. Argumentowano, że przyśięga taka nie stanowi integralnego fragmentu KEL (brzmienie zostało bowiem ustalone odrębną uchwałą Krajowego Zjazdu Lekarzy bez wyraźnej podstawy prawnej), ponadto jedynie uogólnia normy zawarte w KEL. W tym samym orzeczeniu podkreślono, że w trybie skargi konstytucyjnej nie można badać zgodności kwestionowanych aktów normatywnych z umowami międzynarodowymi. Warto przy okazji niejako odnotować, że w tym samym wyroku (w uzasadnieniu) TK analizował zarzut naruszenie art. 17 ust. 1 Konstytucji. Podobnie jak w sprawie o sygn. akt P21/02 TK argumentował „Unormowanie art. 17 ust. 1 Konstytucji upoważnia samorządy zawodów zaufania publicznego do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów. Ma być ona sprawowana – z wyraźnego nakazu ustrojodawcy – w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Sformułowanie to, po pierwsze precyzuje cel i granice sprawowanej pieczy nad wykonywaniem zawodów. Cel ten to przestrzeganie właściwej jakości – w sensie merytorycznym i prawnym – czynności składających się na wykonywanie zawodów. Po wtóre, sformułowanie art. 17 ust. 1 wyznacza ramy i ukierunkowanie sprawowanej pieczy. Ramy te determinuje interes publiczny. [...] W analizowanym wypadku dotyczy to zarówno procesów stanowienia korporacyjnych norm deontologicznych, jak i ich wykładni oraz stosowania przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Organy samorządu zawodowego nie mogą nie uwzględniać treści art. 17 Konstytucji w toku wykonywania swoich ustawowych oraz statutowych kompetencji. Ustrojodawca, zezwalając na powierzenie organom samorządu zawodowego określonych zadań z zakresu administracji publicznej i wprowadzając przymus przynależności do korporacji zawodowej, podnosi interes publiczny do rangi uzasadnienia i ostatecznego celu wyposażenia organów samorządu zawodowego w wymienione atrybuty. [...] Praktyka orzecznicza sądów lekarskich, polegająca na nadaniu przepisowi art. 52 ust. 2 KEL treści, która abstrahuje od nakazanego konstytucyjnie wartościowania, jest więc nieuzasadniona i wzmacnia zarzut naruszenia art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji.

⁸ Wyrok TK z dnia 23 kwietnia 2008r., sygn. akt SK 16/07, M.P. Nr 38, poz. 342.

⁹ Wyrok TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., sygn. akt SK 16/07, opublik. M.P. Nr 38, poz. 342.

¹⁰ Ibidem.

5. Podobne regulacje zawierały przedwojenne kodeksy etyki lekarskiej. I tak, Zbiór zasad deontologii lekarskiej z 16 czerwca 1935 r. (zasada nr 18) stanowił, iż „Lekarzowi nie wolno wypowiadać wobec chorego lub jego otoczenia niekorzystnej oceny działalności zawodowej kolegi. Lekarzowi nie wolno zachowywać się w sposób, który może zdyskredytować poprzedniego lekarza”. Podobne zasady funkcjonowały w Kodeksie deontologii lekarsko-dentystycznej z dnia 1 maja 1948 r. (zasada nr 16). Z kolei w zasadzie nr 39 Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza z dnia 22 czerwca 1984 r. stanowiono: „Stosunki między lekarzami powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności i koleżeństwie, wynikających ze wspólnych celów i poszanowania trudu, wysiłku oraz odpowiedzialności, jaką lekarz ponosi w swojej działalności zawodowej”. W art. 40 przewidziano: „Lekarz nie powinien nigdy pochopnie oceniać działalności i umiejętności innego lekarza, a zwłaszcza opierać swych sądów na informacjach pochodzących od chorych i osób postronnych, gdyż informacje takie bywają często wynikiem nieporozumienia lub ubocznych względów”, a w art. 41 „Jeżeli zachodzi konieczność wydania opinii o pracy zawodowej innego lekarza, opinia taka może być wydana tylko na pisemne żądanie powołanych do tego władz, a także może być wyrażona w dyskusji naukowej lub na prośbę zainteresowanego lekarza. Opinia taka powinna być zgodna z zasadami etyczno-deontologicznymi i wydana w sposób bezstronny” oraz w art. 42 „Lekarz powołany do wydania urzędowej opinii o postępowaniu innego lekarza powinien dokładnie zapoznać się ze wszystkimi materiałami i okolicznościami koniecznymi do wyjaśnienia sprawy, a swą opinię kształtować i wyrażać w sposób obiektywny i ostrożny. Opinie te powinny być w miarę możliwości opracowywane kolektywnie z udziałem właściwych specjalistów”¹¹.

6. Europejskie zbiory zasad deontologii lekarskiej zawierają inne rozwiązania. I tak, w art. 28 Europejskich zasad etyki lekarskiej z 6 stycznia 1987 r. stanowi się: „obowiązujące lekarzy reguły koleżeństwa są ustanowione w interesie pacjentów i mają na celu zapobieżenie sytuacji, w której pacjenci staną się ofiarami nieuczciwej konkurencji między lekarzami”, a w art. 30: „Nie uchybia obowiązkowi koleżeństwa zgłoszenie przez lekarza właściwemu organowi zawodowemu faktu uchybienia regułom etyki lekarskiej i uprawnień zawodowych, o których lekarz się dowiedział, a w punkcie B6 załącznika do tego dokumentu „lekarz może uczestniczyć w reportażach publicznych w prasie, radiu i telewizji w zakresie, w jakim służą one informowaniu społeczeństwa w dziedzinie zdrowia. Lekarz, który uczestniczy w akcji informowania opinii publicznej o charakterze edukacyjnym lub bez względu na środek komunikacji, powinien powoływać się jedynie na potwierdzone dane, wykazywać ostrożność i troskę o konsekwencje swoich wypowiedzi do opinii publicznej”¹².

7. Prawo do krytyki i wolność wypowiedzi gwarantują, oprócz oczywiście Konstytucji Rzeczypospolitej z dnia 2 kwietnia 1997 r.¹³, także akty rangi międzynarodowej.

¹¹ Patrz także uzasadnienie wyroku TK z 23 kwietnia 2008 r., sygn. akt SK 16/07.

¹² Patrz szerzej uzasadnienie wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r.

¹³ Tak art. 54 – Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

Wymienić tu należy chociażby Powszechną Deklarację Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych, Ekonomicznych i Socjalnych z 16 grudnia 1966 r. ratyfikowany przez Polskę w dniu 3 marca 1977 r.¹⁴ czy wreszcie Europejską Konwencję Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r. ratyfikowaną przez Polskę 15 grudnia 1992 r.¹⁵ Zgodnie z art. 54 ust. 1 Konstytucji „Każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji”. Zarówno w doktrynie, jak w judykaturze panuje ugruntowany pogląd, iż przepis ten normuje trzy odrębne, choć powiązane ze sobą wolności, a mianowicie wolność rozpowszechniania informacji, wolność wyrażania poglądów oraz wolność pozyskiwania informacji. Przy czym, jak wielokrotnie definiował to TK, „pogląd” „[...] w rozumieniu art. 54 ust. 1 Konstytucji rozumie się nie tylko wyrażanie osobistych ocen co do faktów i zjawisk we wszystkich przejawach życia, ale również prezentowanie opinii, przypuszczeń, prognoz, ferowanie ocen w prawach kontrowersyjnych, a także informowanie o faktach tak rzeczywistych, jak i domniemanych”¹⁶. Przy czym – jak słusznie zauważył TK w cytowanym wyroku – „[...] swoboda wypowiedzi i prawo krytyki ma najszersze granice w sferze życia politycznego [...]. Zwłaszcza w tej sferze swoboda wypowiedzi jest jednym z fundamentów społeczeństwa demokratycznego, warunkiem jego rozwoju i samorealizacji jednostek. Wolność słowa obejmuje jednak i inne przejawy życia publicznego oraz sferę prywatną. Linia orzecznicza TK jest w tym punkcie zgodna z judykaturą ETPC, która podkreśla szczególne znaczenie, jakie wolność słowa ma dla kształtowania się postaw i opinii w sprawach budzących publiczne zainteresowanie i z troskanie. Nie ulega zaś wątpliwości, że problematyka ochrony zdrowia i funkcjonowania służby zdrowia – zwłaszcza w zakresie, w jakim dotyczą kwestii istotnych dla bezpieczeństwa pacjentów – należą do tego typu spraw”¹⁷. Zgodnie z kolei z treścią art. 5 ustawy z dnia 26 stycznia 1984 r. *Prawo prasowe* (Dz. U. Nr 5, poz. 24 z późn. zm.), „każdy obywatel, zgodnie z zasadą wolności słowa i prawem do krytyki, może udzielać informacji prasie. Nikt nie może być narażony na uszczerbek lub zarzut z powodu udzielania informacji prasie, jeżeli działał w granicach prawem dozwolonym”. W doktrynie wskazuje się, iż krytyka jest „publiczną oceną, opartą na konfrontacji jakiegoś stanu rzeczywistego z przyjętymi założeniami. Zadaniem krytyki jest wzbogacenie wiedzy i świadomości, a nie wymierzanie sprawiedliwości”¹⁸. Choć w języku polskim temu terminowi nadaje się jednoznacznie pejoratywne znaczenie, tym niemniej krytyka to analiza i ocena, która może przybierać postać dezaprobaty, ale też pochwały. Przy czym przedmiotem krytyki może być każdy przejaw życia społecznego¹⁹. Doceniając rolę i zadania krytyki, zwłaszcza prasowej, ustawodawca za przestępstwo traktuje próby ograniczania i jej tłumienia, jak też zbierania materiałów krytycznych (tak art. 44 Prawa prasowego). Należy jednocześnie zaznaczyć, że wol-

¹⁴ Dz. U. Nr 38, poz. 167 załącznik.

¹⁵ Dz. U. 1993, Nr 61, poz. 284 wraz z protokołami.

¹⁶ Patrz szerzej uzasadnienie wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r. i przytoczone tam orzecznictwo TK: wyrok TK z 5 maja 2004 r., sygn. akt P2/03, OTK ZU nr 5/A/2004, poz. 39; wyrok z 20 lutego 2007 r., sygn. akt P1/06, OTK ZU nr 2/A/2007, poz. 11.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ J. Sobczak, *Ustawa prawo prasowe. Komentarz*, Warszawa 1999, s. 90 i n.

¹⁹ Ibidem, s. 96.

ność słowa i prawo do krytyki nie są wartościami nieograniczonymi. Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji „Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”. Na tle tego przepisu TK wielokrotnie podkreślał, że „oceniając konstytucyjność regulacji ustanawiającej ograniczenie konstytucyjnej wolności lub prawa, należy rozważyć, czy spełnia ona kryteria formalne – tj. przesłankę ustawowej formy ograniczenia, przy czym względem na fundamentalną rolę wolności słowa w demokratycznym państwie prawnym nakazuje szczególnie surowo kontrolować precyzję przepisów ustaw wprowadzających ograniczenia w korzystaniu z tej wolności [...], a w razie pozytywnej odpowiedzi na to podstawowe pytanie przeprowadzić tzw. test proporcjonalności. Zgodnie z ustalonym na tle art. 31 ust. 2 Konstytucji orzecznictwie TK, zarzut braku proporcjonalności wymaga udzielenia odpowiedzi na trzy pytania dotyczące analizowanej normy: 1. czy jest ona w stanie doprowadzić do zamierzonych przez ustawodawcę skutków (przydatność normy); 2. czy jest ona niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest powiązana (konieczność podjęcia przez ustawodawcę działania); 3. czy jej efekty pozostają w proporcji do nałożonych przez nią na obywatela ciężarów lub ograniczeń (proporcjonalność *sensu stricto*)”²⁰. Jednocześnie TK pokreślił, że „[...] przekazanie upoważnienia do ingerencji w pewne konstytucyjne wolności osób wykonujących zawód zaufania publicznego samorządom zawodowym może być w określonych warunkach uzasadnione, a nawet uznane za zgodne z potrzebami należytego wykonywania zawodów reglamentowanych. Upoważnienie to nie może jednak mieć charakteru blankietowego. [...] Przystąpienie przez daną osobę – po spełnieniu ustawowo określonych warunków – do określonej korporacji zawodowej [...] jest równoznaczne z wolicjonalnym poddaniem się przez nią pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu, a tym samym stanowi dobrowolne poddanie się unormowaniom wewnątrz korporacyjnym”²¹. Jednak w ocenie TK, „wystarczającym powodem uzasadniającym tę szczególną regulację [tj. możliwość ograniczenia wolności słowa – przyp. JS] nie może być ochrona godności i dobrego imienia innego (krytykowanego lekarza)”²². Choć jednocześnie TK przyznał, że „dopuszczenie w tych warunkach nieograniczonej krytyki, której zasadność miałaby być weryfikowana wyłącznie *ex post*, w postępowaniu przed sądem, prowadziłyby do skutków społecznie szkodliwych zarówno w wymiarze powszechnym jak i indywidualnym”²³. Granicami legalności krytyki jest rzetelność i zgodność z prawem i zasadami współżycia społecznego. Przy czym rzetelność należy rozumieć jako odpowiedzialny sposób relacji, zgodny z zasadami sztuki, nieostusujący niedozwolonych wybiegów.²⁴ Nie będzie zatem uchodzić za dopuszczalną krytykę postępowanie, które wypływa z chęci zniesławienia lub narusze-

²⁰ Patrz szerzej uzasadnienie wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r.

²¹ Ibidem.

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

²⁴ J.Sobczak, op. cit., s. 96.

nia godności osoby napiętnowanej.²⁵ W doktrynie podkreśla się przy tym zasadnie, iż przyznanie prawa do krytyki nie oznacza zwolnienia z konieczności dochowania odpowiedniej formy krytyki. Krytyka winna zatem być rzetelna i zgodna z zasadami współżycia społecznego. Dlatego też, niezasadnym wydaje się pogląd zakładający, iż krytyka niezgodna z prawdą pozostaje w ramach dozwolonych przez prawo. Podawanie bowiem nieprawdy, zwłaszcza w sposób świadomy i celowy, na pewno nie może uchodzić za postępowanie zgodne z zasadami współżycia społecznego, a zarazem będące rzetelnym. Granice dozwolonej krytyki prasowej wyznaczają: Konstytucja, prawo prasowe, normy prawa cywilnego i karnego, a wreszcie zasady współżycia społecznego²⁶. W ramach tak ukształtowanego katalogu wymienić należy reguły deontologii zawodowej zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej. Dla potwierdzenia tej tezy warto też przywołać tu poglądy judykatury. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 1986 r.²⁷ wyrażono stanowisko, iż „[...] obszar dopuszczalnej krytyki prasowej nie może wykraczać poza granice zgodnego z prawdą relacjonowania faktów. Spełnienie nakreślonych w art. 41 Prawa prasowego przesłanek powoduje uchylenie bezprawności takiego działania. Brak bezprawności czynu z uwagi na dopuszczalne wyrażenie negatywnych ocen działalności publicznej czy zawodowej nie dotyczy sytuacji, gdy owa negatywna opinia przekracza powszechnie dopuszczalne granice”²⁸.

8. W obecnym kształcie art. 52 KEL piętnuje tylko publiczne dyskredytowanie innego lekarza, a więc pomniejszanie, podważanie czyjegoś autorytetu, kompromitowanie kolegi z korporacji zawodowej. Przy czym, co należy z całą mocą podkreślić, przewiduje jednocześnie stosowny tryb zmierzający do wykrycia i ukarania błędów w postępowaniu innego lekarza. Stąd też obowiązek poinformowania organów izby lekarskiej. Analogicznie, mimo istnienia art. 54 Konstytucji, kodeks karny penalizuje zniesławienie i znieważenie. W konsekwencji Trybunał Konstytucyjny w wielokrotnie tu cytowanym wyroku z dnia 23 kwietnia 2008 r. podkreślił, iż „Trybunał uznaje potrzebę istnienia pewnych ograniczeń wolności słowa i prawa do krytyki w relacjach pomiędzy lekarzami, ze względu na konieczność ochrony zaufania pacjentów do służby zdrowia, niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania tej profesji jako całości, specyfikę relacji pacjent–lekarz, opartą na zaufaniu pacjenta do lekarza, wreszcie specyfikę decyzji diagnostycznych i terapeutycznych, podejmowanych z reguły w warunkach braku pełnego rozeznania wszelkich uwarunkowań danego przypadku. Uzgodnieniu tych konkurujących ze sobą wartości służy procedura informacyjna usytuowana w art. 52 ust. 3 KEL. Nie znaczy to jednak, że opisany tam mechanizm zawsze będzie wystarczający i dostatecznie skuteczny, aby zapewnić ochronę wartości podstawowej w analizo-

²⁵ Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 12 stycznia 1994 r., I ACr 314/93 oraz z dnia 13 maja 1997r. I ACa 185/97 oraz z 19 listopada 1996 r., I ACr 115/96, wszystkie orzeczenia zamieszczono w: B. Gawlik, *Dobra osobiste*, Kraków 1998, *passim*.

²⁶ Tak J. Sobczak, *op. cit.*, s. 134; I. Dobosz, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa prasowe*, RPEiS 1985, nr 3, s. 45–46.

²⁷ Orzeczenie Sądu Najwyższego, sygn. akt I CR 378/86, opublik. w OSNC 1988/4/47.

²⁸ Por. G. Rejman, *Odpowiedzialność w prawie prasowym*, „Palestra” 1984, nr 3–4; J. Sobczak, *Prawo prasowe w działalności prasy lokalnej*, Poznań 1993; tenże, *Prawo prasowe. Komentarz*, Warszawa–Poznań 1992.

wanym zakresie – tj. zdrowia i życia pacjentów. *In casu*, w granicach podyktowanych ochroną tej wartości oraz – co oczywiste – prawdziwością formułowanych twierdzeń, może zaistnieć konieczność wystąpienia z publiczną krytyką innego lekarza. Interpretacja zakwestionowanego art. 52 ust. 2 KEL, zgodna z aprobowanym konstytucyjnie systemem wartości nie może zatem zmierzać w kierunku uznania całkowitej niedopuszczalności publicznej krytyki lekarza przez innego lekarza i zwolnienia sądów lekarskich z przeprowadzania dowodu prawdy przy dokonywaniu ocen wartościujących konkurujące ze sobą w konkretnym wypadku interesy²⁹.

9. W innych samorządach zawodowych zasady krytyki dokonywanej pomiędzy członkami samorządu zostały uregulowane w różny sposób. I tak, w Kodeksie etyki adwokackiej³⁰ stanowi się jedynie ogólnie, iż adwokat powinien przestrzegać w stosunku do kolegów zasad uprzejmości, lojalności i koleżeństwa, a nadto, iż adwokat zobowiązany jest do najwyższej lojalności wobec kolegów współpracujących w ramach kancelarii lub spółki i powstrzymywania się od jakichkolwiek działań naruszających taką lojalność, również po zakończeniu współpracy. Zgodnie z § 39 tego dokumentu, w razie sporu między adwokatami, należy wyczerpać przede wszystkim możliwości jego polubownego rozstrzygnięcia lub skorzystać z pośrednictwa właściwych władz adwokatury. W przypadku kolizji między zasadami koleżeństwa a uzasadnionym interesem klienta, należy dać pierwszeństwo interesom klienta. Z kolei w art. 38 Kodeksu etyki radcy prawnego, stanowi się już wyraźnie, iż „niedopuszczalne jest wypowiedanie przez radcę prawnego wobec osób trzecich negatywnej opinii o pracy zawodowej innego radcy prawnego. Radca prawny, do którego zwrócono się o wydanie opinii o innym radcy prawnym, obowiązany jest wysłuchać opiniowanego radcę prawnego, a przy sporządzaniu opinii opierać się na dokumentach, znanych mu faktach oraz zachować obiektywizm i rzeczowość. Wydanie negatywnej opinii o radcy prawnym, także co do jego pracy zawodowej, jest dopuszczalne, jeżeli opinia taka jest oparta na faktach, a potrzeba albo obowiązek jej wydania wynikają z zadań lub uprawnień służbowych bądź samorządowych³¹. W Kodeksie etyki notariuszy³² w § 25 zapisano, iż notariusz powinien kierować się zasadą lojalności, życzliwości i szacunku w stosunku do innych notariuszy, zachowując wszakże prawo do oceny ich pracy, a zarazem wystrzegając się jakichkolwiek form nieuczciwej konkurencji zawodowej. Z kolei zgodnie z § 28, informacji o notariuszach udzielać mogą środkom przekazu tylko organy samorządu notarialnego. Notariusz winien jest wcześniej informować Radę Izby Notarialnej o swym udziale bądź współpracy z jakimkolwiek środkiem przekazu publicznego. Natomiast w § 31 przewidziano zakaz krytykowania wobec klientów czynności dokonanych przez innych notariuszy. Gdy istnieje zatarg między notariuszami, mogą oni wystąpić w sporze sądowym po uprzednim przeprowadzeniu postępowania

²⁹ Ibidem.

³⁰ Zbiór zasad etyki adwokackiej i godności zawodu uchwalony przez Naczelną Radę Adwokacką dnia 10 października 1998 r., uchwała nr 2/XVIII/98.

³¹ Załącznik do uchwały nr 5 VII Krajowego Zjazdu Radców Prawnych z dnia 11 listopada 2007 r.

³² Uchwała nr 19 Krajowej Rady Notarialnej z dnia 12 grudnia 1997 r. Kodeks etyki zawodowej notariusza.

wyjaśniającego przez Radę Izby Notarialnej (§ 33 Kodeksu etyki notariuszy). W Kodeksie etyki pielęgniarek i położnych podkreślono, że pielęgniarka nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich. Z kolei w regulach 4.13. Kodeksu etyki architektów³³ przewiduje się, iż członkowie tego samorządu zawodowego nie krytykują złośliwie lub nieuczciwie, ani nie dyskredytują w ten sposób pracy innych architektów.

10. TK w przywoływanym już orzeczeniu z dnia 23 kwietnia 2008 r. (sygn. akt SK 16/07), przesądził tu, że art. 52 KEL w zakresie, w jakim zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi publicznych na temat działalności zawodowej innego lekarza jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji oraz nie jest niezgodny z art. 63 ustawy zasadniczej. Zatem – co należy wyraźnie podkreślić – stwierdzono, że norma art. 52 KEL w zw. z art. 15³⁴ i 41³⁵ ustawy *o izbach lekarskich* jest obarczona wadliwością konstytucyjną tylko w pewnej części i to przy określonym sposobie rozumienia. Stąd też – zdaniem TK – nie ma konieczności zmiany ani aktów normatywnych, ani Kodeksu etyki lekarskiej. Jak stwierdził TK: „osiągnięcie pożądanego rezultatu może nastąpić przez zmianę wykładni art. 52 ust. 2 KEL, dokonywanej w orzecznictwie sądów lekarskich, [...] tj. uznania, że pojęcie «dyskredytowanie» oznacza publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą lub bez związku z ochroną interesu publicznego, wyłącznie lub przede wszystkim w celu podważenia autorytetu (zaufania do) innego lekarza”³⁶.

11. Orzeczeniem z dnia 21 września 2010 r., OSL w X. uznał lek. A.K. winnym naruszenia art. 52 ust. 2 KEL poprzez to, że w dniu 19 grudnia 2008 r. publicznie, na posiedzeniu Rady Społecznej Zakładu Opieki Zdrowotnej w X., w stosunku do Dyrektora tegoż ośrodka lek. S.S. użył sformułowania „karykatura doktora Mengele”, tym samym publicznie zdyskredytował Go jako lekarza i dyrektora zakładu. Obrażliwą formę zwracania się do przełożonego zachował również w dalszym postępowaniu m.in. w piśmie z dnia 12 maja 2009 r. używając sformułowania „drzeć pysk pan umie”. OSL uznał, że takie zachowanie godzi nie tylko w stosunki lekarz–lekarz, ale i pracownik–przełożony i na mocy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* wymierzył obwinionemu karę upomnienia, obciążając go kosztami postępowania. Co ciekawe, ponadto OSL postanowił na podstawie art. 12 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* zwrócić się z wnioskiem do Okręgowej Rady Lekarskiej w X. o powołanie komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu. Od powyższego orzeczenia obwiniony pismem z dnia 7 listopa-

³³ Kodeks etyki zawodowej architektów, załącznik do uchwały 01 III Sprawozdawczego Krajowego Zjazdu Izby Architektów z dnia 18 czerwca 2005 r.

³⁴ Art. 15 ustawy *o izbach lekarskich*: „Członkowie samorządu lekarzy obowiązani są przestrzegać: 1) zasad etyki i deontologii oraz innych przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, 2) uchwał władz i organów samorządu lekarzy”.

³⁵ Art. 41. Członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.

³⁶ Patrz wyrok TK z 23 kwietnia 2008 r.

da 2011 r. złożył odwołanie do NSL, wskazując m.in.: że za to samo przewinienie został dwukrotnie ukarany mimo, że wykonał „wyrok” Komisji Etyki Lekarskiej, przeprasząc poszkodowanego przed jej obliczem, a następnie – mimo tych przeprosin – zgodnie ze słowami obwinionego cyt. „przedstawiciel Komisji Etyki Lekarskiej wystąpił po wykonaniu przeze mnie wcześniej orzeczonej kary do Sądu Lekarskiego o ponownie ukaranie mnie karą nagany” oraz wyraził zastrzeżenia co do konieczności i celu przebadania w celu określenia czy może pracować jako lekarz. NSL (sygn. akt NSL Rep. 164/OWU/11) uznał, iż odwołanie obwinionego było w części zasadne. Co niezwykle istotne, Naczelny Sąd Lekarski stwierdził, iż obwiniony w swoim odwołaniu nie odróżnił próby postępowania mediacyjnego przed pozaustawową Komisją Etyki Zawodowej od postępowania dyscyplinarnego przed ustawowymi organami samorządu lekarskiego, tj. przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i sądami lekarskimi. Jak zaznaczono, Komisja Etyki Lekarskiej jest ciałem pozaustawowym i nie ma żadnych uprawnień do udziału w postępowaniu dyscyplinarnym, a tym bardziej do karania lekarzy. W związku z tym wygłoszenia przeprosin na takim forum, choć ocenić można jako gest szlachetny, nie można traktować jako „kary” tym bardziej, że nie jest ona odnotowana w wymiarze kar przewidzianych przez ustawę o izbach lekarskich. Ponieważ OROZ, a także pokrzywdzony nie wycofali swojego wniosku o ukaranie za „publiczne [...] użycie sformułowania «karykatura doktora Mengele» wobec lek. S.S.”, to w tym zakresie NSL uznał odwołanie obwinionego za niezasadne. Fakt przeprosin pokrzywdzonego został natomiast wzięty pod uwagę przez Sąd I instancji przy wymiarze kary, co znalazło wyraz w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. W związku z powyższym, NSL uznał obwinionego winnym naruszenia art. 52 ust. 2 KEL i za tak opisany czyn wymierzył mu karę upomnienia. NSL zwrócił także uwagę, że art. 52 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej zawiera w swojej treści stwierdzenie, iż lekarz „nie powinien publicznie dyskredytować” wyrażając „opinie o działalności zawodowej innego lekarza”. Sąd uznał, że naganne użycie w piśmie lek. A.K. do lek. S.S. sformułowanie: „drzeć pysk pan umie”, nie ma charakteru publicznego i nie odnosi się do działalności zawodowej pokrzywdzonego. Z tego powodu NSL uniewinnił obwinionego w tym zakresie. Nadto NSL zaprezentował tu pogląd dotyczący jeszcze jednej istotnej kwestii. Otóż NSL uchylił zaskarżone orzeczenie w zakresie postanowienia w przedmiocie zwrócenia się do Okręgowej Rady Lekarskiej w X. z wnioskiem o powołanie Komisji Orzekającej w zakresie oceny niezdolności lekarza do wykonywania zawodu. Jak podkreślono, sądy lekarskie orzekając w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, mogą opierać się jedynie na przepisach ustawy o izbach lekarskich oraz odpowiednio stosowanych przepisach kodeksu postępowania karnego. Zwrócenie się do innego organu o wszczęcie innego postępowania nie może mieć miejsca w sentencji orzeczenia sądu lekarskiego. Jeżeli sąd lekarski lub jego przewodniczący dojdą do wniosku, iż wobec obwinionego powinno zostać wszczęte postępowanie w zakresie oceny jego stanu zdrowia lub wiedzy, to powinni wystąpić do właściwego organu ze stosownym wnioskiem, lecz nie może to mieć formy rozstrzygnięcia w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

12. Orzeczeniem z dnia 14 listopada 2008 r., OSK w X. (sygn. akt OSK 9/2000 i NSL Rep 36/OWU/10), uznał lek. X. winnym popełnienia przewinienia zawodowego pole-

gającego na tym, że w celu skompromitowania i pozbycia się swojego przełożonego, kierownika Kliniki Kardiologii SPSK AM w W., zapłacił A. co najmniej 3000 zł za udział w prowokacji wręczenia łapówki dr. hab. C. za przyśpieszenie wykonania operacji, a w jej wyniku dr. hab. C. został aresztowany i spędził w areszcie 6 tygodni, tj. naruszenie art. 1 i art. 52 KEL. Za tak przypisany obwinionemu czyn, OSŁ wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 1 roku i 6 miesięcy oraz obciążył kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołanie wnieśli obrońca obwinionego i OROZ (który zarzucił rażąco niewspółmierność wymierzonej kary w stosunku do wagi czynu i wniósł o zmianę kary poprzez orzeczenie pozbawienia prawa wykonywania zawodu). NSL orzeczeniem z dnia 24 kwietnia 2008 r. uchylił zaskarżone orzeczenie i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania, wskazując na uchybienia polegające na: – braku uwzględnienia przez Sąd I instancji zeznań świadków obrony, poprzez niewskazanie w uzasadnieniu orzeczenia oceny tych zeznań jako wiarygodnych lub niewiarygodnych oraz przyczyn takiej oceny zeznań świadków zawartych w protokołach rozpraw przed Sądem Pracy w W., które zostały złożone przez obrońcę i ujawnione przez Sąd I instancji bez odczytywania; – oddaleniu bez uzasadnienia wniosków dowodowych o przesłuchanie świadków S., T., M., R., M., D. oraz B.; – brak pouczenia obwinionego o przysługujących mu prawach w toku postępowania. Po ponownym rozpoznaniu sprawy, OSŁ, orzeczeniem z dnia 17 marca 2010 r., uznał obwinionego winnym tego, że w celu skompromitowania i pozbycia się swego przełożonego, wziął udział w nielegalnej prowokacji policyjnej skierowanej przeciwko pokrzywdzonemu m.in. w ten sposób, iż zapłacił A. 3000 zł za wręczenie pokrzywdzonemu korzyści majątkowej za przyśpieszenie i osobiste wykonanie operacji, co w efekcie spowodowało publiczne zatrzymanie pokrzywdzonego przez policję w dniu 13 czerwca 2005 r. – noszące znamiona dyskredytacji niezgodnej z prawdą i bez związku z ochroną interesu publicznego, a zaistniałej w celu podważenia autorytetu tegoż – a następnie jego 6-tygodniowy pobyt w areszcie i za ten czyn wymierzył obwinionemu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 3 lat, obciążając go jednocześnie kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołanie wniósł obwiniony. Zdaniem NSL odwołanie okazało się niezasadne. Jak podkreślono, przedmiotem rozpoznania niniejszej sprawy był zarzut naruszenia art. 52 i art. 1 KEL poprzez wzięcie udziału w prowokacji wręczenia łapówki w celu skompromitowania i pozbycia się swojego przełożonego.

13. Orzeczeniem z dnia 4 września 2010 r. (sygn. akt S/1/2009), OSŁ w X. uznał lek. X. winną tego, że w lutym i marcu 2008 r. w X. podczas kursu atestacyjnego w Klinice Endokrynologii publicznie zdyskredytowała lek. C., pomawiając ją o tendencyjne postępowanie jako Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w prowadzonym przeciwko niej postępowaniu wyjaśniającym, przez co naraziła ją na utratę zaufania potrzebnego dla pełnienia tego rodzaju stanowisk oraz zawodu lekarza, czym naruszyła art. 52 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej i orzekł wobec niej karę upomnienia oraz obciążył ją kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia obwiniona złożyła odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (sygn. akt NSL Rep. 101/OWU/10). Zdaniem NSL odwołanie nie było zasadne. Ustalenia Sądu I instancji dotyczące stanu faktycznego były w ocenie tego Sądu prawidłowe, staranne i rzetelne. Zarzuty obwinionej

nie precyzowały czy zaskarża orzeczenie w całości czy w części, co do winy czy kary, w dominującej części odnosiły się do sprawy zakończonej w roku 2007 prawomocnym orzeczeniem, a także poruszały szereg wątków osobistych. Nie ulegało wątpliwości NSL, iż w świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, celem działania obwinionej było zaskodzenie lek. C. Pomawianie pokrzywdzonej o tendencyjne prowadzenie postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej było postępowaniem zmierzającym w sposób oczywisty i – jak wynika z zeznań świadków – zamierzony do zdyskredytowania pokrzywdzonej, i niewątpliwie naruszało normę art. 52 ust. 2 KEL. Wymierzając karę upomnienia OSL słusznie wziął pod uwagę wychowawczy charakter kary oraz to, iż obwiniona po raz pierwszy dopuściła się przewinienia o tym charakterze.

14. Orzeczeniem z dnia 8 stycznia 2010 r. Okręgowy Sąd Lekarski w X. uznał lekarza Z. winnym tego, że w dniu 26 maja 2009 r. dokonał wpisu w portalu internetowym „znanylekarz.pl” wysłanego z komputera o IP:xxxxxxx dyskredytującego lek. D.P., tj. o naruszenie art. 52 ust. 2 i 3 Kodeksu etyki lekarskiej i wymierzył mu karę upomnienia oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołanie wniósł pokrzywdzony lek. X. NSL (sygn. akt NSL Rep. 18/OWU/10) uznał, że odwołanie nie było zasadne. Podkreślono, iż sentencja zaskarżonego orzeczenia, a w szczególności opis czynu popełnionego przez obwinionego był zgodny z treścią wniosku o ukaranie wniesionego przez OROZ. Treść wypowiedzi obwinionego zamieszczonej na portalu internetowym „znanylekarz.pl” nie była przez żadną ze stron postępowania kwestionowana i nie stanowiła w niniejszej sprawie okoliczności spornej. W ocenie NSL, opis czynu obwinionego zawarty w zaskarżonym orzeczeniu, jest wystarczający z punktu widzenia wymogów art. 89 ust. 2 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich*. Przytoczenie pełnej wypowiedzi obwinionego zamieszczonej na stronie internetowej w sposób najbardziej dokładny odzwierciedlałoby przypisany obwinionemu czyn. Jednak w ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego, powyższe zastrzeżenie nie może stanowić skutecznego zarzutu odwoławczego uzasadniającego przyjęcie, iż w postępowaniu Sądu I instancji doszło do obrazy przepisów postępowania mającej wpływ na wynik sprawy. W ocenie sądu odwoławczego nie doszło również do naruszenia normy art. 89 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, ani art. 53 § 1–3 Kodeksu karnego w zw. z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*. W istocie, uzasadnienie orzeczenia Sądu I instancji jest lakoniczne, lecz w ocenie NSL, wymierzając obwinionemu karę najłagodniejszą z możliwych, Sąd ten kierował się okolicznościami takimi jak przyznanie się obwinionego do winy oraz doskonałą opinią, jaką cieszy się w opinii publicznej. NSL dostrzegł lakoniczność i sygnalizacyjne jedynie wskazanie w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia okoliczności, jakie Sąd I instancji miał na względzie przy wymiarze kary. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego powyższe uchybienia proceduralne nie miały wpływu na wynik sprawy, a zawarte w zaskarżonym orzeczeniu wskazanie okoliczności mających znaczenie dla wymiaru kary było, choć niezwykle lakoniczne, to jednak wystarczające dla instancyjnej kontroli zaskarżonego orzeczenia. Naczelny Sąd Lekarski analizując zgromadzoną i przedstawioną przez OROZ i OSL dokumentację uznał, że obwiniony jest uznanym w środowisku medycznym autorytetem zarówno pod względem wiedzy, umiejętności medycznych, jak również posiada

zdolności kierowania dużym zespołem ludzkim. Cieszył się bardzo dobrą opinią u pacjentów. Miał również – przed popełnieniem przewinienia zawodowego, którego dotyczy niniejsze postępowanie – nieposzlakowaną opinię etyczną. Z wyjaśnień złożonych przez obwinionego wynika, że powodem świadomego naruszenia KEL była chęć obrony dobrego imienia kierowanego przez siebie zespołu pracowników. Jak wynika ze złożonych zeznań, ten efekt po umieszczeniu wyżej cytowanego wpisu w portalu „znanylekarz.pl” został osiągnięty. Ponadto, w swoich wyjaśnieniach obwiniony wyraził wolę pomocy pokrzywdzonemu w realizacji obowiązku ustawicznego kształcenia, a nawet pomocy finansowej związanej z realizacją tego obowiązku. NSL w sposób jednoznaczny i stanowczy podkreślił, iż ewentualne naruszenia dóbr osobistych lekarza w postaci np. dobrej opinii zawodowej, nie uzasadnia i nie usprawiedliwia naruszenia przez tego lekarza dóbr osobistych innych osób, w tym również osób podejrzewanych o naruszenie dóbr osobistych. Dlatego też, choć jak podkreślono, rozumiano motywy działania obwinionego to jednocześnie ani ich nie pochwalano, ani tym bardziej nie traktowano jako okoliczności wyłączającej lub zmniejszającej bezprawność działania obwinionego w zakresie, w jakim publicznie zdyskredytował pokrzywdzonego. Tym bardziej, że obwiniony nie miał żadnych dowodów, aby za atakami na jego osobę stał pokrzywdzony w niniejszej sprawie.

15. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 14/OWU/11, OSK w X. orzeczeniem z dnia 6 listopada 2009 r. (sygn. akt SL-016-9/2009) uznał winnym czynu polegającego na wyrażaniu obraźliwych uwag i opinii w pismach kierowanych do OSK, OROZ, NIL na temat biegłych sądowych oraz OROZ, które mają charakter pomówienia i narażają na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu lekarza i pełnionych funkcji (biegły, organ OIL), przyjmując, że swoim postępowaniem naruszył zapis art. 52 ust. 1 i ust. 2 KEL, i w konsekwencji orzekł karę nagany. Od powyższego orzeczenia w dniu 10 stycznia 2011 r. obwiniony dr n. med. A.L. odwołał się do NSL. Rozpatrując to odwołanie, NSL uznał, że jest ono niezasadne. NSL przypomniał, że zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego dozwolona jest krytyka oparta na prawdzie i czyniona w interesie publicznym. Takich walorów w sposób oczywisty nie mają i nie mogą być traktowane jako zgodne z normą art. 52 KEL, zarzuty kierowane przez obwinionego do OROZ: „stara się Pan ukryć udział swoich znajomych profesorów w fałszowaniu dokumentacji leczniczej...”; „X. starał się kłamliwie pisać o «granulocytach» jako «komórkach ropnych», co kompromituje go całkowicie i świadczy, że poziom etyki i wiedzy niektórych medyków z Łodzi urąga godności lekarza”; „opinia biegłego jest jaskrawym dowodem kolejnego i celowego wprowadzenia w błąd sądu przez biegłego X. i jego zespół...”; „...dotychczas nie spotkałem lekarzy-profesorów z tak wątpliwą etyką zawodową, którzy pełnią rolę biegłego oraz rzecznika odpowiedzialności zawodowej i byli dawniej wykładowcami w Akademii Medycznej”. Niewątpliwie nie jest korzystaniem z konstytucyjnego prawa do swobody słowa rzucanie oskarżeń i pomówień na osoby wykonujące zawód zaufania publicznego. Jednocześnie obwiniony nie przedstawił żadnych dowodów prawdziwości stawianych zarzutów i oskarżeń. Należy z naciskiem podkreślić, że orzeczeniem Sądu Lekarskiego I instancji obwiniony został uniewinniony od zarzutu krytyki organów OIL oraz biegłych (punkt III orzeczenia), a uznany winnym obraźliwej formy w jakiej te uwagi czynił

(punkt IV orzeczenia). Nie ograniczono mu zatem wolności do krytyki. Krytyka nie powinna jednak przyjmować formy rzucania bezpodstawnych, niepopartych żadnymi dowodami, poza twierdzeniami obwinionego, pomówień o postępowanie niezgodne nie tylko z etyką zawodową, ale wręcz o działania noszące znamiona przestępstwa. Naczelny Sąd Lekarski podzielił w pełni stanowisko Sądu Lekarskiego I instancji, że użyte w pismach obwinionego sformułowania są obraźliwe, naganne i nie licują z godnością lekarza, przez co w pełni zasługuje on na orzeczoną karę nagany.

16. W innej sprawie³⁷ jeden z OSŁ³⁸ na rozprawie przeciwko prof. dr hab. med. X., obwinionemu o naruszenie art. 52 KEL poprzez jego wypowiedzi udzielane dziennikarzom i zamieszczone w dziennikach „Rzeczypospolita” pt. *Lakierowanie zła*, „Superexpress” pt. *Teraz walę głową w mur* i w tygodniku „Polityka” pt. *Paragraf 52* na temat prof. dr hab. med. Y. i dr n. med. Z. Po pierwsze, udzielając informacji dziennikarzowi „RP” i wiedząc, że jego wypowiedź zostanie umieszczona w artykule prasowym wypowiedział się na temat leczenia pacjenta S.S. przez dr n. med. Z. słowami cyt.: „Jak zobaczyłem tego przerażonego, biednego i źle leczonego człowieka, któremu przez cztery lata wyhodowano marskość wątroby, nie wytrzymałem. Błąd lekarski był ewidentny, w dokumentach jak wyłożony na talerzu”. Po drugie, został obwiniony, iż udzielając informacji dziennikarzowi gazety „Superexpress” i wiedząc, że jego wypowiedzi zostaną zamieszczone w artykule prasowym, wypowiedział się na temat opinii wydanej przez prof. Y. dla potrzeb postępowania prowadzonego przez prokuraturę w ten sposób cyt.: „pacjent pokazał mi wszystkie opinie, w tym prof. Y., a tam same kłamstwa”. Na temat leczenia chorego przez dr Z. wypowiedział się cyt.: „ten człowiek, gdy do mnie trafił, miał przed sobą 2–3 lata życia. Jego stan był w dużej mierze «zasługą» błędnego leczenia”. Wypowiedzi zamieszczono w „Superexpressie”. Wreszcie po trzecie, został obwiniony, iż udzielając informacji dziennikarzowi „Polityki” i wiedząc, że jego wypowiedzi zostaną zamieszczone w artykule prasowym, wypowiedział się na temat opinii wydanej przez prof. Y. dla potrzeb postępowania prowadzonego przez prokuraturę w ten sposób, iż cyt.: „Zdziwiło mnie to, ale dopiero uzasadnienie wprowadziło mnie w osłupienie. To nie była opinia. To był stek bzdur, w dodatku łatwy do zweryfikowania”, a na temat leczenia chorego przez dr n. med. Z., prof. X. wypowiedział się w sposób następujący cyt.: „Kolega zza ściany od 5 lat leczył S. na złośliwą mutację wirusowego zapalenia wątroby. Kolega, myślał profesor, wie co robi. Chorego leczono nie na to co trzeba i nie tym co trzeba. I to w moim szpitalu, za ścianą. Więcej. Kolega temu choremu straszliwie szkodził”. Wypowiedź ukazała się w „Polityce”. OSŁ uznał prof. X. winnym popełnienia wszystkich trzech przewinień zawodowych i skazał go na karę łączną nagany³⁹. W dniu 11 kwietnia 2006 r., prof. X. złożył odwołanie od tego orzeczenia do NSL zarzucając, że właściwym Sądem do rozpoznania tej sprawy winien być OSŁ w Y., a uznanie jego winy zostało ustalone pochopnie, bez przesłuchania dziennikarzy, będących rzeczywistymi autorami rozpatrywanych tekstów i użytych

³⁷ Sygn. akt NSL Rep. 15/OWU/11.

³⁸ Sygn. akt OSŁ 6/04.

³⁹ Orzeczenie zapadło pod rządem ustawy o izbach lekarskich z 1989 r., a wówczas instytucja kary łącznej była dopuszczalna.

sformułowań. NSL orzeczeniem z dnia 18 stycznia 2007 r. utrzymał w mocy orzeczenie OSL. Wyrokiem Sąd Apelacyjny w X.⁴⁰, uchylił zaskarżone orzeczenie NSL i sprawę ponownie przekazał temu Sądowi do ponownego rozpatrzenia. W uzasadnieniu, Sąd powołał się na wyrok Trybunału Konstytucyjnego wydany w dniu 29 czerwca 2010 r., po rozpoznaniu pytania prawnego przedstawionego przez Sąd, że art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich* w zakresie w jakim wyłącza prawo lekarza ukaranego przez NSL w drugiej instancji karą nagany, do wniesienia odwołania do sądu, jest niezgodny z art. 77 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, co stanowi skuteczną podstawę rozpoznania przez Sąd Apelacyjny odwołania prof. X. od orzeczenia NSL⁴¹. W swoim orzeczeniu Sąd Apelacyjny uznał, że NSL w żaden sposób nie odniósł się do opisu czynu, którego popełnienie przypisał Sąd I instancji obwinionemu, ani nie przybliżył wyrażonego poglądu i prezentowanej wykładni przepisu art. 52 KEL. Wbrew bowiem wywodom OSL, zaakceptowanym w orzeczeniu NSL, art. 52 ust. 2 KEL w zakresie w jakim zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi publicznych na temat działalności zawodowej innego lekarza jest niezgodny z art. 54 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wobec czego, błędny jest pogląd sądów lekarskich wykładających wskazany przepis formalnie, w sposób zwalniający od prowadzenia dowodu prawdy oraz dokonywania ocen wartościujących. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, niczego w tej ocenie nie może zmienić przywoływana przez NSL w motywach orzeczenia argumentacja odwołująca się do art. 52 ust. 3 KEL, bo przepis ten nie znalazł się w opisie czynu przypisanego orzeczeniem Sądu I instancji, jak i w motywacji orzeczenia. Niezależnie od względów proceduralnych, zdaniem Sądu Apelacyjnego, niedopuszczalne jest bowiem zaakceptowanie praktyki, w której art. 52 ust. 3 KEL, rozumiany gramatycznie i stosowany formalnie, bez jakichkolwiek ocen w systemie prawa i bez wartościowania, będzie zastępował podstawę ukarania osób podejmujących „działania upubliczniające”, w stosunku do których nie ma podstaw przypisania popełnienia wykroczenia zawodowego z art. 52 ust. 2 KEL. Ponownie rozpatrując sprawę NSL zauważył, że wykładnia Trybunału Konstytucyjnego, co do możliwości wniesienia odwołania od kary nagany zasądzonej przez NSL w drugiej instancji nie podlegała dyskusji. NSL przyjął również do wiadomości opinię Sądu Apelacyjnego, dotyczącą konieczności przeprowadzenia dokładnej oceny w systemie prawa, art. 52 ust. 1, 2 i 3 w uzasadnieniu wyroku przez OSL, z uwzględnieniem wartościowania w tej konkretnej sprawie, ale także w orzecznictwie

⁴⁰ Wyrok SA w X. z dnia 13 października 2010 r., III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, sygn. akt III APo 10/07.

⁴¹ Przypomnijmy, iż zgodnie z tym przepisem możliwość wniesienia odwołania do Sądu Apelacyjnego przysługiwała jedynie od orzeczeń zawierających karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu i pozbawienia prawa wykonywania zawodu. W ówczesnym stanie prawnym ustawa o izbach lekarskich z 1989 r. przewidywała ponadto karę upomnienia i nagany, ale nie było możliwości odwołania się do SA, co zostało zakwestionowane przez Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu wydanym w dniu 29 czerwca 2010 r., po rozpoznaniu pytania prawnego przedstawionego przez Sąd. Uznano wówczas, że art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich* w zakresie w jakim wyłącza prawo lekarza ukaranego przez NSL w drugiej instancji karą nagany, do wniesienia odwołania do sądu, jest niezgodny z art. 77 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Patrz wyrok TK z dnia 29 czerwca 2010 r., sygn. akt P 28/09.

sądów lekarskich w przyszłości, przyznając rację, że przepisy art. 52 KEL nie mogą być rozumiane gramatycznie i stosowane formalnie. Dlatego też, NSL zdecydował o przekazaniu jej celem ponownego rozpatrzenia do OSL w Y., z zaleceniem usunięcia wszelkich błędów proceduralnych i wzięcia pod uwagę opinii oraz wskazówek Sądu Apelacyjnego, co – w ocenie NSL – pozwoli na szybkie i sprawne przeprowadzenie postępowania, a także wyjaśnienie na rozprawie w obecności wszystkich zainteresowanych, w tym prof. X. wszelkich wątpliwości, jakie nasuwają się przy analizie sprawy. Skierowanie sprawy do rozpatrzenia w OSL w Y., czyniło zadość żądaniu obwinionego podniesionego w odwołaniu od orzeczenia OSL w X.⁴² z dnia 11 kwietnia 2006 r. Rozpoznając ponownie sprawę OSL będzie musiał przeprowadzić dowód prawdy, tj. ustalić, czy zarzuty stawiane publicznie przez obwinionego były prawdziwe oraz czy stawiane były w interesie publicznym. Czyli zastosować przepis art. 52 KEL w sposób zgodny z dyrektywami wykładni nakreślonymi w orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego⁴³. W zakresie oceny, czy podjęta przez obwinionego krytyka czyniona była w interesie publicznym, kluczowym będzie zbadanie motywacji, jaką kierował się obwiniony. Jak podkreślono, z akt sprawy bowiem jasno wynika, że między obwinionym a oskarżanym przez niego dr n. med. Z. istniał wieloletni konflikt, jeszcze od czasów wspólnej pracy w Klinice Chorób Zakaźnych, której kierownikiem był prof. S., prywatnie teść dr. Z. Odejście z Kliniki obwinionego, a następnie powrót, objęcie jej i zwolnienie dr Z., nie jest bowiem przypadkowe, tak jak wynikające z akt sprawy wydawanie negatywnych opinii przez obwinionego, przy konkursach na stanowisko ordynatora oddziału zakaźnego. Pełna dokumentacja tych okoliczności znajduje się w X. i dla potrzeb Sądu będzie łatwa do uzyskania. Ustalenie powyższych okoliczności może mieć znaczenie dla oceny motywacji przyświecającej obwinionemu. Na marginesie NSL podniósł, że sposób komunikacji obwinionego z lekarzem, z którym pracował przez wiele lat w klinice, a następnie będącego ordynatorem sąsiadującego oddziału, z którym spotykał się regularnie, poprzez prokuraturę i wypowiedzi w mediach, budzi poważne wątpliwości w zakresie wzajemnych stosunków między lekarzami. Do obowiązków Konsultanta Regionalnego, jakim był obwiniony, należy sprawdzanie jakości świadczonej pomocy lekarskiej, służyć radą i pomocą mniej doświadczonej kolegom, a w razie dopatrzenia się nieprawidłowości poinformowanie przede wszystkim lekarza, którego to dotyczy, podjęcie działań mających na celu odwrócenie niekorzystnych skutków ewentualnego błędu dla chorego, a w przypadkach rażących błędów – poinformowanie OROZ. Obwiniony był tego świadomy, a niekorzystna opinia wydana przez niego na temat możliwości samorządu lekarskiego nie była niczym uzasadniona. Jak podkreślono, sądy lekarskie powinny działać skutecznie, a w sprawach

⁴² Przeniesienie sprawy do OSL w X. (obwiniony wykonywał zawód w OIL w Y.) wynikało z faktu, iż pełnił on w przeszłości funkcje w organach OIL w Y.

⁴³ Przypomnijmy, iż w wyroku z 23 kwietnia 2008 r. (sygn. akt SK 16/07) TK orzekł, że art. 52 ust. 2 KEL w związku z art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich* w zakresie, w jakim zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi publicznych na temat działalności zawodowej innego lekarza, jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji oraz nie jest niezgodny z art. 63 Konstytucji.

rażących mogą pozbawiać prawa wykonywania zawodu lekarza. Wystąpienie obwinionego w mediach w charakterze recenzenta opinii wydanej przez prof. Y. konsultanta krajowego dla prokuratury, z użyciem sformułowań obraźliwych, nie można uznać jedynie za zgodną z podstawowymi zasadami etyki, ale także kultury. Dodano, że w sądach lekarskich orzekają lekarze i zdarza się, iż zostają popełnione przez nich błędy proceduralne. Dlatego też, nie zawsze wydane przez sądy lekarskie orzeczenia spełniają wszystkie kryteria prawnicze. Natomiast żaden inny sąd nie posiada tak głębokiej znajomości medycyny i środowiska lekarskiego, mając na uwadze także wszelkie patologie, co w zakresie odpowiedzialności zawodowej pozwala być niezależnym.

17. Orzeczeniem z dnia 13 grudnia 2010 r., sygn. akt. 35/07, OSL w X. po rozpoznaniu sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prof. dr hab. n. med. E.M. obwinionego o to, że: a) w okresie od 2004 roku do maja 2006 roku, pełniąc funkcję kierownika Katedry Chirurgii Uniwersytetu Medycznego w X., wielokrotnie publicznie (w obecności lekarzy stażystów, studentów, średniego personelu i rodziców pacjentów) dyskredytował wiedzę i umiejętności lekarzy, w tym pięciu kierowników Klinik i Oddziałów Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego, używając przy tym słów powszechnie uznanych za obraźliwe, gróźb wyrzucenia z pracy, a nawet przemocy fizycznej, tj. popełnienia przewinienia zawodowego z art. 52 ust. 1 i 2 oraz art. 53 ust. 2 w zbiegu z art. 1 ust. 1, 2, 3 KEL; b) w dniu 30 maja 2006 r., nie będąc do tego upoważnionym, wystosował pismo do przewodniczącego Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów Naukowych w Warszawie, w którym zawarł swoją negatywną opinię dotyczącą rozprawy habilitacyjnej, dorobku naukowego, organizacyjnego i działalności lekarskiej dr K.K., dyskredytując tym samym jednogłośnie uchwałę Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu o nadaniu dr K.K. stopnia naukowego dr hab., jak również mające bezpośredni wpływ na treść uchwały pozytywne opinie recenzentów pracy habilitacyjnej oraz pozytywną opinię o całokształcie działalności dr K.K. wystawione przez prof. A.B., tj. o popełnienie przewinienia zawodowego z art. 52 ust. 2 KEL. OSL umorzył postępowanie w zakresie czynu określonego w pkt a oraz uniewinnił obwinionego od czynu określonego w pkt b wniosku o ukaranie, kosztami postępowania obciążając Skarb Państwa. Od powyższego orzeczenia w dniu 28 kwietnia 2011 r. odwołanie złożył obrońca obwinionego prof. dr hab. med. E.M. i zaskarżył przedmiotowe rozstrzygnięcie w części I orzeczenia zarzucając: a) obrazę przepisów postępowania, która mogła mieć istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 78 ust. 2 ustawy *o izbach lekarskich*, poprzez jego niezastosowanie i prowadzenie postępowania przez OSL okręgowej izby lekarskiej, którego obwiniony w chwili wszczęcia postępowania, ani też w toku jego trwania nie był członkiem, b) art. 89 ustawy *o izbach lekarskich* poprzez niewyjaśnienie w pisemnym uzasadnieniu orzeczenia, podstawy prawnej wyroku oraz zaniechanie wskazania, jakie fakty sąd uznał za udowodnione lub nieudowodnione i na jakich w tej mierze oparł się dowodach, c) art. 63 pkt 1 w zw. 2 art. 82 ust. 1 ustawy *o izbach lekarskich* polegającą na wydaniu w zakresie pkt 1 wniosku o ukaranie, orzeczenia umarzającego postępowanie zamiast uniewinniającego obwinionego, w sytuacji, gdy z ustaleń faktycznych i oceny prawnej dokonanej przez OSL w pisemnym uzasadnieniu wynikało, iż brak było danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie popełnienia

zarzucanego czynu. Tym samym, wniósł o zmianę orzeczenia w zaskarżonej części i uniewinnienie prof. dr hab. med. E.M. od zarzutu ujętego w pkt I wniosku o ukaranie. Ponadto na podstawie 632 pkt 2 k.p.k. w zw. z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich* wniósł o zwrot kosztów poniesionych z tytułu obrony ustanowionej z wyboru w wysokości wskazanej w piśmie procesowym z dnia 28 września 2011 r. Jednocześnie, na podstawie art. 109 ustawy *o izbach lekarskich*, wniósł o opublikowanie orzeczenia uniewinniającego prof. dr hab. med. E.M., w biuletynie jednej z izb lekarskich, na jej koszt. Zdaniem NSL (sygn. akt NSL Rep 69/OWU/11), odwołanie okazało się niezasadne. Ustalenia OSK w X. dotyczące stanu faktycznego, są w ocenie NSL prawidłowe i brak jest podstaw do ich skutecznego odwołania. Zarzut niewłaściwości OSK w X. jest niezasadny. Kwestia ta była już przedmiotem rozważań NSL w ramach wniesionego w toku postępowania zażalenia. Stosowanie k.p.k. „odpowiednio” oznacza, że różne przepisy stosuje się wprost, tj. bez zmian, inne z odpowiednimi zmianami dostosowanymi do specyfiki postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, a innych nie stosuje się wcale. Sąd I instancji nie wskazał, jakie fakty uznał za udowodnione, ponieważ nie zakończył postępowania dowodowego, a w szczególności nie przesłuchał wszystkich świadków. Przeszkodą do dalszego prowadzenia postępowania dowodowego okazał się upływ terminu przedawnienia. Wobec niezakończenia postępowania dowodowego i niemożności jego dokończenia przez Sąd I instancji, z uwagi na upływ terminu przedawnienia karalności, postępowanie w sprawie należało umorzyć. Z orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że postępowanie należy umorzyć w sytuacji, gdy nastąpiło przedawnienie karalności, ale tylko wtedy, gdy nie ma podstaw do uniewinnienia oskarżonego z braku czynu lub braku znamion czynu, jako wykroczenia albo braku winy. Umorzenie z racji przedawnienia wchodzi w rachubę, gdy kwestie istnienia czynu, jego znamion i odpowiedzialności wymagały dalszego dowodzenia, gdyż postępowaniu w tej materii stoi na przeszkodzie przedawnienie karalności. Taka właśnie sytuacja zaistniała w niniejszej sprawie, w zakresie zarzutu, co do którego postępowanie zostało umorzone. Sąd I instancji nie zdołał przeprowadzić wszystkich niezbędnych do ustalenia pełnego stanu faktycznego dowodów, w szczególności nie zdążono przesłuchać wszystkich świadków, ani przeprowadzić konfrontacji, celem wyjaśnienia ewentualnych sprzeczności w ich zeznaniach. Brak wskazania podstawy prawnej umorzenia postępowania jest uchybieniem, które nie ma wpływu na treść orzeczenia i nie może stanowić skutecznej podstawy odwoławczej. Kosztami postępowania przed Sądem II instancji Naczelny Sąd Lekarski obciążył Skarb Państwa. NSL nie uwzględnił wniosku o zwrot kosztów obrońcy obwinionego. Zgodnie bowiem z treścią art. 112 ustawy *o izbach lekarskich* przepisy stosuje się odpowiednio, co zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego oznacza, że można stosować te przepisy wprost, z odpowiednimi zmianami lub nie stosować ich w ogóle. Należy przy tym podkreślić, iż odesłanie to ma zastosowanie jedynie do przepisów dotyczących postępowania uproszczonego, nie zaś do wszystkich przepisów k.p.k. W ocenie NSL w przedmiotowej sprawie nie zachodzi możliwość stosowania przepisów k.p.k. w zakresie zwrotu kosztów. Przepisy regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich nie regulują co prawda kosztów postępowania karnego, ale regulamin ten zgodnie z § 52 ściśle określa koszty postępowania przed sądem lekarskim. Do kosztów tych zalicza się jedynie koszty doręczenia wezwań i innych pism związanych z postępowaniem przed

sądem, należności rzeczownika i członków sądu związane z postępowaniem w tym sądzie, a w szczególności zwrot ustalonych zarobków i kosztów przejazdu, należności świadków z tytułu zwrotu utraconych zarobków i kosztów przejazdu, należności biegłych za wydane opinie oraz z tytułu utraconych zarobków i kosztów przejazdu w razie wezwania przez sąd do uczestnictwa w rozprawie oraz inne koszty administracyjne, w tym koszt materiałów biurowych i piśmiennych. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego, w zakresie wydatków poniesionych przez strony, rozwiązanie podniesione przez obrońcę obwinionego jest nieuprawnione i nieuzasadnione. Odnośnie wniosku o publikację orzeczenia, NSL przekazał zgodnie z kompetencją ww. wniosek, na podstawie treści art. 109 ustawy *o izbach lekarskich* oraz § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2010 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej oraz sposobu i trybu wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich przez przewodniczącego okręgowego sądu lekarskiego, którego orzeczenie stało się prawomocne w zakresie uniewinnienia. Zgodnie z treścią § 9 ww. rozporządzenia w przypadku złożenia przez uniewinnionego lekarza wniosku, o którym mowa w art. 109 ustawy, przewodniczący sądu lekarskiego wydaje zarządzenie o przekazaniu prezesowi właściwej okręgowej izby lekarskiej orzeczenia do opublikowania, z wyłączeniem danych osobowych pokrzywdzonego.

18. W ust. 3–6 art. 52 KEL zamieszczono dyrektywę postępowania na wypadek dostrzeżenia błędu w postępowaniu innego lekarza. Umieszczenie tych przepisów w jedynostce redakcyjnej poświęconej imperatywowi okazywania wzajemnego szacunku nie jest – jak się wydaje – przypadkowe. Wskazuje ona bowiem swoisty algorytm postępowania, który najczęściej jest zarzewiem konfliktu. Z doświadczenia zawodowego osoby, która przez blisko 20 lat obsługuje sąd lekarski wynika, iż najczęściej inspiracją do podejmowania kroków prawnych przez pacjentów jest pytanie lekarza „Kto Panią/Pana leczył i kto tak postąpił?”. Stąd też w myśl postanowień art. 52 ust. 3 KEL lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Dopiero, gdy taka interwencja okaże się nieskuteczna należy poinformować organy izby lekarskiej, tj. w pierwszej kolejności okręgowego rzeczownika odpowiedzialności zawodowej. A więc w takich przypadkach istnieje dwustopniowa droga postępowania. Pierwszym krokiem będzie zwrócenie uwagi lekarzowi, który dopuścił się błędu, a jeżeli to nic nie pomoże, przekazanie sprawy do samorządu zawodowego. Natomiast jeżeli dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etycznych powodują poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej. W tym przypadku KEL nie wymaga, aby w pierwszej kolejności zwrócić się do lekarza, który dopuścił się takiego czynu. Choć wydaje się, że byłoby to ze wszech miar pożądane. Aby rozwiać wszelkie wątpliwości, dalsza część tego przepisu stanowi, iż poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki. Chodzi w tym przypadku o ochronę interesów korporacji jako całości i konieczności dbałości o dobre imię zawodu lekarza⁴⁴. Jeżeli popełniony błąd

⁴⁴ A. Gubiński, op. cit., s. 183.

przez innego lekarza ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków. Stąd też absolutnie niedopuszczalnym zachowaniem byłaby postawa lekarza, który oświadcza „proszę udać się do lekarza, który popełnił błąd”.

Art. 53.

- 1. Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych.**
- 2. Lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki.**
- 3. Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.**

1. KEL stawia wymóg, aby doświadczeni lekarze służyli radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych. W tym przypadku interes pacjenta powinien górować nad ewentualną chęcią rywalizacji i pokusą niedopuszczania do wykonywania zawodu zwłaszcza w specjalistycznych dziedzinach medycyny młodszych kolegów. Powyższa reguła dotyczy w szczególności lekarzy, dla których taki obowiązek wynika z przepisów prawa (np. ordynator wobec swoich podwładnych, lekarz – opiekun wobec specjalizanta lub koordynator stażu wobec lekarza stażysty), ale także przypadków, gdy taki szczególny obowiązek sprawowania pieczy nie wynika z przepisów szczególnych.

2. Wykładnia tego przepisu legła u podstaw jednej ze spraw. W dniu 13 czerwca 2011 roku OROZ w X. przedstawił lek. dent. M.L. zarzut popełnienia przewinienia zawodowego polegającego na tym, że: w dniu 12 maja 2010 roku jako opiekun lekarza dentystry z ograniczonym prawem wykonywania zawodu, odbywającego staż podyplomowy nie sprawowała należytego nadzoru nad wykonywaniem przez niego zabiegów z zakresu chirurgii stomatologicznej, co doprowadziło do usunięcia nieprawidłowego zęba u małoletniej K.J. Czynem tym miała naruszyć postanowienia: art. 15 ust. 3b pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, § 8 ust. 3 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry⁴⁵ oraz właśnie art. 53 pkt 1 KEL. Orzeczeniem z dnia 21 lipca 2011 roku OSL w X. uznał lek. dent. M.L. winną niedochowania należytej staranności w wykonywaniu obowiązków opiekuna lekarza stażysty, co doprowadziło do usunięcia nieprawidłowego zęba u małoletniej K.J. i orzekł wobec niej karę upomnienia oraz obciążył kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołanie wniosła obwiniona lekarka za pośrednictwem adw. M.P., zaskarżając je w ca-

⁴⁵ Dz. U. 2004, Nr 57, poz. 553 z późn. zm.

łości i zarzucając mu błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na przyjęciu, że lekarz stażysta dokonał ekstrakcji zęba bez nadzoru, podczas gdy w gabinecie był inny lekarz, oraz że usunięto niewłaściwy ząb, podczas gdy, jak wynika z zebranego materiału, ekstrakcja tego zęba była ze względów medycznych bardziej pożądana. Adwokat obwinionej wnosiła o zmianę zaskarżonego orzeczenia i uznanie obwinionej za niewinną. Od orzeczenia OSL w X. odwołanie wniosła także pokrzywdzona M.J., matka małoletniej K.J. Pokrzywdzona stwierdziła, iż dr M.L. nie skontaktowała się z rodzicami po usunięciu niewłaściwego zęba, jak również nie usłyszała przeprosin. Jednocześnie podniosła, iż wymierzona obwinionej kara nie jest adekwatna do postawionego zarzutu. W dniu 16 listopada 2011 roku do NSL wpłynęło pismo pokrzywdzonej ustosunkowujące się do odwołania obrońcy obwinionej lekarki. Pokrzywdzona zarzuciła w nim przedstawienie nieprawdziwych informacji oraz próbę zmiany zaistniałych faktów. W ocenie NSL⁴⁶ wniesione odwołania były bezzasadne. Naczelny Sąd Lekarski stwierdził, iż lekarz stażysta osobiście przyznał w zeznaniu przed OROZ, że był sam w gabinecie podczas ekstrakcji zęba u K.J. Matka dziewczynki potwierdziła, że podczas zabiegu w gabinecie była ona, jej córka i lekarz P.L. Załączony do akt sprawy harmonogram pracy lek. L.K. nie wskazywał jednoznacznie na jej obecność w tym samym pomieszczeniu i nadzorowaniu pracy lekarza stażysty. Faktycznym opiekunem stażu lekarza z ograniczonym prawem wykonywania zawodu była lek. M.L. Pomimo tego, że przypadek był omawiany dzień wcześniej, nie zapadły decyzje inne niż ta, którą zaleciła dr M.B.-B., specjalista ortodontcji, zatrudniona w Przychodni O. Doszło do usunięcia zęba ze wskazań ortodontycznych, ale nie tego, który został wskazany przez specjalistę ortodontę, czyli zęba 45 zamiast 44. Fakt ten obwiniona potwierdziła w piśmie z dnia 27 maja 2010 roku. Natomiast z wyjaśnień złożonych przez lek. dent. M.L. przed OROZ w dniu 11 stycznia 2011 roku jasno wynikało, iż w momencie wykonywania ekstrakcji przez lekarza stażystę P.L. obwiniona przebywała w innym gabinecie mieszczącym się w sąsiednim budynku. NSL podkreślił, iż ówczesnie obowiązujący § 8 ust. 3 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry wyraźnie wskazywał⁴⁷, że opiekun

⁴⁶ Sygn. akt NSL Rep. 146/OWU/11.

⁴⁷ Powyższe uwagi zachowały aktualności pod rządem obecnie obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. 2014, poz. 474). Zgodnie z § 7 p. 6 tego aktu normatywnego koordynator planuje i nadzoruje przebieg realizacji stażu oraz decyduje o sprawach związanych ze szkoleniem stażystów, w szczególności: 1) ustala indywidualny harmonogram realizacji stażu na podstawie ramowego programu; 2) zapoznaje stażystów, przed rozpoczęciem stażu, z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu oraz obowiązkami i uprawnieniami stażysty; 3) kieruje stażystów do odbycia staży częściowych lub części stażu częściowego oraz na szkolenia; 4) dokonuje okresowych ocen przebiegu stażu, z udziałem ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem, kierowników innych podmiotów leczniczych, opiekunów stażystów; 5) wystawia stażystom opinie zawodowe, po zapoznaniu się ze stanowiskiem ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem, kierowników innych podmiotów leczniczych i opiekunów, dotyczące w szczególności uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zaangażowania w pracę, zdyscyplinowania, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole; 6) organizuje i przeprowadza, co najmniej raz na 2 tygodnie, seminaRIA dotyczące realizacji programu poszczególnych staży częściowych.

stażu bezpośrednio nadzoruje wykonywanie przez stażystę zabiegów diagnostycznych i leczniczych. W tym przypadku, tego bezpośredniego nadzoru na pewno nie było. Obrońca obwinionej bazował w swoich wywodach na przytoczonych opiniach lekarskich. Zarówno opinia lek. B.W. – specjalistki ortodonta, jak i sporządzona na potrzeby Wydziału I Cywilnego Sądu Rejonowego w X. opinia dr n. med. W.S., także specjalisty ortodontoncji, włączone do akt sprawy, mówią o tym, że dla prawidłowego leczenia ortodontycznego nie ma znaczenia, który ząb przedtrzonowy zostanie usunięty. Wynika z nich również, iż czas leczenia ortodontycznego zależy od szeregu czynników, które można ocenić indywidualnie podczas kolejnych wizyt. Opinie wskazywały także, iż u pacjentów leczonych ortodontycznie, w razie konieczności ekstrakcji zębów 4 lub 5, czas leczenia może, ale nie musi ulec wydłużeniu, jak również nie powinno ono powodować zwiększenia jego kosztów. NSL stanął na stanowisku, iż powyższe nie tłumaczyły istoty i skutku przedmiotowej sprawy. W rozpoznawanym przez Sąd przypadku nie miało znaczenia, który ząb został usunięty. Kwintesencją rozpatrywanego przypadku jest fakt usunięcia zęba, który nie był wskazany przez ortodontę. Obwiniona przyjęła obowiązki opiekuna stażysty, które jasno wynikają z przepisów prawa. Dlatego też, NSL odwołanie obrońcy obwinionej odrzucił w całości, jako nie odnoszące się do zaistniałego faktu, a do wyników dalszego leczenia. Odwołanie pokrzywdzonej także nie zasługiwało na uwzględnienie. Nie ulegało wątpliwości, iż do usunięcia niewłaściwego zęba doszło na skutek pomyłki lekarza stażysty wykonującego ekstrakcję. Jak zeznał lek. dent. P.L., doszło do niej w momencie zmiany przez niego pozycji. NSL mógł jedynie domniemywać, czy obecność opiekuna stażysty w miejscu i czasie wykonywanego zabiegu zapewniłaby usunięcie zęba zgodnego z zaleceniem ortodonta. Dlatego też, zarzut dotyczący niezachowania należytej staranności poprzez brak nadzoru nad lekarzem stażystą w trakcie zabiegu usuwania zęba u pacjentki K.J. był bezdyskusyjny i niepodważalny. NSL nie znalazł podstaw do uznania, iż wymierzona obwinionej kara jest zbyt łagodna. Nie ma tym samym podstaw do zmiany kary upomnienia orzeczonej wobec lek. dent. M.L. na karę surowszą. Utrzymując w mocy orzeczenie OSK w X., NSL wziął pod uwagę opinie zawarte w aktach sprawy w zakresie, w jakim wskazują, że następstwo czynu nie zmienia procesu dalszego leczenia. Usunięcie niewłaściwego zęba nie spowodowało obciążenia dziecka dodatkowym leczeniem, bólem, czy też trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Lekarz P.L. pracował w okresie stażu już kilka miesięcy i powinien sprawdzić, który ząb zaczyna usuwać, a który w efekcie usunął. NSL wyraził nadzieję, że zaistniała sytuacja uczuli młodego lekarza, iż zawsze należy zachować czujność i nie należy popadać w rutynę. W ocenie NSL z dużym prawdopodobieństwem nie doszłoby do całej sprawy, gdyby obwiniona, na której ciążyła odpowiedzialność za zaistniałą sytuację, przyjęła inną metodę postępowania. Popęlnienie pomyłki przez podopiecznego było jednoznaczne. Dlatego też, obwiniona mając taką świadomość, winna przyjąć ten fakt z większą pokorą i w konsekwencji podjąć próbę dążenia do porozumienia z rodzicami małoletniej pacjentki poprzez przeprowadzenie rozmowy, przeproszenie oraz wytłumaczenie, że wykonana ekstrakcja zęba 5 zamiast 4 nie wpłynęła na dalszy tok leczenia ortodontycznego. Jednoczesne zapewnienie, iż zaistniały błąd nie spowodował uszczerbku na zdrowiu u małoletniej pacjentki uspokoiłoby opiekunów dziecka. Podparcie się właściwą argumentacją dawało dużą szansę na dalsze leczenie pacjentki we właściwej atmosferze oraz odbudowę

zaufania. Pierwotnie obwiniona zakładała powzięcie wyżej przytoczonej próby wyjaśnienia całego zdarzenia jednak, ze szkodą dla niej samej, ten zamiar nie został zrealizowany.

3. Często się zdarza, żeby nie powiedzieć, że właściwie jest to normą, że funkcje kierownicze w placówkach medycznych pełnią lekarze. Osoby takie powinny traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki. Ponadto, lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.

Art. 54.

W razie wątpliwości diagnostycznych i leczniczych lekarz powinien, w miarę możliwości, zapewnić choremu konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

1. Art. 54 jest niejako rozwinięciem poprzedniego przepisu. Dotyczy on jednak sytuacji, gdy konieczne jest zapewnienie pacjentowi konsultacji. Zatem przepis ten dotyczy przypadków, gdy obowiązek służenia radą i pomocą innym lekarzom wynika z konieczności zapewnienia pacjentowi właściwego postępowania leczniczego.

2. Opinia konsultanta ma zawsze charakter doradczy, a główny ciężar odpowiedzialności spoczywa na lekarzu prowadzącym. W takich przypadkach przyjmuje się zasadę „ograniczonego zaufania”. Jest to szczególna sytuacja, gdyż konsultant ma wiedzę i doświadczenie, których nie ma lekarz prowadzący. Na tym polega przecież sens konsultacji. Tym niemniej, w sytuacjach ewidentnych, gdy np. konsultant opiniował lewą nogę, a skierowanie dotyczyło prawej, to lekarz prowadzący powinien oczywiście zachować się właściwie i uznać, że wynik konsultacji ma istotną wadę. Nie wyklucza to oczywiście odpowiedzialności za błąd konsultanta.

Art. 55.

Lekarz kontrolujący pracę innych lekarzy powinien, w miarę możliwości, zawiadomić ich wcześniej, aby umożliwić im obecność w czasie kontroli i bezpośrednio przekazać uwagi o jej wynikach.

1. Zdarza się, iż czynności kontrolne przeprowadza inny lekarz. O ile możliwe, nawet jeżeli nie wynika to z przepisów szczególnych, lekarz wykonujący takie czynności powinien zawiadomić osobę kontrolowaną o takich planach, aby umożliwić obecność w czasie kontroli, a następnie przekazać uwagi o jej wynikach bezpośrednio zainteresowanemu.

Streszczenie

W niniejszym artykule omówiono art. 52–55 Kodeksu etyki lekarskiej. Wskazano, że generalnie oczekuje się, iż ludzie powinni okazywać sobie szacunek. Trudno zatem dziwić się, iż od przedstawicieli zawodu zaufania publicznego wymaga się takiego postępowania. Szczególnym szacunkiem należy obdarzać lekarzy seniorów oraz byłych nauczycieli. Jak się wydaje, także taka powinność wynika z ogólnie obowiązujących norm etycznych. W celu poparcia wskazanych tez odwołano się do bogatego orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz Trybunału Konstytucyjnego.

Commentary to Chapter III of CME „The mutual relations between physicians”***Summary***

This article discusses art. 52–55 of the Code of Medical Ethics. It was pointed out that it is generally expected that we should show each other respect. It is therefore hardly surprising that representatives of the profession of public trust are also required to do so. A special respect should be paid to senior physicians and one’s earlier teachers. It seems that this duty should result from generally applicable ethical standards. With a view to augmenting the issues discussed a reference was made to the extensive case law of the Supreme Court and the Constitutional Court.

Magdalena RESHEF

lek. med., magister prawa, doktorantka Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich,
Wydział Prawa, Uniwersytet SWPS Warszawa

„Lekarz a społeczeństwo”.

Komentarz do V rozdziału Kodeksu etyki lekarskiej

V rozdział Kodeksu etyki lekarskiej (dalej KEL) nosi tytuł „Lekarz a społeczeństwo”. W odróżnieniu od poprzednich rozdziałów KEL, które wytyczają normy obowiązujące przede wszystkim w bezpośredniej relacji lekarz–pacjent, ten rozdział koncentruje się na relacjach lekarza z ogółem społeczeństwa. Unormowanie etyczne stanowi filozoficzną bazę, a jej uzupełnienie stanowią przepisy obowiązującego prawa. Warto uświadomić sobie, że Krajowy Zjazd Lekarzy uchwalił w 1991 r. KEL za rządów wielu nieobowiązujących dzisiaj ustaw i poprzedniej Konstytucji. Dzisiaj wytyczone w rozdziale V KEL standardy etyczne, bądź znajdują odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach prawa, bądź straciły na aktualności, gdyż są sprzeczne z normami zawartymi w aktach prawnych. W ostatniej sytuacji podkreślenia wymaga uwaga, że w przypadku wystąpienia sprzeczności między zasadami wyrażonymi w KEL a obowiązującymi przepisami prawa, lekarz musi przestrzegać prawa¹.

W naszym społeczeństwie powszechnie akceptowana jest norma nakazująca wszystkim ludziom niesienie pomocy każdemu, komu grozi niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Ten moralny obowiązek niesienia pomocy ma także charakter obowiązku prawnego, wyrażonego w art. 162 Kodeksu karnego², a jego naruszenie zostało obwarowane sankcją karną w postaci pozbawienia wolności. Przedmiotem ochrony tej normy prawnej jest życie i zdrowie człowieka w sytuacjach, w których istnieje bezpośrednie zagrożenie życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Standard udzielanej pomocy jest wyznaczony konkretnym położeniem, w jakim znalazł się człowiek wymagający pomocy, umiejętnościami osoby zobowiązanej do udzielenia pomocy i środkami, jakimi dysponuje w chwili udzielenia pomocy³. Zwalniająca z obowiązku udzielenia pomocy jest możliwość uzyskania niezwłocznej pomocy ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej. Jednak do czasu ich przybycia, na każdym ciężcy obowiązek udzielenia pomocy, kto ze względu na miejsce przebywania jest w stanie jej udzielić. Ten, kto

¹ L. Kubicki, *Czy zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązują lekarza?*, „Medycyna Praktyczna” 2013, http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id=82688.

² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz. U. 1997, Nr 88, poz. 553, z późn. zm. „Art. 162 § 1. Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 2. Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której konieczne jest poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej”.

³ *Kodeks karny, część szczegółowa. Komentarz*, red. A. Zoll, Kraków 2006, s. 396–397.

uchylił się od udzielenia pomocy w myśl przywołanego artykułu Kodeksu karnego może ponieść odpowiedzialność karną, chyba że udzielając jej naraziłby siebie lub inną osobę na takie samo niebezpieczeństwo lub pomoc taka wymagałaby poddania się zabiegowi lekarskiemu.

Tym bardziej uzasadnione jest więc istnienie społecznego oczekiwania uzyskania takiej pomocy od lekarza. W Polsce, dla zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego powołano system Państwowego Ratownictwa Medycznego⁴. Z ustawowej definicji wynika, że stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Z powyższym skorelowany art. 7 § 1 ustawy *o prawach pacjenta*⁵, który gwarantuje pacjentowi prawo do natychmiastowego uzyskania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Prawo to nie jest niczym ograniczone, zatem żadne okoliczności nie mogą stać się podstawą odmowy świadczeń. Co więcej, adekwatny do powyższej sytuacji przepis odnajdziemy również w art. 15 ustawy *o działalności leczniczej*⁶, który zobowiązuje podmiot leczniczy do udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która takiego natychmiastowego udzielenia świadczenia potrzebuje ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia⁷. Adresatami tego przepisu są podmioty lecznicze⁸, niezależnie od formy organizacyjnej, a wymienione w art. 4 ust. 1 te same ustawy. Zatem osoba, będąca obywatelem polskim lub tylko przebywająca na terytorium państwa polskiego, która potrzebuje natychmiastowego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, ma prawo do świadczeń, nawet po wyczerpaniu tzw. limitu świadczeń, bez skierowania i z pominięciem list oczekujących, również będąc osobą nieobjętą ubezpieczeniem zdrowotnym⁹.

Podstawowym źródłem prawnego obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej jest art. 30 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*¹⁰. Z treści tego artykułu wynika, że każdy lekarz mający prawo wykonywania zawodu, bez względu na to czy jest za-

⁴ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dz. U. 2006, Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.

⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417, z późn. zm. W świetle art. 3 § 1 ust. 4) te same ustawy pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, Dz. U. 2015, poz. 618.

⁷ Treść omawianego obowiązku zapisanego w ustawie *o działalności leczniczej* koresponduje z art. 19 § 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 213, z późn. zm.: „W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.” w związku z art. 60 „W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania”.

⁸ Przepis ten nie odnosi się zatem do praktyk zawodowych, gdzie taki obowiązek będzie wynikał z ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*, zob. niżej.

⁹ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej, komentarz*, Warszawa 2014, s. 102–104.

¹⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152, z późn. zm.

trudniony, czy aktualnie nie pracuje, jest zobowiązany mocą samej ustawy do udzielenia pomocy lekarskiej w trzech sytuacjach: 1) gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, 2) gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz 3) w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Zatem, w odróżnieniu od obowiązku powszechnego, obowiązek zawodowy lekarza nie ogranicza się do sytuacji, w których takie niebezpieczeństwo istnieje w danym momencie. Obowiązek lekarza dotyczy także mniej poważnego przypadku, bowiem lekarz jest obowiązany działać również wtedy, gdyby zwłoka w udzieleniu pomocy mogła, chociażby pośrednio, dopiero niebezpieczeństwo takie spowodować¹¹.

Co ważne, obowiązek powszechny może być uchylony, jeśli udzielenie pomocy wiązałoby się z narażeniem udzielającego pomocy na takie samo niebezpieczeństwo, natomiast ustawa o zawodzie lekarza modyfikuje ten obowiązek w ten sposób, iż ogranicza w stosunku do lekarza możliwość powołania się na klauzulę własnego bezpieczeństwa¹².

Ponadto, lekarz udzielający swej pomocy nie może ograniczać się tylko do stanów bezpośredniego zagrożenia życia lub ciężkiego uszczerbku zdrowia, ale nieść ją w każdym innym przypadku niecierpiącym zwłoki. Zwrot użyty w ustawie „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” A. Zoll nazywa wręcz „nieszczęśliwym”¹³, gdyż nastęrcza on trudności interpretacyjne. W doktrynie przyjęło się, że należy go rozumieć w ten sposób, że stan zdrowotny chorego ma takie oczywiste cechy, w których pomoc lekarska jest bezzwłocznie potrzebna¹⁴. Chodzi zatem o sprawy pilne, wymagające natychmiastowego załatwienia, jednak nie tak poważne, że nieudzielenie pomocy mogłoby skutkować ciężkim rozstrojem zdrowia lub ciężkim uszkodzeniem ciała, a raczej prowadzące do pogorszenia stanu zdrowia, utrudnienia procesu diagnozowania lub skomplikowania procesu terapeutycznego¹⁵. Wobec powyższego, tak przyjęty w ustawie o zawodzie lekarza obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki oznacza znacznie szerszy zakres pomocy niż obowiązujący służby ratownicze, a tym samym konieczność niesienia takiej pomocy przez lekarza nawet wtedy, gdy ratownicze służby medyczne nie są zobowiązane do podjęcia takich działań.

Istotnym warunkiem powstania obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza jest okoliczność, w której lekarz znajduje się w zasięgu osoby wymagającej pomocy, czyli na tyle blisko, że możliwe jest realne spełnienie tego obowiązku, a więc w takim czasie, którego upływ nie pogorszy w sposób istotny szansy na zapobieżenie negatywnym skutkom¹⁶. Natomiast, będzie to niezależne od tego czy znalazł się tam przypadko-

¹¹ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 436.

¹² M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, s. 38.

¹³ A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna”, Warszawa 2003, nr 13, s. 19.

¹⁴ L. Kubicki, *Obowiązek udzielania pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 5.

¹⁵ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 435–436.

¹⁶ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy...*, s. 5; M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 39.

wo, czy wskutek przybycia na wezwanie, czy też pracował w szpitalu, do którego trafił pacjent¹⁷.

Analizie należy poddać również zakres omawianego obowiązku. Czynniki wpływającymi na zakres możliwej do udzielenia pomocy będą: poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenie lekarza oraz posiadane przez niego leki i wyroby medyczne, którymi w danej chwili może dysponować. Trzeba mieć na uwadze fakt, że gdyby sytuacja nie miała charakteru nagłego, niecierpiącego zwłoki, to ten właśnie lekarz w ogóle nie podjąłby się przecież udzielenia tej pomocy¹⁸. Zatem oczekiwania co do standardu pomocy udzielanej przez lekarza w sytuacji nagłej, nie mogą równać się choćby przeciętnym wymaganiom, ale wyłącznie postulowanym przez A. Zolla standardom determinowanym sytuacją, czyli wyznaczonym przez miejsce, czas i okoliczności¹⁹. Nawet w sytuacjach beznadziejnych, lekarz powinien podjąć działania, które przynajmniej zminimalizują cierpienia fizyczne lub psychiczne pacjenta²⁰. Ponieważ przepis mówi o udzieleniu pomocy lekarskiej, to obowiązek ten nie musi być utożsamiany z leczeniem. Nie ma w zasadzie znaczenia, czy ewentualne udzielenie pomocy mogło czy nie mogło zapobiec wystąpieniu ujemnych skutków. Pomoc, mając charakter doraźny, może ograniczyć się do prostych czynności medycznych, jak zatamowanie krwotoku, założenia opatrunku usztywniającego, podaniu leków przeciwwstrząsowych, wspomagających krążenie lub oddychanie (o ile pozostają w dyspozycji danego lekarza), a nawet tylko do odpowiedniego ułożenia chorego lub zabezpieczenia przed wychłodzeniem. Z tych względów, lekarz nie może uzasadniać odmowy udzielenia jakiegokolwiek pomocy brakiem odpowiednich leków, sprzętu specjalistycznego czy też posiadaniem niedostatecznych kwalifikacji²¹.

Pewne wątpliwości powstają w związku z rezygnacją w art. 30 ustawy z klauzuli zwalniającej lekarza z obowiązku pomocy, gdy możliwe jest jej udzielenie przez powołane do tego służby. Nie jest bowiem jasne, czy oznacza to bezwzględny obowiązek po stronie lekarza, by spieszyć z pomocą nawet wówczas, gdy wystarczy zwrócić się o nią do powołanych do tego celu służb²². Jak w wielu przypadkach, tak i tutaj zdania doktryny są podzielone. A. Zoll zakłada, że w sytuacji, w której istnieje możliwość uzyskania pomocy ze strony instytucji do tego powołanej, brak jest zwłoki w udzielaniu pomocy, o której mowa w art. 30 ustawy²³. Inaczej twierdzi L. Kubicki, którego zdaniem lekarz obowiązany jest spieszyć z pomocą bez względu na możliwość jej uzyskania ze strony wyspecjalizowanych służb i bez względu na swoją specjalizację, nie zawsze wszakże adekwatną do stanu chorobowego osoby oczekującej pomocy. Uznaje on bowiem tylko 3 przesłanki wyłączające wykonanie omawianego obowiązku: 1) ogólna przesłanka braku zdolności do działania w myśl reguły *ultra posse*

¹⁷ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 437.

¹⁸ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 440–441.

¹⁹ A. Zoll, *Granice legalności zabiegu medycznego*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 3.

²⁰ M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 37.

²¹ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach...*, s. 439.

²² J. Kulesza, *O ewolucji lekarskiego obowiązku pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 2, s. 108.

²³ A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 21.

nemo obligatur (nikt nie ma obowiązku czynić więcej niż może), 2) lekarz w tym czasie udziela pomocy wymaganej przez art. 30 ustawy innej osobie lub dokonuje czynności lekarskiej, która nie może być przerwana, 3) istnienie ryzyka sytuacyjnego, czyli niebezpieczeństwa dla lekarza wynikającego z otoczenia, w jakim chory się znajduje. Nie dotyczy to jednak niebezpieczeństwa wynikającego z samego stanu chorobowego osoby, której powinna być udzielona pomoc, gdyż wtedy lekarz powinien dokonać wszystkich niezbędnych czynności zgodnych z aktualnym stanem wiedzy, a jednocześnie możliwych w danej sytuacji, nawet z narażeniem na niebezpieczeństwo osobiste, które to ryzyko jest integralnie związane z zawodem lekarza²⁴. Podobnie E. Zielińska uważa, że fakt, że do takiej osoby zostały wezwane już odpowiednie służby ratownicze, nie zwalnia obecnego na miejscu zdarzenia lekarza od udzielenia pomocy lekarskiej do czasu przybycia tych służb²⁵.

Przepis art. 30 ustawy *o zawodzie lekarza* jest adresowany do wszystkich lekarzy i dotyczy ich relacji ze wszystkimi ludźmi²⁶. Obowiązek ten dotyczy każdego lekarza, niezależnie od aktualnego zatrudnienia lub jego braku, bez względu na to, czy jest on w trakcie pracy, czy też spędza czas prywatnie²⁷, więc będzie się aktualizował praktycznie w każdej sytuacji, również w kinie czy pociągu, gdy ktoś zawoła: „czy jest tu lekarz?”, albo gdy w nocy po pomoc zwróci się sąsiadka. Choć przyznać należy, że określony jest on za bardzo rygorystycznie i bezwzględnie.

Zaniechanie obowiązku udzielenia pomocy w warunkach art. 30 ustawy *o zawodzie lekarza* będzie zawsze czynem bezprawnym, choć aktualnie obowiązująca ustawa nie przewiduje żadnej odrębnej sankcji za niewykonanie ciążącego na lekarzu obowiązku udzielenia pomocy, wynikającego z tegoż artykułu²⁸. W związku z wątpliwościami wynikającymi z ustawowego określenia obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, zasadny wydaje się postulat racjonalnej modyfikacji obecnej regulacji tej kwestii, uwzględniającej również zakres odpowiedzialności karnej lekarza za niedopełnienie tego obowiązku²⁹.

Z ustawowym obowiązkiem udzielania pomocy przez lekarza koresponduje norma deontologiczna zawarta w art. 69 KEL. Obliguje ona każdego lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej zawsze wtedy, gdy jest to przypadek niecierpiący zwłoki i równocześnie nie istnieje możliwość jej uzyskania ze strony instytucji powołanych do udzielenia pomocy.

Art. 69. Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielenia pomocy.

²⁴ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy...*, s. 6, 9.

²⁵ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 437–438.

²⁶ Ibidem, s. 433.

²⁷ Ibidem, s. 429.

²⁸ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy...*, s. 17.

²⁹ Obecnie odpowiedzialność karna, której będzie podlegał lekarz, który zaniechał obowiązku udzielenia pomocy oparta jest o przepisy Kodeksu karnego, ale jej omówienie wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

Niestety, KEL nie definiuje ani przypadków niecierpiących zwłoki, ani jaki powinien być zakres pomocy udzielanej przez lekarza w takich przypadkach, więc odpowiedzi należy szukać w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, które taki obowiązek niesienia pomocy formułują.

Odwołując się do powszechnego obowiązku udzielenia pomocy podkreślić należy, że dezaktualizuje się on w sytuacji, gdy istnieje możliwość uzyskania niezwłocznej pomocy ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej (podkreślić należy niezwłoczny charakter tej możliwości). Art. 30 ustawy nie zawiera w ogóle klauzuli wyłączającej obowiązek udzielenia pomocy. Natomiast art. 69 KEL przewiduje zwolnienie lekarza z obowiązku w sytuacji, gdy możliwe jest uzyskanie pomocy ze strony powołanych do tego służb, choć nie określono granic czasowych ich przybycia. Norma etyczna jest zatem mniej rygorystyczna niż normy prawne i tę sytuację E. Zielińska ocenia jako nieprawidłową i wymagającą w przyszłości zmiany³⁰.

Ze względu na całkowitą niespójność brzmienia art. 69 KEL z ustawową definicją lekarskiego obowiązku udzielania pomocy, stracił on swoje znaczenie normatywne³¹.

* * *

Nie ulega wątpliwości, że codziennie w swej pracy lekarze chronią najcenniejsze wartości, czyli zdrowie i życie ludzkie. Jednak wykonywaniu zawodu lekarza, chyba od zawsze, towarzyszy agresja ze strony pacjentów lub członków ich rodzin, zarówno werbalna, jak również fizyczna. Niestety, można odnieść wrażenie, że w ostatnich latach częstość tego zjawiska zdecydowanie narasta. Uzasadniony wydaje się postulat zawarty w art. 70 KEL, żądający udzielenia lekarzowi ochrony godności osobistej i nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych.

Art. 70. Zadania, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania ochrony jego godności osobistej, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych.

Państwo polskie zapewnia szczególną ochronę prawa karnego funkcjonariuszom jego instytucji, by ich aktywność, będąca wypełnieniem zadań państwa, mogła przebiegać prawidłowo i niezakłócenie. Dlatego, w Kodeksie karnym, w rozdziale XXIX sypizowano m.in. przestępstwa godzące w bezpieczeństwo i dobre imię funkcjonariuszy publicznych³², by chronić jednocześnie sprawną działalność, jak i autorytet instytucji

³⁰ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach...*, s. 446.

³¹ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy...*, s. 9.

³² Definicję legalną funkcjonariusza publicznego zawiera art. 115 § 13 k.k.: „Funkcjonariuszem publicznym jest: 1) Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, 2) poseł, senator, radny, 2a) poseł do Parlamentu Europejskiego, 3) sędzia, ławnik, prokurator, funkcjonariusz finansowego organu postępowania przygotowawczego lub organu nadrzędnego nad finansowym organem postępowania przygotowawczego, notariusz, komornik, kurator sądowy, syndyk, nadzorca sądowy i zarządca, osoba orzekająca w organach dyscyplinarnych działających na podstawie ustawy, 4) osoba będąca pracownikiem administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, a także inna osoba w zakresie, w którym uprawniona jest do wydawa-

państwowych i samorządowych³³. Podkreślić należy, że samo wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry nie jest traktowane jako bycie funkcjonariuszem publicznym³⁴. Natomiast, w określonych ustawowo trzech szczególnych przypadkach lekarzowi będzie przysługiwać ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu (choć nie oznacza to nadania lekarzowi statusu funkcjonariusza publicznego). Po pierwsze, ochronę taką przyznaje art. 44 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* po spełnieniu następujących warunków: lekarz, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30 ustawy, czyli w sytuacji, gdy lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy, gdyż zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub powstania ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia lub zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki. Po drugie, korzystać z tej ochrony będzie lekarz sądowy przy wykonywaniu czynności związanych z wydawaniem zaświadczeń na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy *o lekarzu sądowym*³⁵. Po trzecie, z treści art. 5 ust. 1 ustawy *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*³⁶ wynika, że osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych, co w tym zakresie niejako zrównuje tę osobę z lekarzem działającym w warunkach art. 44 ustawy *o zawodzie lekarza*. Zatem jednakowej ochronie będzie podlegał lekarz działający w zespole ratowniczym, jak i ten, który przypadkowo znalazł się na miejscu zdarzenia³⁷.

Dla tych trzech szczególnych przypadków praktyki lekarskiej będą więc mieć zastosowanie przepisy art. 222, 223 i 226 Kodeksu karnego, przewidujące odpowiedzialność karną za naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego, czynną napaść oraz znieważenie jego osoby. Wszystkie one zagrożone są karą pozbawienia wolności, ale co istotne: są ścigane z oskarżenia publicznego. Bowiern podstawowa różnica między powszechną (przysługującą każdej osobie) ochroną integralności cielesnej i godności osobistej a ochroną tychże dóbr przysługującą funkcjonariuszom publicznym, zasada się na trybie ścigania. W przypadku czynów popełnionych na szkodę funkcjonariusza publicznego czynności organów ścigania podejmowane są w trybie

nia decyzji administracyjnych, 5) osoba będąca pracownikiem organu kontroli państwowej lub organu kontroli samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, 6) osoba zajmująca kierownicze stanowisko w innej instytucji państwowej, 7) funkcjonariusz organu powołanego do ochrony bezpieczeństwa publicznego albo funkcjonariusz Służby Więziennej, 8) osoba pełniąca czynną służbę wojskową”.

³³ *Kodeks Karny, część szczegółowa. Komentarz*, red. A. Zoll, Kraków 2006, s. 887–888.

³⁴ Lekarz może być uznany za funkcjonariusza publicznego, jeśli oprócz wykonywania zawodu lekarza pełnić będzie dodatkowe funkcje, na przykład związane z administracją rządową lub samorządową. Wtedy szczególna ochrona przysługuje mu wyłącznie podczas lub z związku z wypełnianiem tych dodatkowych funkcji, a nie z faktu bycia lekarzem. Dlatego też, ochrona ta nie będzie już przysługiwać w chwili samego tylko wykonywania zawodu lekarza (wyrok SN z dnia 27 listopada 2000 r., WKN 27/00, OSNKW 2001, nr 3–4, poz. 21).

³⁵ Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. *o lekarzu sądowym*, Dz. U. 2007, Nr 123, poz. 849 z późn. zm.

³⁶ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dz. U. 2006, Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.

³⁷ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach...*, s. 623.

publicznoskargowym, a zatem organy mają obowiązek prowadzić postępowanie przygotowawcze z własnej inicjatywy, a także wnieść i popierać przed sądem akt oskarżenia. Natomiast te same przestępstwa ścigane są w trybie prywatnoskargowym, o ile zostały popełnione na szkodę każdej innej osoby, na podstawie art. 212 k.k. (zniesławienie), art. 216 k.k. (znieważenie), art. 217 k.k. (naruszenie nietykalności cielesnej). Postępowanie z oskarżenia prywatnego stanowi wyjątek od reguły, jaką jest prowadzenie przez organy procesowe czynności z urzędu. Wypada w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że nie każda forma agresji słownej będzie wypełniać znamiona wymienionych wyżej czynów zabronionych, gdyż odpowiedzialnością karną skutkować będą przypadki poważniejszych naruszeń czci i godności człowieka (w pozostałym zakresie możliwe jest dochodzenie roszczeń cywilnoprawnych z tytułu naruszenia dóbr osobistych, czyli na podstawie art. 23 i art. 24 Kodeksu cywilnego).

Dla lekarza, podjęcie decyzji o ściganiu pacjenta, który go znieważył, zniesławił, czy też godził w jego nietykalność cielesną jest niezwykle trudne i dlatego unikając wdawania się w spory sądowe z pacjentami lekarze „puszczają te przykre zajścia w niepamięć”. Trzeba jednak zdać sobie sprawę z konsekwencji braku ścigania, gdyż prowadzi ono do powstania wrażenia bezkarności sprawców tych czynów, a przyzwolenie na działania bezprawne, w przyszłości mogłoby się stać społecznie niebezpieczne³⁸.

Warto zwrócić uwagę na inicjatywę Naczelnej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielegniarek i Położnych polegającą na utworzeniu systemu „Monitorowania agresji w ochronie zdrowia”. W celu zgłoszenia przypadku agresji w miejscu pracy należy dobrowolnie wypełnić ankietę zamieszczoną na portalu NIL, zarówno anonimowo, jak i po zarejestrowaniu się³⁹. Zgłoszenia przyjmowane są wyłącznie w celach statystycznych. Jednakże, po przesłaniu takiego zgłoszenia można skontaktować z izbą, w celu uzyskania informacji o dostępnych sposobach działania i o pomocy dostępnej w ramach uprawnień samorządu zawodowego. Należy przy tym zaznaczyć, że w 2010 r. powołano Rzecznika Praw Lekarzy, którego podstawowym zadaniem jest występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz obrona zbiorowych interesów lekarzy. W uzasadnionych przypadkach, Rzecznik podejmuje też interwencje na rzecz indywidualnego lekarza, szczególnie, gdy naruszenie jego praw może mieć konsekwencje dla całego środowiska.

* * *

W kolejnym artykule KEL zasygnalizowano problematykę o znaczeniu niezwykle istotnym dla stanu zdrowia społeczeństwa. Przecież wielu chorób, które powstają z winy człowieka, można by uniknąć, gdyby zagadnienia zdrowego trybu życia i profilaktyki stanowiły przedmiot zainteresowania całego społeczeństwa oraz władz.

Art. 71. Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim pos-

³⁸ J. Sobczak, *W kwestii ochrony praw lekarza*, „Medyczna Wokanda”, Poznań 2010, nr 2, s. 37.

³⁹ Od początku istnienia systemu (1 X 2010 r.) dokonano 157 zgłoszeń, w tym w ubiegłym roku – 15, a najwięcej w 2011 r. – 63.

tepowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

Inspirowanie działań na rzecz podnoszenia zdrowotności społeczeństwa jest moralnym obowiązkiem każdego lekarza. Współczesny lekarz nie powinien tego rodzaju działań zrzucić poza margines swojej działalności, choćby wymagało to od niego bezinteresownej pracy społecznej. W świetle współczesnej wiedzy wyróżnia się bowiem cztery czynniki warunkujące zdrowie: 1) odziedziczone geny, 2) środowisko, w którym człowiek żyje i pracuje, 3) styl życia [nawyki prozdrowotne lub antyzdrowotne] oraz 4) dostępność i jakość opieki medycznej. Ponadto, badania wskazują, że ochrona zdrowia człowieka, tym samym całej populacji, zależy w 75% od wiedzy zdrowotnej i postępowania danej osoby, 15% zależy od oddziaływania środowiska, a dalsze 10% od działań profilaktycznych i leczniczych opieki medycznej. Zadaniem lekarza powinno być zatem uświadomienie pacjentowi własnej odpowiedzialności za swoje zdrowie i przekazywanie wiedzy, jak umiejętnie postępować w celu zwiększenia kontroli nad swoim zdrowiem, m.in. poprzez wyrobienie nawyków zachowań korzystnych dla zdrowia oraz zwalczanie nałogów i innych zachowań antyzdrowotnych.

Choć dla praktykującego lekarza priorytetem jest los konkretnego pacjenta, to za nie mniej istotne KEL uważa zwracanie uwagi całego społeczeństwa i władz na powyższe kwestie. Jakość środowiska, w jakim żyjemy, w pewnej mierze zależy od działań administracji państwowej i samorządowej, tych w sferze materialnej, jak i prawnej. Zaś działania prozdrowotne władz zależą od wiedzy decydentów o czynnikach warunkujących zdrowie. A przecież wprowadzanie odpowiednich przepisów prawnych i podejmowanie pewnych działań oraz inwestycji może skutkować pozytywnymi zmianami środowiska, a więc powietrza, wody, gleby oraz wymuszać na społeczeństwie przestrzeganie zachowań prozdrowotnych (np. zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych).

Poza zobowiązaniem lekarza do przekazywania wiedzy o sposobach zachowania zdrowia, KEL zakazuje lekarzowi propagowania postaw antyzdrowotnych. Podkreślenia wymaga fakt, że powyższe zalecenie obowiązuje lekarza zarówno w czasie wykonywania pracy zawodowej, ale także w życiu prywatnym. Choć niestety żyjemy w czasach, w których zmniejsza się rola autorytetów, więc także autorytetu lekarza, to moim zdaniem, tym bardziej postawa lekarza powinna stanowić wzór do naśladowania w takich kwestiach, jak choćby unikanie używek uznanych za szkodliwe dla zdrowia, takich jak alkohol, tytoń czy narkotyki.

Nauką o czynnikach (zjawiskach i zdarzeniach w szerokim ujęciu) wpływających na częstość występowania i skalę rozpowszechniania się chorób w populacji ludzkiej jest epidemiologia. W celu poznania przyczyn i praw rządzących pojawianiem się oraz szerzeniem chorób, epidemiolodzy badają zjawiska zdrowotne (pozytywne i negatywne), a także czynniki narażenia zdrowia w ludzkiej populacji⁴⁰. Pomiary stanu zdrowia społeczeństwa służyć mają ustaleniu potrzeb zdrowotnych społeczeństw, by w oparciu o nie można było planować działania promocyjne i profilaktyczne. Jak wynika z powyższego epidemiologia ma służyć ochronie zdrowia ludności, a wyniki badań nie mogą być wykorzystywane do innych celów.

⁴⁰ L. Jabłoński, *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Lublin 1999, s. 19.

Art. 72. Lekarz przeprowadzający badania masowe o charakterze epidemiologicznym powinien mieć na celu uzyskanie wyników, które będą wykorzystane dla poprawy zdrowotności społeczeństwa. Badania te nie powinny stwarzać ryzyka zagrożenia zdrowia osób w nich uczestniczących.

Badania epidemiologiczne dzieli się na dwa rodzaje: opisowe (obserwacyjne) lub doświadczalne (interwencyjne, polegające na celowym sterowaniu jedną określoną przyczyną, co pozwala ocenić jej oddziaływanie na wybrane funkcje zdrowotne organizmu). Cechą charakterystyczną tych badań jest to, że przeprowadzane są na dużej, odpowiednio dobranej populacji ludzi żyjących w naturalnych dla siebie warunkach⁴¹. Odzwierciedleniem tych zasad jest sformułowany w art. 72 KEL etyczny nakaz, by lekarz przeprowadzający badania masowe o charakterze epidemiologicznym miał na celu wyłącznie uzyskanie wyników, które będą wykorzystane dla poprawy zdrowotności społeczeństwa. Dodatkowo, zawarto klauzulę, iż badania takie nie powinny stwarzać ryzyka zagrożenia zdrowia osób w nich uczestniczących. To w zasadniczy sposób odróżnia masowe badania epidemiologiczne od pozostałych badań naukowych, które wiązać się mogą z nieuniknionym, choćby minimalnym ryzykiem.

* * *

Protesty lekarzy w Polsce mają już swoją długą historię, obfitującą w epizody tak drastyczne, jak zaniechanie opieki nad chorymi, odmowa czy utrudnienia w dostępie do udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Z jednej strony Konstytucja w art. 59 ust. 3 zapewnia prawo do organizowania strajków pracowniczych i innych form protestu w granicach określonych w ustawie, a z drugiej zastrzega, że ustawa może ograniczyć lub zakazać prowadzenia strajku w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub w określonych dziedzinach. I tak, ustawa *o rozwiązywaniu sporów zbiorowych*⁴², która definiuje strajk jako zbiorowe powstrzymanie się pracowników od wykonywania pracy w celu rozwiązania sporu zbiorowego (art. 17 § 1), dalej w art. 19 § 1 częściowo ogranicza to prawo: „Nie dopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu lub zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa”. Oznacza to, że prawo do strajku nie ma charakteru nieograniczonego, więc musi być wykonywane w granicach określonych przez ustawę. Cytowana wyżej ustawa nakłada zatem na sektor opieki zdrowotnej obowiązek zagwarantowania pacjentom bezpieczeństwa i pomimo przystąpienia do strajku ten obowiązek musi być realizowany dopóty, dopóki kierownik zakładu opieki zdrowotnej realnie nie zapewni bezpieczeństwa życiu i zdrowiu pacjentów⁴³. Art. 25 § 1 odnośnej ustawy uprawnia do podejmowania także innych niż strajk form akcji pro-

⁴¹ Ibidem, s. 71–74.

⁴² Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. *o rozwiązywaniu sporów zbiorowych*, Dz. U. 1991, Nr 55, poz. 236, z późn. zm.

⁴³ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 441.

testacyjnych, o ile nie będą zagrażać życiu lub zdrowiu ludzkiemu i odbywać się bez przerywania pacy (np. oflagowanie placówek).

Art. 73. Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia.

KEL dopuszcza możliwość uczestniczenia lekarzy w akcji protestacyjnej pod jednym wszakże warunkiem, że uczestnicząc w zorganizowanym proteście lekarz będzie udzielać pomocy zawsze wtedy, gdyby jej nieudzielenie mogło narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia. Brak określenia stopnia ciężkości pogorszenia stanu zdrowia powoduje, że będzie ono dotyczyć praktycznie każdego pogorszenia. Kodeksowa regulacja formułując prawo lekarza do uczestniczenia w akcji protestacyjnej bardzo wąsko określiła zakres dopuszczalnego nieudzielenia pomocy, ograniczając go właściwie do przypadków banalnych⁴⁴. Niewątpliwie, przystąpienie lekarza do protestu rodzi klasyczny konflikt między etosem profesji lekarskiej a interesem lekarza jako pracownika. Zatem przystąpienie lekarza do strajku, należy interpretować jako sprzeniewierzenie się zasadom etyki lekarskiej, z których główna zasada – dobro chorego, czyni najwyższym nakazem: *salus aegroti suprema lex esto*. Taką radykalną interpretację narzuca również art. 2 ust. 2 KEL: „Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”. Postulaty płacowe, które należy rozumieć jako jeden z rodzajów mechanizmów rynkowych, wysuwane w większości akcji protestacyjnych, KEL kwalifikuje jako nieetyczne.

* * *

Zasady etyki lekarskiej zobowiązują lekarza do przestrzegania praw człowieka⁴⁵, pod pojęciem których najczęściej rozumie się prawa przysługujące każdemu człowiekowi, a które określają jego sytuację prawną jako jednostki w państwie i społeczeństwie. Prawa człowieka kształtowały się historycznie, będąc naturalną konsekwencją moralnego postępu ludzkości⁴⁶. Ale dopiero w wyniku refleksji nad doświadczeniami, jakim poddano ludzkość w systemach faszystowskich i komunistycznych, pojawiły się nowe tendencje w kształtowaniu tych praw. Z perspektywy owych tragicznych doświadczeń uświadomiono sobie również, jaką szczególną rolę musi odegrać ochrona tych praw, by doświadczenia takie nie stały się udziałem kolejnych pokoleń⁴⁷. Uznanie

⁴⁴ A. Gubiński, *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, s. 202.

⁴⁵ Termin „prawa człowieka”, choć powszechnie używany w dyskusjach na temat człowieka, społeczeństwa oraz państwa i władzy, nie został zdefiniowany przez naukę w sposób jednoznaczny. Ze względu na brak definicji oraz katalogu tych praw, ich treści należy doszukiwać się w rozmaitych aktach prawnych rangi państwowej oraz umowach międzynarodowych.

⁴⁶ L. Koba, W Waclawczyk, *Prawa człowieka, wybrane zagadnienia i problemy*, Warszawa 2009, s. 12.

⁴⁷ L. Galicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2003, s. 90.

zdobyła także idea ochrony praw człowieka na płaszczyźnie międzynarodowej, gdyż wewnątrzpaństwowy system gwarantowania tych praw okazał się niewystarczający⁴⁸.

Dzisiaj zakaz tortur i niehumanitarnego, poniżającego traktowania jest jednym z fundamentalnych praw człowieka. Jednak potrzeba stworzenia gwarancji ochronnych przed torturami oraz niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem pojawiła się dopiero, gdy okrucieństwa II wojny światowej wywołały wstrząs w świadomości społeczności międzynarodowej⁴⁹. Zakaz tortur po raz pierwszy wprowadzono w okresie powojennym w uchwalonej na Zgromadzeniu Ogólnym ONZ w Paryżu w 1948 r. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka⁵⁰. Zakazu tortur dotyczy art. 5 Deklaracji: „Nie wolno nikogo torturować ani karać lub traktować w sposób okrutny, niehumanitarny lub poniżający”. Dopełnieniem Deklaracji, było przyjęcie przez ONZ w 1984 r. Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania⁵¹. Konwencja definiuje pojęcie tortur⁵² oraz nakłada na państwa-strony wiele obowiązków, m.in. nakaz uznania, by wszystkie akty tortur stanowiły przestępstwo na podstawie krajowego prawa karnego z jednoczesnym zobowiązaniem do ustanowienia wysokich sankcji za takie czyny, a także obowiązek przeszkolenia odpowiedniego personelu wymiaru sprawiedliwości, służby zdrowia, funkcjonariuszy pracujących z osobami pozbawionymi wolności, aresztowanymi lub zatrzymanymi. W Konwencji nie przewidziano żadnych okoliczności wyjątkowych, które mogłyby stanowić usprawiedliwienie dla stosowania tortur. Zakaz tortur jest więc zakazem absolutnym, niezającym wyjątku.

Jednoznacznie i jednogłośnie potępiają tortury również regionalne instrumenty prawa międzynarodowego. Ze względu na uczestnictwo Polski w Radzie Europy oraz członkostwo w Unii Europejskiej, należy w tym miejscu przywołać Europejską Konwencję Praw Człowieka (EKCP)⁵³ oraz Kartę Praw Podstawowych Unii

⁴⁸ Z. Hołda, *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, Kraków 2003, s. 58.

⁴⁹ *Ibidem*, s. 111.

⁵⁰ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka nie jest umową międzynarodową, a zatem nie nakłada na państwa żadnych obowiązków prawnych, choć nie podlega dyskusji jej waga polityczna i moralna. Stała się ona drogowskazem wyznaczającym kierunek do dalszych prac nad modelem ochrony praw człowieka. Niemal dwadzieścia lat później odzwierciedleniem jej zapisów stał się Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, obowiązujący Polskę od 1977 r. (Dz. U. 1977, Nr 38, poz. 167), powołujący się w preambule na zasady Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. W art. 7 Paktu ujęty jest zakaz tortur: „Nikt nie będzie poddawany torturom lub okrutnemu, niehumanitarnemu albo poniżającemu traktowaniu lub karaniu”.

⁵¹ Konwencja została ratyfikowana przez Polskę w 1989 r. (Dz. U. 1989, Nr 63, poz. 378).

⁵² „Termin *tortury* oznacza każde działanie, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo”.

⁵³ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r., ratyfikowana przez Polskę w 1993 r. (Dz. U. 1993, Nr 61 poz. 284).

Europejskiej⁵⁴. Art. 3 EKPC i art. 4 Karty Praw Podstawowych również formułują zakaz tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania, zatem analogicznie do ONZ-owskiej Deklaracji⁵⁵.

Ustawodawstwo polskie obecnie jest zbieżne z regulacjami międzynarodowymi. W pierwszej kolejności należy przywołać brzmienie art. 40 Konstytucji RP z 1997 r.: „nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu”. Z powyższym przepisem koresponduje treść art. 3 Kodeksu karnego, który stanowi, że: „Kary oraz inne środki przewidziane w tym kodeksie stosuje się z uwzględnieniem zasad humanitaryzmu, w szczególności z poszanowaniem godności człowieka” oraz treść art. 4 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego, regulującego wykonywanie kar orzeczonych przez sądy: „Kary i środki karne, zabezpieczające i zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej skazanego. Zakazuje się stosowania tortur oraz nieludzkiego albo poniżającego traktowania i karania skazanego”.

Art. 74. Lekarz nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka. Nie może też wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności dla ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania.

Pamiętać należy, że KEL uchwalony był w 1991 roku, a zatem pod rządami poprzedniej konstytucji, czyli Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Ludowej z 1952 r. Konstytucja ta „Podstawowym prawom i obowiązkom obywateli” poświęcała swój rozdział 7, próżno jednak szukać w jej treści zakazu tortur. Zatem postanowienia art. 74 KEL wyprzedziły wprowadzenie zakazu tortur do katalogu praw i wolności przysługujących człowiekowi w Polsce, a zagwarantowanego dopiero przez Konstytucję z 1997 r. Zakaz tortur i nieludzkiego, poniżającego traktowania przez fakt ujęcia w ustawie zasadniczej, stał się jednym z fundamentalnych praw jednostki. We współczesnym świecie odnajdujemy go w każdym dokumencie, krajowym czy międzynarodowym, ujmującym całościowo prawa człowieka.

* * *

Za doping powszechnie uznaje się stosowanie takich metod lub środków, które w sztuczny sposób podnoszą wydolność fizyczną, a także psychiczną, zawodnika, wykraczając zatem poza normalny trening. Doping wydaje się naruszać to, co z natury rzeczy jest najbardziej wartościowe w sporcie, czyli ducha sportu, charakteryzującego się takimi wartościami jak: uczciwość, zasada *fair play*, poszanowanie reguł czy dbałość

⁵⁴ Została przyjęta jako zalecenie i tekst referencyjny przez Radę Europejską w Nicei w grudniu 2000 r., załączona do Traktatu z Lizbony w formie deklaracji. Jest to tekst uzupełniający Europejską Konwencję Praw Człowieka, powstała z inicjatywy Rady Europy.

⁵⁵ Ponadto w 1987 r. Rada Europy przyjęła Europejską Konwencję o zapobieganiu torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, ustanawiającą mechanizm kontrolny, dotyczący przestrzegania przez państwa norm wynikających z art. 3 EKPC. Konwencja obowiązuje w stosunku do Polski od 1 lutego 1995 r. (Dz. U. 1995, Nr 46, poz. 238).

o dobrą kondycję organizmu. Zwalczenie doping ma chronić sportowców od uczestnictwa w nieuczciwej rywalizacji. Ze względu na nieustanny postęp w farmakologii i genetyce⁵⁶, za którym trudno nadążyć, istotną stała się międzynarodowa koordynacja działań mających na celu wyeliminowanie doping ze sportu. Najistotniejsze stały się trzy dokumenty: Światowy Kodeks Antydopingowy⁵⁷, Konwencja Antydopingowa UNESCO⁵⁸ oraz najstarsza Konwencja Antydopingowa Rady Europy⁵⁹. Zawierają one w postaci załączników stale uaktualniane Listy Zabronionych Substancji i Metod, czyli takich substancji lub działań, które służąc poprawie wyniku sportowego, pozostają w sprzeczności z uczciwością współzawodnictwa sportowego lub służą uniemożliwieniu wykrycia substancji zakazanej. Do Listy, zamieszczonej w Konwencji Antydopingowej UNESCO odwołują się również polskie przepisy uchwalone przez Komisję do Zwalczenia Doping w Sporcie⁶⁰, choć sama lista nie została wpisana wprost do polskiej ustawy o sporcie⁶¹, w której rozdział 9 dotyczy zwalczania doping.

W art. 75 KEL zakazuje się stosowania środków i metod dopingowych w celach nielecniczych, akcentując nieetyczność stosowania doping, zwłaszcza u osób uprawiających sport.

Art. 75. Lekarz nie może stosować środków i metod dopingowych w celach nielecniczych. Stosowanie środków i metod uznanych za dopingowe u osób uprawiających sport jest nieetyczne.

Owszem, istnieją takie wyjątkowe sytuacje, uwzględnione w art. 43 § 2 ustawy o sporcie, w których zawodnikom lekarz ordynuje substancje uznane za środki dopingowe, ale wówczas gdy jedynym uzasadnieniem ich zastosowania może być zły stan zdrowia zawodnika i cel leczniczy, przy braku rozsądnej alternatywy terapeutycznej do zakazanej substancji. Istotna w tym momencie jest uprzednia zgoda Komisji do Zwalczenia Doping w Sporcie na stosowanie określonej substancji zabronionej lub metody zabronionej, którą zawodnik musi uzyskać przed rozpoczęciem terapii.

Od wpływu doping na uczciwość i równość sportowej rywalizacji, niemniejsze znaczenie ma jego potencjalnie szkodliwy wpływ na zdrowie. Wiadomo bowiem, że doping może przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia, a nawet zagrażać życiu sportowca, zarówno w krótkim, jak i odległym czasie od jego zastosowania. Jeśli więc stosowanie doping godzi w zdrowie człowieka, a lekarz powinien unikać wszelkich działań szkodliwych dla zdrowia, to KEL jasno kwalifikuje ewentualny udział lekarza w stosowaniu doping w sporcie jako zachowanie nieetyczne.

⁵⁶ Obecnie obok doping farmakologicznego możliwy jest również doping genetyczny.

⁵⁷ Światowy Kodeks Antydopingowy przyjęty 5 marca 2003 roku w Kopenhadze przez Światową Agencję Antydopingową (World Anti-Doping Agency – WADA, powołaną do życia w 1999 r.).

⁵⁸ Międzynarodowa Konwencja o Zwalczeniu Doping w Sporcie, sporządzona w dniu 19 października 2005 r. w Paryżu podczas Konferencji Generalnej Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO) (Dz. U. 2007, Nr 142, poz. 999).

⁵⁹ Konwencja Antydopingowa sporządzona w Strasburgu dnia 16 listopada 1989 r. (Dz. U. 2001, Nr 15, poz. 149).

⁶⁰ Komisja odpowiada za prowadzenie polityki antydopingowej na poziomie krajowym.

⁶¹ Ustawa o sporcie z dnia 25 czerwca 2010 r., Dz. U. 2010, Nr 127, poz. 857, z późn. zm.

Choć odpowiedzialność za stosowanie dopingu jest realizowana przez podmioty prowadzące działalność sportową i nosi ona głównie charakter odpowiedzialności dyscyplinarnej, to należy w tym miejscu wspomnieć o istnieniu przepisów karnych zawartych w art. 50 ustawy o *sporcie*. W myśl tych przepisów pociągnięte do odpowiedzialności karnej mogą zostać te osoby z otoczenia zawodników, w tym również nieuczciwi lekarze, które uczestniczą w stosowaniu dopingu u małoletnich lub podają środki, czy też stosują metody dopingowe bez wiedzy i zgody pełnoletniego sportowca.

Norma etyczna zawarta w art. 75 ma gwarantować, że rzetelna i aktualna wiedza lekarza, a więc uwzględniająca najnowsze osiągnięcia medycyny, będzie odpowiednio wykorzystana w dziedzinie sportu. Należy traktować ją jako normę szczególną do ogólnego obowiązku lekarza do niepodejmowania działań sprzecznych z powołaniem. Oczekuje się, by lekarz, często podlegający rozmaitym naciskom, choćby ze strony organizacji sportowych, stawiał czoło tym wpływom i nie łamał zasady zawodowej.

Streszczenie

W V rozdziale Kodeksu etyki lekarskiej zatytułowanym „Lekarz a społeczeństwo” zamieszczono normy, które daleko wykraczają poza sferę relacji, jaka tworzy się bezpośrednio między chorym a leczącym go lekarzem, a które kształtują etos zawodu lekarza w bardzo szerokim kontekście. Normy te formułują cele w postaci inspirowania przez lekarzy zachowań prozdrowotnych nie tylko własnych pacjentów, ale wpływania na całe społeczeństwo, a nawet władze oraz obowiązki w postaci informowania o zagrożeniach ekologicznych. Wyznaczają one standardy masowych badań epidemiologicznych, wprowadzając warunek w postaci braku ryzyka oraz wykorzystania wyników wyłącznie dla poprawy zdrowotności społeczeństwa. Odnosząc się do problemu lekarza jako pracownika i jego prawa do strajku, określają zakres ewentualnego nieudzielenia pomocy w czasie akcji protestacyjnej. Zakazują lekarzom udziału w torturowaniu czy innym okrutnym lub poniżającym traktowaniu ludzi. Kwalifikują jako nieetyczne takie działanie lekarza, który wykorzystuje środki i metody lecznicze do celów nieleczniczych w sporcie. Postulują udzielenie lekarzowi szczególnego rodzaju ochrony w czasie wykonywania zawodu. Wśród wytyczonych w rozdziale V standardów etycznych znajdują się wiele takich, które mają swe odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach prawa. Na aktualności stracił jedynie art. 69 KEL, obligujący lekarzy do niesienia pomocy każdemu potrzebującemu. Stracił on swe znaczenie normatywne, gdyż jest mniej rygorystyczny od obowiązujących obecnie norm prawnych.

Commentary on Chapter V of the Code of Medical Ethics

Summary

The 5th Chapter of the Polish Code of Medical Ethics, entitled „A Physician vs. Society” contains norms reaching far beyond the sphere of relationship created directly between patient and treating physician; in a very vast context, they form the ethos of the medical profession. These norms formulate the following objectives: physicians stimulate health-related behaviours not only among their own patients, but they also influence the entire society and even the authorities; these norms define duties of informing about ecological threats. They determine standards of massive epidemiological studies, characterized by the lack of risk and using the results exclusively for improving the health of the society. Regarding the problem of the physician as an em-

ployee and his right to go on strike, the norms determine the extent of the possible non-giving assistance during an action of protestation. They forbid physicians to take part in tortures or in any other way of treating individuals in a cruel or humiliating manner. They qualify as unethical an action of the physician who, in sports, uses therapeutic means and methods for non-therapeutic purposes. They postulate offering the physician, performing his profession, a particular form of protection. Many of ethical standards mentioned in the 5th Chapter are reflected in valid legal provisions. Only the Article 69 of the Polish Code of Medical Ethics, obligating physicians to give assistance to everyone in need, has lost its topicality; it has lost its normative importance because it is less rigorous than legal norms that are effective today.

Emilia SARNACKA

doktor nauk o zdrowiu, magister prawa, asystent w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zasady końcowe Kodeksu etyki lekarskiej

I. Wprowadzenie

Prezentowane rozważania koncentrować się będą wokół analizy rozdziału VI Kodeksu etyki lekarskiej (dalej: KEL) oraz jego znaczenia dla obowiązków lekarzy i lekarzy dentyków. Należy podkreślić, iż kodeks etyki jako dokument deontologii zawodowej nie stanowi źródła powszechnie obowiązującego prawa¹ ani podstawy do odpowiedzialności prawnej, jednakże na podstawie dyspozycji z art. 53 ustawy z 2.12.2009 r. *o izbach lekarskich* (dalej: o.i.l.)² naruszenie zasad etyki lekarskiej (przewinięcie zawodowe) jest podstawą odpowiedzialności zawodowej lekarza.

W doktrynie wyrażono pogląd, że „można przyjąć, że KEL jest aktem normatywnym, którego regulacja powinna być przestrzegana przez lekarzy. Choć nie stanowi źródła prawa powszechnego, został jednak inkorporowany (przejęty) do systemu prawa w oparciu o ustawowe uprawnienie udzielone Krajowemu Zjazdowi Lekarzy do określenia norm etycznych”. W świetle przywołanego stanowiska, analizę norm zawartych w rozdziale VI KEL warto prowadzić również z perspektywy zasad techniki prawodawczej uregulowanych w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów³ (dalej: r.z.t.p.).

Na wstępie należy zwrócić uwagę na użyty w tytule omawianego rozdziału zwrot „zasady końcowe”, odmiennie od kodeksów deontologicznych pozostałych zawodów medycznych⁴. Kodeksy etyki pielęgniarki i położnej oraz aptekarza zawierają „przepisy końcowe”, natomiast diagnosty laboratoryjnego – „postanowienia końcowe”. Powodem powyższego rozwiązania może być odmienność konstrukcji analizowanego rozdziału od reguł stawianym przepisom końcowym aktów normatywnych. Zgodnie z zasadami techniki prawodawczej przepisy końcowe obejmują przepisy uchylające,

¹ R. Kubiak, *Kodeks etyki lekarskiej. Odcinek 3: Czy zasady Kodeksu etyki lekarskiej obowiązują lekarza?*, dostępny na stronie: http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id=82688#1, dostęp: 6.05.2015. W temacie statusu KEL w systemie prawnym zob. również: A. Korytowska, *Problem zgodności Kodeksu etyki lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2009, LXXI, z. 1, s. 53–69.

² Dz. U. 2009, Nr 219, poz. 1708.

³ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 20.06.2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”, Dz. U. 2002, Nr 100, poz. 908.

⁴ Na potrzeby niniejszej pracy termin „zawody medyczne” odnosi się do łącznego określenia następujących profesji: lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki, położnej, farmaceuty i diagnosty laboratoryjnego. Zob. stanowiska doktryny nt. przywołanego pojęcia: D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Wolter Kluwer, Warszawa 2012, s. 71–108; E. Sarnacka, *Models of professional liability of health care workers in poland – De lege lata and de lege ferenda propositions*, w: *Health law. Selected issues*, red. E. Sarnacka (w druku).

przepisy po wejściu w życie ustawy oraz przepisy o wygaśnięciu mocy obowiązującej ustawy (§ 15 p. 5 r.z.t.p.). Analizowany rozdział można natomiast podzielić na dwie części – przepis odsyłający (art. 76) oraz przepisy normy zawierające powinności lekarzy w związku z kształceniem przyszłych kadr medycznych i doskonaleniem zawodowym lekarzy (art. 77–78). Żadna z wymienionych części nie zawiera jednak przepisów końcowych w świetle r.z.t.p.

II. Odesłanie do uchwał władz samorządu, orzecznictwa sądów i dobrych obyczajów (art. 76)

1. Przepis odsyłający

Art. 76 KEL jest przykładem przepisu odsyłającego. Odesłania stosowane są w aktach normatywnych z dwóch powodów – skrótowości tekstu oraz zapewnienia spójności regulowanych instytucji prawnych, przy czym każdorazowo powinny zawierać konkretne wskazanie norm, do których odsyłają⁵. W omawianej regulacji brak odesłania do konkretnych norm. W świetle KEL w okolicznościach, które nie zostały w kodeksie opisane, lekarz powinien kierować się wzorcami wynikającymi z uchwał samorządów, orzecznictwa sądów i dobrych obyczajów.

Konstrukcja normy wskazuje hierarchię instytucji i kolejność odesłania. Pierwszeństwo mają zasady wyrażone w uchwałach samorządu lekarskiego. Brak stosownej uchwały oznacza poszukiwanie wzorca zachowania w orzecznictwie sądów lekarskich. Dopiero brak odpowiedniej uchwały oraz orzeczenia sądu lekarskiego skutkuje odwołaniem do dobrych obyczajów przyjętych przez środowisko lekarskie.

Komentowany artykuł nakłada na lekarzy powinność kierowania się uchwałami władz samorządu lekarskiego w kwestiach nieuregulowanych w KEL. Brak precyzyjnego określenia organów oznacza odwołanie do wszystkich organów, które w zakresie swoich kompetencji są uprawnione do wyrażania stanowiska w formie uchwały. Ponadto, określenie „władze samorządu lekarskiego” należy interpretować szeroko – zarówno jako organy centralne, jak i lokalne (w ramach okręgowej izby).

Ustawa z 2.12.2009 r. *o izbach lekarskich* wyróżnia dwa rodzaje organów samorządu lekarskiego: organy Naczelnej Izby Lekarskiej (Krajowy Zjazd Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Komisja Rewizyjna, Naczelny Sąd Lekarski oraz Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej) oraz organy okręgowej izby lekarskiej (okręgowy zjazd lekarzy, okręgowa rada lekarska, okręgowa komisja rewizyjna, okręgowy sąd lekarski, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej)⁶.

Drugim odesłaniem wyznaczającym wzorce postępowania w świetle komentowanego przepisu są orzeczenia sądów lekarskich. Ustawodawca przewidział utworzenie Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz 24 okręgowych sądów lekarskich. Zgodnie z nor-

⁵ Zob. § 156 r.z.t.p.

⁶ Szerzej nt. organów samorządu zawodowego zob.: E. Sarnacka, *Lekarz dentysta w systemie prawnym. Prawo dla lekarzy dentystów*, PZWL, Warszawa 2012, s. 159–181.

mą zawartą w art. 44 ust. 2 u.i.l. Naczelny Sąd Lekarski: rozpatruje sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, rozpatruje zażalenia w przypadkach przewidzianych w ustawie, rozpatruje protesty przeciwko ważności wyborów do organów i w organach izb lekarskich (z wyłączeniem protestów przeciwko ważności wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy oraz protesty przeciwko ważności głosowania wniosków o odwołanie; corocznie przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej informację o swojej działalności; składa Krajowemu Zjazdowi Lekarzy kadencyjne sprawozdania z działalności. Natomiast do zadań okręgowego sądu lekarskiego należy: rozpatrywanie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, rozpatrywanie protestów przeciwko ważności wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy oraz protestów przeciwko ważności głosowania wniosków o odwołanie, składa okręgowemu zjazdowi lekarzy roczne i kadencyjne sprawozdania z działalności (art. 30 u.i.l.). Żadna z wyżej wymienionych kompetencji, zarówno Naczelnego Sądu Lekarskiego, jak i sądów okręgowych, nie odnosi się podejmowania uchwał w przedmiocie wzorców postępowania.

Odesłanie do orzeczeń sądów lekarskich budzi duże zastrzeżenia. Można zakładać, że zamiarem twórców KEL było przypisanie orzeczeniom sądów lekarskich roli, jaką odgrywa orzecznictwo Sądu Najwyższego lub Naczelnego Sądu Administracyjnego, jednakże charakter orzeczeń sądów zawodowych jest odmienny od orzeczeń przywołanych sądów, które stanowią kierunek (wskazówkę) interpretacji przepisów prawa. Brak podstaw do przypisania orzeczeniom sądów lekarskich analogicznej roli.

Orzeczenia sądów lekarskich nie stanowią ani wskazówek interpretacyjnych ustawy lekarskiej i KEL, ani też nie kreują właściwych wzorców postępowania. Sądy lekarskie nie mogą bowiem orzeczeniami kreować zachowań uważanych za akceptowalne przez środowisko lekarskie, gdyż uprawnione są do orzekania za naruszenie deontologii zawodowej lub ustaw zawodowych. Podstawą ukarania obwinionego lekarza/lekarza dentystry może być jedynie naruszenie wzorca postępowania już obowiązującego (w kontekście prowadzonych rozważań – już uznanego za powszechnie akceptowalny).

Ponadto, kluczowy w omawianym zagadnieniu jest także aspekt jawności oraz publikacji orzeczeń. Dostęp do orzeczeń sądów powszechnych każdego obywatela wynika z prawa dostępu do informacji publicznej (art. 1 ust. 1 ustawy 6.09.2001 r. *o dostępie do informacji publicznej*, t.j. Dz. U. 2014, poz. 782 ze zm.)⁷. Ponadto, wybrane orzeczenia sądów powszechnych publikowane są w zbiorach urzędowych, czasopismach prawniczych, portalach internetowych oraz w komercyjnych bazach prawniczych⁸. W świetle normy wyrażonej w art. 88 ust. 1 u.i.l. orzeczenia sądu lekarskiego są jawne, jednakże ich publikacja możliwa jest jedynie w dwóch przypadkach. Sąd lekarski może zarządzić opublikowanie orzeczenia, jeżeli lekarz został ukarany jedną z następujących kar: zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony

⁷ Od 1.01.2015 r. obowiązuje, znowelizowane ustawą z 7.11.2014 r. *o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej*, Dz. U. 2014, poz. 1662, tzw. czwarta ustawa deregulacyjna, nowe brzmienie art. 6 ust. 1 p. 4a, zgodnie z którym treść orzeczeń sądów powszechnych, Sądu Najwyższego, sądów wojskowych, Trybunału Konstytucyjnego, Trybunału Stanu stanowi informację publiczną.

⁸ Nt. dostępu do orzeczeń sądów powszechnych zob. raport: M. Jagielski, M. Niedużak, *Publiczna dostępność orzeczeń sądowych*, Warszawa 2010.

zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu (art. 84 w zw. z art. 83 ust. 1 pkt 4–7 u.i.l.). Publikacja możliwa jest również na wnioszek obwinionego lekarza, wobec którego zapadło orzeczenie uniewinniające. W każdej z przytoczonych norm publikacja ma miejsce jedynie w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest ukarany lekarz oraz jest fakultatywna.

Podsumowując powyższe rozważania, odesłanie do orzeczeń sądów lekarskich nie jest rozwiązaniem racjonalnym, gdyż kompetencje i rola sądów lekarskich jest odmienna od sądów powszechnych.

Omawiany przepis odsyła także do dobrych obyczajów przyjętych przez środowisko lekarskie. Użyty w KEL termin „dobre obyczaje” stanowi przykład klauzuli generalnej. Zgodnie z normą zawartą w § 155 ust. 1 r.z.t.p., jeżeli zachodzi potrzeba zapewnienia elastyczności tekstu aktu normatywnego, możliwe jest posłużenie się określeniami nieostrymi, klauzulami generalnymi albo wyznaczenie nieprzekraczalnych dolnych lub górnych granic swobody rozstrzygnięcia⁹.

Termin „klauzula generalna” nie posiada definicji ustawowej. W doktrynie definiowany jest zarówno jako zwrot niedookreślony, zawarty w przepisie prawnym i wyznaczający szerokie ramy oceny, jak również jako całe zwroty odsyłające do ocen funkcjonujących w grupie społecznej, do których odnosi się konkretny przepis¹⁰. Klauzule generalne mają na celu zapewnienie niezbędnej elastyczności w orzekaniu oraz umożliwienie indywidualizacji rozstrzygnięcia. Z jednej strony efektem stosowania klauzul jest możliwość uniknięcia stosowania prawa w sposób czysto mechaniczny, z drugiej jednak niedookreślony charakter klauzuli grozi subiektywizmem oraz może prowadzić do niejednorodności rozstrzygnięć¹¹.

Posługiwanie się w aktach prawnych terminami niedookreślonymi jest jedną z technik prawodawczych, istotne jest zatem by miało charakter intencjonalny¹².

W kontekście prowadzonych rozważań dotyczących znaczenia zastosowania w KEL klauzuli generalnej „dobre obyczaje” warto przedstawić poglądy judykatury i doktryny w przedmiotowej kwestii prowadzone na gruncie prawa cywilnego i gospodarczego dotyczące jej definiowania.

Szczegółne znaczenie dla omawianej materii ma stanowisko Sądu Okręgowego – Sądu OKiK, zgodnie z którym dobre obyczaje rozumiane są jako „pewien powtarzal-

⁹ Dz. U. 2002, Nr 100, poz. 908 ze zm.

¹⁰ I. Bernatek-Zagula, *Swoboda decyzyjna organów państwowych na przykładzie klauzul generalnych w ustawie z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2010, nr 104, s. 104–105.

¹¹ T. Pajor, *Kilka uwag o roli ocen etycznych w prawie cywilnym*, *Annales*, „Etyka w życiu gospodarczym” 2009, vol. 12, nr 2, s. 136.

¹² Za: A. Choduń, A. Gomyłowicz, A. Skoczyła, *Klauzule generalne i zwroty niedookreślone w prawie podatkowym i administracyjnym. Wybrane zagadnienia teoretyczne i orzecznicze*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 16. Interesujące, ale pozostające poza obszarem niniejszego opracowania, są wyniki badań wśród studentów III roku prawa nt. opinii w kwestii klauzul generalnych przeprowadzone przez B. Janiszewską, zob.: B. Janiszewska, *Działanie klauzul generalnych w opiniach studentów*, „*Studia Iuridica*” 2006, XLV, s. 43–72.

ny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tym praktykami życia gospodarczego. Wszystkie one podlegają zmianom w ślad za zmieniającymi się ideologiami politycznymi i społeczno-gospodarczymi oraz przewartościowaniami moralnymi¹³. W wyroku z 25.07.2013 r. SO-Sąd OKiK stanął na stanowisku, iż istotą dobrego obyczaju jest szeroko rozumiany szacunek dla drugiego człowieka¹⁴. Klauzula dobrych obyczajów nakazuje dokonać oceny w świetle norm pozaprawnych, przy czym chodzi o normy moralne i obyczajowe, powszechnie akceptowane albo znajdujące szczególne uznanie w określonej sferze działań, na przykład w obrocie profesjonalnym, w określonej branży, w stosunkach z konsumentem¹⁵.

Klauzula „dobrych obyczajów” była również obszarem analizy doktryny. Kluczowym przedmiotem dyskusji były kryteria, na podstawie których można ocenić czy konkretne zachowanie uchybia dobrym obyczajom, czy nie. Wśród wielu diskutowanych kryteriów warto wymienić: kryterium moralności, sprawiedliwości, uczciwości i przyzwoitości, kryterium związane z wzorcem idealnej konkurencji, kryterium obyczajowości, kryterium poczucia prawnego społeczeństwa¹⁶.

Posługując się wnioskowaniem *per analogiem de iuris* na podstawie przywołanych orzeczeń oraz poglądami wyrażonymi w doktrynie, można przyjąć, iż na potrzeby KEL „dobre obyczaje” należy interpretować jako wzorce zachowań powszechnie aprobowane w środowisku lekarskim, uwarunkowane zarówno normami moralnymi, społecznymi, jak i ekonomicznymi, odnoszące się do relacji: lekarz–lekarz, lekarz–pacjent oraz lekarz–student medycyny.

Rozważania poczynione na gruncie interpretacji „dobrych obyczajów” należy skonfrontować z wymogiem przyjęcia odpowiednich wzorców przez środowisko lekarskie. Zastosowany zwrot budzi szczególne wątpliwości interpretacyjne, gdyż sytuacja ekonomiczna (zwłaszcza dysproporcje finansowe pomiędzy poszczególnymi obszarami kraju) może mieć istotny wpływ na akceptowalność poszczególnych wzorców zachowań. Pojawia się zatem pytanie, czy należy kierować się wzorcami uznawanymi przez całą społeczność lekarską w kraju, przy założeniu, że można je – przynajmniej częściowo – obiektywnie określić, czy wzorcami uznawanymi przez społeczność lokalną – na obszarze poszczególnych izb lekarskich. Stoję na stanowisku, że należy brać

¹³ Wyrok SO – Sądu OKiK z 6.05.2013, sygn. akt XVII AmC 5080/12, opubl. Legalis.

¹⁴ Wyrok SO – Sądu OKiK z 25.07.2013, sygn. akt XVII AmC 11702/12, opubl. Legalis.

¹⁵ Wyrok SA w Warszawie – VI Wydział Cywilny z 12.07.2012, sygn. akt VI AcA 287/12, opubl. Legalis; por. Wyrok SA – Sądu OKiK z 18.01.2011, sygn. akt XVII AmC 39/10, opubl. Legalis.

¹⁶ Szczególnie szeroka dyskusja doktryny dotyczy aspektu ewentualnego powiązania klauzuli generalnej dobrych obyczajów z moralnością. Zob. szerzej: A. Żurawik, *Klauzula generalna „dobrych obyczajów”: – ujęcie teoretyczne*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2009, LXXI, z. 1, s. 36–46. W przedmiotowej kwestii wypowiedział się również Sąd OKiK przyjmując stanowisko, że „dobre obyczaje” są regułami postępowania niesprzecznymi z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami zob. Wyrok SO – Sądu OKiK z 14.03.2011 r., sygn. akt XVII AmC 2050/09, opubl. Legalis.

pod uwagę społeczność lekarską jako całość, a nie tylko w aspekcie lokalnym. Przyjęcie odmiennego poglądu mogłoby doprowadzić do rozbieżności przy orzeczeniach okręgowych sądów lekarskich oraz okoliczności, w których za ten sam czyn lekarz będący członkiem jednej izby będzie ukarany, a lekarz będący członkiem innej izby nie¹⁷.

Konkludując powyższy wątek należy przyjąć, iż użycie w KEL klauzuli generalnej „dobre obyczaje” jest rozwiązaniem racjonalnym, gdyż umożliwia sądom lekarskim elastyczność przy ocenie, czy konkretne zachowanie bądź postawa lekarza stanowi naruszenie norm etycznych obowiązujących w danej profesji. Warto w tym miejscu również podkreślić uniwersalizm użycia klauzuli generalnej, której definiowanie może być zmienne w poszczególnych okresach historycznych.

III. Edukacja etyczna podczas kształcenia przyszłych lekarzy (art. 77)

Kodeks etyki lekarskiej nakłada na lekarzy uczestniczących w procesie kształcenia studentów medycyny powinność zaznajamiania ich z treścią KEL, natomiast na studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego – przyswajania sobie i respektowania zasad w nim zawartych. Przywołany przepis zawiera zatem dwie normy – jedną odnoszącą się do lekarzy, drugą – do studentów.

Zakres podmiotowy pierwszej z przywołanych regulacji obejmuje wszystkich lekarzy uczestniczących w kształceniu adeptów medycyny i stomatologii. W jego zakresie będą zatem zarówno nauczyciele akademicki, jak również opiekunowie zajęć praktycznych i praktyk zawodowych oraz opiekun nauczania praktycznego. Omawiana norma nie będzie jednak dotyczyła lekarzy, którzy wykonują zawód w podmiotach leczniczych prowadzących dydaktykę medyczną, którzy w zakresie swoich obowiązków nie mają prowadzenia zajęć lub opieki nad studentami. Potwierdzeniem powyższego jest zastosowanie zwrotu „lekarze nauczający”, który należy odnosić wyłącznie do osób odpowiedzialnych za kształcenie.

Zakresem przedmiotowym omawiana norma obejmuje „zaznajamianie” studentów z KEL. *Słownik współczesnego języka polskiego* definiuje czasownik „zaznajamiać” jako „udostępnić komuś jakąś wiedzę, zapoznawać kogoś z czymś”¹⁸. W kontekście przywołanej definicji, komentowany przepis należy interpretować jako wytyczną zapoznawania studentów z KEL podczas realizacji zajęć teoretycznych i praktycznych. Zapoznawanie jest czynnością mniej sformalizowaną od nauczania, nie wymaga bowiem elementu weryfikacji nabytych umiejętności. Lekarze mają obowiązek informowania, przedstawiania treści, wyjaśniania wątpliwości dotyczących KEL podczas

¹⁷ Przytoczony przykład ma szczególne znaczenie w kontekście art. 6 ust. 2 o.i.l., zgodnie z którym lekarz wykonujący zawód na terenie dwóch lub więcej izb lekarskich, zostaje wpisany na listę członków wybranej przez siebie izby. Wprowadzenie możliwości odmiennej interpretacji dobrych obyczajów mogłoby skutkować sytuacją, w której za to samo zachowanie lekarze wykonujący zawód na terenie tej samej izby ponoszą odmienną odpowiedzialność (lub jej brak), gdyż jeden z nich wykonał działalność również na terenie innej izby lekarskiej, której jest członkiem.

¹⁸ *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. II, Wydawnictwo Wilga, Warszawa 2000, s. 639.

kontaktu ze studentami, nie są jednak – w świetle komentowanej normy – zobowiązani egzekwowania nabycia wiedzy.

Drugim adresatem art. 77 KEL są studenci na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Z dniem 1.10.2012 r. kształcenie lekarzy i lekarzy dentyistów uległo modyfikacji¹⁹. Kształcenie na kierunku lekarskim obejmuje obecnie co najmniej 6 lat (min. 5500 godzin zajęć), w tym dwusemestralne nauczanie praktyczne na 6. roku, natomiast kształcenie na kierunku lekarsko-dentystycznym obejmuje co najmniej 5 lat, w tym co najmniej dwusemestralne nauczanie praktyczne na 5. roku.

Adresowanie norm KEL do studentów budzi zastrzeżenia, gdyż przedmiotowa grupa nie jest zobligowana do przestrzegania omawianego aktu. Przestrzeganie norm zawartych w KEL jest obowiązkiem wyłącznie osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty, którego okręgowe izby lekarskie nie mogą przyznać studentom²⁰. Norma wynikająca z omawianego przepisu może być jedynie potraktowana jako postulat poznawania i wprowadzania do praktyki zasad etycznych wynikających z KEL, nie będzie jednak podstawą odpowiedzialności zawodowej wynikającej z jej niespektowania. Powyższe nie oznacza jednak, iż studenci podczas zajęć praktycznych i praktyk zawodowych nie są zobligowani do przestrzegania żadnych norm postępowania. Prawa i obowiązki studentów zwarte są w regulaminie studiów²¹, którego naruszenie może być podstawą skreślenia z listy studentów. Ponadto, coraz częściej spotykaną praktyką uczelni medycznych jest uchwalanie kodeksów etyki studentów²².

Zakres przedmiotowy zawartej w art. 77 KEL normy adresowanej do studentów obejmuje dwie czynności: „przyswajanie” oraz „respektowanie” zasad wynikających z omawianego aktu. Powyższe oznacza, iż już na etapie kształcenia przyszli lekarze i lekarze dentyści powinni znać i przestrzegać zasad deontologii zawodowej. Obowiązek edukacji etycznej wynika również ze standardów kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym uregulowanych rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: le-

¹⁹ Nowelizacja art. 5 ustawy lekarskiej ustawą z 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, Dz. U. 2011, poz. 658.

²⁰ Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 5 ust. 1 u.z.l. prawo wykonywania zawodu przyznawane jest osobie, która: 1. Jest obywatelem polskim lub obywatelem innego państwa członkowskiego UE, posiada dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą lub inne państwo członkowskie UE, 3. posiada pełną zdolność do czynności prawnych, 4. posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentyisty wykazuje nienaganą postawę etyczną. W doktrynie wyrażono pogląd, iż uchwała w przedmiocie prawa wykonywania zawodu ma charakter deklaratoryjny. Potwierdzeniem powyższego będzie brak regulacji na gruncie ustawy lekarskiej umożliwiających odmowę przyznania analizowanego prawa przy spełnieniu wszystkich wymogów wynikających z art. 5 ust. 1 u.z.l. Za: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty*, red. L. Ogiegło, CH BECK, Warszawa 2010, s. 23.

²¹ Zob. art. 160 ust. 1 ustawy z 27.07.2005 r. *prawo o szkolnictwie wyższym*, t.j. Dz. U. 2012, poz. 572 ze zm. oraz wydane na podstawie upoważnienia ustawowego z art. 162 powyższego aktu Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 25.09.2014 r. w sprawie warunków, jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach, Dz. U. 2014, poz. 1302.

²² Zob. Kodeks etyki studenta i doktoranta w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, Kodeks etyki studenta Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Kodeks etyki studenta Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Kodeks etyki studenta Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

karskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i połoźnictwa (Dz. U. 2012, poz. 631)²³.

IV. Obowiązki lekarzy kształcących studentów i szkolących lekarzy (art. 78)

Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 78 KEL lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy powinni swoim postępowaniem stanowić przykład dla studentów i młodych lekarzy będących pod ich opieką.

Zakres podmiotowy omawianej regulacji jest szerszy niż normy wynikającej z art. 77 KEL. Obejmuje bowiem zarówno lekarzy uczestniczących w kształceniu studentów, jak i lekarzy szkolących innych lekarzy w ramach kształcenia podyplomowego.

Lekarze i lekarze dentyści obowiązani są do ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych zarówno na podstawie normy wynikającej z art. 18 u.z.l., jak również z art. 56 ust. 1 KEL. Prawodawca podnoszenie kwalifikacji zawodowych określił jako „prawo i obowiązek” omawianych profesji. Ustawa lekarska nie definiuje ani nie systematyzuje form doskonalenia zawodowego. Literatura przedmiotu wyróżnia jednak dwa rodzaje doskonalenia zawodowego: dokształcanie (wszelkie formy podnoszenia formalnych kwalifikacji zakończone uzyskaniem świadectwa lub dyplomu) oraz samokształcenie (wszelkie pozaformalne formy kształcenia podjęte z inicjatywy samego lekarza)²⁴.

Lekarzami szkolącymi innych lekarzy będą zarówno lekarze prowadzący zajęcia teoretyczne i praktyczne lub kursy w ramach formalnego lub nieformalnego podnoszenia kwalifikacji, ale także: lekarze pełniący funkcję opiekunów staży podyplomowych (w stosunku do osób, które rozpoczęły studia medyczne przed 1.10.2012 r.) oraz kierownik szkolenia specjalizacyjnego²⁵.

Użyty przez autorów zwrot „przykład godny naśladowania”, podobnie jak „dobre obyczaje”, jest przykładem klauzuli generalnej. Na gruncie dotychczas przeprowadzonych rozważań można przyjąć, iż w jego zakresie będzie zachowanie zgodne z aktami prawnymi regulującymi zawód lekarza oraz normami wynikającymi z KEL. Promowa-

²³ Interesujący jest fakt, iż standard kształcenia na kierunku lekarskim jest jedynym ze standardów regulowanych przywołanym rozporządzeniem, który w ramach efektów kształcenia nie ma wprost odesłania do wiedzy studentów z zakresu KEL. Program kształcenia dla omawianych profesji uczelnie wyższe mają obowiązek układać na podstawie, wynikających ze standardów kształcenia, efektów kształcenia, które student powinien osiągnąć. W zakresie kształcenia etycznego rozporządzenie przewiduje następujące efekty kształcenia dla kierunku lekarskiego: zna i rozumie główne pojęcia, teorie, zasady i reguły etyczne służące jako ogólne ramy właściwego interpretowania i analizowania zagadnień moralno-medycznych (D.W.10); Natomiast dla kierunku lekarsko-dentystycznego: zna zasady etyki i deontologii lekarskiej, a także etycznego postępowania lekarza (G.W.25), stosuje normy zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej (G.U30.); wyjaśnia normy zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej oraz międzynarodowe normy etyki lekarskiej (G.U31.).

²⁴ Za: L. Ogiegło, op. cit., s. 207.

²⁵ Zgodnie z normą zawartą w art. 16m ust. 1 u.z.l.: lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu w porozumieniu z właściwym konsultantem wojewódzkim w danej dziedzinie medycyny, który wyraził zgodę na pełnienie tej funkcji.

ne przez KEL postępowanie zgodne z przepisami prawa i deontologią zawodową widoczne jest również na etapie kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów.

V. Konkluzje

Z przeprowadzonych powyżej rozważań związanych z Rozdziałem VI KEL można wyciągnąć kilka wniosków. Przede wszystkim, zarówno tytuł, jak i budowa rozdziału nie jest typowa dla aktów normatywnych. Komentowane przepisy nie stanowią bowiem przepisów przejściowych, a zbiór zasad dotychczas nieuregulowanych w innych częściach omawianego aktu. Ponadto, omawiany rozdział koncentruje się na poszukiwaniu i prezentowaniu wzorców postępowania. W kwestiach nieuregulowanych w kodeksie, lekarze powinni kierować się uchwałami samorządu, orzeczeniami sądów lekarskich i dobrymi obyczajami akceptowanymi przez środowisko lekarskie. Studenci podczas zajęć powinni być zapoznawani przez lekarzy oraz sami kształcić się w zakresie etyki lekarskiej, natomiast lekarze uczestniczący w kształceniu lub podnoszeniu kwalifikacji innych lekarzy/lekarzy dentyistów powinni swoją postawą pokazywać właściwe wzorce.

Uwzględniając zatem wszystkie uwagi przedstawione w tekście należy skonstatować, iż analizowany rozdział KEL kładzie nacisk na promowanie nauki deontologii zawodowej oraz postaw zgodny z przepisami prawa, kodeksem etyki i dobrymi obyczajami środowiska lekarskiego. Zasady końcowe koncentrują się na podkreśleniu wagi poszukiwania i respektowania właściwych wzorców zachowań. Ponadto, szczególne wymagania kierowane są do środowiska lekarskiego kształcącego przyszłych lekarzy/lekarzy dentyistów – poza wiedzą merytoryczną i doświadczeniem zawodowym, powinni również wykazywać się znajomością KEL oraz respektowaniem zasad w nim zawartych.

Streszczenie

Prezentowane rozważania koncentrują się wokół analizy rozdziału VI Kodeksu etyki lekarskiej oraz jego znaczenia dla obowiązków lekarzy i lekarzy dentyistów. Analizowany rozdział KEL kładzie nacisk na promowanie nauki deontologii zawodowej oraz postaw zgodnych z przepisami prawa, kodeksem etyki i dobrymi obyczajami środowiska lekarskiego. Zasady końcowe koncentrują się na podkreśleniu wagi poszukiwania i respektowania właściwych wzorców zachowań. Ponadto, szczególne wymagania kierowane są do środowiska lekarskiego kształcącego przyszłych lekarzy i lekarzy dentyistów – poza wiedzą merytoryczną i doświadczeniem zawodowym, powinni również wykazywać się znajomością KEL oraz respektowaniem zasad w nim zawartych.

Final Rules of Code of Medical Ethics

Summary

Presented considerations revolve around analysis of Chapter VI of the Code of Medical Ethics (CME) and its importance concerning responsibilities of physicians and dentists. The analyzed

CME section emphasises promotion of learning professional ethics and attitudes consistent with the law, the code of ethics and morality of medical community. Closing remarks focus on highlighting the importance of exploration and respecting proper patterns of behavior. In addition, specific requirements are directed at the medical community, in the context of educating future physicians and dentists – beside theoretical knowledge and professional experience, they should also demonstrate knowledge of CME and respect for principles contained therein.

ORZECZNICTWO

Jędrzej SKRZYPCZAK

dr hab., prof. UAM, kierownik Zakładu Systemów Prasowych i Prawa Prasowego,
Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Przegląd orzecznictwa Naczelnego Sądu Lekarskiego z 2014 r.

W polskim systemie prawnym orzeczenia sądów, a tym bardziej sądów lekarskich, co do zasady, nie mają charakteru precedensów prawnych¹. Orzeczenia takie nie mogą tworzyć nowej normy prawnej, a jedynie prezentują wykładnię praktyczną poszczególnych przepisów prawnych². W przypadku sądów lekarskich, sytuacja w tym zakresie jest bardziej skomplikowana, zważywszy na treść art. 76 Kodeksu etyki lekarskiej (dalej jako KEL)³. Otóż zgodnie z tym przepisem w wypadkach nieprzewidzianych w tym zbiorze zasad deontologicznych, należy kierować się zasadami wyrażonymi m.in. w orzecznictwie sądów lekarskich. Poglądy i wywody Naczelnego Sądu Lekarskiego⁴ wydaje się, że mają o tyle istotne znaczenie, bowiem zgodnie z art. 90 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, NSL jest sądem odwoławczym od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich⁵. Mimo istnienia w obecnej ustawie możliwości przewidzianej w art. 84 tego aktu normatywnego, a mianowicie, że w przypadku orzeczenia kary przewidzianej w art. 83 ust. 1 pkt 4–7, sąd lekarski może zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem, sądy lekarskie rzadko stosują ten przepis. Stąd potrzeba publikacji wybranych orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego (dalej jako NSL) wydaje się bezdyskusyjna, co niniejsze opracowanie – choć zapewne tylko częściowo – stara się czynić.

Niżej zaprezentowano wybrane uzasadnienia orzeczeń NSL z 2014 r. Należy wyraźnie podkreślić, że dane osobowe i identyfikujące uczestników postępowania, a nawet poszczególne sądy lekarskie, zostały zmienione i utajnione (pozostawiono tylko inicjały i to niekiedy zmienione). Prezentacja orzeczeń służy jedynie przedstawieniu problemu, a nie napiętnowaniu osób i podmiotów (osł-ów, oroz-ów), występujących w poszczególnych postępowaniach. Stąd też, nie wskazano o jaki organ chodzi w konkretnej sprawie. Mimo, iż w uzasadnieniach orzeczeń NSL nie dokonywano wyodręb-

¹ Precedensem prawnym nazywamy „decyzję organu państwa, zwłaszcza sądu (precedens sądowy) albo parlamentu (precedens konstytucyjny) podjętą bez należytej podstawy w prawie stanowionym czy w zwyczaju, ale co do której wytworzyło się przekonanie, że powinna ona być podstawą rozstrzygnięcia w przyszłości wszystkich przypadków podobnych”. S. Wronkowska, *Tworzenie aktów prawnych. Rodzaje aktów prawnych*, w: *Kompendium wiedzy o społeczeństwie, państwie i prawie*, red. S. Wronkowska, M. Zmierczak, Warszawa 2007, s. 114.

² Patrz szerzej M. Zieliński, *Wykładnia prawa. Zasady. Wskazówki*, Warszawa 2002, s. 47 i n.; Z. Ziemiński, *Przepis prawny a norma prawna*, „RPEiS” 1960, nr 1, s. 105 i n.

³ Kodeks etyki lekarskiej, uchwała II Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. KEL był trzykrotnie nowelizowany, ostatnim razem uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20.09.2003 r. Dalej jako KEL.

⁴ Dalej jako NSL.

⁵ Dalej jako OSŁ.

nienia tez, tym niemniej autor pokusił się o taki zabieg, podkreślając najważniejsze wątki opisywanych uzasadnień orzeczeń.

1. Zwrot sprawy przez OSL do OROZ celem uzupełnienia⁶

1.1. Postanowieniem z dnia 14 listopada 2013 r. Okręgowy Sąd Lekarski w X. (dalej jako OSL) postanowił zwrócić Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej (dalej jako OROZ) sprawę lekarza celem uzupełnienia postępowania wyjaśniającego. Okręgowy Sąd Lekarski uznał, iż postanowienie o przedstawieniu lekarzowi zarzutów, wydane przez OROZ jest wadliwe, gdyż nie zawiera dokładnego opisu zarzucanego czynu, a więc narusza odpowiednio stosowany art. 313 § 2 Kodeksu postępowania karnego. Okręgowy Sąd Lekarski wskazał także, że drugi zarzut – nieetycznego postępowania lekarza opiera się na zeznaniach jednego świadka, a OROZ nie przeprowadził pełnego postępowania dowodowego celem potwierdzenia lub zanegowania prawdziwości zeznań tego świadka. Powyższe braki postępowania wyjaśniającego OSL uznał za istotne i uzasadniające zwrot sprawy celem uzupełnienia postępowania wyjaśniającego. Okręgowy Sąd Lekarski zwrócił także uwagę na wystąpienie o przygotowanie opinii specjalisty zamiast opinii biegłego, co w ocenie Sądu stanowi również działanie niewłaściwe. Zażalenie na powyższe postanowienie wniósł pismem z dnia 12 lutego 2014 r. OROZ zarzucając jego całkowitą bezzasadność oraz wnosząc o jego uchylenie i skierowanie sprawy do OSL celem dalszego prowadzenia postępowania. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wskazał, że przepis art. 112 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* wprost wyłącza możliwość stosowania w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków przepisów Kodeksu postępowania karnego dotyczących postępowania przygotowawczego – w tym przepisu art. 313 § 2 k.p.k. Dalej Rzecznik wskazał, że postępowanie dowodowe zostało przeprowadzone na etapie postępowania wyjaśniającego w sposób wyczerpujący, a ewentualne jego uzupełnienie nie spowoduje nadmiernych trudności przed Okręgowym Sądem Lekarskim. Rzecznik dodał także, iż możliwość wystąpienia o opinię specjalisty przewidziana jest wprost w ustawie o izbach lekarskich. W ocenie NSL, zażalenie nie było zasadne (sygn. akt NSL Rep. 46/WS/14). Jak podkreślono w uzasadnieniu stanowiska NSL, zasadne były zarzuty podniesione przez OROZ odnoszące się do przepisów Kodeksu postępowania karnego dotyczących postępowania przygotowawczego, których nie stosuje się w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków. Przedmiotem zwrotu sprawy Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej nie mogą być mankamenty wniosku o ukaranie, ale braki postępowania wyjaśniającego. Oczywiście nieuzasadniony był zarzut Okręgowego Sądu Lekarskiego dotyczący przeprowadzenia dowodu z opinii specjalisty, a także naruszenia art. 313 § 2 k.p.k. W ocenie Naczelnego Sądu

⁶ Zgodnie z § 12 ust. 2 pkt 3 uchwały nr 11 X KZL z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich (Obwieszczenie nr 9/14/VII Prezesa NIL w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich) po otrzymaniu wniosku o ukaranie sąd I instancji może przekazać sprawę OROZ celem uzupełnienia postępowania wyjaśniającego.

Lekarskiego w sprawie nie zachodzą istotne braki postępowania wyjaśniającego, które uzasadniałyby zwrot sprawy Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej. Jeżeli w ocenie Okręgowego Sądu Lekarskiego należy przeprowadzić w toku rozpoznania sprawy dowód z przesłuchania innych, niż przesłuchani w toku postępowania wyjaśniającego świadków, to nie ma przeszkód, aby bez szkody dla szybkości procesowania przesłuchać takich świadków na rozprawie przed Okręgowym Sądem Lekarskim.

2. Wyłączenie członka składu orzekającego⁷

2.1. W sprawie o sygn. NSL Rep. 52/WS/14 obrońca obwinionego J.S. wniosła o wyłączenie składu orzekającego w sprawie o sygn. Wu 22/12 z uwagi na fakt cofnięcia obwinionemu obrońcy z urzędu – postanowieniem z dnia 5 lutego 2014 r. oraz ujawnionym w treści uzasadnienia tego postanowienia stanowisku OSL. Obrońca obwinionego wskazała, iż w treści postanowienia z dnia 5 lutego 2014 r. Okręgowy Sąd Lekarski stwierdzając, że: „w niniejszym przypadku nadal zachodzi wątpliwość co do poczytalności obwinionego lekarza” dał wyraz swego stanowiska wobec osoby obwinionego, co budzi wątpliwość co do bezstronności Sądu. Obrońca obwinionego dołączyła odpisy uchwał organów samorządu lekarskiego w sprawie powołania komisji orzekającej do oceny zdolności obwinionego do wykonywania zawodu, stanie zdrowia obwinionego oraz wyrok sądu administracyjnego uchylającego te uchwały. Dodatkowo obrońca obwinionego podniosła, że skład orzekający zastosował wobec obwinionego postanowieniem z dnia 22 lipca 2011 r. tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu, które to postanowienie zostało uchylone przez Naczelny Sąd Lekarski postanowieniem z dnia 14 września 2011 r. jako niezasadne. Z uwagi na złożone przez innych członków Okręgowego Sądu Lekarskiego oświadczenia o niemożności wzięcia udziału w rozpoznaniu przedmiotowego wniosku przewodniczący OSL pismem z dnia 28 marca 2014 r. przekazał ww. wniosek na podstawie art. 42 § 4 k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* do rozpoznania Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu. Zdaniem NSL wniosek nie był zasadny. Jak podkreślono w uzasadnieniu orzeczenia NSL, wyłączenie sędziego ze składu orzekającego może mieć charakter obligatoryjny – w przypadkach określonych w treści art. 40 k.p.k. lub fakultatywny na podstawie art. 41 k.p.k. w przypadku zaistnienia okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie.

⁷ Zgodnie z art. 40. § 1 k.p.k. sędzia jest z mocy prawa wyłączony od udziału w sprawie, jeżeli: 1) sprawa dotyczy tego sędziego bezpośrednio, 2) jest małżonkiem strony lub pokrzywdzonego albo ich obrońcy, pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego albo pozostaje we wspólnym pożyciu z jedną z tych osób, 3) jest krewnym lub powinowatym w linii prostej, a w linii bocznej aż do stopnia pomiędzy dziećmi rodzeństwa osób wymienionych w pkt 2 albo jest związany z jedną z tych osób węzłem przysposobienia, opieki lub kurateli, 4) był świadkiem czynu, o który sprawa się toczy, albo w tej samej sprawie był przesłuchany w charakterze świadka lub występował jako biegły, 5) brał udział w sprawie jako prokurator, obrońca, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy strony, albo prowadził postępowanie przygotowawcze, 6) brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia lub wydał zaskarżone zarządzenie, 7) brał udział w wydaniu orzeczenia, które zostało uchylone, 8) brał udział w wydaniu orzeczenia, co do którego wniesiono sprzeciw, 10) prowadził mediację. Z kolei zgodnie z art. 41 § 1 k.p.k. „sędzia ulega wyłączeniu, jeżeli istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w sprawie”.

W rozpoznawanej sprawie nie zachodzą przesłanki wyłączenia członków składu orzekającego wskazane w art. 40 k.p.k. Podstawy takiej nie wskazuje również wnioskodawca, opierając się na treści art. 41 § 1 k.p.k. W ocenie NSL nie zostały wykazane okoliczności uzasadniające wątpliwość członków składu orzekającego w sprawie o sygn. Wu 22/12 co do ich bezstronności w sprawie. OSL wydał postanowienie na podstawie art. 58 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. w przedmiocie cofnięcia wyznaczenia obrońcy z urzędu. Wydając postanowienie w powyższym przedmiocie sąd orzekający zobowiązany jest każdorazowo do zbadania istnienia przesłanek w tym przepisie wskazanych tj. kwestii uzasadnionej wątpliwości co do poczytalności obwinionego oraz tego, czy korzysta on z pomocy obrońcy z wyboru. Jak wskazano w uzasadnieniu, skoro obwiniony korzysta z obrońcy z wyboru, to tym samym odpadła jedna z przesłanek wyznaczenia mu obrońcy z urzędu. Okręgowy Sąd Lekarski rozstrzygając tę kwestię incydentalną był nie tylko władny do wypowiedzenia się w kwestii istnienia przesłanek zapewnienia obwinionemu pomocy prawnej z urzędu, ale wręcz miał taki obowiązek. Wyrażenie przez OSL poglądu, iż nadal spełniona pozostaje jedna z dwóch wskazanych w art. 57 ust. 4 ustawy *o izbach lekarskich* przesłanek, które spełnione muszą być łącznie, udzielanie pomocy prawnej z urzędu, nie stanowi ujawnienia poglądu składu orzekającego na sprawę. Nie stanowi okoliczności podważającej bezstronność wyrażenie w rozstrzygnięciu incydentalnym przez skład orzekający wątpliwości co do poczytalności obwinionego. Nie ulega wątpliwości, że kwestia poczytalności sprawcy przewinienia zawodowego lub jej braku stanowi istotną okoliczność dotyczącą popełnienia zarzucanego mu czynu, która może przekładać się na odpowiedzialność zawodową. Sam fakt, że sąd prowadzący postępowanie daje wyraz swym wątpliwościom co do tej okoliczności nie ma jednak bezpośredniego przełożenia na rozpoznanie sprawy popełnienia przez obwinionego zarzucanych mu przewinień zawodowych. Członkowie składu orzekającego nie ujawnili swego stanowiska w zakresie winy czy też jej braku obwinionego zarzucanego mu przewinienia zawodowego. Bez znaczenia dla powyższej oceny są przytoczone przez obrońcę obwinionego uchwały organów samorządu lekarskiego oraz wyroki sądów administracyjnych. Po pierwsze, zapadły one w zupełnie innym postępowaniu rządzącym się innymi przepisami proceduralnymi oraz w oparciu o inne przepisy prawa materialnego. Po wtóre, w wydaniu tych uchwał nie brali udziału sędziowie OSL – członkowie składu orzekającego w sprawie o sygn. Wu 22/12. Po trzecie, uchylene przez sąd administracyjny ww. uchwał wynikało w głównej mierze z przyczyn o charakterze formalnym, a nie merytorycznym. W ocenie NSL dołączone do wniosku o wyłączenie dokumenty nie uzasadniały podejrzania co do bezstronności członków składu orzekającego w sprawie o sygn. Wu 22/12. Odnosząc się natomiast do kwestii wydania przez OSL w dniu 22 lipca 2011 r. postanowienia w przedmiocie tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu, które to postanowienie zostało uchylone przez NSL, należy podkreślić co następuje: w składzie Okręgowego Sądu Lekarskiego, który zastosował w lipcu 2011 r. tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu uczestniczył tylko jeden sędzia wyznaczony do rozpoznania sprawy o sygn. Wu 22/12. Pozostali dwaj sędziowie wyznaczeni do rozpoznania sprawy o sygn. Wu 22/12 nie brali udziału w wydaniu ww. postanowienia. Udział sędziego w wydaniu postanowienia o zastosowaniu wobec obwinionego środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu nie stanowi okolicz-

ności uzasadniającej jego bezstronność i wymuszającej tym samym jego wyłączenie od rozpoznawania sprawy co do jej istoty. Taki pogląd na gruncie przepisu art. 41 k.p.k. wyraził wprost Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 2 sierpnia 2006 r. sygn. II KK 2/06, w którym wskazał, iż orzekanie w sprawie przez sędziego, który uprzednio brał udział w wydaniu postanowienia w przedmiocie tymczasowego aresztowania, nie sposób postrześć jako naruszenie prawa. Z uwagi na fakt, że tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu stanowi co do istoty środek odpowiadający przewidzianemu w procedurze karnej środkowi zapobiegawczemu – tymczasowemu aresztowaniu lub zawieszenia wykonywania zawodu, a także, iż w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej odpowiednie zastosowanie mają przepisy Kodeksu postępowania karnego, Naczelny Sąd Lekarski w pełni podzielił pogląd wyrażony w ww. postanowieniu Sądu Najwyższego uznając jednocześnie, że odnosi się on wprost do przedmiotowej sprawy.

3. Zawieszenie postępowania⁸

3.1. Przesłanki uzasadniające zawieszenie postępowania były przedmiotem rozważań NSL w sprawie o sygn. akt NSL Rep 88/WS/14. W tym przypadku postanowieniem z dnia 6 maja 2014 r. OSL zawiesił postępowanie w sprawie o sygn. Ko-0004/2014 prowadzone przeciwko lekarzom. Na rozprawie w dniu 6 maja 2014 r. po rozpoznaniu wniosku obrońcy o zawieszenie postępowania do czasu zakończenia postępowania karnego prowadzonego w tej samej sprawie OSL uznał, iż zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca prowadzenie postępowania w sprawie wskazując jednocześnie w uzasadnieniu, iż poszerzenie materiału dowodowego o opinie innych biegłych powołanych w sprawie karnej są istotne w aspekcie przyszłego postępowania przed sądem lekarskim. Zażalenie na powyższe postanowienie wniósł pełnomocnik pokrzywdzonej zarzucając naruszenie przepisów art. 54 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 ze zm.) w związku z art. 22 § 1 k.p.k. i art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich*. Pełnomocnik zarzucił, iż brak jest podstaw do zawieszenia postępowania w sprawie – opinia biegłego sporządzona na zlecenie Prokuratury została wykonana i może zostać włączona jako dowód w sprawie przed sądem lekarskim. Pełnomocnik podkreślił także zasadę niezależności postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej od innych postępowań w sprawie tego samego czynu. Wskazał też, że z uwagi na ryzyko przedawnienia karalności zasadnym jest prowadzenie postępowania przez sąd lekarski, dlatego wniósł o uchylenie zaskarżonego postanowienia. Zażalenie na powyższe postanowienie wniósł także Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. NROZ zarzucił, iż zaskarżone postanowienie jest niezasadne. Podkreślając fakultatywność zawieszenia postępowania z uwagi na inne toczące się postępowania dotyczące tego samego czynu, NROZ podkreślił, iż owa fakultatywność powinna mieć miejsce wówczas, gdy wynik postępowania karnego może mieć istotny wpływ na wynik postępowania przed sądem lekarskim.

⁸ Zgodnie z art. 54 ust. 2 ustawy *o izbach lekarskich* „Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być zawieszono do czasu ukończenia postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy”.

NROZ podkreślił, że zawieszenie postępowania stosuje się z reguły w fazie postępowania wyjaśniającego, a nie na etapie postępowania sądowego oraz zarzucił także błędne wskazanie podstawy prawnej zaskarżonego postanowienia polegające na wskazaniu jako podstawy art. 90 ust. 1 i 2, które stanowią podstawę wydawania orzeczeń, a nie postanowień. W ocenie NSL wniesione zażalenia okazały się zasadne. Naczelny Sąd Lekarski podkreślił w uzasadnieniu swojego orzeczenia, iż jedną z podstawowych zasad postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest jego niezależność od innych postępowań dotyczących tego samego czynu. Sam fakt, iż obok postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się inne postępowanie np. karne, nie uzasadnia zawieszenia postępowania prowadzonego przez organy samorządu lekarskiego. Zasadne zatem było twierdzenie NROZ, iż zawieszenie postępowania w praktyce najczęściej stosowane jest na etapie postępowania wyjaśniającego – wówczas może zachodzić sytuacja, w której z uwagi na zaawansowanie postępowania karnego zasadne jest zawieszenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i pozyskanie w stosunkowo niedługim okresie znacznego materiału dowodowego w sprawie. Jeżeli jednak sprawa trafia wraz z wnioskiem o ukaranie do sądu lekarskiego, a ten nie dostrzega braków postępowania wyjaśniającego, które powinny zostać uzupełnione przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, to sąd lekarski winien sprawę merytorycznie rozpoznać. Rozważając celowość zawieszenia postępowania, organ powinien także rozważyć jak długi będzie okres oczekiwania na zakończenie postępowania karnego. Jeżeli okres ten z dużym prawdopodobieństwem będzie dłuższy, niż czas niezbędny do zakończenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, to z uwagi na krótki okres przedawnienia karalności przewinień zawodowych zasadnym jest prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Taka właśnie sytuacja – zdaniem NSL – zachodzi w przedmiotowej sprawie. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego zgromadzony w sprawie materiał dowodowy daje podstawy do merytorycznego rozpoznania wniesionych wniosków o ukaranie. Wobec powyższego Naczelny Sąd Lekarski uchylił zaskarżone postanowienie, przekazując sprawę do dalszego prowadzenia Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu.

4. Opinia biegłego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy⁹

4.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 22/OWU/14 orzeczeniem z dnia 18 października 2013 r., sygn. akt OSL-30/2013, OSL w X. uznał lekarza FC winnym popełnienia prze-

⁹ W § 35 regulaminu stanowi się, że opinia biegłego powinna zawierać w szczególności sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski. Z kolei w art. 200 § 2 k.p.k. stosowanym w zw. z art. 112 ustawy o izbach: Opinia powinna zawierać: 1) imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność i stanowisko zawodowe biegłego, 2) imiona i nazwiska oraz pozostałe dane innych osób, które uczestniczyły w przeprowadzeniu ekspertyzy, ze wskazaniem czynności dokonanych przez każdą z nich, 3) w wypadku opinii instytucji – także pełną nazwę i siedzibę instytucji, 4) czas przeprowadzonych badań oraz datę wydania opinii, 5) sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski, 6) podpisy wszystkich biegłych, którzy uczestniczyli w wydaniu opinii.

winienia zawodowego polegającego na tym, że w dniach od 3 listopada 2010 r. do 28 czerwca 2011 r. w Przychodni Poradni Ortopedycznej Szpitala, konsultując pacjentkę, nie dołożył należytej staranności diagnostycznej, polegającej na pobieżnej interpretacji zdjęć rtg zleczanych w jednej projekcji, oraz leczniczej, polegającej na zbyt późnym rozpoznaniu destabilizacji zespolenia i opóźnionego zrostu złamania szyjki kości udowej prawej i braku właściwej reakcji na zgłaszane dolegliwości bólowe kończyny dolnej prawej, co doprowadziło do opóźnienia wdrożenia odpowiedniego leczenia, czym naruszył art. 8 KEL i art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i za wyżej wymieniony czyn wymierzył obwinionemu lekarzowi karę upomnienia oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołania do NSL wnieśli: pismem z dnia 7 stycznia 2014 r. obwiniony lekarz oraz obrońca obwinionego. W ocenie NSL odwołania nie były zasadne i nie zasługiwały na uwzględnienie. Jak podkreślono w uzasadnieniu stanowiska NSL, faktycznie podnoszony w odwołaniu zarzut dotyczący błędnego określenia czasu popełnienia przypisywanego obwinionemu czynu jest zasadny, jednak, aby stanowił on skuteczną przesłankę odwoławczą należałoby wykazać, że błąd ten miał wpływ na treść wydanego orzeczenia. W przedmiotowej sprawie zależność taka w ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego nie zachodzi. Podkreślono, że nie jest zasadny zarzut nieprzeprowadzenia z urzędu dowodu z opinii innego biegłego. Art. 59 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 2 grudnia 2009 r. nie nakazuje obligatoryjnego powoływania biegłych w każdym toczącym się postępowaniu (z wyjątkiem opinii o stanie zdrowia psychicznego obwinionego, w którym to przypadku konieczna jest opinia dwóch psychiatrów). Ponadto, to organ prowadzący postępowanie przeprowadza dowód z opinii wyznaczonego przez siebie biegłego. W przedmiotowej sprawie OSL przeprowadził dowód z opinii wyznaczonego biegłego, a opinię prywatną przedstawioną przez obwinionego dopuścił, dołączając ją do akt sprawy i także uwzględnił w swoich rozważaniach odnośnie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Naczelny Sąd Lekarski podzielił zdanie Sądu I instancji, iż opinia (prywatna) była ogólnikowa i nie wypowiadała się co do prawidłowości lub nieprawidłowości postępowania obwinionego lekarza. W szczególności brakuje w niej ustosunkowania się do konkretnych zarzutów z wniosku o ukaranie, a ocenę kluczowego dla sprawy zdjęcia rtg z dnia 10 stycznia 2011 r. kwituje stwierdzeniem cyt.: „chora wykonała badanie rtg, na którym wg lekarza prowadzącego stwierdzono prawidłowy postęp gojenia złamania”. Ponadto zawiera ona błędy w datach wypisu chorej ze szpitala oraz w datach wizyt, co stwarza wątpliwości co do rzetelności jej sporządzenia. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego nie doszło także do naruszenia zasady swobodnej oceny materiału dowodowego oraz rozstrzygania niedających się usunąć wątpliwości na korzyść obwinionego. Powołując się na wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 lipca 2013 r. (II Aka 154/13, Legalis), w którym Sąd ten stwierdza, iż: „okoliczność, że oskarżony nie przyznaje się do winy, w sytuacji istnienia wiarygodnych dowodów wskazujących na jego sprawstwo, nie może być uznana za podstawę przyjęcia, iż zaistniała w tym zakresie wątpliwość, którą należy rozstrzygnąć na jego korzyść”. Podobnie w przedmiocie niniejszego postępowania należy wskazać, iż występowanie pewnych rozbieżności w materiale dowodowym nie może skutkować ich interpretacją na korzyść obwinionego, ponieważ sprowadzałoby się to do automatycznego dawania wiary dowodom korzystnym, a odrzucaniu dowodów obciążających obwinionego. Naczelny

Sąd Lekarski stanął na stanowisku, iż Okręgowy Sąd Lekarski prawidłowo uznał, iż obwiniony nie zareagował na zgłaszane mu przez pokrzywdzoną dolegliwości oraz brak postępu w rehabilitacji w sposób właściwy, to znaczy poprzez podjęcie decyzji o częstszej kontroli radiologicznej. Obwiniony posiadając wiedzę, że po zabiegach zespolenia złamania szyjki kości udowej często dochodzi do jej destabilizacji (tu zgodność opinii obu biegłych) powinien w pierwszej kolejności podjąć podejrzenie, że do takiego właśnie powikłania, pomimo prawidłowego leczenia, doszło. Naczelny Sąd Lekarski podzielił także opinię Sądu I instancji, iż oczywistym jest fakt, że wcześniejsze rozpoznanie powikłania skutkowałoby wcześniejszym przygotowaniem pacjentki do zabiegu oraz jego wykonaniem, a w konsekwencji skróceniem dolegliwości bólowych i trudności w poruszaniu się. Odnoszą się do zarzutu niedoręczenia obrońcy obwinionego odpisu orzeczenia wraz z uzasadnieniem, stanowiło naruszenie przepisów postępowania, lecz pozostawało bez wpływu na wydane przez OSŁ orzeczenie. Ponadto, uchybienie to zostało naprawione zarządzeniem Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego o doręczeniu obrońcy odpisu orzeczenia wraz z uzasadnieniem poprzez jego wykonanie.

4.2. W sprawie o sygn. akt. NSL Rep. 1/OWU/14 orzeczeniem z dnia 5 września 2013 r., sygn. akt OSŁ-24/12, Okręgowy Sąd Lekarski w X. po rozpoznaniu sprawy lekarz obwinionej o to, że w dniu 9 lipca 2010 r. pełniąc dyżur w SOR nie wykazała należytej staranności i troski w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym u chorego lat 18, w ten sposób, że zaniedbała monitorowania, częstego wykonywania EKG oraz wnikliwej obserwacji, co spowodowało opóźnienie prawidłowego rozpoznania i leczenia oraz konsultacji w Ośrodku Kardiologii Interwencyjnej, a w konsekwencji naraziło pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, to jest popełnienie przewinienia zawodowego z art. 8 i 10 KEL w zbiegu z art. 4 lekarskiej ustawy zawodowej, uznał obwinioną za winną zarzucanego jej czynu i wymierzył karę nagany oraz obciążył ją kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 16 grudnia 2013 r. obwiniona lekarka wniosła odwołanie do NSL, zarzucając błąd w ustaleniach faktycznych, wskazując m.in. na: naruszenie prawa procesowego poprzez wzięcie pod uwagę zeznań jednych świadków, a pominięcie innych świadków, mających wiedzę w rozpoznawanej sprawie; odmówienie prawa obwinionej do obrony poprzez oddalenie wniosku obwinionej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego. W opinii NSL odwołanie było zasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu stanowiska NSL, zarzut obwinionej podnoszony w odwołaniu odnośnie dopuszczenia dowodu w postaci opinii innego biegłego jest zasadny. Dowód z opinii biegłych jest jedynym z najczęściej stosowanych dowodów w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i powołuje się go, gdy stwierdzenie okoliczności mających istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych. Dowód opinii biegłych ma szczególny charakter, co nie oznacza jednak istnienia swoistych kryteriów oceny tych dowodów. Dowody te sąd ocenia zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów zarówno pod kątem logiczności, jak i poprawności rozumowania oraz pod kątem merytorycznym. Zarówno uprawnienie co do orzekania o winie, jak i ocena czynu są domeną sądu, zaś w opinii biegłych nie powinny znajdować się sformułowania dotyczące tej kwestii. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego opinia biegłego powołanego w sprawie była

niepełna i niewystarczająca do wyjaśnienia wszystkich okoliczności, które w niniejszym postępowaniu wymagają wiadomości specjalnych. Dlatego też, Naczelny Sąd Lekarski uznał, że wskazanym byłoby przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu Medycyny Ratunkowej, w związku z czym uwzględnił wniosek obwinionej lekarz o powołanie dowodu z opinii innego biegłego.

4.3. W innej sprawie (o sygn. NSL Rep. 12/OWU/14) orzeczeniem z dnia 17 października 2013 r. jeden z OSL-ów uniewinnił lekarza, obwinionego o to, że pełniąc funkcję biegłego sądowego Sądu Okręgowego (sądu powszechnego) w zakresie chirurgii, wydał w dniach 4 czerwca i 20 sierpnia 2012 r. dwie opinie sądowo-lekarskie w sprawie II C 786/10 z przekroczeniem swoich kompetencji, wynikających z posiadanej specjalizacji chirurga ogólnego oraz wydał powyższe opinie niezgodnie z treścią postanowienia Sądu Okręgowego w X. z dnia 26 stycznia 2012 r., który dopuścił jako dowód w sprawie opinie biegłego w zakresie ortopedii i traumatologii. Ponadto, powyższe opinie sądowo-lekarskie zostały sporządzone z nadrukiem zawierającym dodatkowo w nagłówkach zapis cyt.: „Okręgowa Izba Lekarska 68-99-1-5287888 certyfikat bezterminowy” co sugeruje, że zostały wydane przez osobę wykonującą czynności z upoważnienia i reprezentującą Okręgową Izbę Lekarską oraz posiadającą nadany przez tą instytucję certyfikat – co jest niezgodne ze stanem faktycznym, tj. o popełnienie przewinienia zawodowego z art. 1 pkt 3 KEL, art. 41 i art. 61 KEL w zb. z art. 2 i 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Odwołanie od powyższego orzeczenia pismem z dnia 27 grudnia 2013 r. wniósł OROZ, które w ocenie NSL nie było zasadne. Jak zauważono w uzasadnieniu orzeczenia NSL, postępowanie dowodowe przed Sądem I instancji było zdaniem NSL wystarczające i prawidłowe. Zarzut zdefiniowany w odwołaniu skupia się na treści opinii przygotowanej przez obwinionego o tematyce zakresłej przez sąd cywilny. Nie jest istotne jakie oczekiwania wyraził sąd cywilny wobec obwinionego co do treści opinii, lecz to, do czego obwiniony w opinii w rzeczywistości się odnosił – w tym zakresie słusznie Sąd I instancji uznał, iż obwiniony nie przekroczył swych kompetencji. Opiniowanie dotyczyło jatrogennego uszkodzenia tętnicy biodrowej, czyli działań związanych z chirurgią ogólną i szeroko pojętą chirurgią urazową. Biegły w tym zakresie nie przekroczył posiadanych uprawnień specjalistycznych, a stwierdzenia o nieskuteczności leczenia ortopedycznego mają charakter opisowy, a nie orzecznicy. Posługiwanie się drukiem z nagłówkiem Okręgowa Izba Lekarska i Gabinet Lekarski nie było zbyt fortunate, ale w ocenie NSL nie wypełnia znamion przewinienia zawodowego, które można by wskazać jako naruszenie któregośkolwiek z postanowień KEL – w szczególności nie narusza dyspozycji art. 41 KEL. Ponadto zdaniem NSL ocena wiarygodności opinii należy do sądu, który zlecił jej wykonanie. W przypadku wątpliwości co do treści przygotowanej opinii biegłego sąd cywilny może zawsze powołać innego biegłego lub zlecić wykonanie opinii zespołowi biegłych o odpowiednich specjalnościach. W odniesieniu do wniosku pełnomocnika obwinionego o zwrot kosztów postępowania należy wskazać, iż zgodnie z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 2 grudnia 2009 roku przepisy stosuje się odpowiednio, co zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego oznacza, że można stosować te przepisy wprost, z odpowiednimi zmianami lub nie stosować ich w ogóle. Należy przy tym podkreślić, iż odesłanie to odnosi się jedynie do przepisów dotyczących postępowania

uproszczonego, nie zaś do wszystkich przepisów Kodeksu postępowania karnego. W ocenie NSL w przedmiotowej sprawie nie zachodzi możliwości stosowania przepisów Kodeksu postępowania karnego. Naczelny Sąd Lekarski podniósł, iż brak jest w systemie polskiego prawa przepisów, które pozwalałyby rozstrzygać o roszczeniach majątkowych między obywatelami. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mimo, iż posiłkowo sięga do przepisów Kodeksu postępowania karnego, jest jednak postępowaniem o odmiennej charakterystyce, odmiennej regulacji i funkcjach. Gdyby ustawodawca zamierzał powierzyć organom samorządu lekarskiego kompetencję do rozstrzygania o przesunięciach majątkowych pomiędzy stronami postępowania, to dałby temu w sposób jednoznaczny wyraz w przyjętej w 2009 r. ustawie *o izbach lekarskich*. Przepisy regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich nie regulują co prawda kosztów postępowania w rozumieniu, w jakim terminem tym posługuje się Kodeks postępowania karnego, ale Regulamin ten zgodnie z § 52 ściśle określa koszty postępowania przed sądem lekarskim. Do kosztów tych zalicza się jedynie koszty doręczenia wezwań i innych pism związanych z postępowaniem przed sądem, należności rzeczownika i członków sądu związane z postępowaniem w tym sądzie, a w szczególności zwrot utraconych zarobków i kosztów przejazdu, należności świadków z tytułu zwrotu utraconych zarobków i kosztów przejazdu, należności biegłych za wydane opinie oraz z tytułu utraconych zarobków i kosztów przejazdów w razie wezwania przez sąd do uczestnictwa w rozprawie oraz inne koszty administracyjne, w tym koszt materiałów biurowych i piśmienniczych. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego w zakresie wydatków poniesionych przez strony, rozwiązanie podniesione przez stronę – w tym przypadku obwinionego – było nieuprawnione i nieuzasadnione.

5. Wymiar kary¹⁰

5.1. Orzeczeniem z dnia 28 marca 2014 r., sygn. akt. 5/Wu/2013, Okręgowy Sąd Lekarski uznał za winnego lekarza obwinionego o to, że w dniu 10 stycznia 2013 r. pełnił dy-

¹⁰ Art. 83. 1. Sąd lekarski może orzekać następujące kary: 1) upomnienie; 2) nagana; 3) kara pieniężna; 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat; 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat; 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat; 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu. 2. Sąd lekarski, orzekając karę przewidzianą w ust. 1 pkt 5 lub 6, może dodatkowo orzec karę wymienioną w ust. 1 pkt 4. Art. 84 u.i.l. W przypadku orzeczenia kary przewidzianej w art. 83 ust. 1 pkt 4–7, sąd lekarski może zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem. Por. art. 53. § 1 k.k. w zw. z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*. Sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych przez ustawę, bacząc, by jej dolegliwość nie przekraczała stopnia winy, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu oraz biorąc pod uwagę cele zapobiegawcze i wychowawcze, które ma osiągnąć w stosunku do skazanego, a także potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa. § 2. Wymierzając karę, sąd uwzględnia w szczególności motywację i sposób zachowania się sprawcy, popełnienie przestępstwa wspólnie z nieletnim, rodzaj i stopień naruszenia ciężących na sprawcy obowiązków, rodzaj i rozmiar ujemnych następstw przestępstwa, właściwości i warunki osobiste sprawcy, sposób życia przed popełnieniem przestępstwa i zachowanie się po jego popełnieniu, a zwłaszcza staranie o naprawienie szkody lub zadośćuczynienie w innej formie społecznemu poczuciu sprawiedliwości, a także zachowanie się pokrzywdzonego.

żur pod wpływem alkoholu w NZOZ, czym naruszył art. 64 Kodeksu etyki lekarskiej i wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 4 maja 2014 r. obwiniony odwołał się do NSL, wnioskując o uchylenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu, tłumacząc powyższe trudnościami natury finansowej i rodzinnej. Rozpatrując odwołanie NSL (Rep. 72/OWU/14) stwierdził, że odwołanie nie jest zasadne. Uzasadniając taki pogląd stwierdzono, że wymierzona obwinionemu kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres jednego roku jest zasadna i adekwatna do ciężaru popełnionego przewinienia zawodowego. Naczelny Sąd Lekarski wziął pod uwagę i w pełni podzielił stanowisko OSL, że postępowanie obwinionego było wysoce naganne. Znaczny stopień społecznej szkodliwości przyjmowania pacjentów w stanie pod wpływem alkoholu oraz fakt, że takie zachowanie obwinionego dotkliwie podważa zaufanie do zawodu lekarza w ogóle sprawiają, iż niezbędna jest surowa reakcja samorządu lekarskiego. Stąd Naczelny Sąd Lekarski podzielił w tym zakresie wyrażone na rozprawie odwoławczej stanowisko Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej uznając, iż kara zawieszenia prawa do wykonywania zawodu jest wystarczająco dotkliwa, aby skłonić obwinionego do powstrzymania się od popełniania podobnych przewinień zawodowych w przyszłości. Jak podkreślono, obwiniony był już wcześniej skazany na karę nagany za udzielanie świadczeń medycznych pod wpływem alkoholu w dniu 8 maja 2012 r. Dotychczasowe postępowanie obwinionego dowodzi, iż wymierzenie kary łagodniejszego rodzaju nie gwarantuje osiągnięcia celu prewencji indywidualnej, tj. powstrzymania obwinionego od podejmowania podobnych zachowań w przyszłości. Fakt uprzedniego ukarania za podobne przewinienie zawodowe stanowi niewątpliwie okoliczność obciążającą, uzasadniającą wymierzenie kary surowszej, niż poprzednio. Trudna sytuacja majątkowa i rodzinna nie może usprawiedliwiać postępowania obwinionego i stanowić okoliczności łagodzącej przy wymiarze kary. Naczelny Sąd Lekarski nie dostrzegł również innych okoliczności uzasadniających zmianę wymierzonej obwinionemu kary na karę łagodniejszego rodzaju.

5.2. W kolejnej sprawie orzeczeniem z dnia 20 listopada 2013 r. Okręgowy Sąd Lekarski uznał dr n. med. winnym zarzucanego mu przewinienia zawodowego polegającego na tym, że: jako ordynator Oddziału Ratunkowego Szpitala zachował się niegrzecznie i nieżyczliwie wobec matki 21-letniego R. głęboko upośledzonego z powodu mózgowego porażenia dziecięcego, która zgłosiła się z synem w celu poprawienia położenia sondy żołądkowej tj. o naruszenie art. 12, art. 19 i art. 52 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej. Za powyżej wskazane przewinienie zawodowe Okręgowy Sąd Lekarski wymierzył dr n. med. karę pieniężną w wysokości jednokrotnego przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, tj. kwotę 3770,43 zł na rzecz Fundacji dla Dzieci oraz obciążył obwinionego kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia, pismem z dnia 3 marca 2014 r., odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego wniosła pokrzywdzona zarzucając, iż kara, którą orzekł Okręgowy Sąd Lekarski jest za mała i nie wystarczająca wobec popełnionego przewinienia zawodowego. Innego zdania był jednak NSL (sygn. Rep. 32/OWU/14) uznając odwołanie jako niezasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu stanowiska NSL, ustalenia Okręgowego Sądu dotyczące stanu faktycz-

nego i wymierzona kara były prawidłowe i brak jest podstaw do ich zakwestionowania. Okręgowy Sąd prawidłowo przeprowadził postępowanie dowodowe, w oparciu o które ustalony został stan faktyczny. Dowiodło ono, że dr n. med. dopuścił się względem chorego, a także towarzyszącej mu opiekunki przewinienia zawodowego polegającego na naruszeniu art. 12 i art. 19 Kodeksu etyki lekarskiej. Słusznie Okręgowy Sąd Lekarski w wydanym uzasadnieniu stwierdził, że lekarz winien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą. Lekarz winien odnosić się również ze zrozumieniem do osób bliskich choremu, wyrażających obawy o jego zdrowie i życie. Słusznie Okręgowy Sąd Lekarski uznał, że postępowanie obwinionego lekarza było niewłaściwe, nacechowane brakiem zrozumienia i empatii do pacjenta i jego rodziny. Pomimo, że p. J.S. nie posiadała skierowania na przeprowadzenie stosownej procedury medycznej nie winno to skutkować opisanym zachowaniem obwinionego. Naczelny Sąd Lekarski podzielił także stanowisko Okręgowego Sądu Lekarskiego wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, że wcześniejsze nieporozumienia, jakie wyniknęły między ordynatorem SOR a ordynatorem OIOM nie mogą odbijać się na pacjencie, w tym przypadku niepełnosprawnym i jego matce. Naczelny Sąd Lekarski uznał, że kara orzeczona przez Sąd I instancji jest karą adekwatną do wagi popełnionego przewinienia zawodowego. Naczelny Sąd Lekarski podzielił także wyrażone w uzasadnieniu przesłanki, jakimi kierował się przy orzeczeniu kary, a także za uznanie jako okoliczności łagodzących – wcześniejszej niekaralności obwinionego lekarza oraz pozytywnej opinii środowiska lekarskiego. Wobec powyższego Naczelny Sąd Lekarski stwierdził, że wymierzona kara orzeczona przez Okręgowy Sąd Lekarski będzie dostatecznym czynnikiem dyscyplinującym lekarza, aby w przyszłości nie popełniać podobnych przewinień zawodowych.

5.3. W innym przypadku, orzeczeniem z dnia 27 czerwca 2012 r., sygn. akt Wu 30/11, Okręgowy Sąd Lekarski w X. uznał dr n. med. obwinionego o to, że jako lekarz kierujący zespołem karetki Pogotowia Ratunkowego, udzielając pomocy A.H. w dniu 19 maja 2010 r. popełnił błąd w sztuce lekarskiej w ten sposób, że w chwili wystąpienia u wyżej wymienionego pacjenta nagłego zatrzymania krążenia (NKZ) i zatrzymania oddychania nie wykonał intubacji i nie zastosował wsparcia oddechowego, a następnie nie zastosował farmakoterapii, co mogło przyczynić się do przeniesienia chorego w stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, tj. o naruszenie artykułu 8 Kodeksu etyki lekarskiej, winnym zarzuconego przewinienia i wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego pismem z dnia 8 października 2012 r. odwołanie złożył obwiniony. W uzasadnieniu odwołania obwiniony wskazał na swoje wysokie kwalifikacje oraz duże doświadczenie zawodowe, co w wystarczającym stopniu powinno uzasadniać prawidłowość podjętych działań podczas udzielania pomocy A.H. oraz deprecjonować wartość zeznań przesłuchiwanym w sprawie świadków jako nieposiadających merytorycznego przygotowania, które można by porównać z kwalifikacjami obwinionego. Naczelny Sąd Lekarski po rozpoznaniu ww. odwołania uznał wymierzoną przez Sąd I instancji karę zawieszenia wykonywania zawodu na okres jednego roku za zbyt surową i zmienił ją, zawieszając prawo wykonywania zawodu na okres sześciu miesięcy. Na orzeczenie to Prezes Naczelnej

Rady Lekarskiej w dniu 12 sierpnia 2013 r. (NRL/ZRP/WI/375-1/2013) wystosował do Sądu Najwyższego wniosek kasacyjny, w którym wskazał, iż orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego nie może się ostać z uwagi na brzmienie art. 83 ust.1 pkt 6 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 2 grudnia 2009 roku, która określa, że kara zawieszenia wykonywania prawa zawodu wymierzona jest w granicach od jednego roku do lat pięciu. Obwiniony lekarz nie wniósł kasacji od powyższego orzeczenia. Wyrokiem z dnia 17 grudnia 2013 r. Sąd Najwyższy, sygn. akt SDI 47/13, uchylił zaskarżone orzeczenie w części dotyczącej orzeczenia o karze i sprawę w tym zakresie przekazał do ponownego rozpatrzenia NSL. W uzasadnieniu Sąd Najwyższy stwierdził, iż zaskarżone orzeczenie zapadło z rażąco obrażą art. 83 ust. 1 pkt 6 ustawy *o izbach lekarskich*, który stanowi, iż kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu wymierzana jest od jednego roku do lat pięciu. NSL w sprawie o sygn. NSL Rep 11/OWU/14 będąc związanym wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2013 r. rozpatrzył sprawę jedynie w zakresie rozstrzygnięcia o karze. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego odwołanie obwinionego od orzeczenia Sądu I instancji nie było zasadne, a wymierzoną przez Okręgowy Sąd Lekarski karę uznano za adekwatną do stopnia przewinienia zawodowego, jego skutku, okoliczności popełnienia oraz rangi naruszonych dóbr. Na wysokość wymierzonej kary musiał mieć wpływ także fakt poprzedniej karalności obwinionego lekarza. Ponadto obwiniony nadal nie rozumie popełnionego przez siebie błędu, co wynika z jego wypowiedzi przed Naczelnym Sądem Lekarskim oraz z przesłanego 13 lutego 2014 r. pisma procesowego. Obwiniony podkreślał wielokrotnie swoje wysokie kwalifikacje oraz doświadczenie lekarskie, także w zakresie ratownictwa medycznego, co jednak w ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego nie może stanowić okoliczność łagodzącej. Oba sądy lekarskie: zarówno Okręgowy, jak i Naczelny Sąd Lekarski rozstrzygając sprawę na rozprawie w dniu 19 lutego 2013 r., nie miały wątpliwości nie tylko co do winy obwinionego, ale także co do zasadności wymierzenia kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu. Różnica polegała jedynie na określeniu wymiaru tej kary. Wobec powyższego, Naczelny Sąd Lekarski, działając na podstawie art. 92 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie Sądu I instancji zaliczając na poczet orzeczonej kary okres rzeczywistego wykonania kary orzeczonej na podstawie orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 19 lutego 2013 r., sygn. NSL Rep. 149/OWU/12, czyli okres od 19 lutego 2013 r. do dnia 17 grudnia 2013 r., kosztami postępowania obciążając obwinionego lekarza.

6. Wznowienie postępowania¹¹

6.1. W jednej ze spraw, które pojawiły się na wokandzie sądów lekarskich, stan faktyczny przedstawiał się następująco. Otóż pismem z dnia 18 czerwca 2014 r. pełnomocnik

¹¹ Por. art. 99 u.i.l. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego wznawia się, jeżeli: 1) w związku z postępowaniem dopuszczono się przestępstwa, a istnieje uzasadniona podstawa do przyjęcia, że mogło to mieć wpływ na treść orzeczenia; 2) po wydaniu orzeczenia ujawnią się nowe fakty lub dowody nieznanne przedtem sądowi lekarskiemu, wskazujące na to, że: a) obwiniony nie popełnił czynu albo czyn jego

obwinionej – adw. R.B. wystąpił z wnioskiem o wznowienie prawomocnie zakończono postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej swojej mandantki – zakończonego orzeczeniem Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 12 lutego 2014 r. w sprawie o sygn. akt NSL Rep 178/OWU/13 utrzymującym w mocy orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego, sygn. akt 58/Wu/2013. Pełnomocnik jako podstawę wniosku wskazał naruszenie przepisu art. 439 § 1 pkt 11 k.p.k. w zw. z art. 102 pkt 2 ustawy *o izbach lekarskich* oraz wskazał, iż obwiniona posiada miejsce zamieszkania i adres korespondencyjny na obszarze Republiki Federalnej Niemiec, a korespondencja w sprawie nie była na ten adres kierowana. Powyższe, w ocenie pełnomocnika, stanowiło naruszenie prawa obwinionej do obrony. Naczelny Sąd Lekarski w sprawie o sygn. NSL 109/WS/14 uznał, że wniosek o wznowienie postępowania jest niezasadny. Jak podkreślono w uzasadnieniu NSL, korespondencja w sprawie była kierowana na adres udzielania przez obwinioną świadczeń zdrowotnych na terenie Polski i była

nie stanowił przewinienia zawodowego lub nie podlegał karze, b) sąd lekarski umorzył postępowanie błędnie przyjmując popełnienie przez obwinionego zarzucanego mu czynu. Art. 100. Postępowanie przed sądem lekarskim zakończone prawomocnym orzeczeniem można wznowić w wypadku uchylecia lub istotnej zmiany treści prawomocnego wyroku lub orzeczenia, z powodu którego zostało ono umorzone w trybie art. 82 ust. 2. Art. 101. Czyn, o którym mowa w art. 99 pkt 1, musi być ustalony prawomocnym wyrokiem skazującym, chyba że orzeczenie takie nie może zapaść z powodu przyczyn wymienionych w art. 17 § 1 pkt 3–11 lub w art. 22 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks postępowania karnego*. Art. 102. 1. Wznowienie postępowania może nastąpić na wniosek strony lub z urzędu. 2. Postępowanie wznowia się z urzędu tylko w razie ujawnienia się jednego z uchybień wymienionych w art. 439 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks postępowania karnego*. 3. Wznowienie nie może nastąpić z przyczyn wymienionych w ust. 2, jeżeli były one przedmiotem rozpoznania w trybie kasacji. 4. Niedopuszczalne jest wznowienie postępowania z urzędu na niekorzyść obwinionego po upływie 6 miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. Art. 103. 1. W sprawie wznowienia postępowania zakończonego prawomocnym orzeczeniem okręgowo sądu lekarskiego lub Naczelnego Sądu Lekarskiego orzeka w innym składzie sąd lekarski, który wydał orzeczenie kończące prawomocnie postępowanie. 2. W kwestii wznowienia postępowania sąd lekarski orzeka na posiedzeniu bez udziału stron, chyba że przewodniczący sądu lub sąd postanowi inaczej. Art. 104. Wniosek o wznowienie postępowania powinien być sporządzony i podpisany przez adwokata. Do wniosku dołącza się odpowiednią liczbę jego odpisów dla stron postępowania. Art. 105. 1. Na postanowienie oddalające wniosek o wznowienie postępowania lub pozostawiające go bez rozpoznania przysługuje zażalenie do Naczelnego Sądu Lekarskiego w terminie 14 dni od dnia doręczenia postanowienia, z tym że zażalenie na postanowienie Naczelnego Sądu Lekarskiego rozpoznaje ten sąd w innym składzie. 2. Orzekając o wznowieniu postępowania, okręgowy sąd lekarski uchyla zaskarżone orzeczenie i ponownie rozpatruje sprawę w innym składzie, a Naczelny Sąd Lekarski uchyla zaskarżone orzeczenie i przekazuje sprawę właściwemu okręgowemu sądowi lekarskiemu do ponownego rozpoznania. Od orzeczenia o wznowieniu postępowania środek odwoławczy nie przysługuje. 3. Uchylając zaskarżone orzeczenie, sąd lekarski może uniewinnić obwinionego, jeżeli nowe fakty lub dowody wskazują na to, że orzeczenie to jest oczywiście niesłuszne, albo też postępowanie umorzyć. Art. 106. 1. Lekarzowi, który w wyniku wznowienia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy lub kasacji został uniewinniony, przysługuje odszkodowanie za poniesioną szkodę oraz zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, na skutek wykonania względem niego w całości lub w części kary, która została zmieniona albo uchylona w wyniku wznowienia postępowania lub kasacji. 2. Roszczenia przysługują w stosunku do okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony był członkiem w momencie ukarania. 3. W sprawach roszczeń orzeka sąd powszechny. 4. Roszczenia ulegają przedawnieniu z upływem roku od dnia uprawomocnienia się orzeczenia wydanego w wyniku wznowienia postępowania.

odbierana przez osoby upoważnione do odbioru korespondencji. Zgodnie z treścią art. 133 § 3 k.p.k. pismo można również pozostawić osobie upoważnionej do odbioru korespondencji w miejscu stałego zatrudnienia adresata. Obwiniona prowadziła podmiot leczniczy, w którym udzielała świadczeń zdrowotnych. Działalności obwinionej w tym właśnie podmiocie leczniczym dotyczyła skarga, która doprowadziła do prawomocnego ukarania obwinionej przez sądy lekarskie. Alternatywna możliwość doręczenia pism w postępowaniu karnym, a poprzez przepis art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich*, także w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, dopuszcza doręczenie korespondencji za pośrednictwem miejsca zatrudnienia adresata – w przypadku obwinionej za miejsce takie można w ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego uznać miejsce udzielania przez obwinioną świadczeń zdrowotnych. Niezależnie od powyższego podkreślono, iż kierowana do obwinionej korespondencja docierała od niej, czego niezbitym dowodem jest zgłoszenie się w toku postępowania jej obrońcy. Przepisy Kodeksu postępowania karnego dotyczące postępowania uproszczonego znajdują odpowiednie zastosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Przepis art. 479 § 1 k.p.k. nie wymaga obowiązkowej obecności oskarżonego na rozprawie w postępowaniu uproszczonym. Tym samym wniosek, iż obecność obwinionej na rozprawie była obowiązkowa jest błędny. Reasumując, doręczenie obwinionej korespondencji poprzez miejsce wykonywania przez nią zawodu znajdowało oparcie w przepisach k.p.k., a kierowana w ten sposób korespondencja do obwinionej docierała – w przeciwnym wypadku obwiniona nie wiedziałaby o toczącym się postępowaniu i nie ustanowiłaby obrońcy.

6.2. W innej sprawie, zarządzeniem z dnia 30 stycznia 2014 r. przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego odmówił przyjęcia środka odwoławczego złożonego przez p. M.H. w sprawie o sygn. Z/OSL-14/11, jako wniesionego przez osobę nieuprawnioną. Przewodniczący OSL wskazał, iż wniosek o wznowienie postępowania złożony obarczony jest brakiem formalnym, gdyż powinien być sporządzony i podpisany przez adwokata, jak również został wniesiony z naruszeniem terminu wynikającego z treści art. 102 ust. 4 ustawy *o izbach lekarskich*, który nie pozwala na wznowienie postępowania na niekorzyść obwinionego po upływie 6 miesięcy od jego prawomocnego zakończenia. Zażalenie na powyższe zarządzenie wniósł p. M.H. Naczelny Sąd Lekarski (sygn. NSL Rep. 21/WS/14) oceniając ten środek odwoławczy stwierdził, że zażalenie nie jest zasadne w zakresie, w jakim skarżący zarzuca, iż nie został wezwany do uzupełnienia braku formalnego wniosku o wznowienie postępowania poprzez wniesienie go przez adwokata lub radcę prawnego w terminie 7 dni z pouczeniem o bezskuteczności wniosku w przypadku nieuzupełnienia ww. braku we wskazanym terminie. Jak podkreślono w uzasadnieniu stanowiska NSL, Okręgowy Sąd Lekarski nie wezwał wnioskodawcy do uzupełnienia braku formalnego złożonego wniosku z uwagi na drugą przeszkodę niepozwalającą rozpoznać złożonego wniosku – przeszkodę o charakterze nieusuwalnym. Zgodnie bowiem z treścią art. 102 ust. 4 ustawy *o izbach lekarskich* nie można wznowić postępowania na niekorzyść obwinionego lekarza po upływie 6 miesięcy od uprawomocnienia się orzeczenia. Termin 6-miesięczny wskazany w art. 102 ust. 4 ma charakter materialny – co oznacza, iż jego bieg nie ulega zawieszeniu, ani przedłużeniu. Postępowanie, którego wznowienia domaga się wnioskodawca zostało

zakończone prawomocnym postanowieniem OSL z dnia 9 września 2011 r., a wniosek o jego wznowienie został złożony 14 stycznia 2014 r. Wniosek o wznowienie postępowania wniesiony z naruszeniem terminu określonego w art. 102 ust. 4 nie może zatem zostać pozytywnie rozpoznany. Powyższe skłaniało do uznania, iż wniosek taki jest niedopuszczalny z mocy ustawy, co obliguje do odmowy jego przyjęcia na podstawie art. 429 § 1 k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich*.

7. Odpowiedzialność zawodowa osób pełniących funkcje w samorządzie lekarskim

7.1. Jeden z sądów lekarskich I instancji, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 11 kwietnia 2014 r. sprawy dr n. med. X. obwinionego o to, że: w okresie od 2008 r. do maja 2013 r., pełniąc funkcję przewodniczącego tego sądu, działając na szkodę samorządu lekarskiego podważył zaufanie do zawodu lekarskiego, doprowadzając do rażącej przewlekłości rozpoznawania wniosków o ukaranie skierowanych przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, nie wykonywał właściwego nadzoru nad pracą członków sądu i nad pracą kancelarii sądu, nie udzielał odpowiedzi na pisma Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a w szczególności doprowadził do przedawnienia w sprawie (sygn. akt SL-4-Wu-2011), czym miał naruszyć art. 1 ust. 3 w zw. z art. 59 i art. 61 Kodeksu etyki lekarskiej; działając na mocy art. 63 pkt 2 ustawy *o izbach lekarskich* postanowił umorzyć postępowanie w sprawie. Powyższe postanowienie zaskarżył pismem z dnia 10 maja 2014 r. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, zarzucając mu obrazę przepisów prawa materialnego, poprzez błędną wykładnię przepisów KEL oraz przepisów ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, wnosząc o uchylenie zaskarżonego postanowienia i skierowanie sprawy do OSL, w celu rozpoznania wniosku o ukaranie na rozprawie. Naczelny Sąd Lekarski (NSL Rep. 73/WS/14) ocenił, że zażalenie jest zasadne. NSL podzielił opinię NROZ, dotyczącą błędnego rozumowania sądu lekarskiego I instancji opierającego się na założeniu, że NROZ rości sobie kompetencje do kontroli sądów lekarskich. U podstaw przedmiotowej sprawy znajduje się informacja o nieprawidłowej pracy tego sądu lekarskiego, uzyskana od Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W sytuacji podejrzenia ewidentnego naruszenia obowiązujących procedur w świetle ustawy *o izbach lekarskich* oraz uchwalonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy Regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich, musiało skutkować wszczęciem postępowania przeciwko przewodniczącemu sądu lekarskiego I instancji. Powoływanie się na art. 81 i 76 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, było w interpretacji przyjętej przez sąd lekarski I instancji całkowicie chybione. Prawdliwość postępowania w zakresie rozpoznawania spraw jest kontrolowana w ramach kontroli instancyjnej przez NSL i ewentualnie w ramach nadzwyczajnej kontroli przez Sąd Najwyższy rozpoznający kasację. Z powyższego nie wynika jednak, że członkowie sądów lekarskich są objęci immunitetem w zakresie własnej odpowiedzialności zawodowej za ewentualne przewinienia zawodowe popełnione w związku z wykonywaniem czynności na rzecz sądu lekarskiego. NSL nie zgadza się także z interpretacją przyjętą przez sąd lekarski I instancji odnoszącą się do pojęcia przewinienia zawodowego związanego z działalnością samorządową lekarzy.

Przewodniczącym sądu lekarskiego może być wyłącznie lekarz i jako lekarz posiadać zakres kompetencji wynikający z ustawy *o izbach lekarskich* oraz uchwalonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy Regulaminu urzędowania sądów lekarskich (w tym wypadku szczególnie § 4, 5, 7 i 8), i winien bezwzględnie przestrzegać ww. przepisów oraz rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec samorządu lekarskiego, co stanowi istotę normy przepisu art. 61 KEL. Ponadto Naczelny Sąd Lekarski podkreślił, iż w myśl z art. 81 ww. ustawy, członkowie sądów lekarskich w zakresie orzekania podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa. Powyższe błędne założenia dotyczące przepisów prawa materialnego leżące u podstaw zaskarżonego rozstrzygnięcia uzasadniały jego uchylenie. W ocenie NSL postępowanie wyjaśniające prowadzone przez NROZ posiadało jednak pewne braki, które powinny zostać usunięte. W szczególności dotyczy to braku precyzyjnego określenia czasu, od kiedy dr pełnił obowiązki przewodniczącego sądu lekarskiego I instancji. Co ważniejsze, w ocenie NSL, materiał dowodowy na poparcie stawianych obwinionemu zarzutów powinien wskazywać na konkretne zdarzenia związane z jego działaniem lub zaniechaniem, tj. wskazanie dat spraw wnoszonych do sądu lekarskiego I instancji oraz doprecyzowanie czasu podjęcia przez przewodniczącego działań zmierzających do ich rozpoznania. Ocenie powinna podlegać kompletna działalność obwinionego w czasie jego kadencji, odnosząca się także do powodów, dla których Sąd z siedzibą w X., obraduje np. w mieście Y (oddalonym o kilkaset kilometrów). Zażalenie okazało się także zasadne w zakresie, w jakim dotyczy braku zawarcia w postanowieniu pouczenia stron o terminie i trybie zażalenia, tym niemniej nie jest to istotnie uchybienie proceduralne, gdyż jego naruszenie nie wpływa na treść postanowienia, a strony obecne na rozprawie zostały przez sąd lekarski I instancji o takiej możliwości pouczone.

8. Związanie wyrokiem sądu powszechnego¹²

8.1. W sprawie rozpatrywanej przez sądy lekarskie, jeden z nich orzeczeniem z dnia 20 listopada 2013 r. (sygn. akt 77/WU/2013), uznał obwinionego lekarza winnym tego, że w listopadzie 2011 r., wykonując usługi medyczne, wystawił recepty i skierowania do poradni specjalistycznej, wykorzystując część nienależącej do niego bazy danych, co stanowi przewinienie zawodowe określone w art. 1 ust. 3 i w art. 61 Kodeksu etyki lekarskiej i wymierzył mu karę upomnienia, obciążając go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia w imieniu obwinionego pismem z dnia 16 grudnia 2013 r. wniósł do Naczelnego Sądu Lekarskiego odwołanie jego obrońca. NSL uznał (NSL Rep. 2/OWU/14), że odwołanie nie jest zasadne, a zarzuty, które podnosi odwołujący są całkowicie nietrafne i niezajdujące potwierdzenia w okolicznościach sprawy. Jak podkreślono w uzasadnieniu stanowiska NSL, OSL ponownie rozpatrując sprawę w sposób pełny i prawidłowy zrealizował wszystkie wytyczne NSL zawarte w uzasadnieniu do wydanego orzeczenia z dnia 23 maja 2013 r. (sygn. NSL Rep. 47/OWU/13).

¹² Zgodnie z art. 62 ustawy *o izbach lekarskich* „Prawomocne rozstrzygnięcie sądu kształtujące prawo lub stosunek prawny jest wiążące dla organów prowadzących postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej”.

Ponadto podkreślono, że w toku postępowania uzupełniono postępowanie dowodowe. Orzeczenie Sądu nie zawiera żadnych uchybień formalnych, uzasadnienie jest jasne, spójne i logiczne, jak również spełnia wszystkie wymogi art. 89 ust. 1, 2 i 3 ustawy *o izbach lekarskich*. Co warto podkreślić, OSŁ rozpatrzył sprawę w granicach zarzutu opisanego we wniosku o ukaranie. Obwiniony nie posiadał ani zgody na wykorzystanie aplikacji wraz z bazą danych, ani nie będąc jej autorem nie posiadał do niej praw autorskich. Jednak rozporządził własnością osoby, u której był zatrudniony i do której ta baza wraz z aplikacją należały. Poza rozważaniami Sądu pozostała kwestia domniemych korzyści materialnych, które mogły się z tym wiązać, gdyż sprawy te rozstrzygnąć może poszkodowany w postępowaniu cywilnym. OSŁ nie naruszył przepisów art. 62 ust. 2 i art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich* w zw. z art. 8 k.p.k., to jest zasady niezależności postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wskazując, iż obwiniony został ukarany za wykroczenie z art. 12 ustawy z dnia 12 lipca 2011 r. *o ochronie baz danych* (Dz. U. Nr 128, poz. 1402 ze zm.) wyrokiem nakazowym Sądu Rejonowego w X. z dnia 22 lutego 2012 r., sygn. akt II W 159/12. Prawomocne rozstrzygnięcie sądu kształtujące prawo lub stosunek prawny jest wiążące dla organów prowadzących postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej tak więc sam fakt odwołania się przez OSŁ do tego prawomocnego ukarania za to wykroczenie jest li tylko wskazaniem istnienia takiego orzeczenia i wynikającego z niego faktu popełnienia wykroczenia. Nie sposób zatem zarzucać, iż prawomocny wyrok nakazowy za popełnienie wykroczenia lub przestępstwa jest okolicznością prawnie i dowodowo objętą dla oceny postawy etycznej lekarza. Nie może być w tym przypadku mowy o naruszeniu przez OSŁ art. 8 ust. 1 k.p.k. OSŁ w toku prowadzonego postępowania dokonał samodzielnej oceny wszelkich okoliczności faktycznych oraz prawnych. To, iż OSŁ przeprowadził dowody zebrane w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, w tym przypadku w postępowaniu przed Sądem Rejonowym w X. w sprawie o sygn. akt II W 159/12, samo w sobie nie może być uznane za naruszenie art. 8 § 1 k.p.k., gdyż dowody te były przedmiotem samodzielnej oceny OSŁ.

9. Wykładnia art. 53 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*¹³

9.1. Na uwagę zasługuje także wykładnia art. 53 lekarskiej ustawy zawodowej zaprezentowana w orzecznictwie NSL. Postanowieniem z dnia 29 stycznia 2014 r., sygn.

¹³ Art. 53. 1. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w miejscu wezwania może zatrudniać osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy).

2. Lekarz, lekarz dentysta wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub grupową praktykę lekarską lub grupową specjalistyczną praktykę lekarską, prowadzący odpowiednio staż podyplomowy, szkolenie specjalizacyjne lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, może zatrudniać lekarza, lekarza dentystę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego.

OSL-Wz-0005/2014, Okręgowy Sąd Lekarski w X. umorzył postępowanie przeciwko lekarzowi obwinionemu o uchylanie się od poddania się nałożonej nań wcześniej przez ten sam sąd lekarski I instancji karze. OSL uznał, iż niepoddanie się karze wymierzonej prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego nie stanowi przewinienia zawodowego albowiem nie narusza żadnego z przepisów rozdziału 1 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*. Powyższe postanowienie zostało zaskarżone przez OROZ w całości na niekorzyść obwinionego. W treści zażalenia Rzecznik zarzucił orzeczeniu OSL obrazę przepisu art. 53 ustawy *o izbach lekarskich* polegającą na przyjęciu, iż w myśl przywołanego przepisu lekarze i lekarze dentyści podlegają odpowiedzialności zawodowej jedynie za naruszenie przepisów ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*. Rzecznik podniósł, iż OSL nie odniósł się w ogóle w zaskarżonym postanowieniu do kwalifikacji prawnej czynu przyjętej we wniosku o ukaranie, tj. art. 76 w zw. z art. 1 Kodeksu etyki lekarskiej, które nakładają na lekarzy obowiązek kierowania się zasadami wyrażonymi w uchwałach samorządu lekarskiego, orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami lekarskimi, aby postępować w sposób, który nie będzie podważał zaufania do tego zawodu. W świetle takiej kwalifikacji prawnej nierespektowanie prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego jest w ocenie Rzecznika przewinieniem zawodowym. Naczelny Sąd Lekarski (w sprawie o sygn. NSL Rep. 34/WS/14) uznał, że zażalenie jest zasadne. Sąd ten w całej rozciągłości podzielił argumentację przytoczoną w treści zażalenia na uzasadnienie zarzutu obrazę prawa materialnego – przepisu art. 53 ustawy *o izbach lekarskich* oraz w zakresie wykładni przepisów art. 76 w zw. z art. 1 KEL. W ocenie NSL nie ulegało najmniejszej wątpliwości, iż nierespektowanie prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich jest zachowaniem podważającym zaufanie do zawodu lekarza i podważającym godność tego zawodu. Art. 76 KEL nakłada na lekarzy i lekarzy dentyistów obowiązek kierowania się m.in. wskazaniami wynikającymi z orzecznictwa sądów lekarskich. Powyższe oznacza, że zasady ogólne wynikające z tego orzecznictwa, tzn. powstające z niego normy postępowania pożądanego lub piętnowanego jako niezgodne z zasadami etyki lub przepisami dotyczącymi wykonywania zawodu, są wiążące dla całego środowiska lekarskiego. Skoro wskazania co do postępowania wynikające z orzecznictwa sądów lekarskich są wiążące nie tylko dla osób, których postępowanie było w konkretnej sprawie przez sąd lekarski oceniane, lecz dla całego środowiska lekarskiego, to nie sposób zatem racjonalnie uznać, iż nie są w pierwszej kolejności wiążące dla tej właśnie konkretnej osoby.

9.2. W innej ze spraw, orzeczeniem z dnia 4 listopada 2013 r., sygn. akt 7/Wu/2012, Okręgowy Sąd Lekarski uznał dr. n. med. winnym popełnienia przewinienia zawodowego polegającego na wypisywaniu recept lekarskich w okresie od 23 stycznia 2007 r. do 1 czerwca 2011 r. mimo zawieszonoego prawa wykonywania zawodu na okres od

3. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany do poinformowania organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu lekarza, lekarza dentysty.

4. Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się do indywidualnej praktyki lekarskiej i indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania lub wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

2 lutego 2006 r. do 4 listopada 2011 r. oraz orzeczonego zakazu wykonywania zawodu od 17 lutego 2011 r. do 16 lutego 2016 r., co stanowi naruszenie art. 50 § 4 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty* i na mocy art. 83 ust. 1 pkt 3 oraz art. 85 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* wymierzył mu karę pieniężną w wysokości dwukrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z przeznaczeniem na Hospicjum. Od powyższego orzeczenia odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył lekarz. NSL (sygn. NSL Rep. 8/OWU/14) uznał, że odwołanie jest częściowo zasadne. Sąd odwoławczy podzielił podniesiony przez obwinionego zarzut dotyczący wymierzenia kary przez Okręgowy Sąd Lekarski w oparciu o ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r., z pominięciem faktu iż ustawa obowiązująca w terminie częściowo pokrywającym się z datą przypisanego obwinionemu czynu nie przewidywała kary pieniężnej. Zgodnie z treścią art. 4 Kodeksu karnego jeżeli w czasie orzekania obowiązuje ustawa inna niż w czasie popełnienia przestępstwa, stosuje się ustawę nową. Jednakże należy stosować ustawę obowiązującą poprzednio, jeżeli jest względniejsza dla sprawcy. Powyższej okoliczności Sąd I instancji w ogóle nie uwzględnił przy wyborze rodzaju wymierzonej kary. Powyższe uchybienie uzasadnia konieczność uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania. NSL zgodził się również z obwinionym, iż z uwagi na fakt uchylenia prawomocnego orzeczenia NSL, którym ukarany był obwiniony za inne przewinienie zawodowe, proces toczenia się tego postępowania nie może stanowić okoliczności obciążającej obwinionego w niniejszej sprawie. W związku z przedawnieniem czynów zarzucanych obwinionemu, popełnionych w okresie od marca 2007 roku do 8 maja 2009 roku, ustalenie czy recepty przypisane obwinionemu przez NFZ w istocie zostały przez niego wystawione, czy posłużyła się tymi drukami osoba trzecia, jest zdaniem sądu odwoławczego niemożliwe z uwagi na negatywną przesłankę procesową uniemożliwiającą prowadzenie postępowania dowodowego w powyższym zakresie. W związku z powyższym, należało uchylić zaskarżone orzeczenie w części dotyczącej czynów zarzucanych obwinionemu popełnionych w okresie od marca 2007 roku do 8 maja 2009 roku i w tym zakresie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej umorzyć. W pozostałym zakresie Naczelny Sąd Lekarski działając na podstawie art. 92 ust. 1 ustawy *o izbach lekarskich* uchylił zaskarżone orzeczenie i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania.

10. Art. 1 ust. 3 KEL

10.1. Orzeczeniem z dnia 1 lipca 2014 r., sygn. akt 48/WU/2014, jeden z sądów lekarskich po rozpoznaniu na rozprawie sprawy lek. X. obwinionej o to, że: w Przychodni Lekarza Rodzinnego w okresie od stycznia do grudnia 2012 r. podczas kwalifikacji dzieci do obowiązkowych szczepień ochronnych podawała ich opiekunom informacje o możliwych zagrożeniach wynikających ze stosowania szczepionek w oparciu o informacje nie poparte dowodami naukowymi i w taki sposób, że opiekunowie dzieci odstępowali od ich szczepienia, co skutkowało istotnym wzrostem liczby dzieci nie poddanych szczepieniom w ww. przychodni i co wskazywało na propagowanie przez nią postaw antyzdrowotnych, czym naruszyła art. 1 ust. 3 w zw. z art. 2 ust. 2 i art. 71 KEL, uniewin-

nił obwinioną od zarzucanego jej przewinienia zawodowego kosztami postępowania obciążając Skarb Państwa. Powyższe orzeczenie zaskarżył w całości pismem z dnia 15 lipca 2014 r. OROZ. Naczelny Sąd Lekarski (sygn. akt NSL Rep. 119/OWU/14) uznał, że odwołanie jest zasadne. Podkreślono, iż zasadny był zarzut błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę wydanego orzeczenia. W uzasadnieniu zaznaczono, że w Polsce szczepienia obowiązkowe są bezpłatne. Podstawowym aktem prawnym dotyczącym szczepień jest ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych*. Wynika z niej obowiązek zgłaszania się i poddawania szczepieniom ochronnym. Prawdą jest, iż obowiązkiem lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną jest powiadomienie osoby zobowiązanej do poddania się szczepieniom (w tych przypadkach rodzicom) o korzyściach i ewentualnych możliwościach wystąpienia odczynów poszczepiennych. W przypadku wątpliwości, lekarz może odesłać matkę wraz z dzieckiem do konsultacji do Punktu Konsultacyjnego ds. szczepień. Jak wynika z materiału dowodowego obwiniona nie podejmowała takich działań. W ocenie NSL permanentne zniechęcanie rodziców dzieci do obowiązkowych szczepień oraz proponowanie postępowania „zastępczego” w formie homeopatii, jest postawą naganną i niezgodną z Kodeksem etyki lekarskiej (art. 1 ust. 3 w zw. z art. 2 ust. 2 i art. 71), a przede wszystkim szkodliwą dla pacjentów.

10.2. W innej sprawie, orzeczeniem z dnia 19 września 2013 r., sygn. akt. OSL/SZ/007/Wu/2013/, jeden z OSL-ów uniewinnił lekarza od zarzucanego mu we wniosku o ukaranie przewinienia, tj. o to, że: bezprawnie przywłaszczył dokumenty Okręgowej Komisji Wyborczej dot. wyborów na okres kadencji 2009–2013, a dodatkowo uniemożliwił prowadzenie postępowania wyjaśniającego poprzez celowe uchylanie się od obowiązku stawiania się na wezwanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do złożenia wyjaśnień, tj. naruszenie art. 8 ust. 1 i 3 ustawy *o izbach lekarskich* oraz art. 1 i 59 Kodeksu etyki lekarskiej (dalej KEL). Od powyższego orzeczenia odwołanie złożył OROZ. W ocenie NSL (sygn. akt NSL Rep. 23/OWU/14) odwołanie okazało się częściowo zasadne. OSL nie wykonał zaleceń Naczelnego Sądu Lekarskiego zawartych w uzasadnieniu poprzedniego orzeczenia z dnia 6 marca 2013 r. W szczególności OSL nie ustalił, czy w dniu 28 lutego 2011 r. obwiniony zwrócił komplet materiałów, czy celowo lub niecelowo poprzez niestaranność część zatrzymał (NSL zwrócił uwagę na dowody pośrednie – obwiniony w swoim odwołaniu posługuje się dokumentem, który rzekomo oddał), a także ile razy i przez kogo był wezwany do ich zwrotu. OSL powinien także rozważyć zmianę kwalifikacji prawnej czynu zarzucanego obwinionemu – nie wiadomo w istocie czy czyn ten jest przywłaszczeniem – jak sformułował go OROZ, czy też przetrzymywaniem – jak opisuje ten czyn OSL. NSL zwrócił także uwagę na konieczność ustalenia w sposób najbardziej precyzyjny daty zarzucanego obwinionemu czynu. W opinii NSL zachowanie członka organu samorządu utrudniające zwrot dokumentów tego organu jest postępowaniem nagannym. Obwiniony będąc członkiem organu samorządu powinien poczuwać się do obowiązku szybkiego zwrotu dokumentów, jakie otrzymał w związku z wyjazdem na zebranie Krajowej Komisji Wyborczej i zwrócić je w komplecie. Jeżeli bezpodstawnie zwlekał z ich zwrotem, lekceważąc organy samorządu lekarskiego, to takie jego postępowanie powinno być oceniane jako wysoce niewłaściwe.

11. Art. 8 KEL

11.1. Orzeczeniem z dnia 19 maja 2014 r., sygn. Wu 1/2014, Okręgowy Sąd Lekarski uznał lekarz winną zarzucanego jej przewinienia zawodowego polegającego na tym, że w dniu 5 sierpnia 2010 r. w NZOZ, zaleciła wykonanie szczepienia IPV, DTPi Act-Hb niezgodnie z kalendarzem szczepień, czym naruszyła art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej, i za ten czyn wymierzył jej karę upomnienia, obciążając kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 5 czerwca 2014 r. przedstawiciel ustawowy pokrzywdzonej wniosła odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, uzupełniając je pismem z dnia 10 lipca 2014 r., zarzucając wydanemu uzasadnieniu rażące przeinaczenie faktów, na podstawie których wydano orzeczenie jak również wskazała na pobieżną analizę materiału dowodowego. Naczelny Sąd Lekarski (sygn. NSL Rep. 95/OWU/14) ocenił, że odwołanie było częściowo zasadne. W dniu 5 sierpnia 2010 r. w NZOZ 8-miesięczne niemowlę zostało zaszczepione czwartą dawką uzupełniającą szczepienia podstawowego DTP, trzecią dawką uzupełniającą szczepienia podstawowego przeciw polio (IPV), czwartą dawką uzupełniającą szczepienia podstawowego przeciw *Haemophilus influenzae* typu b (Act-Hib), trzecią dawką szczepionki przeciw WZW typu B. Powyższe szczepienia, wg kalendarza szczepień obowiązującego na rok 2010 (załącznik do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego), winny być wykonane: DPT, IPV, Act-Hib w 16-18 miesiącu życia. Szczepienie – trzecią dawką przeciw WZW typu B – w dopuszczalnym terminie kalendarzowym. Zasadny był zarzut odwołania dotyczący niewskazania w treści uzasadnienia wydanego orzeczenia, na których dowodach OSL się oparł, uznając je za wiarygodne, a którym takiego waloru odmówił. Takie braki w treści uzasadnienia sprawiają, iż nie jest możliwe dokonanie instancyjnej kontroli orzeczenia. Zgodnie z wnioskami opinii biegłego błędne wskazanie daty podania szczepionki nie mogło mieć żadnego przełożenia na stan zdrowia dziecka. Wobec powyższego, zebrany materiał dowodowy nie wykazuje, aby na skutek błędnego, tj. podanego w niewłaściwym czasie, szczepienia wystąpiło ryzyko pogorszenia stanu zdrowia dziecka. Błąd Okręgowego Sądu Lekarskiego w zakresie przypisania obwinionej faktu skierowania dziecka do neurologa nie miał znaczenia dla rozstrzygnięcia postawionych jej zarzutów. Podkreślono, że uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia było lakoniczne i nie wskazywało podstaw, na których Okręgowy Sąd Lekarski budował swe przekonanie, wydając przedmiotowe orzeczenie. W jednym ze zdań Sąd stwierdził: „nie potwierdziły się zarzuty ze skargi, że pogorszył się stan zdrowia dziecka z powodu szczepienia” – nie przytaczając na poparcie takiego stanowiska nawet wniosków opinii biegłego sporządzonej w sprawie. Uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia nie odnosiło się ponadto do analizy rozwoju dziecka w aspekcie jego wcześnieństwa i stanu po urodzeniu jako niezmiernie istotnego w powyższej sprawie. Okręgowy Sąd Lekarski nie ustosunkował się także do przedstawianych przez pokrzywdzoną publikacji naukowych dotyczących przedmiotu rozpoznania w niniejszej sprawie.

12. Art. 11 KEL

12.1. Orzeczeniem z dnia 24 września 2013 r., sygn. akt OSL 15/WU/2012, Okręgowy Sąd Lekarski uznał: lek. A.A., winną tego, że: w dniu 2 sierpnia 2010 r. jako lekarz chi-

rurg w Centrum Traumatologii, wykonując operację implantacji piersi u pacjentki nie dopełniła obowiązku zabiegania o wykonywanie swojego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem, czym spowodowała u ww. pacjentki powikłania w postaci zatrzymania krążenia i wystąpienia śpiączki, czym naruszyła art. 11 KEL i ukarał ją karą upomnienia oraz obciążył kosztami postępowania, lek. D.D. winną tego, że: w dniu 2 sierpnia 2010 r., jako lekarz anestezjolog, znieczulając pacjentkę nie dopełniła obowiązku zabiegania o wykonywanie swojego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentami, czym spowodowała u ww. pacjentki powikłanie w postaci zatrzymania krążenia i wystąpienia śpiączki, czym naruszyła art. 11 KEL i ukarał ją karą nagany, kosztami postępowania obciążył ukaraną lekarzkę. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 15 listopada 2013 r. odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył obrońca obwinionej DD. Naczelny Sąd Lekarski (sygn. akt NSL Rep. 25/OWU/14) uznał, że wniesione odwołania były częściowo zasadne. Zasadny był zarzut oparcia rozstrzygnięcia na materiale dowodowym, który nie został ujawniony w toku rozprawy, a w szczególności dokumentacji medycznej i pisma prokuratury. Dowody te, pomimo, iż nie zostały ujawnione na rozprawie, stały się podstawą podjętego rozstrzygnięcia. Powyższe uchybienie przepisów postępowania miało oczywisty wpływ na treść wydanego orzeczenia i skutkować musi uchynieniem zaskarżonego orzeczenia. Zasadny był zarzut braku oceny wiarygodności zebranych dowodów poprzez brak wskazania przez OSL w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, którym z dowodów nadał walor wiarygodności i dlatego nie uznał za wiarygodne dowodów przeciwnych. Powyższe również stanowi istotne uchybienie proceduralne niepozwalające na dokonanie kontroli instancyjnej ustaleń stanu faktycznego dokonanego przez Sąd I instancji. Zaniechanie pouczenia świadków: o możliwości odmowy składania zeznań z uwagi na toczące się przeciwko nim postępowanie karne lub w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej również stanowiło naruszenie przepisów postępowania. Organ prowadzący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie może zmuszać świadków do dostarczania dowodów, które w innym postępowaniu mogą zostać wykorzystane przeciwko nim. Ponadto, zasadny był zarzut braku adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy przypisanym obwinionej zaniechaniem a zatrzymaniem krążenia i wystąpieniem śpiączki u pacjentki. Sąd I instancji uznał obwinione winnymi tego, że swoimi zaniedbaniami doprowadziły do zatrzymania krążenia i wystąpienia śpiączki u pacjentki. W uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia Sąd I instancji nie wykazał jednak, aby pomiędzy działaniem lub zaniechaniem obwinionych, a skutkami dla zdrowia pacjentki istniał adekwatny związek przyczynowy. Powyższe jest tym bardziej uzasadnione w stosunku do lek. A.A. obwinionej o „niezabieganie o wykonanie swego zawodu w warunkach zapewniających odpowiednią jakość opieki nad pacjentami”.

13. Art. 14 KEL

13.1. Orzeczeniem z dnia 16 października 2013 r., sygn. akt Ko-3/2011, Okręgowy Sąd Lekarski w X. uznał lekarza winnym tego, że: w dniu 25 lutego 2007 r. w ramach specjalistycznej praktyki lekarskiej w miejscu wezwania, wykorzystując stan zdrowia pa-

cjentki i swój wpływ na niego (stan zdrowia), podjął działanie na szkodę pacjentki poprzez: pod pozorem udzielenia pomocy lekarskiej doprowadził pacjentkę do stanu wyłączającego możliwość podjęcia świadomej decyzji, a następnie doprowadził pacjentkę do obcowania płciowego, tj. o czyn z art. 14 i art. 2 ust. 1 KEL z dnia 14 grudnia 1991 r. i na mocy art. 83 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* orzekł karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu, a kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 13 stycznia 2014 r. obwiniony wniósł odwołanie. Rozpatrując ten środek odwoławczy NSL (sygn. akt NSL Rep. 13/OWU/14) uznał, że odwołanie jest częściowo zasadne. W uzasadnieniu swojego orzeczenia NSL podkreślił, że odwołanie było szczególnie zasadne w zakresie braku przeprowadzenia w rzetelny sposób oceny zebranego materiału dowodowego w przedmiocie sprawy, w części dotyczącej pobudek przypisanych obwinionemu w chwili wykonywania czynności lekarskich, polegającej na bezpodstawnym przypisaniu obwinionemu działania – pod pozorem udzielania pomocy – podczas, gdy takie zachowanie nie zostało obwinionemu ani przypisane przez sąd powszechny, ani nie znajduje oparcia w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. Wobec powyższego, w ocenie NSL brak było dowodów na to, iż obwiniony podawał pokrzywdzonej środki farmaceutyczne pod pozorem udzielania pomocy w zamiarze ograniczenia jej świadomości i doprowadzenia do obcowania płciowego. Nie ulega natomiast najmniejszej wątpliwości w świetle zebranego materiału dowodowego, iż obwiniony wykorzystując niemożność podjęcia przez pokrzywdzoną świadomej decyzji doprowadził ją do obcowania płciowego. Tak drastyczne naruszenie zaufania pacjenta do lekarza oraz naruszenie obowiązku niesienia pomocy medycznej chorym musi spotkać się z adekwatną, surową karą. Naczelny Sąd Lekarski zgodził się z opinią OSL, który przyjął, że stosunek pomiędzy lekarzem a pacjentem opiera się na zaufaniu co do zdrowia i życia. Pacjent oddający się pod opiekę lekarza ma prawo oczekiwać, iż ten dołoży najwyższej staranności i sumienności zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej w wykonywaniu procesu terapeutycznego. W sytuacji kiedy proces leczniczy wyłączy percepcję pacjenta, na lekarzu spoczywa obowiązek ochrony podopiecznego przed wszelkimi zagrożeniami. Zgromadzony materiał dowodowy w sposób niepodważalny wykazał fakt wykorzystania seksualnego pacjentki przez lekarza w momencie jej bezradności. Obwiniony nadużył zaufania, jakim obdarzyła go poszkodowana i naruszył dobra osobiste w postaci wolności seksualnej. Szkodliwość czynu pod względem moralnym jest wysoka i godzi w zaufanie do całego środowiska lekarskiego. Mając na uwadze fakt pierwszorazowego przewinienia zawodowego lekarza Naczelny Sąd Lekarski skłonił się do wniesionej przez niego prośby i zmienił zaskarżone orzeczenie poprzez wymierzenie kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu na okres 5 lat uznając, że będzie ona adekwatna do wagi popełnionego czynu przez obwinionego.

14. Art. 25 KEL

14.1. Orzeczeniem z dnia 7 listopada 2013 r., sygn. akt Ko-19/2011, Okręgowy Sąd Lekarski w X. uznał lek. obwinioną o to, że: będąc kierownikiem NZOZ w niestabilnym dniu w styczniu 2011 r., zwróciła się pismem do Komendanta Wojewódzkiego Policji,

w którym to piśmie przekazała rodzaj schorzeń ujawnionych w dobrej wierze przez samego pacjenta, bez jego wiedzy i zgody – za winną popełnienia przewinienia zawodowego stanowiącego naruszenie art. 25 KEL i orzekł karę nagany oraz obciążył obwinioną kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 26 listopada 2013 r. w imieniu obwinionej lekarki odwołanie złożyła jej obrońca radca prawny. W ocenie NSL (sygn. NSL Rep. 5/OWU/14), odwołanie nie było zasadne. Jak wyjaśniono w uzasadnieniu orzeczenia, ustalenia OSL dotyczące stanu faktycznego są w ocenie NSL prawidłowe i brak jest podstaw do ich zakwestionowania. NSL nie znajduje powodów dłaczego obwiniona lekarz jako prezes NZOZ złożyła pismo do Komendanta Wojewódzkiego Policji, dotyczące leczonego w zakładzie leczniczym, przez nią kierowanym, pacjenta. W piśmie tym podała na jaką chorobę leczy się pacjent, a równocześnie postawiła rozpoznanie nerwicy, nie mając do tego wystarczających podstaw. Obwiniona oraz działająca w jej imieniu obrońca twierdzą, iż lekarz nie ujawniła tajemnicy lekarskiej, gdyż o chorobach pacjenta dowiedziała się z pisma, które pacjent wysłał w związku ze skargą do Narodowego Funduszu Zdrowia, a więc sam upublicznił tę informację. Z twierdzeniem takim nie można się zgodzić. Pokrzywdzony ujawnione informacje zawarł w skardze do organu zajmującego się organizacją udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powyższe nie oznacza, że tak ujawnionymi danymi można dowolnie dysponować i że nie są one już chronione przez tajemnicę lekarską. Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* wykonywaniem zawodu lekarza jest również kierowanie podmiotem leczniczym. W ocenie NSL, wobec powyższego, zarzuty odwołania, iż obwiniona działała nie jako lekarz, lecz jako prezes spółki są bezzasadne, gdyż nie zmieniają faktu, że o stanie zdrowia pokrzywdzonego, obwiniona dowiedziała się przy wykonywaniu zawodu lekarza. NSL podkreślił, iż NFZ jest instytucją gromadzącą dane chorobowe wszystkich pacjentów i jest zobowiązane do zachowania pełnej tajemnicy służbowej i lekarskiej przez pracujących tam lekarzy. Lekarze ci także dowiadują się o chorobach pacjentów chociażby podczas wykonywania kontroli w podmiotach leczniczych i tak pozyskane informacje stanowią tajemnicę lekarską mimo, że nie są uzyskiwane podczas udzielania świadczeń medycznych. Obwiniona ujawniła informacje dotyczące stanu zdrowia pokrzywdzonego poprzez udostępnienie ich w korespondencji do Komendanta Policji – pracodawcy pokrzywdzonego, któremu wcześniej pacjent takich informacji nie ujawnił. Tak więc zarzut, że to sam pacjent upublicznił swoje dolegliwości nie może się ostać. NSL odnosząc się do zarzutu obrońcy obwinionej, że OSL nie ustalił konkretnej wysokości kosztów postępowania, to pragnie poinformować, iż zgodnie z art. 89 ust. 4 ustawy o izbach lekarskich, orzeczenie sądu winno zawierać postanowienie o kosztach postępowania.

15. Art. 63 KEL

15.1. Na uwagę zasługuje także kolejna sprawa. Otóż postanowieniem z dnia 12 grudnia 2013 r., (sygn. akt SL-35/Wu/2013), Sąd Lekarski po rozpoznaniu wniosku o ukaranie dr n. med. obwinionego o to, że w styczniu 2013 r. wziął udział w reklamie wyrobu medycznego, która ukazała się w nieustalanej stacji telewizyjnej oraz rozgłośni radio-

wej „Radio Złote Przeboje”, za co otrzymał nieustalone wynagrodzenie, tj. naruszenie art. 63 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej, umorzył postępowanie w sprawie. Na powyższe postanowienie zażalenie wniosła Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Naczelny Sąd Lekarski ocenił, że zażalenie jest zasadne (NSL Rep. 3/WS/14). Sąd Lekarski uznając, co wynika z uzasadnienia zaskarżonego postanowienia, iż postępowanie wyjaśniające zawierało braki, powinien zwrócić sprawę Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej celem uzupełnienia postępowania wyjaśniającego. Sąd I instancji natomiast umorzył postępowanie, oceniając zebrany materiał merytorycznie, na co nie pozwala ww. paragraf Regulaminu urzędowania sądów lekarskich. Jeżeli bowiem w ocenie Sądu I instancji postępowanie wyjaśniające ma istotne braki, których uzupełnienie w postępowaniu przed sądem byłoby utrudnione, to wówczas winien zwrócić sprawę Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej celem uzupełnienia.

16. Art. 52 KEL

16.1. Orzeczeniem z dnia 28 maja 2014 r., sygn. akt OSL/19/1013, Okręgowy Sąd Lekarski uznał obwinioną lekarz za winną przewinienia zawodowego polegającego na tym, że: w okresie od połowy 2008 r. do 28 września 2012 r. jako ordynator Oddziału Noworodków Wojewódzkiego Szpitala odnosiła się w sposób obraźliwy i lekceważący w stosunku do lekarza tego oddziału, używając wobec niej w szczególności określeń: „po co tu pani powietrze zabiera noworodkom”, „...widzę pani tępotę...”, „...nie śmiać się durnowato...”, „...ale bezczelna to pani jest...”, „...stoję przed murem pani tępoty...” i inne oraz ograniczyła liczbę dyżurów w oddziale, czym naruszyła art. 52 ust. 1 i 2 KEL i działając w na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 4 ustawy *o izbach lekarskich*, wymierzył wobec niej karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres 3 lat. Pismem z dnia 25 czerwca 2014 r. odwołanie od powyższego orzeczenia złożył obrońca obwinionej, zaskarżając je w całości. W ocenie NSL (NSL Rep. 104/OWU/14) odwołanie okazało się częściowo zasadne. Jak wskazano w uzasadnieniu orzeczenia, zasadny był zarzut nieprzeprowadzenia dowodu z zeznań pokrzywdzonej. Dostrzeżono bowiem, że pokrzywdzona przesłuchiwana w charakterze świadka nie miała uprawnienia do odmowy składania zeznań (ani tym bardziej wyjaśnień, albowiem wyjaśnienia składa obwiniona). Naczelny Sąd Lekarski zgodził się z zarzutem, że w tych okolicznościach uniemożliwiono obwinionej lub jej obrońcy zadawania pytań pokrzywdzonej, co ograniczyło jej prawo do obrony. Dodatkowo, według protokołu rozprawy, nie odczytano zeznań pokrzywdzonej złożonych przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, ani nie uznano ich, za zgodą stron podczas rozprawy za ujawnione. W ten sposób do materiału dowodowego ujawnionego na rozprawie w ogóle nie sposób zakwalifikować zeznań pokrzywdzonej składanych w toku postępowania. Zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego, ocena zebranego materiału dowodowego dokonana przez Sąd I instancji była zbyt pobieżna – ustalenia OSL oparł m.in. na wyjaśnieniach obwinionej pomimo, że są one sprzeczne z wieloma innymi dowodami. Z powyższego wynika, że OSL mógł co najwyżej oprzeć się na części wyjaśnień obwinionej – ale nie wskazał w treści uzasadnienia, w jakim zakresie i jakim wyjaśnieniom dał wiarę, a w jakim jej odmówił i dlaczego. Zasadny był zarzut

oparcia rozstrzygnięcia o dowód nieistniejący – oświadczenia pełnomocników stron są wyrazem ich stanowiska w postępowaniu, nie stanowią jednak w toczącym się postępowaniu dowodu. Naczelny Sąd Lekarski uznał także za zasadny zarzut oparcia się przez OSL w treści uzasadnienia o treści nagrań dokonanych przez pokrzywdzoną, które przez tenże OSL nie zostały dopuszczone jako dowód w sprawie. Na uwzględnienie zasługiwał również zarzut dotyczący braku wskazania podstawy prawnej przypisanego obwinionej czynu w postaci ograniczania pokrzywdzonej dyżurów lekarskich. Uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia nie wskazuje na jakiej podstawie OSL doszedł do wniosku, iż obwiniona ograniczała pokrzywdzonej liczbę dyżurów. W szczególności brak jest w tym zakresie ustaleń do ilu dyżurów pokrzywdzona była wyznaczana w stosunku do pozostałych lekarzy pracujących na Oddziale. OSL nie ustalił na jakich zasadach odbywało się układanie obsady dyżurowej. Należy tu wskazać, iż najczęściej dyżury lekarskie ustala się w oparciu o składane przez lekarzy dezyderaty dotyczące liczby dyżurów, podanie dni kiedy nie mogą ich z różnych powodów pełnić jak również czy chcą dyżurować w soboty, niedziele i święta. Naczelny Sąd Lekarski podzielił pogląd o bezpodstawności przypisania obwinionej mobbingu w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, brak jest bowiem w tym zakresie prawomocnego wyroku Sądu Pracy, który przypisywałby lekarz jego stosowanie. Sąd II instancji uznał, że pozostałe zarzuty zawarte w odwołaniu obrońcy obwinionej nie są zasadne, w związku z czym zasługują na uwzględnienie.

Streszczenie

W polskim systemie prawnym orzeczenia sądów, a tym bardziej sądów lekarskich, co do zasady, nie mają charakteru precedensów prawnych. Orzeczenia takie nie mogą tworzyć nowej normy prawnej, a jedynie prezentują wykładnię praktyczną poszczególnych przepisów prawnych. W przypadku sądów lekarskich, sytuacja w tym zakresie jest o tyle bardziej skomplikowana, zważywszy na treść art. 76 Kodeksu etyki lekarskiej. Otóż zgodnie z tym przepisem w wypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie etyki lekarskiej, należy kierować się zasadami wyrażonymi także w orzecznictwie sądów lekarskich. Poglądy i wywody Naczelnego Sądu Lekarskiego mają o tyle istotne znaczenie, bowiem NSL jest sądem odwoławczym od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich. Stąd potrzeba publikacji wybranych uzasadnień orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego z 2014 r.

Review of the Supreme Medical Court

Summary

In the Polish legal system, court decisions, and particularly concerning physicians, as a rule, do not have, in our legal system, the nature of legal precedents. Such decisions cannot create a new legal norm but only offer a practical interpretation of the pieces of legislation. In the case of medical courts, the situation in this respect is all the more complicated, given the content of Art. 76 of the Code of Medical Ethics (NSL). Thus, under this provision, in cases not provided for in the Code of Medical Ethics, they should be guided by the principles enshrined also in the jurisprudence of medical courts. The views and arguments of NSL have so much importance, because the NSL is the court of appeal for decisions of district medical courts. Hence the need for the publication of selected decisions of the NSL in 2014.

Norbert GILL

doktor nauk prawnych i humanistycznych, Zakład Systemów Prasowych i Prawa Prasowego,
Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy w roku 2014

Zgodnie z tytułem niniejszego opracowania autor dokona analizy orzeczeń kasacyjnych Sądu Najwyższego (dalej jako SN) zapadających czy to w formie wyroków w przypadku, gdy dochodzi do uchylecia orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), czy w formie postanowień, gdy skarga kasacyjna zostaje oddalona z powołaniem np. na okoliczność, że jest ona oczywiście bezzasadna.

Perypetie dotyczące kary

Pierwsza sprawa zakończyła się właśnie wyrokiem. Na marginesie należy jednak z góry zaznaczyć, że nie jest to ostatnia jej odsłona, gdyż w sprawie tej (w 2014 roku) wpłynęła kolejna skarga kasacyjna (już druga) od ponownego orzeczenia NSL.

Jak do tego doszło? Jaki jest stan faktyczny sprawy od samego jej początku?

Okręgowy Sąd Lekarski (OSL) orzeczeniem z dnia 14 lutego 2013 r., uznał za winnego lekarza X, tego, że w okresie od lutego 2006 r. do września 2007 r. w Szpitalu Y, będąc chirurgiem prowadzącym, doprowadził trójkę małoletnich pacjentów do wielokrotnego poddania się innym czynnościom seksualnym. Tym samym naruszył godność wykonywanego przez siebie zawodu, tj. przewinienia zawodowego określonego w art. 1 ust. 3 Kodeksu etyki lekarskiej¹ (KEL) i za to na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (t.j. Dz. U. 2015, poz. 651 z późn. zm. – dalej jako u.i.l.) wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat². Nadto obciążył obwinionego kosztami postępowania.

¹ Art. 1 ust. 3 Kodeksu etyki lekarskiej stanowi, że naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

² Katalog kar, które może wymierzyć Sąd Lekarski opisany w art. 83 ust. 1 u.i.l. jest następujący:

- 1) upomnienie;
- 2) nagana;
- 3) kara pieniężna;
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat;
- 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat;
- 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat;
- 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Orzeczenie to zostało zaskarżone przez obwinionego lekarza, który w odwołaniu zarzucił wymierzenie mu rażąco niewspółmiernej kary oraz wniósł o zmianę orzeczenia poprzez orzeczenie kary rodzajowo łagodniejszej i nieobciążanie go kosztami postępowania, ewentualnie o uchylenie orzeczenia i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Po rozpoznaniu odwołania NSL orzeczeniem z dnia 23 maja 2013 r., zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres sześciu miesięcy, nadto obciążył obwinionego kosztami postępowania.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej złożył kasację od orzeczenia sądu odwoławczego na niekorzyść obwinionego. Zarzucił rażące naruszenie art. 96 ust. 1 (tj. na podstawie zarzutu, że kasacja może być wniesiona także z powodu orzeczenia niewspółmierności kary – np. nadmierna łagodność) w zw. z art. 83 ust. 1 pkt 6 u.i.l. w zw. z art. 53 § 1 i 2 k.k. (tj. zasad dotyczących ogólnych dyrektyw kary)³ w zw. z art. 112 pkt 2 u.i.l. (który to artykuł odsyła w sprawach nieuregulowanych w u.i.l. do przepisów Kodeksu karnego) polegające na: wymierzeniu kary rażąco niewspółmiernej do przypisanego obwinionemu przewinienia zawodowego.

Wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy NSL do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy kasację tę uwzględnił i wyrokiem z dnia 7 lutego 2014 r., sygn. akt SDI 52/13, uchylił zaskarżone orzeczenie w odniesieniu do rozstrzygnięcia o karze i w tym zakresie przekazał sprawę obwinionego lekarza, do NSL celem ponownego jej rozpoznania w postępowaniu odwoławczym.

Czym kierował się SN, uchylając orzeczenie NSL? Stwierdził on bowiem, że NSL wykazał się brakiem należytej refleksji polegającej na braku rozważenia i uwzględnienia przez ten sąd, ustawowych dyrektyw wymiaru kary – art. 53 k.k. (przywołanego w przypisie).

NSL zdaniem SN ograniczył się bowiem w trakcie wyrokowania (tj. wtedy gdy złagodził karę zawieszenia wykonywania zawodu do 6 miesięcy) do rozważenia wyłącznie okoliczności związanych z osobą obwinionego i jego sytuacją zawodową. Tym samym celnie SN dostrzegł, że pominięte zostały bez żadnego racjonalnego wytłumaczenia wszelkie pozostałe okoliczności, w szczególności związane z oceną stopnia szkodliwości czynu jakiego dopuścił się obwiniony lekarz (tj. jego zachowania) jak obowiązek szczególnej troski o dobro małoletnich pacjentów przebywających

³ Art. 53 k.k. § 1. Sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych przez ustawę, bacząc, by jej dolegliwość nie przekraczała stopnia winy, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu oraz biorąc pod uwagę cele zapobiegawcze i wychowawcze, które ma osiągnąć w stosunku do skazanego, a także potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa.

§ 2. Wymierzając karę, sąd uwzględnia w szczególności motywację i sposób zachowania się sprawcy, popełnienie przestępstwa wspólnie z nieletnim, rodzaj i stopień naruszenia ciężących na sprawcy obowiązków, rodzaj i rozmiar ujemnych następstw przestępstwa, właściwości i warunki osobiste sprawcy, sposób życia przed popełnieniem przestępstwa i zachowanie się po jego popełnieniu, a zwłaszcza staranie o naprawienie szkody lub zadośćuczynienie w innej formie społecznemu poczuciu sprawiedliwości, a także zachowanie się pokrzywdzonego.

pod jego opieką oraz wielokrotność podejmowanych przez niego działań mających charakter czynu zabronionego i deliktu dyscyplinarnego.

Wskazać zatem trzeba, że jednym z zasadniczych czynników, jakie przywołany przepis art. 53 § 1 k.k. nakazuje brać pod uwagę przy wymiarze kary, jest stopień zawinienia przypisany sprawcy czynu zabronionego – w tym wypadku deliktu dyscyplinarnego.

W niniejszej sprawie właśnie ten element nie został odpowiednio zdaniem SN rozważony i należyte uwzględniony w wyroku NSL.

Zważyć bowiem należy, że obwiniony lekarz podejmował przypisane mu działania wobec osób małoletnich znajdujących się w szpitalu, a więc przebywających pod pełną opieką pracowników służby zdrowia, po przejściu zabiegów operacyjnych, a przez to w większym stopniu bezradnych, odizolowanych i pozbawionych oparcia w swoim naturalnym środowisku rodzinnym. Tę szczególną sytuację i swoją pozycję zawodową obwiniony bez skrępowań wykorzystywał, tym samym SN nie zgodził się z zapatrywaniem NSL, że obwiniony zasługuje na złagodzenie kary, a to z uwagi na jego walory zawodowe. Odwrotnie SN zwrócił uwagę, że właśnie wykorzystanie relacji łączącej pacjenta z lekarzem do popełnienia czynu stanowiącego nie tylko delikt dyscyplinarny, ale również przestępstwo świadczy o znacznym nasileniu złej woli, a w konsekwencji przemawia za wymierzeniem kary zawierającej zwiększony element dolegliwości, także w sferze zawodowej działalności obwinionego.

Co istotne, uwadze SN nie uszła także okoliczność, że obwiniony dopuszczał się swoich czynów wielokrotnie, co jednoznacznie świadczy o uporczywości w dopuszczaniu się nagannych zachowań.

W tej sytuacji orzeczenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu w rozumieniu odpowiadającym minimum ustawowemu, przewidzianemu na gruncie u.i.l., SN ocenił jako rażąco łagodne. Ergo NSL nie uwzględnił, tak jak tego wymagało zdaniem SN, nagromadzenia okoliczności obciążających, a tym samym nie doszło do wymierzenia kary dyscyplinarnej w takiej postaci, która byłaby zarówno współmierna do stopnia zawinienia i ustalonych okoliczności obciążających oraz łagodzących, jak i stanowiła realną dolegliwość dla obwinionego, realizującą wymogi indywidualnego oddziaływania, a także funkcje kary przewidziane w ramach prewencji generalnej.

Z ostrożności SN zaznaczył, że kasacja Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej zaskarżyła orzeczenie tego Sądu jedynie w części dotyczącej rozstrzygnięcia o karze wymierzonej obwinionemu. W takim też zakresie SN uchylił zakwestionowane orzeczenie, tj. w części dotyczącej kary i w tym zakresie przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Zatem, NSL procedując ponownie w postępowaniu odwoławczym, powinien ograniczyć swoje rozstrzygnięcie tylko do rozważenia kwestii współmierności kary wymierzonej obwinionemu.

NSL ponownie pochylił się nad sprawą obwinionego chirurga, dopuszczającego się czynów molestowania wobec swoich małoletnich pacjentów i wydał ponowny wyrok w dacie 27 czerwca 2014 r.

Orzeczeniem tym wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku, zaliczając na jej poczet karę pół roku zawieszenia prawa wykonywania zawodu wykonaną na podstawie orzeczenia NSL z dnia 23 maja 2013 r. Nadto obciążył obwinionego lekarza kosztami postępowania w części.

Od tego orzeczenia kasację na niekorzyść obwinionego złożył działający jako organ Naczelnej Izby Lekarskiej Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Skarga kasacyjna była oparta, właściwie ponownie na tych samych zarzutach, podstawach prawnych i bliźniaczym uzasadnieniu.

Rzecznik zaskarżając ww. orzeczenie w zakresie rozstrzygnięcia o karze, zarzucił rażąco niewspółmierność kary, wyrażającą się w wymierzeniu obwinionemu kary nadmiernie łagodnej w stosunku do przypisanego mu przewinienia zawodowego. Wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w zakresie rozstrzygnięcia o karze i przekazanie sprawy w tym zakresie NSL do ponownego rozpoznania.

Jednym zdaniem Rzecznik w swojej kasacji uznał, że NSL wydając ponowny wyrok w sprawie i zmieniając go z 6 miesięcy zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 12 miesięcy (przy czym zaliczył obwinionemu na poczet kary okres 6 miesięcy, który został już wykonany), ponownie obraził przepisy dotyczące wymiaru i kary i nie zastosował się do sentencji oraz uzasadnienia wyroku SN z dnia 7 lutego 2014 r. W uzasadnieniu i opisie działalności obwinionego zwrócono uwagę, że jego czyny dotyczyły pacjentów małoletnich i nie miały charakteru incydentalnego, a powtarzane były wielokrotnie.

Generalnie wkraczając poza ramy niniejszego artykułu dotyczącego co do zasady 2014 roku, nadmienić należy, że wynikiem „ponownej”, opisanej kasacji Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z dnia 25 listopada 2015 r. był wyrok SN z dnia 19 marca 2015 r. o sygnaturze SDI 2/15, w którym SN uchylił „czerwcowe” orzeczenie NSL w zaskarżonej części, tj. dotyczącej rozstrzygnięcia o karze, i w tym zakresie sprawę przekazał do ponownego rozpoznania NSL.

Reasumując, w niniejszej sprawie NSL dwukrotnie wydał wyrok, który dwukrotnie na skutek skargi kasacyjnej, został uchylony przez SN z uwagi na to, że za pierwszym razem orzeczona kara była za łagodna, a za drugim razem z tego samego powodu z tym, że dodatkowo z powołaniem na okoliczność, że w ten sposób nie został *de facto* wykonany wyrok pierwszy, a karę należy zastrzyć.

SN w uzasadnieniu orzeczenia z 2015 r. zaakcentował konieczność dokonania przez NSL wszechstronnej oceny stopnia szkodliwości społecznej zachowania przypisanego obwinionemu oraz uwzględnienia generalnych dyrektyw wymiaru kary, tym bardziej, że w toku zakończonego prawomocnym wyrokiem postępowania karnego nie doszło do orzeczenia wobec obwinionego środka karnego w postaci czasowego zakazu wykonywania zawodu lekarza, względnie zakazu prowadzenia działalności związanej z leczeniem małoletnich.

SN zwrócił uwagę na fakt, że w orzeczeniach NSL doszło do przemilczenia takich wyeksponowanych przez sąd I instancji okoliczności, jak dążenie obwinionego do zaspokojenia własnych potrzeb seksualnych na terenie placówki służby zdrowia, kosztem dzieci znajdujących się w stanie pooperacyjnym, z negatywnym wpływem na ich psychikę. Sąd ten zachowanie obwinionego uznał za szczególnie oburzające, a jego czyny za „niecne” i zasługujące na „jednoznaczne potępienie”, wymagające reakcji „niezwykle surowej”.

Zauważył też, że doszło do „pohańbienia dobrego imienia stanu lekarskiego” i że jedynie określone okoliczności łagodzące przemawiały za odstąpieniem od wymierzenia obwinionemu zasadnej w takim wypadku kary pozbawienia prawa wykonywania

zawodu, by „dać szansę powrotu do zawodu”. Nie zachowując koniecznej równowagi, NSL więcej uwagi poświęcił okolicznościom, które uznał za przemawiające za złagodzeniem wymierzonej obwinionemu kary. Z tego względu SN uchylił jego wyrok.

Subiektywny punkt widzenia

Kolejne orzeczenie SN o sygnaturze SDI 12/14 pociąga za sobą walor poznawczy o innym charakterze. Można je wykorzystać do analizy kwestii, jak budować linię obrony? Czy subiektywne przekonanie skarżącego, że sąd odwoławczy nie rozważył zarzutów odwołania i nie uzasadnił dlaczego tego nie zrobił (a dokładniej, że nie zrobił tego należyście) jest wystarczające dla uwzględnienia kasacji?

Aby to prześledzić, krótko przyjrzymy się sprawie. Obwiniony lekarz został ukarany z art. 8 KEL⁴ w zbiegu z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (t.j. Dz. U. 2015, poz. 464 – dalej jako u.o.z.l.i.d.)⁵. A mianowicie OSL uznał obwinioną lekarzkę winną tego, że pełniąc obowiązki lekarza dyżurnego w Izbie Przyjęć Szpitala Klinicznego, uprzedzona telefonicznie przez dr X chirurga dziecięcego ze Szpitala o przesłaniu do Kliniki dziecka z wyraźnymi objawami chorobowymi nie badając chorego, odesłała go transportem prywatnym do Szpitala Zakaźnego na konsultację celem wykluczenia zakaźności pacjenta, czym opóźniła wdrożenie leczenia, a tym samym naraziła na bezpośrednie niebezpieczeństwo życie i zdrowie dziecka, za które ów sąd, wymierzył karę upomnienia i obciążył obwinioną kosztami postępowania.

Odwołania od tego orzeczenia złożyli: pokrzywdzeni oraz obrońca obwinionej. Pokrzywdzeni zarzucili rażącą łagodność orzeczonej kary i wnosili o „ponowne rozpatrzenie sprawy”. Obrońca obwinionej w swoim odwołaniu, błędną wykładnię podniesionych przepisów skutkującą przyjęciem, że obwiniona dopuściła się przewinienia zawodowego, pomimo, że działała w okolicznościach, które wyłączają jej winę za zarzucany czyn. Obrońca wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania albo zmianę orzeczenia przez uniewinnienie obwinionej. NSL zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że orzekł wobec obwinionej karę nagany. Kasację od orzeczenia NSL złożył obrońca ukaranej, podnosząc zarzuty: brak należytego rozważenia przez sąd II instancji zarzutów podniesionych w odwołaniu złożonym przez obwinioną; brak należytego wyjaśnienia przez sąd II instancji w uzasadnieniu skarżonego orzeczenia, dlaczego uznał za bezzasadne zarzuty podniesione w odwołaniu, w jaki sposób ustalił, że obwinionej można przypisać winę za zarzucany jej czyn i z jakich przyczyn dokonał zmiany zaskarżonego orzeczenia w zakresie kary wymierzonej obwinionej. Z ostrożności obrona twierdziła, że w sposób nieuprawniony przyjęto, że obwiniona dopuściła się przewinienia zawodo-

⁴ Art. 8. KEL „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas”.

⁵ Art. 4 u.o.z.l.i.d. „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością”.

wego, podczas gdy nie można przypisać jej winy za zarzucany jej czyn zważywszy na warunki lokalowo-sanitarne Szpitala Klinicznego i stan wiedzy obwinionej na temat zdrowia chorego, albowiem jak twierdzono działała w sytuacji kolizji obowiązków, w której nie mogła jednocześnie zapewnić jako lekarz izby przyjęć Szpitala Klinicznego, bezpieczeństwa pacjentom znajdującym się w izbie przyjęć i podjąć się zbadania chorego dziecka. W konkluzji skarżący wniósł o uchYLENIE obu orzeczeń i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania albo uniewinnienie obwinionej.

Sąd Najwyższy nie uwzględnił obranej linii obrony. Orzekł postanowieniem, że skarga okazała się oczywiście bezzasadna. Zauważył, że art. 112 pkt 1 u.i.l. stanowi, że do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy przepisy Kodeksu postępowania karnego (k.p.k.) stosuje się odpowiednio. Zastrzeżenie to zostało poczynione przez ustawodawcę zdaniem SN m.in. dlatego, że okręgowe sądy lekarskie i NSL składają się z lekarzy, a nie sędziów zawodowych. Procedowanie sądów lekarskich, odrębnych ustrojowo od sądów powszechnych i sądów wojskowych choć powinno spełniać standardy ustawowe określone w k.p.k., w części nieuregulowanej u.i.l., to z racji innego przecież przygotowania zawodowego sędziów sądów lekarskich nie może wyznaczać tych standardów, bez uwzględnienia tej ważnej, a zarazem „wrażliwej” okoliczności. Zatem ocena, czy zostały one dochowane, w szczególności wymogi rozpoznania sprawy i sporządzenia uzasadnienia orzeczenia, musi uwzględniać nieprawniczy skład tych sądów. W związku z powyższym SN stwierdził ostatecznie, że doszło do zachowania minimalnych standardów postępowania. Co najważniejsze, zauważył, że w skardze kasacyjnej nie twierdzi się, co znamienne, że sąd odwoławczy nie rozważył zarzutów odwołania i nie podał, dlaczego uznał je za niezasadne, lecz, iż brak jest „należytego” wykonania tych powinności.

Takie subiektywne przekonanie skarżącego nie wystarcza jednak do uwzględnienia nadzwyczajnego środka zaskarżenia. W kasacji musi być wykazane, co nie nastąpiło, że sąd odwoławczy dopuścił się rażącego naruszenia prawa oraz że mogło ono mieć istotny wpływ na treść jego orzeczenia. Na marginesie zauważyć jednak trzeba, że na NSL nie ciążył obowiązek ustalenia winy obwinionej, ponieważ w ramach swych powinności uczynił to sąd I instancji. Zadaniem sądu odwoławczego było jedynie zweryfikowanie trafności zarzutu odwołania kwestionującego tę winę, które sąd w sposób niedoskonały, ale dostateczny wykonał. Brak oczekiwanego przez obrońcę prawniczego wyводу nie dyskwalifikuje uzasadnienia orzeczenia sądu odwoławczego, gdy się uwzględni wspomniany rodzaj tego sądu, a przede wszystkim zwrócenie przezeń uwagi na istotę zachowania obwinionej, co umknęło zarówno odwołaniu, jak i kasacji. Obwiniona uznana została za winną m.in. tego, że „nie badając chorego odesłała go transportem prywatnym...” do innego szpitala (zakaźnego). Naruszyła w ten sposób dyspozycję art. 4 u.o.z.l.i.d. w zw. z art. 42 ww. ustawy, który stanowi, że „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu”. Z kolei konkretyzacją naruszonego przepisu art. 8 KEL jest m.in. art. 9 KEL, w myśl którego „lekarz może podejmować leczenie po uprzednim zbadaniu pacjenta”. A na tym właśnie skupił się sąd I instancji, co znalazło wyraz w uzasadnieniu orzeczenia tego sądu. Biegli którzy zostali powołani do sprawy byli zgodni co do tego, że: przedstawione obwinionej przez matkę dziecka wyniki badań wskazywały na postępującą posocznicę, powinno ono być zbadane przez obwinioną przed podjęciem przez nią dalszych

decyzji. Winna ona sprawdzić czy ospa wietrzna jest w fazie zakaźnej, co jednak nie wymaga badania przez specjalistę chorób zakaźnych. Ważną okolicznością dla oceny całokształtu sprawy było także i to, że obwiniona jest m.in. specjalistą chorób dzieci z wieloletnim już wówczas stażem. Ergo NSL prawidłowo stwierdził, że zbadanie dziecka przez obwinioną mogło się odbyć bez konieczności opuszczenia terenu szpitala. Jest w nim izolatka, do której można dostać się (dostarczyć chorego) bez przechodzenia przez izbę przyjęć, tym samym obwiniona mogła zbadać dziecko bez opuszczenia szpitala i narażania zdrowia innych dzieci.

Kolejne zatem sądy prawidłowo stwierdziły, że nie zachodziła kolizja obowiązków, o której mowa w art. 26 § 5 k.k.⁶, ponieważ wszystkie mogły być przez obwinioną spełnione. Sąd zaznaczył jednak, że ta okoliczność znosząca odpowiedzialność karną (kolizja obowiązków) aktualizowałaby się wówczas, gdyby obwiniona wyszła pod szpital do chorego celem zbadania go i to uczyniła. Doszłoby do przerwania ciągłości pracy w izbie przyjęć, ale dla ratowania dobra o oczywiście większej wartości. Wykluczona byłaby więc odpowiedzialność obwinionej za takie tylko przerwanie ciągłości pracy. Jak wynikało z całokształtu okoliczności faktycznych obwiniona poświęciła kilkanaście minut na rozmowę z matką dziecka i przejrzanie dostarczonej przez nią dokumentacji, nie wygospodarowała zaś kilku minut na sprawdzenie (w dzień), czy dziecko jest jeszcze „zakaźne”. Zarzuty kasacji są także chybione i z tego względu jak uznał SN, iż błędnie forsowano w skardze kasacyjnej, że obwinioną usprawiedliwiały rzekome „warunkach lokalowo-sanitarne szpitala i jej wiedza o stanie zdrowia dziecka”. Tymczasem kolejne sądy ustaliły, że warunki te były jednak odpowiednie, a obwiniona bezpodstawnie sama pozbawiła się dostatecznej wiedzy o stanie dziecka. Zdaniem SN skarga próbuje więc przeforsować własne ustalenia faktyczne w tych kwestiach, a przez to podnosi niedopuszczalny w postępowaniu kasacyjnym zarzut błędu w ustaleniach faktycznych co do okoliczności mających istotne znaczenie dla odpowiedzialności obwinionej. Z wyżej przytoczonych względów kasacja okazała się, jak napisał SN, ewidentnie chybiona i dlatego została oddalona.

Kara nieznaną ustawie

Sprawa trzecia nie wymaga przedstawiania stanu faktycznego, jej *meritum* spoczywa bowiem w innym miejscu i polega na czym innym niż porównanie czy kara jest ade-

⁶ Ar. 26 k.k. (Kodeksu karnego) § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylecia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego.

§ 2. Nie popełnia przestępstwa także ten, kto, ratując dobro chronione prawem w warunkach określonych w § 1, poświęca dobro, które nie przedstawia wartości oczywiście wyższej od dobra ratowanego.

§ 3. W razie przekroczenia granic stanu wyższej konieczności, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

§ 4. Przepisu § 2 nie stosuje się, jeżeli sprawca poświęca dobro, które ma szczególny obowiązek chronić nawet z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste.

§ 5. Przepisy § 1–3 stosuje się odpowiednio w wypadku, gdy z ciężących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony.

kwatna do czynu. Co prawda sam wyrok SN zapadł w 2013 r., ale miało to miejsce w dacie na końcu grudnia, tym samym orzeczenie to nie miało „szans” znaleźć się w „Medycznej Wokandzie” omawiającej orzeczenia za rok 2013. Sygnatura sprawy to SDI 47/13. W wyroku tym SN na skutek kasacji wniesionej przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, uchylił wyrok NSL. Ów wyrok NSL zmienił natomiast wcześniej zapadłe orzeczenie OSL. Uchylenie wyroku przez SN dotyczyło tej części wyroku NSL w którym rozstrzygnął on na temat kary obwinionego i sprawę w tym zakresie przekazał mu do ponownego rozpoznania

Obwiniony naruszył cytowany już wcześniej art. 8 KEL, w związku z powyższym sąd I instancji wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres roku oraz obciążył kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołał się obwiniony i wnosił on o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania lub orzeczenie innej łagodniejszej kary niż kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

NSL zmienił zaskarżone orzeczenie i wymierzył obwinionemu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres sześciu miesięcy.

Jak nadmieniono wcześniej, kasację wywiódł Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, który zarzucił rażące naruszenie art. 83 ust. 1 pkt 6 ustawy u.i.l., polegające na wymierzeniu kary „nieznanej” ustawie. SN w swoim wyroku uchylającym wyrok NSL stwierdził, że kara zawieszenia wykonywania zawodu co oczywiste jest „znana” ustawie. W orzecznictwie i piśmiennictwie przyjmuje się, że karą „nieznaną” ustawie jest kara nieprzewidziana w obowiązującej ustawie⁷, czy dalej idąc, nieznaną polskiemu systemowi prawnemu, a więc rodzajowo niefunkcjonująca w polskim prawie karnym⁸. Będą nimi np. kara chłosty, kara śmierci itp. Zaskarżone orzeczenie zapadło natomiast z rażącą obrazą art. 83 ust. 1 pkt 6 u.i.l., który stanowi, iż kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu wymierzana jest w granicach od roku do lat 5. Tym samym NSL wymierzając obwinionemu karę 6 miesięcy zawieszenia prawa wykonywania zawodu, rażąco naruszył art. 83 ust. 1 pkt 6 u.i.l., co miało wpływ na treść orzeczenia. Biorąc powyższe rozważania pod uwagę, SN uchylił zaskarżone orzeczenie w części dotyczącej orzeczenia o karze i sprawę w tym zakresie przekazał NSL do ponownego rozpoznania, w toku którego sąd ten winien wydać orzeczenie respektujące treść art. 83 ust. 1 pkt 6 u.i.l.

In dubio pro reo

In dubio pro reo, z łacińskiego – zasada prawna, zgodnie z którą wątpliwości niedających się rozstrzygnąć nie można tłumaczyć na niekorzyść „oskarżonego”. Zasada ta może występować w dwóch odmianach: pozytywnej (polegającej na nakazie rozstrzygnięcia wątpliwości na korzyść oskarżonego) i negatywnej (polegającej na zakazie rozstrzygnięcia wątpliwości na niekorzyść oskarżonego).

⁷ Por. uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z 26 listopada 1970 r., OSNKW 1971, nr 2, poz. 17.

⁸ Por. wyrok Sądu Najwyższego z 8 listopada 1989 r., OSNKW 1990, nr 7–12, poz. 32.

W polskiej procedurze karnej występuje ona w wersji negatywnej (k.p.k.). Zasada ta odnosi się do wątpliwości zarówno faktycznych, jak i prawnych.

Tłem dla zastanowienia się nad sposobem funkcjonowania tej zasady była sprawa która zawisła przed SN, o sygnaturze SDI 43/14. W swoim orzeczeniu SN utrzymał wyrok NSL, który to sąd wymierzył karę upomnienia dla obwinionego lekarza za to, że nie skierował noworodka na badania specjalistyczne w związku z powyższym doszło do powikłań chorobowych. Ów brak skierowania na badania specjalistyczne czy umieszczenia w szpitalu opóźnił, co oczywiste, leczenie farmakologiczne, a tym samym doprowadził do zapalenia płuc dziecka, które obwiniony zbadał i stwierdził, że ma gorączkę 38,5 stopnia Celsjusza, katar i kaszel. Tym samym nie zachował on należytej ostrożności w postępowaniu z niemowlęciem w ten sposób, iż wobec zgłaszanych przez matkę dziecka objawów chorobowych, polecił jedynie objawowe leczenie farmakologiczne, nie zalecając wykonania podstawowej diagnostyki laboratoryjnej, nie zasięgając konsultacji specjalistycznej ani też nie kierując dziecka do obserwacji szpitalnej, czym doprowadził do opóźnienia wdrożenia właściwego leczenia, bowiem w dniu następnym dziecko w stanie ciężkim, z nieokreślonym wirusowym zapaleniem płuc, wśród objawów niewydolności oddechowej zostało przyjęte na oddział pediatryczny ww. jednostki, tj. dopuścił się naruszenia art. 4 u.i.l. oraz art. 8 KEL.

OSL uznał obwinionego za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu i wymierzył mu karę nagany. Od powyższego orzeczenia odwołanie złożył obrońca obwinionego.

NSL zmienił zaskarżone orzeczenie sądu I instancji i wymierzył karę upomnienia. Od powyższego orzeczenia kasację wniósł obrońca obwinionego lekarza, zaskarżając je w całości na korzyść obwinionego i formułując zarzut rażącego naruszenia art. 61 ust. 2 i art. 61 ust. 3 u.i.l., polegającego na rozstrzygnięciu niedających się usunąć wątpliwości na niekorzyść obwinionego lekarza, a ponadto przyjęcie odpowiedzialności dyscyplinarnej obwinionego lekarza z rażącym naruszeniem zasad swobodnej oceny dowodów.

I tutaj właśnie spoczywa problem warty rozważenia, podobnie jak w punkcie poprzednim kwestia *novum* nie dotyczy stanu faktycznego lecz tego czy podniesienie nowych dowodów na etapie postępowania kasacyjnego, polegających w szczególności na zgromadzeniu materiałów z literatury naukowej i wzbudzeniu tym samym „wątpliwości” może obalić orzeczenie NSL poprzez działanie zasady *in dubio pro reo* (wszelkie nieusuwane wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść). *Ergo* czy SN może wnikać w specjalistyczne kwestie medyczne?

Jeżeli chodzi o regułę *in dubio pro reo* (art. 61 ust. 2 u.i.l., art. 5 § 2 k.p.k.⁹), stwierdzić należy, że nie można zasadnie stawiać zarzutu jej obrazu (a zatem i przywołanych przepisów), podnosząc wątpliwości, co do treści ustaleń faktycznych lub co do sposobu interpretacji prawa. Dla oceny, czy nie została naruszona zasada *in dubio pro reo* nie są

⁹ Art. 5 k.p.k. [Zasada domniemania niewinności]

§ 1. Oskarżonego uważa się za niewinnego, dopóki wina jego nie zostanie udowodniona i stwierdzona prawomocnym wyrokiem.

§ 2. Wątpliwości, których nie usunięto w postępowaniu dowodowym, rozstrzyga się na korzyść oskarżonego.

bowiem miarodajne tego rodzaju wątpliwości, zgłaszane przez stronę, ale jedynie to, czy orzekający w sprawie sąd rzeczywiście powziął wątpliwości co do treści ustaleń faktycznych lub wykładni prawa i wobec braku możliwości ich usunięcia rozstrzygnął je na niekorzyść obwinionego, względnie to, czy w świetle realiów konkretnej sprawy wątpliwości takie powinien był powziąć. W wypadku zatem, gdy ustalenie faktyczne zależne jest od dania wiary temu lub innemu dowodowi albo tej lub innej grupie dowodów, czy też np. dania wiary lub odmówienia wiary wyjaśnieniom obwinionego, nie można mówić o naruszeniu zasady *in dubio pro reo*, a ewentualne zastrzeżenia co do oceny wiarygodności konkretnego dowodu lub grupy dowodów rozstrzygane mogą być jedynie na płaszczyźnie utrzymania się przez sąd w granicach sędziowskiej swobody ocen, wynikającej z treści art. 61 ust. 3 u.i.l. oraz art. 7 k.p.k.¹⁰, lub też przekroczenia przez sąd tych granic i wkroczenia w sferę dowolności ocen.

Zdaniem SN w niniejszej sprawie sądy zarówno I jak i II instancji nie naruszyły dyrektyw określonych w art. 61 ust. 3 u.i.l. i art. 7 k.p.k. W szczególności do wysunięcia takiego „podejrzenia” przez obronę, dalece niewystarczające jest to, że przyjęte przez sądy założenia dowodowe nie odpowiadają preferencjom obwinionego i jego obrońcy. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem SN, przekonanie sądu o wiarygodności jednych dowodów i niewiarygodności innych pozostaje pod ochroną przepisu art. 7 k.p.k. (a zatem i art. 61 ust. 3 u.i.l.), jeśli tylko: a) jest poprzedzone ujawnieniem w toku rozprawy głównej całokształtu okoliczności sprawy; b) stanowi wyraz rozważenia wszystkich okoliczności przemawiających zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść oskarżonego; c) jest zgodne ze wskazaniami wiedzy i doświadczenia życiowego, a nadto zostało wyczerpująco i logicznie uargumentowane w uzasadnieniu wyroku.

Nadto cytowanie w kasacji opracowań specjalistycznych, które zdaniem obrońcy mogłyby prowadzić do wniosku odmiennego od tego, na którym oparte jest prawomocne orzeczenie, nie może być zdaniem SN skuteczne. Po pierwsze, postępując tak obrońca nie uwzględnia istoty postępowania kasacyjnego: sąd kasacyjny nie przeprowadza nowych dowodów, a zatem musi oceniać prawidłowość rozumowania sądu odwoławczego wyłącznie w nawiązaniu do dowodów dotychczas ujawnionych w sprawie. Odwoływanie się do nowych dowodów możliwe jest w wypadku wniesienia innego nadzwyczajnego środka zaskarżenia, znanego także postępowaniu dyscyplinarnemu prowadzonemu przeciwko lekarzom, a mianowicie w ramach tzw. skargi wznowieniowej (art. 99 u.i.l.).¹¹ Po drugie, SN jako błędu sądów niższej instancji nie potraktował

¹⁰ Art. 7 k.p.k. [Zasada swobodnej oceny dowodów] Organy postępowania kształtują swe przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.

¹¹ Art. 99 [Wznowienie postępowania] Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego wznowia się, jeżeli:

- 1) w związku z postępowaniem dopuszczono się przestępstwa, a istnieje uzasadniona podstawa do przyjęcia, że mogło to mieć wpływ na treść orzeczenia;
- 2) po wydaniu orzeczenia ujawnią się nowe fakty lub dowody nie znane przedtem sądowi lekarskiemu, wskazujące na to, że:
 - a) obwiniony nie popełnił czynu albo czyn jego nie stanowił przewinienia zawodowego lub nie podlegał karze,
 - b) sąd lekarski umorzył postępowanie, błędnie przyjmując popełnienie przez obwinionego zarzucanego mu czynu.

także i tego, że nie dopuściły one wniosku dowodowego, tzw. opinii uzupełniającej albo opinii lekarza specjalisty z zakresu chorób zakaźnych dzieci, które to wnioski były przez obrońcę obwinionego w toku postępowania składane i nie zostały w prawidłowej procesowo formie rozstrzygnięte. Rzeczą jednak wg SN w tym, iż nie stawiając w kasacji stosownego zarzutu obrońca wręcz uniemożliwił SN odniesienie się do tego, czy uchybienia te miały charakter rażący. W tym miejscu należy też wskazać, że przy rozpoznawaniu kasacji w tak specyficznym postępowaniu, jakim jest postępowanie dyscyplinarne prowadzone przeciwko lekarzom, SN nie może wnikać w specjalistyczne kwestie medyczne, na których z istoty rzeczy o wiele lepiej znają się członkowie składów orzekających sądów korporacyjnych obu instancji, a w szczególności NSL. Sąd kasacyjny, złożony z prawników, może i powinien skoncentrować się zatem na badaniu legalności samego trybu postępowania, przy zastosowaniu którego toczyło się postępowanie przed sądami lekarskimi, ale z kolei, aby było to możliwe, niezbędne jest zgłoszenie takich zarzutów w kasacji, nie zaś cytowanie w niej wywodów zawartych w publikacjach zamieszczanych na łamach specjalistycznych periodyków medycznych. Dlatego opisane wyżej uwarunkowania zadecydowały o oddaleniu kasacji.

Streszczenie

Zgodnie z tytułem niniejszego opracowania autor dokonał analizy orzeczeń kasacyjnych Sądu Najwyższego zapadających czy to w formie wyroków w przypadku, gdy dochodzi do uchylenia orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) czy w formie postanowień, gdy skarga kasacyjna zostaje oddalona z powołaniem np. na okoliczność, że jest ona oczywiście bezzasadna. Granice terytorialne analizy wyznacza rok 2014 r. z tym, że w pierwszym przypadku, przywołano także jeden wyrok z 2015 r. a to z tej przyczyny, że w tym konkretnym przypadku, którego ciężar gatunkowy jest ogromny dwukrotnie zapadł wyrok SN, na mocy którego orzeczenie NSL zostało uchylone a sprawa została przekazana sadowi odwoławczemu do ponownego rozpatrzenia.

Zakres tematyczny analizowanych spraw dotyczy takich problemów jak: wymiar kary, nie wykonanie zaleceń SN przez sądy lekarskie, wymierzenie kary nieznaną ustawie o izbach lekarskich. Artykuł rozstrzyga także kwestię poruszaną w orzeczeniach SN, a mianowicie czy podniesienie nowych dowodów na etapie postępowania kasacyjnego, może prowadzić do uchylenia orzeczenia NSL oraz czy SN może wnikać w specjalistyczne kwestie medyczne.

Supreme Court rulings in cases involving professional liability of physicians in 2014

Summary

As the title of this paper suggests the author has analyzed the cassation of the Supreme Court, pronounced either in the form of judgments when it comes to setting aside the judgment of the Supreme Medical Court (NSL) or in the form of the provisions when the cassation appeal is dismissed, with reference e.g. to a circumstance that it is manifestly unfounded. The chronological scope of the analysis refers to 2014, although, in the first case, a judgment of 2015 was also mentioned, because in this specific case, and in the view of its considerable importance two Supreme Court judgments were pronounced, on the strength of whose the NSL decision was quashed and the case was transferred to the court of appeal for reconsideration.

The thematic scope of the analyzed cases concerns such issues as: sentencing, Supreme Court's injunctions not having been fulfilled by medical courts, imposition of a punishment not provided for in the statute on medical chambers. The article also resolves issues brought up in Supreme Court's decisions, for example, whether presenting new evidence during cassation proceedings may result in quashing an NSL decision or whether Supreme Court is in a position to probe into specialist medical issues.

SPRAWY MIĘDZYNARODOWE

Anna WILIŃSKA-ZELEK

mgr, Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Przegląd orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej związanego z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia (lata 2014–2015)

1. Uwagi ogólne

1.1. Kompetencje Unii Europejskiej w sferze zdrowia publicznego

Unia Europejska posiada kompetencję dzieloną w dziedzinie wspólnych problemów bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego w odniesieniu do aspektów określonych w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej¹, co wynika z art. 4 ust. 2 pkt k) TFUE. Oznacza to, że zarówno Unia, jak i państwa członkowskie mogą stanowić prawo i przyjmować akty prawnie wiążące w tej dziedzinie, przy czym państwa mogą wykonywać swoją kompetencję wyłącznie w zakresie, w jakim Unia jej nie wykonała².

Podkreślić przy tym należy, że granice kompetencji Unii wyznacza zasada przyznania, a wykonywanie tych kompetencji podlega zasadom pomocniczości i proporcjonalności³.

Tym samym, w zakresie zdrowia publicznego, Unia Europejska może działać wyłącznie:

- a) w zakresie wspólnych problemów bezpieczeństwa określonych w TFUE (zasada przyznania, sprecyzowana w art. 5 ust. 2 TUE);
- b) tylko w takim zakresie, w jakim cele działania nie mogą być osiągnięte w sposób wystarczający przez państwa członkowskie i jeśli ze względu na rozmiary czy skutki proponowanych działań, ich osiągnięcie na poziomie Unii jest lepsze (zasada pomocniczości, sprecyzowana w art. 5 ust. 3 TUE);
- c) gdy zakres i forma działań nie wykracza ponad to, co jest konieczne do osiągnięcia celów określonych w TFUE (zasada proporcjonalności, sprecyzowana w art. 5 ust. 4 TUE).

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, odnosi się do problematyki zdrowia publicznego w art. 168 TFUE. Określa on cele oraz środki służące do ich realizacji. Za-

¹ Dz. Urz. C 326 z 26 października 2012 r., s. 47–390 (wersja skonsolidowana, dalej również jako: TFUE).

² Art. 2 ust. 2 Traktatu o Unii Europejskiej, Dz. U. C 326 z 26.10.2012, s. 13–390 (wersja skonsolidowana, dalej również jako: TUE).

³ Art. 5 ust. 1 TUE.

pewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego należy do istotnego obszaru działania Unii Europejskiej, które jest ukierunkowane na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego (art. 168 ust. 1 TFUE). Istotna jest również współpraca państw członkowskich w celu doskonalenia usług zdrowotnych w regionach przygranicznych (art. 168 ust. 2 TFUE). Przywołany przepis ponadto precyzuje w jakich obszarach podejmowanie działań jest szczególnie pożądane. Określa także, w jakich obszarach i na jakich warunkach, Unia ma kompetencję do realizowania działań wspierających, koordynacyjnych i uzupełniających działania państw członkowskich, nie zastępując jednak ich kompetencji w tych dziedzinach⁴, może również ustanawiać środki zachęcające (por. art. 168 ust. 5 TFUE).

Państwa członkowskie mają wyłączne kompetencje do określania polityki zdrowotnej, jak również organizacji oraz świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej (obejmują one również zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną oraz przyznanymi im zasobami).

Dotychczas Unia Europejska ustanowiła wiele aktów prawnych, niezwykle istotnych dla funkcjonowania ochrony zdrowia. Na branżę medyczną oddziałują również akty prawne ustanawiane w związku z posiadaniem przez Unię Europejską kompetencji dzielonych do takich dziedzin jak rynek wewnętrzny czy ochrona konsumentów (np. w zakresie odpowiedzialności za produkty wadliwe). Mając niniejsze na względzie, orzecznictwo związane z tymi obszarami również zostało uwzględnione przy tworzeniu niniejszej publikacji.

1.2. Rola Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w dokonywaniu wykładni prawa Unii Europejskiej, w zakresie dotyczącym systemu ochrony zdrowia

Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej⁵ jest instytucją Unii Europejskiej obejmującą Trybunał Sprawiedliwości, Sąd i sądy wyspecjalizowane (art. 13 ust. 1 TUE oraz art. 19 ust. 1 TUE)⁶. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej orzeka w zakresie skarg wniesionych przez państwa członkowskie, instytucje lub osoby fizyczne lub prawne; w trybie prejudycjalnym, na wniosek sądów państw członkowskich, w sprawie wykładni prawa Unii lub ważności aktów przyjętych przez instytucje oraz w innych sprawach przewidzianych w Traktatach. Wiele z niniejszych spraw jest rozpoznawanych w I instancji przez Sąd i Sąd ds. Służby Publicznej.

Jednym z najciekawszych przejawów funkcjonowania TSUE jest orzekanie w zakresie pytań prejudycjalnych (inaczej wstępnych) wnoszonych przez sądy krajowe

⁴ Podstawę prawną określenia obszarów i warunków kompetencji do realizowania wskazanych działań stanowi art. 2 ust. 5 TFUE w zw. z art. 6 pkt a) TFUE.

⁵ Dalej jako: TSUE albo Trybunał. Dawniej Europejski Trybunał Sprawiedliwości (tj. ETS, zmiany dokonano w związku z wejściem w życie tzw. Traktatu lizbońskiego: Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, Dz. Urz. C 306 z 17.12.2007 r., s. 1–229).

⁶ Na potrzeby niniejszego opracowania zamiennie używa się określeń Trybunał Sprawiedliwości a Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE), co nie jest do końca precyzyjne.

państw członkowskich. Trybunał w procedurze prejudycjalnej dokonuje wykładni prawa Unii lub orzeka o ważności aktów Unii Europejskiej (art. 267 TFUE). Jeżeli pytanie z tym związane zostanie podniesione przed sądem jednego z państw członkowskich sąd może, jeśli uzna, że decyzja w tej kwestii jest niezbędna do wydania wyroku, zwrócić się do Trybunału z wnioskiem o rozpatrzenie tego pytania (art. 267 TFUE)⁷. Trybunał nie zajmuje się ustalaniem stanu faktycznego czy dokonywaniem subsumpcji (tj. przyporządkowanie ustalonego stanu faktycznego pod określoną normę), ponieważ jest to zadanie sądu formułującego pytanie. Trybunał Sprawiedliwości jest wyłącznie odpowiedzialny za dokonanie wykładni, ewentualnie orzeczenie o ważności aktu Unii.

Aktywność omawianej instytucji Unii Europejskiej w obszarze ochrony zdrowia wraz z upływem czasu i budowaniem dorobku orzeczniczego, dotyczy coraz to nowych aspektów (na pewnym etapie orzecznictwo skupiało się na problemie możliwości refundacji świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym państwie członkowskim⁸). Znajomość aktualnej judykatury Trybunału pozwala w sposób kompleksowy dokonywać odpowiedniej wykładni implementowanych do krajowego porządku prawnego przepisów dyrektyw oraz przepisów Unii Europejskiej wiążących w całości i bezpośrednio stosowanych we wszystkich państwach członkowskich (tj. rozporządzeń). Efekty procesu wykładni mogą natomiast wpływać na codzienne funkcjonowanie podmiotów branży medycznej.

1.3. Uzasadnienie wyboru orzeczeń

W niniejszym opracowaniu uwzględniono orzecznictwo TSUE w latach 2014–2015 (do czasu oddania publikacji do druku⁹). Orzecznictwo w tym okresie dotyczyło niezwykle różnorodnych problemów, stąd duża rozbieżność tematyczna przedstawianych orzeczeń. Subiektywna selekcja wyroków została zdeterminowana ich oceną przez pryzmat: wpływu na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (możliwości skorzystania z wykładni poczynionej przez Trybunał przy prowadzeniu działalności leczniczej czy naukowej) oraz zajęcia nowego, kontrowersyjnego stanowiska przez TSUE.

W opracowaniu nie uwzględniono orzeczeń, które jedynie potencjalnie mogłyby stanowić przedmiot zainteresowania pracowników systemu ochrony zdrowia. Za przykład może posłużyć bardzo medialne orzeczenie, wskazujące że otyłość może stanowić

⁷ Dotychczasowy dorobek orzecznicy ETS/TSUE dookreśla sytuacje, w których sądy krajowe powinny formułować odpowiednie pytania ponadto precyzuje jak należy rozumieć „sąd krajowy” w świetle art. 267 TFUE. Por. m.in. wyroki w sprawach: z dnia 6 października 1982 r. C-283/81 Srl CILFIT i Lanificio di Gavardo SpA przeciwko Ministero della Sanita; z dnia 22 października 1987 r. C-314/85 Foto-Frost przeciwko Hauptzollamt Lübeck-Ost.

⁸ Por. m.in. wyrok z 13 maja 2003 r. w sprawie C-385/99 V.G. Müller-Fauré przeciwko Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA i E.E.M. van Riet przeciwko Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, z 12 lipca 2001 r. w sprawie C-157/99 B.S.M. Smits, małżonka Geraets, przeciwko Stichting Ziekenfonds VGZ i H.T.M. Peerbooms przeciwko Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, z dnia 29 kwietnia 1998 r. w sprawie C-120/95 Nicolas Deccker przeciwko Caisse de maladie des employés privés i z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-158/96 Raymond Kohll przeciwko Union des caisses de maladie.

⁹ Tj. do czerwca 2015 r.

niepełnosprawność¹⁰. Podkreślić jednak należy, że orzeczenie to dotyczy wykładni pojęcia „niepełnosprawność” wyłącznie w rozumieniu dyrektywy Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiającej ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy. W świetle orzeczenia możemy mieć do czynienia z dyskryminacją w zatrudnieniu, jeśli jej podłożem jest otyłość. Orzeczenie to pozostaje bez wpływu na działalność systemu ochrony zdrowia.

2. Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (wybór)

Na potrzeby publikacji opracowano następujące orzeczenia (uporządkowano je z uwzględnieniem odwróconej chronologii, w nawiasach wskazując, które przepisy podlegały wykładni w wyniku wyrokowania):

- a) **wyrok Trybunału z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie C-528/13** (dokonano wykładni przepisów dyrektywy Komisji 2004/33/WE z dnia 22 marca 2004 r., wykonującej dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi pod kątem możliwości trwałego wykluczenia z honorowego krwiodawstwa mężczyzn odbywających stosunki homoseksualne);
- b) **wyrok Trybunału z dnia 5 marca 2015 r. w sprawach połączonych C-503/13 i C-504/13** (dokonano wykładni przepisów dyrektywy Rady 85/374/EWG z dnia 25 lipca 1985 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących odpowiedzialności za produkty wadliwe pod kątem konsekwencji wadliwości wyrobów medycznych, podlegających szczególnym wymogom bezpieczeństwa);
- c) **wyrok Trybunału z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie C364/13 International Stem Cell Corporation przeciwko Comptroller General of Patents, Designs and Trade Marks** (dokonano wykładni dyrektywy 98/44/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 lipca 1998 r. w sprawie ochrony prawnej wynalazków biotechnologicznych pod kątem oceny czy niezapłodniona ludzka komórka jajowa, która w drodze partenogenezy została pobudzona do podziału i rozwoju stanowi „embrion ludzki”);
- d) **wyrok Trybunału z dnia 9 października 2014 r. w sprawie C268/13 Elena Petru przeciwko Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu, Casa Națională de Asigurări de Sănătate** (dokonano wykładni rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (dalej jako „rozporządzenie”) pod kątem możliwości odmowy zgody na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki, właściwej w jej stanie w wypadku, gdy to ze względu na brak produktów leczniczych i materiałów medycznych pierwszej potrzeby nie można udzielić da-

¹⁰ Wyrok w sprawie C354/13 z dnia 18 grudnia 2014 r., Fag og Arbejde (FOA) przeciwko Kommunernes Landsforening (KL).

- ných szpitalnych świadczeń zdrowotnych we właściwym czasie w państwie członkowskim miejsca zamieszkania osoby objętej zabezpieczeniem społecznym),
- e) **wyrok Trybunału z dnia 13 marca 2014 r. w sprawie C-512/12 Octapharma France SAS przeciwko Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Ministère des Affaires sociales et de la Santé** (dokonano wykładni dyrektywy 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, zmienionej dyrektywą 2004/27/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r., a także art. 4 ust. 2 dyrektywy 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiającej normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniającej dyrektywę 2001/83/WE pod kątem oceny, jakie przepisy należy stosować do osocza z pełnej krwi, przeznaczonego do transfuzji, a przygotowane z wykorzystaniem procesu przemysłowego w zakresie jego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji).

Opisane wyroki są dostępne w polskich wersjach językowych za pośrednictwem strony internetowej: www.curia.europa.eu.

2.1. Wyrok Trybunału z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie C-528/13

Skarżący – G. Léger, chciał honorowo oddać krew. W dniu 29 kwietnia 2009 r., lekarz francuskiego centrum krwiodawstwa odmówił jednak poboru krwi z uwagi na odbycie stosunku seksualnego z innym mężczyzną. Prawo francuskie trwale wyklucza osoby odbywające takie stosunki z możliwości oddania krwi. G. Léger zaskarżył decyzję do sądu administracyjnego w Strasburgu, w szczególności kwestionując przepisy rozporządzenia ustanawiające kryteria klasyfikacji dawców krwi, JORF z dnia 18 stycznia 2009 r., s. 1067, wskazując jego niezgodność z dyrektywą 2004/33/WE.

Zgodnie z implementowaną przez Francję dyrektywą Komisji 2004/33/WE z dnia 22 marca 2004 r., wykonującą dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi, osoby których zachowanie seksualne naraża je na ryzyko nabycia ostrych chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone we krwi, są trwale wykluczone z oddawania krwi. Wskazać przy tym należy, iż w toku postępowania sądowego dostrzeżono rozbieżności pomiędzy poszczególnymi wersjami językowymi w zakresie użycia sformułowania „ryzyko” i „wysokie ryzyko”. W niektórych wersjach językowych, stała dyskwalifikacja może wystąpić wyłącznie w sytuacji, gdy mamy do czynienia z „wysokim ryzykiem”. Z uwagi na to, iż przepisy Unii Europejskiej należy stosować w sposób jednolity, Trybunał dokonał wykładni przepisów przy uwzględnieniu systematyki i celu dyrektywy, wskazując że stałe wykluczenie z honorowego krwiodawstwa może zaistnieć wyłącznie w sytuacji, gdy zaistnieje wysokie ryzyko nabycia ostrych chorób zakaźnych.

Trybunał podkreślił przy tym, że pkt 2.1 załącznika III do omawianej dyrektywy nie określa w sposób precyzyjny osób lub kategorii osób, których wykluczenie dotyczy,

a tym samym państwa mają pewien zakres swobody przy stosowaniu przepisu. W tej sytuacji, należy zbadać, czy i w jakim zakresie stała dyskwalifikacja przez prawo francuskie „mężczyzny mającego stosunki seksualne z innym mężczyzną” odpowiada wymogowi istnienia „wysokiego ryzyka”. Niniejsze winno uwzględniać prawa podstawowe, uznane przez Unię Europejską.

Trybunał wskazał, że ocena czy osoba homoseksualna jest narażona na ryzyka, o których mówi przepis, winna być dokonywana przy uwzględnieniu sytuacji epidemiologicznej danego kraju (w tym wypadku Francji) i to sąd odsyłający winien zbadać czy w świetle aktualnej wiedzy uwzględnione w trakcie wyrokowania dane są wiarygodne i wciąż aktualne. Trybunał wskazał, że dysponuje danymi za lata 2003–2008, z których jasno wynika korelacja między ryzykiem narażenia na zakażenie HIV a odbywaniem stosunków homoseksualnych. Komisja Europejska wskazała przy tym, iż zgodnie z raportem sporządzonym przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób najwyższy poziom zakażeń HIV w ramach grupy mężczyzn mających stosunki seksualne z mężczyznami istnieje we Francji (przy uwzględnieniu wszystkich badanych państw).

W razie uznania, że istnieje wysokie ryzyko nabycia ostrych chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone we krwi w rozumieniu pkt 2.1 załącznika III do dyrektywy 2004/33 w sytuacji odbywania stosunków homoseksualnych między mężczyznami, należałoby ocenić czy i na jakich warunkach trwała dyskwalifikacja może naruszać podstawowe prawa uznane przez porządek Unii (w szczególności art. 21 ust. 1 Karty Praw Podstawowych, zgodnie z którym zakazana jest wszelka dyskryminacja w szczególności ze względu na orientację seksualną). TSUE wskazał, że potencjalnie, francuskie rozporządzenie może stanowić przejaw dyskryminacji, stąd konieczne jest zbadanie czy jego treść znajduje uzasadnienie w art. 52 ust. 1 Karty¹¹. Podkreślił przy tym, że ograniczenie należy uznać za wprowadzone przez ustawę i respektujące zasadę niedyskryminacji. Pozostaje natomiast ocena, czy ograniczenie odpowiada celowi interesu ogólnego (ochrona zdrowia publicznego) oraz jest proporcjonalne, tj. odpowiednie i konieczne do realizacji celów.

W ocenie Trybunału, omawiane wykluczenie przyczynia się do realizacji ogólnego celu zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego. Pojawia się natomiast wątpliwość czy istnieje inny, mniej restrykcyjny sposób zagwarantowania bezpieczeństwa biorcom krwi niż dyskwalifikacja mężczyzn odbywających stosunki homoseksualne. Sąd odsyłający winien w związku z tym zbadać czy aktualny poziom nauki i techniki medycznej, z uwzględnieniem kosztów związanych z ewentualną systematyczną kwarantanną pobrań krwi lub kosztów badań wszystkich pobrań krwi, pozwalają zagwarantować wysoki poziom ochrony biorców tak, aby nie były one nadmierne (jak wskazuje TSUE, np. poprzez bardziej pogłębiony wywiad lekarski uwzględniający pytania m.in. o ostatni stosunek seksualny, charakter stosunku/stosunków itd.).

¹¹ „Wszelkie ograniczenia w korzystaniu z praw i wolności uznanych w niniejszej Karcie muszą być przewidziane ustawą i szanować istotę tych praw i wolności. Z zastrzeżeniem zasady proporcjonalności, ograniczenia mogą być wprowadzone wyłącznie wtedy, gdy są konieczne i rzeczywiście odpowiadają celom interesu ogólnego uznawanym przez Unię lub potrzebom ochrony praw i wolności innych osób”.

Podsumowując, Trybunał dopuścił możliwość wykluczenia na stałe z honorowego oddawania krwi mężczyźni odbywających stosunki homoseksualne w świetle punktu 2.1 załącznika III do dyrektywy Komisji 2004/33/WE, ale tylko w sytuacji w której stwierdzono „na podstawie bieżącej wiedzy oraz aktualnych danych medycznych, naukowych i epidemiologicznych, że takie zachowanie seksualne naraża te osoby na wysokie ryzyko nabycia ostrych chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone we krwi, oraz że – z poszanowaniem zasady proporcjonalności – nie istnieją skuteczne techniki wykrycia tych chorób zakaźnych lub, wobec braku takich technik, metody mniej restrykcyjne niż takie przeciwwskazanie, które zapewniłyby wysoki poziom ochrony zdrowia biorców. Do sądu krajowego należy ocena, czy w rzeczonym państwie członkowskim warunki te są spełnione”.

2.2. Wyrok Trybunału z dnia 5 marca 2015 r. w sprawach połączonych C-503/13 i C-504/13

Przedsiębiorstwo z siedzibą w Niemczech, producent rozruszników serca oraz wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów serca, w wyniku przeprowadzonej kontroli jakości stwierdziło potencjalną wadliwość produktów, która mogła nieść negatywne konsekwencje w stosunku do pacjentów (zawodność elementów zapewniających hermetyczność rozruszników, co mogło skutkować przedwczesnym wyczerpaniem baterii oraz możliwością blokowania się przełącznika magnetycznego defibrylatorów w pozycji zamkniętej).

Mając niniejsze na względzie, producent zalecił lekarzom po pierwsze, wymianę wszczepionych rozruszników na nieodpłatnie udostępnione rozruszniki, po drugie natomiast, dezaktywację przełączników magnetycznych w defibrylatorach (niezależnie od wygaśnięcia gwarancji). Ubezpieczyciele pacjentów zażądali od producenta zwrotu kosztów związanych z przeprowadzeniem operacji u dwóch pacjentów.

Bundesgerichtshof (niemiecki trybunał federalny) zadał TSUE pytania związane ze stosowaniem przepisów dyrektywy Rady 85/374/EWG z dnia 25 lipca 1985 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących odpowiedzialności za produkty wadliwe. Zgodnie z art. 1 wskazanej dyrektywy, producent jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną przez wadę w jego produkcie. Art. 6 ust. 1 wskazuje, iż „wadliwość produktu” występuje, gdy nie zapewnia on bezpieczeństwa jakiego osoba ma prawo oczekiwać biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności, w szczególności wygląd produktu, sposobu użycia produktu, którego można rozsądnie oczekiwać oraz czasu, w którym produkt jest wprowadzany do obrotu.

Przedmiotem oceny Trybunału były przede wszystkim dwa zagadnienia – czy w świetle dyrektywy, za wadliwe mogą zostać uznane urządzenia, co do których nie stwierdzono istnienia konkretnej wady, jakkolwiek dany model urządzenia ujawnia takie, które mogą w przyszłości wystąpić oraz czy producent jest w takiej sytuacji zobowiązany do naprawienia wynikłej w związku z tym szkody (związanej z wymianą/naprawą urządzenia).

TSUE wskazał, że wyroby medyczne, z którymi wiąże się prowadzone postępowanie podlegają szczególnym wymogom bezpieczeństwa z uwagi na ich funkcję oraz

wrażliwość pacjentów ich używających, a pacjenci mają prawo tego oczekiwać. Niebezpieczeństwo tego typu produktów przejawia się nadmiernie wysokim prawdopodobieństwem wyrządzenia szkody na osobie. W związku z tym, za wadliwe można uznać wszystkie produkty danego modelu i nie ma konieczności wykazywania istniejących wad w konkretnym produkcie.

Ponadto Trybunał wskazał, że szkoda wyrządzona operacją chirurgiczną wymiany wadliwego produktu takiego jak rozrusznik serca lub wszczepialny kardiowerterdefibrylator stanowi „szkodę spowodowaną przez śmierć lub przez uszkodzenie ciała”, za którą odpowiedzialny jest producent, o ile wymiana ta jest konieczna do usunięcia wady produktu. „Naprawienie szkody” w takiej sytuacji obejmuje wszystko to, co jest konieczne do usunięcia szkodliwych konsekwencji oraz przywrócenie poziomu bezpieczeństwa (por. art. 6 ust. 1 dyrektywy).

TSUE zwrócił uwagę, że sytuacja wszczepialnych kardiowerterówdefibrylatorów, w których zalecono dezaktywację przełączników może być oceniana odmiennie i to sąd odsyłający powinien ocenić, czy szczególna sytuacja pacjentów determinuje jedynie konieczność dezaktywacji przełącznika, czy niezbędna jest wymiana całego urządzenia.

2.3. Wyrok Trybunału z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie C364/13

Do Urzędu Własności Intelektualnej Zjednoczonego Królestwa wpłynęły wnioski o rejestrację wynalazków biotechnologicznych¹², którym decyzją z dnia 16 sierpnia 2012 r. odmówiono rejestracji. W uzasadnieniu wskazano, iż zgłoszenia dotyczą niezapłodnionych ludzkich komórek jajowych, które zostały pobudzone do podziału i dalszego rozwoju w drodze partenogenezy, oraz że „mogą one zapoczątkować proces rozwoju jednostki ludzkiej tak jak embriion powstały w wyniku zapłodnienia komórki jajowej”. Odwołano się w tym miejscu do głośnego wyroku w sprawie *Brüstle*¹³, w którym Trybunał wskazał, że „embriionem ludzkim” jest każda niezapłodniona ludzka komórka jajowa, która została pobudzona do podziału i dalszego rozwoju w drodze partenogenezy.

International Stem Cell Corporation (dalej jako ISCC) wniósł sprawę do sądu, argumentując, że wyłączenie zdolności patentowej jest celowe wyłącznie w sytuacji, gdy mamy organizmy, które mogą zapoczątkować proces rozwoju prowadzącego do powstania jednostki ludzkiej i zagadnienie to było przedmiotem orzeczenia w sprawie *Brüstle*. Organizmy ujęte we wnioskach, nie mogą natomiast rozwijać się we wskazany sposób, a tym samym winne posiadać zdolność patentową na podstawie dyrektywy 98/44/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 lipca 1998 r. w sprawie ochrony

¹² Pierwszy wniosek: „Partenogenetyczna aktywacja oocytów w procesie uzyskiwania ludzkich zarodkowych komórek macierzystych”, dotyczył metod otrzymywania linii pluripotentnych ludzkich komórek macierzystych z aktywowanych partenogenetycznie oocytów i linii komórek macierzystych, natomiast drugi wniosek: „Uzyskiwanie sztucznej rogówki z komórek macierzystych siatkówki”, dotyczył metod uzyskiwania sztucznej rogówki lub tworzących ją tkanek z wykorzystaniem izolacji pluripotentnych komórek macierzystych z partenogenetycznie aktywowanych oocytów; wniosek obejmował jednocześnie zastrzeżenia dotyczące postępowania produkcyjnego w przypadku sztucznej rogówki lub tworzących ją tkanek wytwarzanych tymi metodami.

¹³ Wyrok Trybunału z dnia 18 października 2011 r. C34/10 *Oliver Brüstle przeciwko Greenpeace eV*.

prawnej wynalazków biotechnologicznych (Dz. U. L 213, s. 13). *High Court of Justice (England & Wales), Chancery Division (Patents Court)* zawiesił postępowanie i zwrócił się do TSUE z pytaniem prejudycjalnym „czy niezapłodnione ludzkie komórki jajowe, których podział i dalszy rozwój zostały pobudzone w drodze partenogenezy i które w przeciwieństwie do zapłodnionych komórek jajowych zawierają jedynie komórki pluripotenne i są niezdolne do rozwinięcia się w jednostki ludzkie, mieszczą się w pojęciu embrionów ludzkich zawartym w art. 6 ust. 2 lit. c) dyrektywy 98/44 [...]?”

Trybunał podzielił stanowisko ISCC wskazując, że o embrionie ludzkim w rozumieniu dyrektywy, możemy mówić, o ile organizm może zapoczątkować rozwój jednostki ludzkiej. Sąd odsyłający winien w związku z tym ustalić czy w świetle posiadanej wiedzy na poziomie międzynarodowym, partenoty będące przedmiotem wniosków jw. mają wrodzoną zdolność rozwinięcia się w jednostkę ludzką. Jeżeli nie mają takiej zdolności, nie powinny być kwalifikowane jako embrion ludzki.

2.4. Wyrok Trybunału z dnia 9 października 2014 r. w sprawie C-268/13

E. Petru, cierpiąca na ciężkie schorzenia naczyń krwionośnych przeszła w 2007 r. zawał mięśnia sercowego i w związku z pogorszeniem stanu zdrowia w 2009 r., była hospitalizowana w Rumunii. Podjęto decyzję o przeprowadzeniu operacji na otwartym sercu (mającej na celu zastąpienie wstawki mitralnej i wstawienia stentów). E. Petru zdecydowała się wykonać zabieg w Niemczech z uwagi na warunki materialne szpitala, niepozwalające na poddanie się zabiegowi. W związku z tym, złożyła odpowiedni wniosek o pokrycie kosztów (17 714,70 euro obejmujące zabieg i hospitalizację pooperacyjną) zgodnie z przepisami prawa rumuńskiego oraz rozporządzeniem¹⁴. Wniosek został oddalony – ze sprawozdania lekarza prowadzącego nie wynikało by świadczenie, określane jako podstawowe, nie mogło być zrealizowane w rozsądnym terminie (pозwani, tj. kasy ubezpieczenia zdrowotnego, podnosili w kolejnych postępowaniach, że nie przedstawiono żadnych dowodów na niemożność uzyskania świadczenia w rozsądnym terminie). W dniu 2 listopada 2011 r. E. Petru wniosła pozew do sądu, argumentując m.in., że zdecydowała się opuścić rumuński szpital z uwagi na złożoność zabiegu i złe warunki panujące w szpitalu (brak produktów leczniczych, materiałów medycznych, łóżek dla chorych), a w tej sytuacji pozwani musieli wydać zgodę na pokrycie odpowiednich kosztów (na podstawie art. 22 ust. 2 rozporządzenia¹⁵).

¹⁴ Zgodnie z rozporządzeniem (art. 22): „1. Pracownik najemny lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek, którzy spełniają warunki wymagane przez ustawodawstwo państwa właściwego w celu uzyskania prawa do świadczeń, z uwzględnieniem, w odpowiednim przypadku, przepisów art. 18 oraz: [...] c) której instytucja właściwa udzieliła zgody na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki, właściwej w jej stanie [...] ma prawo: i) do świadczeń rzeczowych udzielanych przez instytucję miejsca pobytu [...] na rachunek instytucji właściwej, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem, tak jak gdyby była w niej ubezpieczona, przy czym okres udzielania świadczeń jest określany przez ustawodawstwo państwa właściwego”.

¹⁵ „Nie można odmówić udzielenia zgody wymaganej na podstawie ust. 1 lit. c), w przypadku gdy leczenie, o którym mowa, jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa

Tribunalul Sibiu (sąd okręgowy w Sybinie) zawiesił postępowanie i sformułował pytanie prejudycjalne o to, czy niemożliwość przeprowadzenia leczenia ubezpieczonego w państwie miejsca zamieszkania, pozwala uzyskać świadczenia rzeczowe w innym państwie członkowskim po wyrażeniu odpowiedniej zgody. Przy czym sformułowano pytanie o to, czy wskazana niemożliwość przeprowadzenia leczenia może polegać na sytuacji, w której mimo, iż zabieg chirurgiczny może być przeprowadzony w państwie miejsca zamieszkania w odpowiednim czasie i w prawidłowy z technicznego punktu widzenia sposób, w tym znaczeniu, że istnieje wykwalifikowany personel posiadający taką samą specjalistyczną wiedzę, jednak brak jest produktów leczniczych i artykułów medycznych pierwszej potrzeby.

TSUE przeanalizował art. 22 ust. 2 akapit drugi rozporządzenia, odwołując się do wcześniej wydanych orzeczeń. Wskazał, że ocena spełnienia przesłanek powinna uwzględniać wszystkie okoliczności każdego indywidualnego przypadku (przy uwzględnieniu m.in. stopnia bólu, niepełnosprawności, dotychczasowego leczenia), a wśród tych okoliczności, potencjalnie można wziąć pod uwagę brak produktów leczniczych i materiałów medycznych pierwszej potrzeby, jaki miał miejsce w sprawie E. Petru. Jeżeli z tych powodów miała miejsce niemożność zagwarantowania świadczeń (na poziomie ogółu szpitali w państwie członkowskim tj. całej Rumunii) i zostały spełnione pozostałe warunki określone w art. 22 ust. 2 rozporządzenia (w szczególności leczenie nie mogło być uzyskane we właściwym czasie), powinno dojść do wydania odpowiedniej zgody. Sąd odsyłający winien ustalić, czy faktycznie istniał brak produktów leczniczych oraz materiałów medycznych pierwszej potrzeby, a następnie ustalić czy zabieg mógłby być wykonany w terminie 3 miesięcy (termin ten wynikał ze sprawozdania lekarza prowadzącego) w innym szpitalu na terenie Rumunii.

2.5. Wyrok Trybunału z dnia 13 marca 2014 r. w sprawie C-512/12

Octapharma France SAS (producent Octaplas tj. osocza RD do transfuzji) w dniu 30 maja 2011 r., złożyła do *Conseil d'État* skargę o stwierdzenie nieważności decyzji z dnia 20 października 2010 r., która zakwalifikowała osocze RD jako nietrwały produkt krwiopochodny w rozumieniu dyrektywy 2002/98¹⁶, a w jej opinii powinno być kwalifikowane jako produkt leczniczy w rozumieniu dyrektywy 2001/83, zmienionej

członkowskiego, na którego terytorium zainteresowany zamieszkuje, i jeżeli ta osoba nie może być poddana leczeniu w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w państwie członkowskim zamieszkania, uwzględniając aktualny stan zdrowia zainteresowanego i prawdopodobny dalszy przebieg choroby”.

¹⁶ Zgodnie z artykułem L. 12218 *code de la santé publique*: „Nietrwałe produkty krwiopochodne, obejmujące między innymi pełną krew, osocze lub krwinki pochodzenia ludzkiego. Z wyjątkiem nietrwałych produktów krwiopochodnych przeznaczonych do badań biomedycznych zezwala się na dystrybucję lub dostawę do celów leczniczych wyłącznie tych nietrwałych produktów krwiopochodnych, których wykaz i właściwości zostały ustalone w drodze decyzji wydanej przez Agencję, po uzyskaniu opinii *Établissement français du sang* [...]”, natomiast art. 3 pkt c) dyrektywy wskazuje, że: „produkt krwiopochodny oznacza produkt leczniczy pochodzący z ludzkiej krwi lub osocza”.

dyrektywą 2004/27¹⁷. Monopolistą w sferze produktów krwiopochodnych (w zakresie pobierania krwi, przetwarzania i dystrybucji nietrwałych produktów krwiopochodnych), zgodnie z *Code de la santé publique* jest *Établissement français du sang*. Kwalifikacja osocza RD jako produktu krwiopochodnego eliminowałaby producenta Octoplas z rynku.

Conseil d'État zawiesiła postępowanie w sprawie i zwróciła się do Trybunału z pytaniami prejudycjalnymi:

1. Czy przepisy dyrektywy 2002/98 można stosować do osocza z pełnej krwi (które jest przygotowane z wykorzystaniem procesu przemysłowego i jest przeznaczone do transfuzji), nie tylko w zakresie pobierania i testowania, ale i przetwarzania, przechowywania i dystrybucji czy powinny być w takiej sytuacji zastosowane przepisy dyrektywy 2001/83, zmienionej dyrektywą 2004/27 (por. na treść art. 2 ust. 2 dyrektywy 2004/27¹⁸)?

2. Czy art. 4 ust. 2 dyrektywy 2002/98¹⁹, interpretowany w świetle art. 168 TFUE, pozwala utrzymać w mocy lub wydać przepisy krajowe bardziej restrykcyjne niż przepisy dyrektywy w stosunku do osocza przygotowywanego z wykorzystaniem procesu przemysłowego (w szczególności w zakresie takich przepisów, które wymagają uzyskania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu), a jeśli tak – na jakich warunkach i w jakim zakresie?

W wyniku analizy stanu prawnego, Trybunał doszedł do konstatacji, iż „dyrektywę 2001/83, zmienioną dyrektywą 2004/27, i dyrektywę 2002/98 należy interpretować w ten sposób, że osocze z pełnej krwi przeznaczone do transfuzji, przygotowane z wykorzystaniem procesu przemysłowego wchodzi, zgodnie z art. 109 dyrektywy 2001/83, w zakres stosowania dyrektywy 2002/98, jeżeli chodzi o jego pobieranie i testowanie, oraz w zakres stosowania dyrektywy 2001/83, zmienionej dyrektywą 2004/27, jeżeli chodzi o jego przetwarzanie, przechowywanie i dystrybucję, pod warunkiem że odpowiada definicji produktu leczniczego w rozumieniu art. 1 pkt 2 tej dyrektywy”. Sąd odsyłający powinien zbadać czy zostały spełnione warunki uznania osocza RD za produkt leczniczy (a zostaną one spełnione „w szczególności, jeżeli przedmiotowe osocze może być podawane w celu odzyskania, poprawy lub zmiany funkcji fizjologicznych

¹⁷ Zgodnie bowiem z art. 1 pkt 10 dyrektywy: „produkty lecznicze na bazie ludzkiej krwi i ludzkiego osocza (to) produkty lecznicze oparte na składnikach krwi przygotowywanych metodami przemysłowymi przez przedsiębiorstwa państwowe lub prywatne, wśród nich produkty lecznicze zawierające w szczególności albuminę, czynniki układu krzepnięcia krwi i immunoglobuliny pochodzenia ludzkiego”.

¹⁸ „Przepisy niniejszej dyrektywy stosuje się w przypadku wątpliwości, gdy uwzględniając wszelkie cechy charakterystyczne produktu leczniczego, produkt ten może być objęty zakresem definicji pojęcia «produktu leczniczego» oraz zakresem definicji produktu podlegającego innym przepisom prawa wspólnotowego”. Przy tym *Conseil d'État* odwołał się do stosowania przepisów przy uwzględnieniu ich rygoryzmu.

¹⁹ „Niniejsza dyrektywa nie stanowi przeszkody dla państw członkowskich w utrzymaniu i wprowadzaniu na swoim terytorium bardziej rygorystycznych środków ochronnych, zgodnych z przepisami traktatu.

W szczególności państwo członkowskie może wprowadzić wymagania dotyczące dobrowolnego nieodpłatnego oddawania krwi, obejmujące zakaz lub ograniczenie przywozu krwi i składników krwi, aby zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia oraz osiągnąć cel określony w art. 20 ust. 1, jeśli spełniają one warunki traktatu”.

poprzez powodowanie działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego”).

Ponadto Trybunał stwierdził, że art. 4 ust. 2 dyrektywy 2002/98, interpretowany w świetle art. 168 TFUE pozwala na utrzymywanie lub wydawanie przepisów krajowych, które przewidują bardziej restrykcyjne przepisy w stosunku do osocza przygotowywanego przemysłowo niż te, którym podlegają produkty lecznicze, ale wyłącznie w zakresie jego pobierania i testowania (w dyrektywie 2001/83 nie przewidziano możliwości wprowadzenia takich przepisów, a dyrektywa ma zastosowanie do przetwarzania, przechowywania i dystrybucji osocza).

3. Podsumowanie

Dorobek orzecznicy Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w latach 2014–2015 dotyczył tematów niezwykle ważkich z punktu widzenia funkcjonowania branży medycznej. Orzeczenia zawierają wiele ciekawych wątków, których omówienie przekraczałoby ramy niniejszego opracowania.

Bez wątpienia najbliższy rok przyniesie również ciekawe rozstrzygnięcia – w tym miejscu warto wspomnieć, że w ostatnich miesiącach pojawiły się opinie rzeczników generalnych²⁰, które dotyczą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej²¹. Pozostaje czekać na wyroki TSUE w przedłożonych sprawach.

Streszczenie

Artykuł prezentuje wybór orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z lat 2014–2015, związanego z funkcjonowaniem branży medycznej. Omówiono wyroki TSUE poruszające problematykę:

- dyskwalifikacji z honorowego krwiodawstwa mężczyzn odbywających stosunki homoseksualne,
- konsekwencji wadliwości wyrobów medycznych, podlegających szczególnym wymogom bezpieczeństwa;
- kwalifikacji niezapłodnionej ludzkiej komórki jajowej, która w drodze partenogenezy została pobudzona do podziału i rozwoju jako „embrionu ludzkiego”;
- możliwości odmowy zgody na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki w wypadku, gdy to ze względu na brak produktów leczniczych i materiałów medycznych pierwszej potrzeby nie można udzielić danych szpitalnych świadczeń zdrowotnych we właściwym czasie w państwie członkowskim miejsca zamieszkania osoby objętej zabezpieczeniem społecznym;
- stosowania przepisów dwóch dyrektyw do osocza z pełnej krwi, przeznaczonego do transfuzji, a przygotowanego z wykorzystaniem procesu przemysłowego.

²⁰ Rzecznicy generalni wspierają Trybunał przedstawiając opinie prawne w sprawach, które są im przydzielane. Nie są one wiążące dla TSUE w trakcie wyrokowania.

²¹ M.in. Opinia Rzecznika Generalnego Yves’a Bota przedstawiona w dniu 19 marca 2015 r. w sprawie C-87/14 Komisja Europejska przeciwko Irlandii, dotycząca organizacji czasu pracy lekarzy stażystów.

Review of jurisdiction issued by the Court of Justice of the European Union, related to health system functioning (2014–2015)

Summary

This paper analyzes the jurisdiction issued by the Court of Justice of the European Union (from 2014 to 2015), concerning the subject of professional, medical activities. Judgments of the CJEU concern the following issues:

- permanent deferral from blood donation of men who have had sexual relations with another men;*
- consequences of failures of medical products, where safety requirements are particularly high;*
- whether unfertilised human ova whose division and further development have been stimulated by parthenogenesis may be qualified as ‘human embryo’;*
- possibility of prior authorization refusal by the competent institution to go to a territory of another Member State to receive there relevant treatment, because of lack of related medication, basic medical supplies and infrastructure in the insured person’s Member State of residence where hospital care concerned cannot be provided in appropriate time;*
- application of directive 2002/98 and 2001/83 concerning plasma prepared from whole blood, by means of an industrial process and intended for transfusion purposes.*

Magdalena ZAMROCYŃSKA

magister, doktorantka w Katedrze Postępowania Karnego, Wydział Prawa i Administracji,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Przegląd orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydanego w sprawach z aspektem medycznym w 2014 roku

Europejski Trybunał Praw Człowieka został powołany w 1959 roku do orzekania w sprawach ze skarg indywidualnych oraz w sprawach międzypaństwowych. ETPC stwierdza naruszenie praw i wolności na podstawie Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, która została sporządzona w Rzymie w dniu 4 listopada 1950 roku, a weszła w życie w dniu 8 września 1953 roku. Polska ratyfikowała Konwencję w dniu 19 stycznia 1993 r.¹ Konwencja przewiduje obowiązywanie jednolitych standardów i zasad w sferze praw człowieka, a wyroki ETPC mogą zapoczątkować wprowadzenie zmian w ustawodawstwie i praktyce.

Niniejszy artykuł prezentuje wybrane orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka zawierające aspekty medyczne wydane wobec różnych państw europejskich w 2014 roku.²

1. Sprawa Dubska i Krejzová przeciwko Republice Czeskiej, skargi nr 28859/11 i 28473/12, wyrok z dnia 11 grudnia 2014 r.

Stan faktyczny

Skarżąca Dubska

Skarżąca urodziła swoje pierwsze dziecko w szpitalu w 2007 roku bez żadnych komplikacji. W czasie porodu personel medyczny namawiał ją do wyrażenia zgody na poddanie się różnego rodzaju interwencjom medycznym, lecz pacjentka wyraźnie wskazała, że nie chce być narażona na niepotrzebne leczenie. Została również zmuszona do rodzenia w pozycji, w której nie chciała rodzić. Skarżąca chciała opuścić szpital kilka godzin po porodzie, gdyż ona i dziecko byli zdrowi, lecz lekarz kazał jej pozostać w szpitalu. Skarżąca opuściła szpital następnego dnia, kiedy przedstawiła pismo od swojej lekarzki pediatry, która zadeklarowała, że obejmie dziecko opieką. W 2010 roku skarżąca zaszła w ciążę po raz drugi. Badania nie wykazywały żadnych problemów.

¹ Dz. U. 1993, Nr 61, poz. 284 z późn. zm.

² Wszystkie orzeczenia są dostępne w języku angielskim na stronie internetowej: <http://hudoc.echr.coe.int>.

Skarżąca uznała, że rodzenie w szpitalu było dla niej zbyt stresujące i zdecydowała się na poród domowy. Niemniej jednak nie była w stanie znaleźć żadnej położnej, która chciałaby przyjąć poród w domu. W dniu 5 kwietnia 2011 roku napisała pisma do swojego ubezpieczyciela zdrowotnego oraz do urzędu regionu, w którym zamieszkiwała z prośbą o pomoc w znalezieniu położnej. W dniu 7 kwietnia 2011 roku ubezpieczyciel zdrowotny odpowiedział, że czeskie przepisy nie przewidują możliwości pokrycia kosztów wynikających z porodów domowych i w związku z tym nie ma on żadnych umów z pracownikami służby zdrowia świadczących takie usługi. Natomiast urząd, w piśmie z dnia 13 kwietnia 2011 r. stwierdził, że położne wymienione w rejestrze pracowników służby zdrowia mogą brać udział w porodach wyłącznie w miejscach posiadających niezbędne wyposażenie techniczne wymagane przez przepisy prawa, a nie w prywatnym domu. Nie znalazłszy żadnej położnej, skarżąca urodziła syna sama w domu w dniu 11 maja 2011 r.

Skarżąca Krejzová

Druga skarżąca jest matką dwójki dzieci, które urodziły się w domu w 2008 i 2010 roku z pomocą położnej. Położne uczestniczyły w narodzinach dzieci bez upoważnienia państwa. Według skarżącej, zanim zdecydowała się ona na rodzenie w domu, odwiedziła kilka szpitali, w których odmówiono spełnienia jej żądania, aby odebrać poród bez interwencji medycznych, które nie były ściśle wymagane w danej sytuacji. W szpitalach również nie zgodzono się na nieprzerwany kontakt z dzieckiem od momentu narodzin, gdyż regularną praktyką trwającą dwie godziny jest zabranie dziecka od matki zaraz po urodzeniu w celu zważenia, zmierzenia i przeprowadzenia dalszej obserwacji lekarskiej. Ze względu na niemożność znalezienia położnej, które bały się grzywny grożącej za świadczenie usług medycznych bez zezwolenia, skarżąca urodziła dziecko w szpitalu położniczym. Według skarżącej, nie wszystkie jej życzenia były przestrzegane. Pomimo faktu, że zarówno ona, jak i dziecko było zdrowe i że nie doszło do komplikacji podczas porodu, skarżąca musiała pozostać w szpitalu przez siedemdziesiąt dwie godziny. Noworodek został oddzielony od niej po urodzeniu, a przed opuszczeniem szpitala resztki pępowiny dziecka zostały odcięte wbrew jej woli.

Ocena Trybunału

Trybunał zauważył, że przedmiot obu skarg jest podobny, więc zgodnie z zasadą 42 Regulaminu Trybunału, Trybunał połączył te sprawy.

Zarzut naruszenia artykułu 8 Konwencji

Skarżące zarzucały, że czeskie prawo zabroniło służbie zdrowia udzielenia pomocy przy porodzie domowym, naruszając tym samym prawo do życia prywatnego, jak przewidziano w art. 8 Konwencji³. Rząd zakwestionował ten argument.

³ Artykuł 8 Konwencji: 1. Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji. 2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy

Trybunał zważył, że należy przeanalizować zarzuty skarżących, ze względu na argument, że pomoc położnych przy porodach domowych była zakazana, ze względu na grożące położnym sankcje. Rząd utrzymywał, że czeskie prawo jest jasne – pomoc lekarza lub położnej przy porodzie może być realizowana tylko w instytucji opieki medycznej, która spełnia określone minimalne wymogi w zakresie wyposażenia technicznego.

Trybunał wskazał, że poród w domu nie jest jako taki zabroniony przez czeski system prawny. Ustawa o usługach medycznych w brzmieniu obowiązującym w czasie przedstawionym w stanie faktycznym umożliwiała zapewnienie opieki medycznej pod pewnymi warunkami, a ich niespełnienie mogło skutkować wymierzeniem grzywny. Trybunał stwierdził, że nie ma wątpliwości, że polityka w tej kwestii została zaprojektowana w celu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa noworodka podczas i po porodzie, i przynajmniej pośrednio, także matki. Trybunał zważył, że choć zasadniczo nie ma konfliktu interesów między matką a dzieckiem, niektóre wybory dokonane przez matkę – co do miejsca, okoliczności i sposobu porodu, mogą być postrzegane jako prowadzące do zwiększonego ryzyka dla zdrowia i bezpieczeństwa noworodka.

Trybunał zauważył ponadto, że większość badań naukowych nie wskazuje, że podczas porodów domowych istnieje zwiększone ryzyko w porównaniu do porodów w szpitalu, ale tylko wtedy, gdy spełnione są pewne warunki. Po pierwsze, porody domowe są dopuszczalne jedynie w przypadku ciąży „niskiego ryzyka”. Po drugie, podczas porodu w domu musi być obecna wykwalifikowana położna, która jest w stanie wykryć komplikacje podczas porodu i skierować rodzącą do szpitala w razie konieczności. Po trzecie, ewentualne przewiezienie kobiety i dziecka do szpitala powinno być zapewnione w bardzo krótkim czasie.

Z drugiej strony, Trybunał zauważył argument Rządu, że ryzyko dla noworodków jest wyższe w odniesieniu do porodów domowych niż w odniesieniu do porodów w pełni wyposażonych szpitalach położniczych, nawet jeśli ciąża wydaje się być bez szczególnych komplikacji. Niespodziewane trudności mogą pojawić się w trakcie porodu, a szpital może natychmiast dostarczyć niezbędnej opieki lub interwencji.

Wreszcie, Trybunał stwierdził, że władze państwowe powinny dbać, aby przepisy prawa odzwierciedlały zmiany medyczne i naukowe. Tak więc, Ministerstwo Zdrowia zmieniło swoją politykę i od 1 stycznia 2014 roku, kobiety z ciążą niskiego ryzyka mogą wybrać czy chcą pozostać w szpitalu przez okres siedemdziesięciu dwóch godzin po porodzie, zgodnie z zaleceniami lekarzy, czy rodzić w szpitalu pod opieką położnej i opuścić szpital dwadzieścia cztery godziny po urodzeniu.

Mając na względzie wszystkie okoliczności sprawy i brak europejskiego konsensusu, należy stwierdzić, że stosując w tamtym czasie daną politykę w odniesieniu do porodów domowych, władze nie wykroczyły poza szeroki margines uznania przyznanego im w celu znalezienia złotego środka między konkurencyjnymi interesami.

publicznej w korzystaniu z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę, koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób.

W związku z powyższym, Trybunał orzekł, że nie doszło do naruszenia artykułu 8 Konwencji.

2. Sprawa Hämäläinen przeciwko Finlandii, skarga nr 37359/09, wyrok z dnia 16 lipca 2014 r.

Stan faktyczny

Skarżąca urodziła się w 1963 roku jako mężczyzna. Zawsze czuła, że była kobietą w męskim ciele. W 1996 roku ożeniła się z kobietą, a w 2002 roku urodziło im się dziecko. W kwietniu 2006 roku została zdiagnozowana jako transseksualista. Od tego czasu żyła jako kobieta. W dniu 29 września 2009 roku poddała się operacji zmiany płci. W dniu 7 czerwca 2006 roku skarżąca zmieniła swoje dane osobowe i wymieniła dokumenty, lecz nie mogła zmienić swojego numeru identyfikacyjnego, który nadal wskazywał, że jest ona mężczyzną. W dniu 12 czerwca 2007 roku skarżąca zwróciła się do lokalnego urzędu w celu potwierdzenia jej statusu jako kobiety poprzez zmianę jej numeru identyfikacyjnego na żeński, gdyż istniejący nie odzwierciedlał rzeczywistości. W dniu 19 czerwca 2007 roku miejscowy urząd stanu cywilnego oddalił wniosek skarżącej. Stwierdzono, że transseksualiści, którzy chcą formalnie potwierdzić swoją płć, nie mogą pozostawać w związku małżeńskim, chyba że małżonek wyrazi zgodę na zmianę. Jako że żona skarżącej nie wyraziła zgody na przekształcenie ich małżeństwa w zarejestrowany związek partnerski, nowa płć skarżącej nie mogła zostać zarejestrowana w ewidencji ludności. W dniu 6 lipca 2007 roku skarżąca wszczęła w tej sprawie postępowanie przed Sądem Administracyjnym w Helsinkach wskazując, że żona miała pełne prawo do niewyrażenia zgody, gdyż oboje wolą pozostać w związku małżeńskim, a rozwód byłby niezgodny z ich przekonaniami religijnymi. Ponadto, zdaniem skarżącej, zarejestrowany związek partnerski nie zapewnia dziecku takiego samego poziomu bezpieczeństwa jak małżeństwo. W dniu 5 maja 2008 roku Sąd Administracyjny w Helsinkach oddalił zażalenie skarżącej na tych samych podstawach co lokalny urząd stanu cywilnego. Podobnie postanowił Naczelny Sąd Administracyjny w Helsinkach.

Zarzut naruszenia artykułu 8 Konwencji

Skarżąca zarzuciła naruszenie art. 8 Konwencji poprzez naruszenie jej prawa do życia prywatnego i rodzinnego, gdyż pełne uznanie jej nowej płci zostało uzależnione od przekształcenia jej małżeństwa w zarejestrowany związek partnerski.

Rząd stwierdził, że nie doszło do naruszenia art. 8 Konwencji w niniejszej sprawie, gdyż zaskarżone przepisy zostały przyjęte w celu uniknięcia nierówności spowodowanej przez zmianę praktyki administracyjnej w całym kraju oraz w celu ustanowienia spójnych przesłańek do prawnego uznania płci, a sytuacja prawna dzieci nie ulega zmianie.

Ocena Trybunału

Trybunał zauważył, że bezsporne jest między stronami, iż nastąpiła ingerencja w prawo skarżącej do poszanowania jej życia prywatnego. Trybunał jest świadomy faktu, że

skarżąca jedynie chce zachować swoje małżeństwo, lecz roszczenie skarżącej, jeśli zostałyby uznane, to w praktyce będzie prowadzić do sytuacji, w której dwie osoby tej samej płci będą małżeństwem, a takie prawo obecnie w Finlandii nie istnieje.

Trybunał stwierdził, że fińskie prawo krajowe przewiduje obecnie kilka możliwości. Po pierwsze, skarżąca może utrzymać *status quo* jej sytuacji prawnej, pozostając w związku małżeńskim i tolerować niedogodności spowodowane przez męski numer identyfikacyjny. Po drugie, jeżeli skarżąca pragnie zarówno uzyskać prawne uznanie jej nowej płci, jak i mieć związek prawnie chroniony z żoną, to fińskie ustawodawstwo przewiduje możliwość konwersji ich małżeństwa na zarejestrowany związek partnerski, za zgodą żony skarżącej. Trzecia opcja, przewidziana w prawie krajowym to możliwość rozwodu.

Trybunał zauważył, że w odniesieniu do dzieci, różnice między małżeństwem i zarejestrowanym związkiem partnerskim dotyczą ustanowienia ojcostwa, adopcji poza rodziną i nazwiskiem. Tak więc, te wyjątki nie mają zastosowania w niniejszej sprawie.

Trybunał uważa, że system fiński jako całość nie wpływa nieproporcjonalnie na sytuację skarżącej i że równowaga między konkurencyjnymi interesami została zachowana.

W związku z powyższym, Trybunał orzekł, że nie doszło do naruszenia artykułu 8 Konwencji.

3. Sprawa Mennesson przeciwko Francji, skarga nr 65192/11, wyrok z dnia 26 czerwca 2014 r.

Stan faktyczny

Pierwszy i drugi skarżący urodzili się w 1965 i 1955 r. (małżeństwo, rodzice bliźniąt) Skarżący trzeci i czwarty urodzili się w 2000 roku (bliźnięta). Pierwszy i drugi skarżący nie byli w stanie mieć własnego dziecka, ponieważ drugi skarżący jest bezpłodny. Po wielu nieudanych próbach, aby począć dziecko za pomocą zapłodnienia *in vitro* z ich gamet, pierwszy i drugi skarżący postanowili dokonać zapłodnienia z gamet pierwszego skarżącego i dawcy poprzez wszczepienie zapłodnionych embrionów do macicy innej kobiety. W związku z tym, udali się oni do Kalifornii, gdzie procedura ta jest legalna i zawarli umowę o macierzyństwo zastępcze. Zgodnie z przepisami prawa kalifornijskiego matka surogatka nie otrzymała wynagrodzenia, a skarżący ponosili jedynie koszty jej utrzymania.

Kalifornijski sąd stwierdził, że pierwszy skarżący będzie „ojcem genetycznym”, a drugi skarżący „matką prawną” dzieci urodzonych przez matkę surogatkę. Następnie pierwszy skarżący udał się do francuskiego konsulatu w Los Angeles, w celu sporządzenia aktów urodzenia dzieci i wpisania ich danych do paszportu, aby mógł powrócić z nimi do Francji. Konsulat odrzucił wniosek i podejrzewając istnienie matki surogatki, wysłał w tej sprawie informację do prokuratury we Francji. W związku z tym, że Federalna Administracja USA wydała paszport USA dla bliźniąt, w którym

pierwszy i drugi skarżący byli wskazani jako ich rodzice, czterej skarżący byli w stanie wrócić do Francji.

Zarzut naruszenia artykułu 8 Konwencji

Skarżący zarzucali, że ze szkodą dla najlepszych interesów dziecka, nie byli w stanie uzyskać uznania prawnego dla relacji rodzic–dziecko we Francji, wynikającej z umowy o macierzyństwo zastępcze, a więc podnieśli oni zarzut naruszenia prawa do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, które gwarantuje art. 8 Konwencji.

Trybunał przyjął do wiadomości, że powodem, dla którego Francja odmawia uznania prawnego relacji rodzic–dziecko dla dzieci urodzonych za granicą w wyniku umowy o macierzyństwo zastępcze jest to, że stara się powstrzymać swoich obywateli od uciekania się do metod wspomaganego rozrodu poza terytorium kraju, które są zakazane na jego własnym terytorium, by chronić dzieci i matki surogatki.

Trybunał zauważył, że nie ma w Europie konsensusu co do legalności umów o surogację oraz prawnego uznania związku między rodzicami i dziećmi poczętymi w ten sposób za granicą. Ten brak porozumienia odzwierciedla fakt, że kwestia ta budzi wrażliwe kwestie etyczne.

Trybunał uznał, że należy rozróżnić w tej sprawie prawo skarżących pierwszego i drugiego do poszanowania życia rodzinnego oraz prawo trzeciego i czwartego skarżącego do poszanowania ich życia prywatnego.

W odniesieniu do pierwszej kwestii, Trybunał zważył, że brak uznania na mocy prawa francuskiego relacji rodzic–dziecko pomiędzy pierwszym i drugim skarżącym i trzecim i czwartym skarżącym niekoniecznie wpływa na ich życie rodzinne, przy uwzględnieniu marginesu swobody przysługującej państwu. Trybunał uznał, że w tym przypadku zapewniono odpowiednią równowagę między interesami skarżących i Państwa, w zakresie ich prawa do poszanowania życia rodzinnego.

Jeżeli natomiast chodzi o prawo trzeciego i czwartego skarżącego do poszanowania ich życia prywatnego, Trybunał zauważył, że poszanowanie życia prywatnego wymaga, żeby każdy człowiek był w stanie ustalić elementy składające się na jego tożsamość, w tym relację prawną na linii rodzic–dziecko. Trybunał zdaje sobie sprawę, że dzieci zostały zidentyfikowane w innym kraju, jako dzieci pierwszego i drugiego skarżącego, lecz Francja odmówiła im tego statusu na mocy prawa francuskiego. Trybunał wskazał, że sprzeczność tej natury podważa tożsamość dzieci w społeczeństwie francuskim. Trybunał uznał, uwzględniając konsekwencje tego poważnego ograniczenia co do tożsamości i prawa do poszanowania życia prywatnego trzeciego i czwartego skarżącego, że państwo przekroczyło dopuszczalne granice swojej swobody uznania. Trybunał stwierdził, że prawo trzeciego i czwartego skarżącego do poszanowania ich życia prywatnego zostało naruszone.

Z tych przyczyn Trybunał uznał, że nie doszło do naruszenia artykułu 8 Konwencji w odniesieniu do prawa skarżących do poszanowania ich życia rodzinnego oraz uznał, że doszło do naruszenia artykułu 8 Konwencji w odniesieniu do prawa trzeciego i czwartego skarżącego do poszanowania ich życia prywatnego.

4. Skarga Centrum Zasobów Prawnych w imieniu Valentin Campeanu przeciwko Rumunii, skarga nr 47848/08, wyrok z dnia 17 lipca 2014 r.

Stan faktyczny

Valentin Câmpeanu, człowiek pochodzenia romskiego, urodził się w dniu 15 września 1985 r. Jego ojciec był nieznan, a jego matka, Florica Câmpeanu, która zmarła w 2001 roku porzuciła go w chwili urodzenia. Pan Câmpeanu został więc umieszczony w sierocińcu, gdzie dorastał. W 1990 roku u pana Câmpeanu zdiagnozowano HIV, głęboką niepełnosprawność intelektualną i IQ 30, a następnie zakwalifikowano do odpowiedniej grupy inwalidzkiej. Później zdiagnozowano u niego również gruźlicę płuc, zapalenie płuc i przewlekłe zapalenie wątroby. W marcu 1992 roku został przeniesiony do Centrum Dzieci Niepełnosprawnych oraz w późniejszym czasie do Craiova nr 7 Placement Centre. W dniu 30 września 2003 roku zarządzono, że pan Câmpeanu nie powinien już być pod opieką państwa, gdyż ukończył osiemnaście lat i nie uczestniczył w jakiegokolwiek formie kształcenia. Powstał problem, w którym z zakładów psychiatrycznych należałoby umieścić pana Câmpeanu, co spowodowało, że był on wielokrotnie przenoszony pomiędzy ośrodkami. Valentin Câmpeanu zmarł wieczorem 20 lutego 2004 r. Według jego aktu zgonu wydanego w dniu 23 lutego 2004 r., bezpośrednią przyczyną śmierci była niewydolność krążeniowo-oddechowa. Zauważono również, że zakażenie HIV to „oryginalny stan chorobowy”.

Zarzut naruszenia artykułów 2⁴ i 13⁵ Konwencji

Pierwsze zdanie artykułu 2 § 1 nakazuje państwu nie tylko powstrzymać się od umyślnego i bezprawnego odbierania życia, ale także podjąć odpowiednie kroki w celu ochrony życia osób w zakresie swojej właściwości. Pan Câmpeanu przez całe życie był pod opieką władz krajowych: wychował się w sierocińcu, a następnie przenoszono go trzykrotnie do różnych instytucji, aż w ostatniej z nich stwierdzono jego przedwczesną śmierć.

Trybunał zauważył, że pan Câmpeanu był przenoszony do zakładów, które nie były w stanie zapewnić mu odpowiedniej opieki medycznej. Ponadto transfery z jednej jednostki do drugiej odbywały się bez właściwej diagnozy i opieki oraz przy całkowitym lekceważeniu jego aktualnego stanu zdrowia i jego najbardziej podstawowych potrzeb medycznych.

⁴ Artykuł 2 Konwencji: 1. Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę. 2. Pozbawienie życia nie będzie uznane za sprzeczne z tym artykułem, jeżeli nastąpi w wyniku bezwzględnie koniecznego użycia siły: a) w obronie jakiegokolwiek osoby przed bezprawną przemocą; b) w celu wykonania zgodnego z prawem zatrzymania lub uniemożliwienia ucieczki osobie pozbawionej wolności zgodnie z prawem; c) w działaniach podjętych zgodnie z prawem w celu stłumienia zamieszek lub powstania.

⁵ Artykuł 13 Konwencji: Każdy, kogo prawa i wolności zawarte w niniejszej Konwencji zostały naruszone, ma prawo do skutecznego środka odwoławczego do właściwego organu państwowego także wówczas, gdy naruszenia dokonały osoby wykonujące swoje funkcje urzędowe.

Powyższe rozważania są wystarczające, aby umożliwić Trybunałowi stwierdzenie, że władze krajowe nie wywiązały się z zasadniczych wymagań artykułu 2 Konwencji, nie dostarczając wymaganego poziomu ochrony życia panu Câmpeanu oraz nie przeprowadziły starannej kontroli wymaganej przez art. 2 Konwencji, poprzez nieprzeprowadzenie skutecznego śledztwa w sprawie okoliczności jego śmierci.

Z tych przyczyn Trybunał uznał jednogłośnie, że doszło do naruszenia artykułu 2 Konwencji, w jego merytorycznym i proceduralnym aspekcie oraz artykułu 13 Konwencji w związku z art. 2 Konwencji. Pozwane Państwo ma wypłacić z tytułu kosztów i wydatków 10 000 euro i 25 000 euro na rzecz wskazanych instytucji.

5. Sprawa Gross przeciwko Szwajcarii, skarga nr 67810/10, wyrok z dnia 14 maja 2013 r.

Stan faktyczny

Skarżąca urodziła się w 1931 roku i mieszka w Szwajcarii. Przez wiele lat wyrażała życzenie, aby zakończyć życie. Wyjaśniła, że z upływem czasu staje się ona coraz bardziej krucha i nie chce nadal cierpieć na spadek zdolności fizycznych i psychicznych. W 2005 roku, po nieudanej próbie samobójczej, skarżąca przebywała przez sześć miesięcy w szpitalu psychiatrycznym. Leczenie jednak nie zmieniło jej chęci zakończenia życia. Skarżąca obawiała się ewentualnych konsekwencji kolejnej nieudanej próby samobójczej, więc zdecydowała, że chce zakończyć swoje życie, biorąc śmiertelną dawkę pentobarbitalu sodu. Skontaktowała się w tej sprawie ze stowarzyszeniem EXIT, które odpowiedziało jej, że byłoby trudno znaleźć lekarza, który byłby gotów przepisać jej receptę na śmiertelny narkotyk. W dniu 20 października 2008 roku lekarz psychiatra, po zbadaniu skarżącej, przedstawił ekspertyzę dotyczącą zdolności skarżącej do tworzenia własnego osądu. Zauważył, że skarżąca nigdy nie była poważnie chora i nie musiała przejść poważnej operacji. Jednak w ostatnich latach, skarżąca zauważyła u siebie spadek zdolności fizycznych i, do pewnego stopnia, zdolności umysłowych. Jej pamięć i jej zdolność do koncentracji nie były takie jak kiedyś. W związku z tym, powstało w niej silne pragnienie zakończenia życia, które stawało się coraz bardziej monotonne. Zauważył także, że jej życzenie śmierci było uzasadnione i przemyślane, utrzymywało się przez kilka lat i nie było spowodowane chorobą psychiczną. Z psychiatrycznego/medycznego punktu widzenia, lekarz nie miał żadnych zastrzeżeń co do przepisania jej śmiertelnej dawki pentobarbitalu sodu. Jednak powstrzymał się od wydawania niezbędnej recepty, gdyż nie chciał mylić ról eksperta medycznego i lekarza prowadzącego.

Skarżąca wysłała pisma do innych lekarzy z prośbą o pomoc, lecz ci odmówili jej, bojąc się ewentualnych konsekwencji prawnych i dyscyplinarnych. Komisja Zdrowia kantonu Zurych również odrzuciła wniosek skarżącej. W dniu 29 maja 2009 roku skarżąca wniosła zażalenie do Sądu Administracyjnego w kantonie Zurych. W dniu 22 października 2009 roku Sąd Administracyjny odrzucił apelację, gdyż warunkiem uzyskania recepty na śmiertelną dawkę pentobarbitalu sodu jest wyłącznie uzasadnione działanie medyczne, a ponadto psychiatra nie wziął w swojej opinii pod uwagę fak-

tu, że życzenie śmierci może być manifestacją choroby, którą można leczyć. W dniu 12 kwietnia 2010 roku Sąd Federalny odrzucił apelację skarżącej.

Zarzut naruszenia artykułu 8 Konwencji

Skarżąca zarzuciła, że władze szwajcarskie, pozbawiając ją możliwości uzyskania śmiertelnej dawki pentobarbitalu sodu, który jest wydawany na receptę, naruszyły jej prawo do decydowania, w jaki sposób i w jakim momencie zakończy swoje życie. Rząd zakwestionował ten argument.

Ocena Trybunału

Trybunał przypomniał, że pojęcie „życia prywatnego” w rozumieniu art. 8 Konwencji jest szerokie i obejmuje, między innymi, prawo do osobistej autonomii i rozwoju osobistego. Trybunał zauważył, że na etapie krajowym sądy powoływały się na etykę opieki medycznej nad pacjentami pod koniec ich życia. Ponadto, Trybunał zauważył, że wytyczne te stosuje się tylko wobec pacjentów, u których lekarz doszedł do wniosku, że do śmierci dojdzie w ciągu kilku dni lub tygodni. Ponieważ skarżąca nie cierpi na nieuleczalną chorobę, jej sprawa wyraźnie nie wchodzi w zakres stosowania tych wytycznych. Trybunał uznał, że niepewność co do wyniku jej wniosków powodowały u skarżącej znaczny stopień cierpienia. Skarżąca musiała być w stanie niepokoju i niepewności co do zakresu jej prawa do zakończenia życia. Nie miałyby to miejsca, gdyby wytyczne państwa określające okoliczności, w których lekarze są upoważnieni do wydania żądanej recepty na środek przyczyniający się do zakończenia życia, były jednoznaczne.

Powyższe rozważania są wystarczające, aby umożliwić Trybunałowi stwierdzenie, że prawo szwajcarskie, zapewniając jednocześnie możliwość uzyskania śmiertelnej dawki pentobarbitalu sodu na receptę, nie zapewnia wystarczająco przejrzystych wytycznych, co do zakresu tego prawa.

Z tych przyczyn Trybunał uznał, że doszło do naruszenia artykułu 8 Konwencji w tym zakresie.

Streszczenie

Europejski Trybunał Praw Człowieka został powołany w 1959 roku do orzekania w sprawach ze skarg indywidualnych oraz w sprawach międzypaństwowych. ETPC stwierdza naruszenie praw i wolności na podstawie Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Konwencja przewiduje obowiązywanie jednolitych standardów i zasad w sferze praw człowieka, a wyroki ETPC mogą zapoczątkować wprowadzenie zmian w ustawodawstwie i praktyce. Niniejszy artykuł prezentuje wybrane orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka zawierające aspekty medyczne wydane wobec różnych państw europejskich w 2014 roku.

A review of judicial decisions by the European Court of Human Rights with medical aspects to different European countries gave in 2014

Summary

The European Court of Human Rights was established in 1959 for the purpose of examining individual complaints and international cases. The ECtHR ascertains the infringement of rights and freedoms on the basis of the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. The Convention provides uniform principles and standards in the field of human rights while ECtHR judgments may provide arguments to introduce amendments in legislature and in practice. The paper presents selected verdicts issued by the ECtHR against different European countries in 2014 in the cases involving medical issues.

MISCELLANEA

Leszek BARTKOWIAK

doktor nauk farmaceutycznych, Zakład Zdrowia Publicznego KMS
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Czy zdrowie jest dobrem wspólnym?

Wprowadzenie

Inspiracją do postawienia tytułowego pytania są rozbieżności w rozumieniu pojęcia „dobra wspólnego”, w tym także zdrowia jako dobra wspólnego. W publikacji *Zdrowie – dobro wspólne*¹, przedstawiającej różne aspekty uwarunkowań zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego, termin „dobro wspólne” przyjęto bez jego definiowania. Z wyjaśnienia, że „zdrowie [...] powinno być troską nas wszystkich”, nie wynika, że zdrowie jest wspólnym dobrem, lecz bardziej, że jest „wspólnym problemem”. W publikacjach, odwołujących się do pojęcia „dobra wspólnego”, przeważnie przyjmuje się je na zasadzie oczywistości, ale niekiedy też postuluje rezygnację ze stosowania tego terminu z racji jego wieloznaczności. Niejasności pogłębia stosowanie jako synonimu „dobra wspólnego” wielu pojęć bliskoznacznych (dobro publiczne, dobro społeczne). Dobro wspólne jako dobro powszechne, powinno być powszechnie zrozumiałe.

W odniesieniu do zdrowia oczywistą wartością jest zdrowie jednostki. Uznanie zdrowia za dobro wspólne oznaczać może, że jest ono jakimś społecznym zasobem, z którego każdy czerpie według potrzeb. Tak jednak nie jest. Bardziej przekonujące jest uznawanie za dobro wspólne powszechnych, środowiskowych i społecznych uwarunkowań zdrowia. Czy rzeczywiście to nie te, najsilniej oddziałujące środowiskowe uwarunkowania zdrowia oraz reguły i warunki społeczne, w jakich zdrowie, jako dobro indywidualne może być osiągnięte, zasługują na określenie „dobro wspólne”? Rozważenie tej kwestii ma znaczenie dla teorii promocji zdrowia, edukacji i polityki zdrowotnej.

Czym jest dobro wspólne?

Dobro jest podstawowym pojęciem moralności jednostkowej i etyki, rozumianych jako społecznie uznawany zespół wartości i norm, kierujących postępowaniem w celu osiągnięcia dobra. Normy i wartości są zhierarchizowane, więc zawsze istnieje wartość najwyższa, wartość główna systemu. Mimo różnic interpretacyjnych, można się zgodzić, że taką wartością główną moralności jest człowiek, człowieczeństwo, osoba ludzka, godność osobowa człowieka. Etyka społeczna nie może obyć się bez wskazania wartości nadrzędnej, która – nie negując moralnych przekonań jednostek – ukazuje

¹ *Zdrowie – dobro wspólne*, red. E. Ozimek, Bonami – Wydawnictwo – Drukarnia, Poznań 2006.

etyczny cel działań wspólnych (grupy, stowarzyszenia, społeczeństwa)². Dobro wspólne może być różnie pojmowane w różnych koncepcjach filozoficznych. Pojęcie dobra wspólnego wywodzi się bezpośrednio z dorobku myśli chrześcijańskiej i *bonum commune* oznacza ogół materialnych i duchowych czynników niezbędnych do tego, aby wspólnota ludzka mogła osiągać dobrobyt, który z kolei powinien sprzyjać harmonijnemu rozwojowi tworzących tę wspólnotę jednostek³. Dobro wspólne oznacza więc jakiś nadrzędny cel społeczny, jednoczący i organizujący działanie jednostek, podstawową wartość porządku politycznego, której osiągnięcie jest wspólnym celem, wspólnym interesem obywateli, w odróżnieniu od interesu indywidualnego⁴. Jest też wartością zbiorową, „obejmującą doskonałość wielości osób”, którą osiągają one we wzajemnym współżyciu i współdziałaniu poprzez korzystanie ze społecznych urządzeń i środków⁵. Wymienia się tu: sprawiedliwość i bezpieczny porządek, pokój, poszanowanie osoby ludzkiej, dobrobyt, w szczegółowych zaś uprawnieniach, które winno zapewnić państwo: prawo do pracy i godnej egzystencji, do ochrony zdrowia i godności. Dobra te często się warunkują i uzupełniają, niekiedy też mogą oznaczać zbiorową wartość „dobra wspólnego”. Zatem odwoływanie się do dobra wspólnego i argumentacja z pozycji dobra wspólnego jest zabiegiem dopuszczalnym i w pełni zasadnym tylko wtedy, gdy się każdorazowo określi, czym ono jest w swej istocie i jaka jest jego treść⁶. Nie oznacza to, że każdą powszechnie uznawaną wartość można wpisać do katalogu „dóbr wspólnych”, bo decyduje o tym jej jednoczesna dostępność i niepodzielność.

Niekiedy dobru wspólnemu przeciwstawia się dobro osobiste. Jest to nieuprawnione. Dobra osobiste – to wartości o charakterze niemajątkowym, dotyczące osoby człowieka i działalności związanej z jego intelektem. Dobra osobiste są chronione przez prawo i zalicza się do nich np. wolność, zdrowie, cześć, nazwisko, swobodę sumienia⁷. Z tego powodu dobrami nazywa się też uprawnienia do korzystania z tych wartości. Dobrem prywatnym osób fizycznych i prawnych jest zdrowie, praca i sprawiedliwe wynagrodzenie za nią, ochrona prawna, własność prywatna, wolność religijna, prawo kształcenia się, tworzenia i korzystania z dóbr kultury, do stowarzyszania się, udziału w życiu publicznym, wyboru stanu i zawodu, emigracji, prawo do swobodnego realizowania celów osobistych i społecznych, przysługujące z natury osobom⁸. Artykuł 23 Kodeksu cywilnego na pierwszym miejscu, wśród dóbr osobistych, wymienia zdrowie.

Realizacja wielu dóbr osobistych zależy od istnienia dóbr wspólnych. Na przykład trudno o indywidualną realizację dobra wolności lub dobra bezpieczeństwa bez zaist-

² Z. Ziemiński, *Prawo a inne normy*, w: A. Redelbach, S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *Zarys teorii państwa i prawa*, Warszawa 1994, s. 129–130.

³ A. Podsiad, *Słownik terminów filozoficznych*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2001, s. 184.

⁴ A. Szostek MIC, *Dobro wspólne: kluczowa kategoria polityczna. Przyczynek do zagadnienia: moralność a polityka*, „Etyka” 1998, nr 31, s. 83–90.

⁵ *Encyklopedia Katolicka*, red. R. Łukaszyk, L. Bieńkowski, F. Gryglewicz, Towarzystwo Naukowe KUL, t. 3, Lublin 1985, s. 1378–1379.

⁶ Z. Ziemiński, *Prawo a inne normy*, w: A. Redelbach, S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *Zarys teorii państwa i prawa*, s. 129–130.

⁷ M. R. Bombicki, *Encyklopedia Actus Purus. Prawo i ekonomia. Leksykon prawniczy*, Polska Narodowa Oficyna Wydawnicza, Poznań 2015, s. 54.

⁸ *Encyklopedia Katolicka*, red. R. Łukaszyk, L. Bieńkowski, F. Gryglewicz, Towarzystwo Naukowe KUL, t. 3, Lublin 1985, s. 1378–1379.

nienia wspólnych dóbr pokoju, demokracji i sprawiedliwości. Pokój, gdy istnieje, jest dobrem wspólnym i niepodzielnym, obejmuje wszystkich członków zbiorowości i nie można z niego wykluczyć nikogo, a „korzystanie” z niego nie umniejsza możliwości innych ludzi korzystania ze stanu pokoju. W przeciwieństwie do dóbr materialnych, dobra o takim wspólnotowym charakterze nie tyle się „konsumuje”, co przeżywa, przyjmuje za warunki środowiska etycznego, w których osoby konstytuują swoją tożsamość. Podobnie, stan społecznego bezpieczeństwa czy sprawiedliwości daje równe szanse wszystkim do „korzystania” z tych dóbr wspólnych dla realizacji swojej osoby.

Jednak wątpliwe jest, czy zdrowie, w swoim powszechnym rozumieniu, spełnia warunki bycia „dobrem wspólnym”. Nie jest to jakkolwiek zasób powszechnie dostępny, niepodzielny oraz uniemożliwiający wykluczenie z konsumpcji. Metaforyczne pojęcie zdrowia społeczeństwa nie jest analogiczne do pojęcia zdrowia jednostkowego, wydaje się jednak, że jest przekonujące w odniesieniu do wartości warunkujących zdrowie wszystkich członków wspólnoty. W ten sposób, wartością instrumentalną dla osiągnięcia docelowej wartości zdrowia jest i pokój, i sprawiedliwość, i dobrobyt. Teoria zdrowia publicznego zawęża te uwarunkowania do kilku pól (pola Lalonda), wskazując: styl życia, środowisko fizyczne, czynniki genetyczne i opiekę zdrowotną. Pojawiają się jednak wątpliwości terminologiczne, bo ani żadnego z tych czynników (styl życia, środowisko, genomy) nie możemy bezsprzecznie nazwać „dobrem” samym przez się (mogą być też „złem”), ani też żadnego z nich bez uproszczenia nie można uważać za „wspólne”. Dobrem wspólnym mogą być tylko wartości (dobra) o charakterze niepodzielnym. Zgodzić się wypada, że zdrowie jest wartością odnoszącą się do wszystkich, lecz to, co dotyczy wszystkich, wcale nie musi być wspólne. Wyjątek należy zrobić dla ostatniego z wymienionych uwarunkowań – opieki zdrowotnej, której istnienie (jako instytucji, bez oceny funkcjonalności) z natury rzeczy jest dobre (dobrem jest, że istnieje).

Zdrowie wspólnym dobrem czy wspólnym interesem?

Źródłem nieporozumień są też rzekome synonimy dobra wspólnego. Język etyki odwołuje się do dobra jako kategorii podstawowej. Chodzi o rozróżnienie, istotne wobec nasilającej się komercjalizacji wszystkich sfer życia, pojęcia dobra (moralnego) i pojęcia korzyści ekonomicznej. Takim ekonomicznym odpowiednikiem „dobra wspólnego” bywa „wspólny interes” względnie „interes publiczny”. Kategoria „pożytku publicznego” jest także próbą określenia „dobra wspólnego” w kategoriach prawnych. Niekiedy utożsamia się „dobro wspólne” z „dobrem publicznym”, ale różnica między nimi jest istotna.

Jedna z różnic między „wspólnym interesem” a „dobrem wspólnym” dotyczy podzielności zysków. Osiągnięcie i realizacja dobra wspólnego „jest możliwa tylko wspólnym wysiłkiem oraz jest ono niepodzielne, choć zarazem jest ono osobistym dobrem każdego członka społeczności”⁹. Najbliżej „dobra wspólnego” jest pojęcie „dobra publicznego”. Są to przede wszystkim dobra materialne i dobra wymierne eko-

⁹ M. Ziółkowski, *Spoleczno-kulturowy kontekst kondycji moralnej społeczeństwa polskiego*, w: *Kondycja moralna społeczeństwa polskiego*, red. J. Mariański, Wydawnictwo WAM, Polska Akademia Nauk, Komitet Socjologii, Kraków 2002, s. 17–41.

onomicznie, ale do dóbr publicznych (pozostających w gestii państwa), zalicza się też pewne dobra publiczne o charakterze niematerialnym, jak sprawiedliwość, bezpieczeństwo, kultura, oświata. Także z rynkowego punktu widzenia, dobro publiczne należy zdefiniować jako dobro, o które nie trzeba rywalizować, które jest dostępne dla wszystkich (przynajmniej potencjalnie) i nikogo nie można wykluczyć z jego konsumpcji, nawet gdy wcale nie przyczynił się do wytworzenia tego dobra. Wspólna konsumpcja dobra publicznego łączy się z brakiem rywalizacji o konsumpcję danego dobra, a konsumpcja jednostkowa nie zmniejsza konsumpcji innych jednostek¹⁰. Natomiast dobro prywatne, jako przeciwieństwo dobra publicznego, konsumowane jest tylko przez jego właściciela. Trudno więc uznać zdrowie także za „dobro publiczne”.

Ochrona zdrowia, jako system, ze względu na celowe ukierunkowanie, na zdrowie zbiorowości i poprzez nie na zdrowie jednostek, bywa traktowana jako dobro publiczne, czego wyrazem ma być obowiązek obywateli w partycypacji finansowej na jej rzecz, jak też deklarowanie odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli. Odniesienie do zdrowia, jak widać, jest jednak tylko pośrednie, bezpośrednio zaś chodzi nie o zdrowie, lecz o „wydatki na zdrowie” przez co rozumie się instytucję, „system ochrony zdrowia” czy w sensie zawężonym „służby medyczne”. Gdyby warunkowanie zdrowia jednostkowego (nawet w ujęciach populacyjnych) przez system usług medycznych było proporcjonalne, oznaczałoby to, że im wyższe wydatki na „ochronę zdrowia”, tym bardziej wzrasta zdrowie jednostek i społeczności. Jak można sądzić, jest to teza fałszywa.

Tak jak trudno rozróżnić, czy pomoc bezrobotnym jest nastawieniem na „dobro wspólne”, jakiego częścią jest każdy członek społeczności, czy też jest to „wspólny interes”, jakim są mniejsze wydatki socjalne i „pokój społeczny”¹¹, tak też analogicznie w tych dwóch znaczeniach można postrzegać cel istnienia systemu ochrony zdrowia i świadczenia usług zdrowotnych. W tym spojrzeniu instytucjonalna ochrona zdrowia jest i uwarunkowaniem zdrowia, i dobrem pożądanym przez jednostki, ale dobrem wspólnym, determinującym w dużym stopniu dostępność „dobra opieki zdrowotnej” okazuje się być sprawiedliwość.

Po co nam dobro wspólne?

Każda wspólnota potrzebuje do swojego istnienia pewnych jednoczących przekonań i wartości, ponieważ wspólnota jest możliwa, gdy ludzkie sentymenty są pozytywne a wartości budujące. Wartość wspólnoty nie może być oceniana w oderwaniu od zasad etycznych i uznanych społecznie wartości. By wspólnota była dobrem samym w sobie musi ona reprezentować wartości pozytywne¹². Istnienie wspólnie podzielanych war-

¹⁰ M. Morawski, *Socjologia ekonomiczna. Problemy. Teoria. Empiria*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 150–151.

¹¹ M. Ziółkowski, *Spoleczno-kulturowy kontekst kondycji moralnej społeczeństwa polskiego*, w: *Kondycja moralna społeczeństwa polskiego*, red. J. Mariański, Wydawnictwo WAM, Polska Akademia Nauk, Komitet Socjologii, Kraków 2002, s. 17–41.

¹² A. Szahaj, *Samotność i wspólnota*, w: A. Szahaj, *Relatywizm i fundamentalizm oraz inne szkice z filozofii kultury i polityki*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008, s. 83–94.

tości i interesów jest podstawą demokracji, natomiast upadek demokracji następuje wówczas, gdy owa wspólnota interesów i wartości rozpada się, kiedy zgoda co do fundamentalnych zasad i celów przestaje istnieć¹³. Człowiek potrzebuje więzi wspólnotowych, szczególnie wtedy, gdy naczelną zasadą społeczną staje się konkurencja. Osłabienie tych więzi w wymiarze społecznym przejawia się utratą solidarności i powstaniem społeczeństwa bez wspólnych spajających ją przekonań. Światopogląd konsumpcyjny, uznający konsumowanie i posiadanie za najwyższą wartość, też przyczynia się do takiego stanu¹⁴. Dobro moralne powinno więc, także jako „dobro wspólne”, przyczyniać się do zwiększania poczucia i przejawiania godności własnej wielu jednostek, jak też wzmacniać wartość relacji międzyludzkich.

Wstępnym warunkiem realizacji każdego projektu politycznego jest wspólna kultura polityczna. Zasada personalistyczna (uznawana przez katolicką naukę społeczną, ale i doktrynę państwa liberalnego), przyjmuje, że warunkiem budowania dobrego społeczeństwa jest uznanie prymatu osoby ludzkiej. Poszanowanie osoby ludzkiej to poszanowanie jej podstawowych wartości. Traktowanie zdrowia (a domyślnie – dostępu do usług medycznych) jako dobra wspólnego może się zbyt kojarzyć z „własnością wspólną” i epoką socjalizmu państwowego, kiedy to państwo było dysponentem i szafarzem wszelkich dóbr, czyniąc z jednostek nie obywateli, lecz klientów. Dobro wspólne było wówczas „dobrem państwowym”.

Bez państwa niemożliwe byłoby realizowanie wspólnego dobra, ale wielce wątpliwe już jest, czy to państwo powinno ustalać co jest tym wspólnym dobrem¹⁵. Tym bardziej państwo nie powinno być swobodnym dysponentem jakiegokolwiek wspólnego dobra.

Choć podstawowym kryterium ocen politycznych jest pragmatyka, a nie moralność, to w retoryce politycznej odwołania do dobra wspólnego bywają częste. Bywa „dobro wspólne” wygodnym uzasadnieniem wszelkich działań partykularnych. Najczęstszymi przykładami są protesty wpływowych grup zawodowych (górnicy, lekarze, nauczyciele), które odbywają się zawsze w obronie interesów grupy zawodowej, lecz najczęściej pod sztandarem walki o wspólne dobro.

Należy brać pod uwagę, że w sferze etycznej życia społecznego nie liczą się tylko działania i rezultaty, ale i deklaracje, jako postawy gotowości podejmowania pewnych, określonych działań. Z jednej strony ma to znaczenie praktyczne (precyzowanie oczekiwań odbiorców deklaracji jako komunikatu społecznego), z drugiej strony deklaracje takie stanowią (mają stanowić) wyraz ekspresji przekonań moralnych żywionych przez mówiącego. I jedno, i drugie jest potrzebne społeczeństwu i jego grupom jako przejaw aktywności (gotowości do jej przejawienia) i istniejącej wspólnoty przekonań, opowiadaniem się za słusznym „słownikiem motywów”. Gorzej, gdy wartości w odbiorze jednostek i grup przestają funkcjonować jako przekazy autentyczne, a stają się rytualnymi

¹³ J. H. Hallowel, *Moralne podstawy demokracji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 40.

¹⁴ A. Szahaj, *Samotność i wspólnota*, w: A. Szahaj, *Relatywizm i fundamentalizm oraz inne szkice z filozofii kultury i polityki*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008, s. 83–94.

¹⁵ W. Osiatyński, *Rzeczpospolita obywateli*, Wydawnictwo Rosner i Wspólnicy, Warszawa 2004, s. 86.

formułami, zwłaszcza takimi, co do których i mówiący, i słuchający nie mają złudzeń, że maskują one jedynie rzeczywiste przyczyny działań lub ewentualne postawy¹⁶.

Wielkie hasła bywają nadużywane, służąc grupowym i indywidualnym interesom oraz niesprawiedliwości. Wówczas ludzie, którzy są przekonani, że nic od nich nie zależy, wycofują się z życia publicznego i obywatelskiego. Niesprawiedliwość na szeroką skalę społeczną prowadzi do demoralizacji, co oznacza postępowanie bez drogowskazu moralności i totalną niewiarę we wspólne wartości¹⁷. Wspólne wartości mogą być powoływane do życia tylko przez społeczeństwo związane więzami dobrowolnej przynależności i posiadające wspólną kulturę polityczną. Dobra wspólnota to wspólnota ludzi przekonanych o swojej równości i przez to współuczestniczących w celu realizacji dobra wspólnego. Do tego jednak niezbędny jest, jak można sądzić, fundament czterech zasadniczych wartości: szacunku, sympatii, zaufania, a zwłaszcza sprawiedliwości, której istnienie w dużym stopniu warunkuje pozostałe¹⁸.

Czym dobrem jest zdrowie?

Mimo istnienia definicji zdrowia w sensie pozytywnym, podstawą dla funkcjonalności medycyny (służb medycznych, statystyki medycznej) są negatywne mierniki zdrowia, czyli definicja zdrowia w sensie negatywnym, gdy zdrowie określamy przede wszystkim jako brak choroby. Zdrowie, zwłaszcza w ujęciu definicji WHO, jest ideałem i jako taki odnosi się on wprost do jednostki ludzkiej, a nie zbiorowości. To jednostka może doznawać dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie społeczeństwo. Zdrowie społeczeństwa, czy nawet małych grup populacji, można badać tylko pośrednio, co oznacza zawsze (poza wykorzystaniem technik i teorii) gromadzenie danych z badania stanu zdrowia (a w rzeczywistości – choroby) jednostek¹⁹.

Zdrowie jednostkowe i „zdrowie społeczne” należą do dwóch różnych sfer wartości. O ile zdrowie przeżywane przez jednostkę jest wartością moralną, decydującą o samoocenie, poczuciu własnej wartości i wolności, o tyle zdrowie społeczne (jako abstrakcja oddająca zdrowie jednostek składających się na zbiorowość) jest przede wszystkim wartością funkcjonalną, a więc użytkową, ocenianą nie ze względu na wyimaginowany „dobrostan społeczeństwa”, ale ze względu na sprawność jednostek względem społeczeństwa. Inaczej wygląda zdrowie w ocenie medycznej i ocenie mo-

¹⁶ M. Ziółkowski, *Spoleczno-kulturowy kontekst kondycji moralnej społeczeństwa polskiego*, w: *Kondycja moralna społeczeństwa polskiego*, red. J. Mariański, Wydawnictwo WAM, Polska Akademia Nauk, Komitet Socjologii, Kraków 2002, s. 17–41.

¹⁷ A. Szahaj, *Polska niesprawiedliwość*, w: A. Szahaj, *Relatywizm i fundamentalizm oraz inne szkice z filozofii kultury i polityki*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008, s. 181–191.

¹⁸ A. Szahaj, *Nostalgią za jednością*, w: A. Szahaj, *Relatywizm i fundamentalizm oraz inne szkice z filozofii kultury i polityki*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008, s. 143–162.

¹⁹ W. C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, w: *Zdrowie Publiczne*, red. W. C. Włodarczyk, S. Paździoch, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 17.

ralnej. O ile obniżenie się zdrowotności społeczeństwa jest jedynie beznamiętnym zjawiskiem statystycznym, wpływającym co najwyżej na obniżenie funkcjonalności tego układu instytucjonalno-materialnego, w którym to społeczeństwo istnieje, to wartość zdrowia jednostki, osoby ludzkiej decydująco stanowi o istnieniu i sposobie życia człowieka. Zdrowie jest afirmacją życia i człowieka. Choroba jest zagrożeniem wielu, niekiedy wszystkich, wartości ludzkich²⁰. Choroba wraz z cierpieniem, jest negacją zdrowia, jest dramatem osoby; choroba społeczeństwa, zbiorowości jest tylko metaforą nie oddającą żadnych analogicznych przeżyć. Zdrowie zatem nie tylko wprost jest wartością osobową, fundującą pełnię rozwoju osobowości człowieka, ale – z tej właśnie racji, a nie jako zespół parametrów biomedycznych – należy do najważniejszych wartości moralnych.

Instytucje medyczne, świadczące usługi medyczne (zdrowotne) nie spełniają same w sobie warunku dobra wspólnego, ponieważ nie są dobrem, o które się zabiega dla nich samych, ani też nie udzielają tego dobra (zdrowia), lecz jedynie spełniają warunki jego osiągnięcia (ani szpital, ani operacja, ani lek nie są dobrem, jako celem do którego spełnienia się dąży, ale środkiem, warunkiem jego osiągnięcia – czyli dobra zdrowia, przeżywanego indywidualnie). W przekonaniu powszechnym „realizacja” zdrowia najbardziej zależy od dostępu do placówek ochrony zdrowia (pole ochrony zdrowia według Lalonda), zaś dostęp ten najbardziej zależy od spełnienia warunku sprawiedliwości, jako „dobra wspólnego”.

Sprawiedliwość w dostępie do dóbr określanych jako wspólne (niekiedy tożsame z publicznymi), domaga się, gdy zachodzi konieczność jego reglamentowania, by stosować tylko jedno kryterium sprawiedliwego rozdziału tego dobra. Według M. Walzera, różne dobra społeczne powinny być rozdzielane ze względu na odmienne racje, a miernik sprawiedliwości jednej sfery nie powinien być przenoszony do innej. Pieniądz winien być miarą dostępności dóbr jedynie rynkowych. Pieniądz stosowany zaś do podziału innych dóbr, świadczy o łamaniu zasad sprawiedliwości²¹.

W przypadku zdrowia (potrzeby zaspokojenia potrzeb zdrowotnych), głosi się, że funkcjonuje kryterium potrzeby zdrowotnej (kryteria medyczne). Łatwo jednak stwierdzić, że w uzyskaniu dostępu funkcjonuje też kryterium finansowe, niekiedy polityczne, niekiedy towarzyskie (istnienie lecznic rządowych, lecznictwo prywatne równoległe do powszechnego, ułatwienia dostępu do publicznych świadczeń zdrowotnych ze względu na posiadaną pozycję społeczną i znajomości).

Zatem, jeśli dobrem wspólnym ma być system świadczeń zdrowotnych, to nie spełnia on nadal podstawowych warunków istnienia „dobra wspólnego” – ani powszechnej dostępności, ani niepodzielności, ani braku konkurowania o dostęp. Ilustracją wątpliwości, co do możliwości traktowania zdrowia jako dobra wspólnego, mogą być słowa napisane jeszcze w 1977 r. przez Stanisława Barańczaka: „...kolejka to symbol i model społeczeństwa, które poszukuje jakichś – choćby najbardziej przyziemnych i doczesnych – wartości, mających tak czy inaczej uzasadnić niełatwy byt poszczególnych jednostek. Ponieważ jednak wartości tych – z przyczyn wpisanych w podsta-

²⁰ J. Tatoń, *Filozofia w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 80.

²¹ A. Szahaj, *Jednostka czy wspólnota? Spór liberalistów z komunitarystami a „sprawa polska”*, Fundacja Aletheia, Warszawa 2000, s. 53.

wy systemu – stale brakuje, społeczeństwo dezintegruje się stopniowo i wyładowuje swe frustracje w wybuchach wzajemnej nienawiści [...], a codzienna beznadzieja i codzienna niemożność niszczą jakiegokolwiek autentyczne odruchy i moralne hierarchie [...]”²². Długa kolejka jest zatem symbolem sytuacji niedoboru dóbr i niesprawnej ich reglamentacji, nie zaś uczestnictwa we „wspólnym dobru”.

Podsumowanie – czy dobro wspólne może być złe?

Dobro wspólne jest takim terminem, który odnosi się do wszystkich członków wspólnoty, które odwołuje się do wspólnotowej więzi i ma w sobie intencję mobilizowania wysiłku zbiorowego, lecz jednocześnie jest określeniem podatnym na nadużycia. Niejasności i sprzeczności sfery terminologicznej źle wpływają na efekty edukacyjne, jakie powinny towarzyszyć każdej debacie publicznej, a także – co dotyczy zawodów medycznych – nie sprzyjają edukacji zdrowotnej. Zapewne podstawowym zagrożeniem wynikającym z nadużywania terminu „dobro wspólne” jest jego ideologizacja, czyli głoszenie jednostronnych i uproszczonych poglądów jakiejś grupy społecznej, wyrażający jej interesy i odpowiadający im obraz świata. Unika się ideologizacji, gdy uwzględnia się rzeczywistość, a prezentowane stanowiska ukazują się z uzasadnieniem. Szafowanie więc pojęciem „dobra wspólnego” wobec rzeczywistości, wskazującej na coraz bardziej komercyjny charakter zdrowia (dostępu do usług medycznych) sprzyja kształtowaniu postaw cynicznych. Zamiast kreowania nierzeczywistości zdrowia, jako dobra wspólnego, właściwą drogą byłoby zastanowienie nad takimi zasadami sprawiedliwości, które uczyniłyby ze zdrowia, jako dobra rynkowego, dobro bardziej dostępne dla wszystkich.

Znacznie lepiej zdrowie człowieka postrzegać w kategoriach obywatelskiej cnoty, zamiast w kategorii „dobra wspólnego”. Cnotę należy rozumieć tu etycznie, jako pewną cechę charakteru, która jest moralnie dobra, która przyczynia się do doskonałości (wysokiej wartościowości) osoby, a w przekonaniu członków wspólnoty jest godna najwyższej aprobaty. Cnota, jako nabyta własność jakiejś osoby, może być również cechą użyteczną według oceny innych, ale nadal pozostaje cnotą charakteru.

Zatem, jeśli zdrowie jest stanem osoby, który wynika z jej własnych starań (samokontroli, wytrwałości, wyrzeczeń), to zasługuje na miano cnoty z obu tych punktów widzenia – jest cnotą moralną i cnotą praktyczną, wręcz cnotą obywatelską. To oczywiste, że sprawność wynikła z dobrego stanu zdrowia znacznie poszerza możliwości twórczego działania jednostek, a uaktywnienie jednostek w decydowaniu o swoim losie jest ideą społeczeństwa obywatelskiego. Można więc sądzić, że rozumienie zdrowia w idei promocji zdrowia, odwołuje się do tego samego obywatelskiego fundamentu: samświadomych, aktywnych i odpowiedzialnych obywateli, nie zaś biernych klientów państwa, korzystających z wyimaginowanego, państwowego i reglamentowanego „dobra wspólnego”.

²² S. Barańczak, *O „Kompleksie polskim” rozmyślenia wigilijne na stojąco*, w: S. Barańczak, *Etyka i polityka*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2009, s. 371.

Streszczenie

Pojęcie „dobra wspólnego” jest nieostre i bywa stosowane na gruncie filozofii, ekonomii, prawa, w publicystyce i najczęściej ma różne znaczenia. Również termin „zdrowie” ma szerokie znaczenie i kilka definicji. Inspiracją tego artykułu była teza jednej z publikacji, że „zdrowie jest dobrem wspólnym”. Takie rozumienie odmienne jest od powszechnej intuicji, przyjmującej zdrowie za wartość osobistą, natomiast rozumienie zdrowia w sensie „zdrowia publicznego”, jako dobra wspólnego, wymaga interpretacji. Rozważenie tej kwestii ma znaczenie dla teorii promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Praca jest próbą wyjaśnienia, czy można zdrowie rozumieć jako dobro wspólne i udzielenia odpowiedni na postawione pytania. Teza końcowa mówi, że traktowanie zdrowia jako „dobra wspólnego” jest mylące, bo nie odpowiada rzeczywistości.

Is health a common good?

Summary

The term „common good” is vague and sometimes used in philosophy, economics, law, journalism and frequently has different meanings. Also, the term „health” has a broad meaning and a few definitions. The inspiration for this article was the thesis in one of the publications that „health is a common good”. This understanding is different from universal intuition accepting health as a personal value whereas understanding of health in the sense of „public health” as a common good, requires interpretation. Consideration of this issue is important for the theory of health promotion and health education. The work is an attempt to clarify whether health can be understood as a common good and to provide adequate answers for the questions posed. The final thesis affirms that treating health as a „common good” is misleading, because it does not reflect reality.

Dariusz JAGIEŁŁO

dr, adiunkt w Katedrze Prawa Karnego Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie,
radca prawny

Pieniacze sądowi i ich funkcjonowanie w praktyce wymiaru sprawiedliwości

Rys historyczny pieniactwa sądowego

Pierwsze informacje na temat „sądowego pieniactwa” odnaleźć można już w czasach rzymskich. Osoby przejawiające owe skłonności określano mianem *litigiosi*, zaś prezentowana przez nich postawa wynikała raczej z przyzwolenia społecznego, a także utartego sposobu życia i celu, który wyznaczało składanie wielu niczym nieopartych pism procesowych, słowem przedłużanie lub wszczynanie sporów sądowych. Dlatego też przywarło do nich miano „pieniaczy sądowych”, bowiem postawa ta sprowadzała się głównie do faktu, że charakter i rodzaj sprawy nie był dla nich istotny, zaś cel główny, który sprowadzał się do udowodnienia swej wyższości mniejsza o to, nad kim, kiedy oraz jakim kosztem.

Działania takie widoczne były także wśród polskiej szlachty, która dla zapewnienia ciągłości procesu, potrafiła nawet za opłatą wynajmować przeciwników procesowych, często tracąc swe majątki, lecz zyskując walkę o swe racje. Już w 1786 r. stwierdzono, że obok „mocnej żądy prędkiej sprawiedliwości” panoszy się w Polsce „utwierdzone pieniactwo”. Prawodawcy radzono nie tylko, żeby „przywiódł do egzekucji prawa” czy „przyspieszył sprawiedliwość”, ale też „zniósł pieniactwo”¹.

Znane są także historyczne próby przeciwdziałania fałszywym pomówieniom. W kodeksie Hammurabiego przyjęto, że oskarżyciel, który nie udowodnił oskarżenia, ponosił karę, jaką groziła pomówionemu. *Constitutio Criminalis Carolina* stanowiła, że osobę składającą skargę zamyka się w areszcie wraz z oskarżonym, aby w przypadku ustalenia, że oskarżenie jest fałszywe pociągnąć niezwłocznie do odpowiedzialności osobę skarżącą. Z kolei S. Milewski podaje, że w Polsce okresu stanisławowskiego, osoba donosząca instygatorowi o przestępstwie otrzymywała wynagrodzenie, którego wysokość była zależna od rodzaju sprawy, zaś, gdy zarzuty nie potwierdziły się lub nie dało się ich w wystarczający sposób udowodnić, donoszącemu groziła kara, jaką wymierzono by za popełnienie przestępstwa, o jakie oskarżał człowieka, któremu wytoczono proces².

¹ Por. A. Trębicki, *Prawo polityczne i cywilne Korony Polskiej i Wielkiego Księstwa Litewskiego, to jest: Nowy zbiór praw Obojga Narodów od roku 1347 aż do teraźniejszych czasów*, t. 1, Warszawa 1789.

² Por. S. Milewski, *Sekrety starych więzień*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1984, s. 8 i n.

Psychologiczny, prawny i medyczny obraz pieniaacza

Przechodząc na grunt języka potocznego mianem pieniaacza określa się głównie osoby przejawiające zamiłowanie do wytaczania spraw sądowych, najczęściej o błahe sprawy, co może być pokłosiem chorobliwej skłonności do dochodzenia rzeczywistych lub urojonych krzywd³. Jest to niewątpliwie oznaka paranoi, która może przybrać tło związane z dochodzeniem sprawiedliwości, a także mieć swą podstawę na tle hipochondrycznym, erotycznym (zakochania), wielkości (urojenia wynalazcze, posłannicze).

Jednak nie będzie uprawnione uznanie pieniaaczem osoby naprawdę pokrzywdzonej, która dochodzi ukarania sprawcy swego pokrzywdzenia nawet, gdy porusza wszelkie możliwe instancje sądowe i występuje w każdym możliwym procesie, tak karnym, administracyjnym czy cywilnym. Nazywanie pieniactwem procesowym dążenia do ukarania sprawcy rzeczywiście popełnionego przestępstwa jest nadużyciem, zaś słusznym będzie określanie, jako pieniactwa procesowego sytuacji, w której pokrzywdzony uruchamia postępowanie karne w celu ukarania sprawcy czynu, który obiektywnie nie jest przestępstwem (co może wynikać ze swoistego przewrażliwienia), albo też zawiadania o przestępstwie niepopelnionym, co już samo w sobie wypełnia znamiona art. 238 k.k. Przeciwnikami pieniaaczy sądowych nie zawsze będą przedstawiciele organów ścigania czy wymiaru sprawiedliwości, przynajmniej w początkowej fazie ich aktywności. Wielu z nich wykazuje się zdeterminowaną wolą do oskarżania domniemych sprawców różnych przestępstw nawet, gdy prokurator nie znajduje formalnoprawnych podstaw do wniesienia aktu oskarżenia.

Odnosząc się do psychologiczno-psychiatrycznego modelu pieniactwa uznać należy, że z tego rodzaju objawy zostały umieszczone w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia, gdzie znajduje się opis jednostki diagnostycznej określanej jako „osobowość paranoiczna” (por. F60.0), określaną też wymiennie pieniaczą, fanatyczną, zaś w psychologicznej i psychiatrycznej praktyce klinicznej funkcjonują określenia „osobowość paranoiczno-pieniacza”. Kryteriami diagnostycznymi według klasyfikacji ICD-10 są:

- wrażliwość na niepowodzenia i odrzucenie;
- tendencja do długotrwałego przeżywania przykrości;
- podejrzliwość;
- ujmowanie obojętnych działań otoczenia jako wrogich lub pogardliwych;
- sztywne poczucie własnych praw;
- podejrzewanie dotyczące wierności (partnerów i przyjaciół);
- przecenianie własnego znaczenia;
- pochłonięcie wyjaśnieniami określonych wydarzeń.

Z kolei klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

³ *Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, t. II, Warszawa 1989, s. 651.

wskazuje na następujące kryteria diagnostyczne odnoszące się do postawy pieniaczej podkreślając, że osoby te charakteryzuje:

- pozbawienie wystarczających podstaw (podejrzliwość, że inni nas wykorzystują, krzywdzą czy oszukują);
- zaabsorbowanie bezpodstawnymi wątpliwościami, co do lojalności przyjaciół lub współpracowników i co do tego, czy są oni godni zaufania;
- niechęć do zwierzania się innym, spowodowana nieuzasadnionym lękiem, że informacje te zostaną użyte przeciw nim w złych intencjach;
- odczytywanie ukrytych, poniżających lub groźnych znaczeń z niezłośliwych uwag lub zdarzeń;
- ciągłe noszenie urazów, niewybaczenie zniewag, krzywd lub afrontów;
- dostrzeganie ataków z uwagi na ich charakter czy reputację, które zwykle nie są widoczne dla innych, oraz szybkie reagowanie na nie gniewem lub przechodzeniem do kontrataku;
- powtarzające się nieusprawiedliwione podejrzenia dotyczące wierności współmałżonka lub partnera seksualnego.

Rozpoznanie sprawy karnej, co oczywiste, wiąże się dla jej uczestników ze stresem, a nawet strachem, co z kolei przekłada się na ich emocje⁴.

Pieniactwo procesowe zakłóca czynności sądu, ale też sprowadza się do ubliżania takim podmiotom jak sąd, organom ścigania karnego czy innym organom państwowym lub osobom biorącym udział w sprawie karnej, albo też tym, które przypadkowo znalazły się na drodze pieniacza do zwycięstwa w procesie lub mu to uniemożliwiły (np. pracownik biura podawczego sądu czy też woźny sądowy).

Pieniactwo rozumiane, jako skłonność do dochodzenia rzeczywistych lub urojonych krzywd (tzw. *querulanctwo*) posiada podłoże chorobowe. W naukach medycznych wskazuje się, że do swoistych reakcji pieniaczych należą m.in.: głębokie przekonanie o słuszności swego sądu, zupełna nieustępliwość, brak jakiegokolwiek podatności na przesłanki, argumenty czy dowody spoza kręgu subiektywnego, zawężenie rozumowania do wybranych tylko przesłanek, których swoista interpretacja podtrzymuje pieniacze sądy, głębokie afektywne i uczuciowe przywiązanie do swoich przekonań i sądów, poczucie krzywdy⁵.

Obłąd pieniaczy (*pranoia querulatoria*) to postać reakcji paranoicznej występującej m.in. u osób psychopatycznych (np. schizofreników). Momentem wyzwalającym obłądne pieniactwo może być drobna krzywda, urojenie faktów lub przegrany proces sądowy. W miarę rozwoju choroby wzrasta zawziętość, a zmniejsza się podatność na perswazję⁶. Osobnik ten pozostaje przekonany o bezwzględnej słuszności sprawy, której broni, dochodzi do urojenia, że wyroki dla niego niekorzystne nie są wynikiem braku rzeczowych argumentów (dowodów), przemawiających za jego słusz-

⁴ Por. E. Gruza, *Psychologia sądowa dla prawników*, Warszawa 2009, s. 298 i n.

⁵ F. Kaczanowski, D. Wójcik, *Pieniacze*, Warszawa 1963, s. 4–5; zob. również A. Piotrowski, *Dwa przypadki pieniactwa z konsekwencjami karnymi*, „Nowiny Psychiatryczne” 1928, nr V, s. 112 i n.

⁶ M. Cieślak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1968, s. 129 i 300–301; szerzej zob. F. Kaczanowski, D. Wójcik, *Pieniacze...*, s. 6 i n.

nością, lecz stanowią rezultat „knozań” sędziów względnie osób pozostających w związku z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości⁷.

Niekwestionowanymi płaszczyznami „działalności pieniaczej”, a także atrybutami jego osobowości będą:

- walka niemal z każdym i o wszystko, nawet, gdy efekt „tej rozgrywki” jest z góry przesądzony. Działanie jest podejmowane z zaangażowaniem i pasją zaś osoba interweniuje w każdej sprawie;
- podejrzliwość i stała tendencja do zniekształcania codziennych doświadczeń poprzez błędne ujmowanie obojętnych lub przyjaznych działań otoczenia, jako wrogich czy pogardliwych, a podejmowane działania innych osób skłonny jest odbierać, jako faktyczny atak lub zagrożenie;
- sięganie po środki niewspółmierne do wymaganych daną sytuacją;
- możliwość przypisania takiej osobie syndromu „zawodowego pokrzywdzonego”, zaś liczba szkód jaka go spotyka w życiu jest co najmniej nienaturalną;
- tendencja do długotrwałego przeżywania przykrości, np. niewybaczenia krzywd, niesprawiedliwości i lekceważenia, z kolei pojawiające się emocje są bardzo silne i niezwykle trwałe;
- wyuczona bezradność oraz poczucie winy, a w jej następstwie krzywdy, która go dotknęła;
- brak wątpliwości, co do tego czy działa w słusznej intencji i postępuje uczciwie wobec innych, a tym samym przekazanie, że racja z całą pewnością w każdym przypadku spoczywa po jego stronie;
- tendencja do nadmiernego przeceniania własnego znaczenia, wyrażająca się utrwaloną postawą ksobną, polegającą na odnoszeniu do własnej osoby wszelkich, czasem zupełnie niewinnych czy przypadkowych, pojawiających się w otoczeniu treści (np. osoby śmiejące się z czegośkolwiek, w rzeczywistości z pewnością śmieją się z niego);
- osobę z nastawieniem paranoicznym cechuje także przekonanie o własnej wyjątkowości.

Konkludując może się wydawać, że człowiek taki jest osobą szczęśliwą, albowiem znajduje się w swoim żywiole i sprawia wrażenie czerpiącego satysfakcję z ciągłych konfliktów. Jednak osoba taka najprawdopodobniej cierpi tak samo, jak każdy inny zaburzony osobowościowo człowiek⁸.

⁷ W. Makowski, *Encyklopedia podręczna prawa karnego*, t. III, b.d.m.w., s. 1267. Osoba taka wszczynają sprawy na każdej możliwej płaszczyźnie (karnej, cywilnej czy administracyjnej), w praktyce w wielu sądach znane są przypadki konkretnych osób, które notorycznie zakłócają spokój, porządek lub powagę czynności procesowych. Gdy sąd posiada uzasadnione podstawy do twierdzenia, że zachowanie danej osoby jest przejawem paranoi, nie powinien stosować kar porządkowych. Wystarczające powinno być w takim przypadku wydanie stosowanego zarządzenia (por. art. 48 § 1 p.u.s.p.). Oblęd polegający na manii pieniacstwa nie czyni bezkarnymi obraźliwych wycieczek w pismach osobnika dotkniętego tą manią. Por. *Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 30 listopada 1936 r., C II 1796/36*, „Przegląd Sądowy” 1937, nr 3, poz. 154, cyt. za: T. Ereciński, J. Gudowski, J. Iwulski, *Prawo o ustroju sądów powszechnych. Ustawa o Krajowej Radzie Sądownictwa. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 170–171.

⁸ Szerzej patrz W. Imieliński, *Pomiędzy awanturnictwem a wyuczoną bezradnością. Pieniactwo a walka o swoje prawa*, <http://www.blogpsychologiczny.pl/2013/01/pomiedzy-awanturnictwem-wyuczona.html>, dostęp: 9 maja 2015 r.

Izolacja piniacza a wpływ na jego aktywność procesową

Pieniacze sądowi wielokrotnie działają także z za krat zakładów karnych czy aresztów śledczych. Skazani na długoletnie wyroki pozbawienia wolności i osadzeni w nich borykają się z nudą, a jednym ze sposobów na przeciwstawienie się jej jest doszukiwanie się naruszeń przez administrację więzienną norm dotyczących odbywania kary. Osadzeni podejmują, wszelkie próby, aby choć żyć w przeświadczeniu, że zrobili wszystko, aby swój los poprawić.

Ciekawy przykład wskazał M. Stępień, powołując się na informacje uzyskane w 2011 r. zgromadzone w zasięgu terytorialnym Sądu Okręgowego w Gdańsku, gdzie prowadzono 685 spraw z powództwa osoby odbywającej karę 13 lat i 10 miesięcy pozbawienia wolności za zabicie nożem kolegi i jednocześnie swego pracodawcy⁹. Człowiek ten wysyłał średnio ok. 30–40 pism dziennie, a jednego dnia mógł dostać ponad 300 urzędowych odpowiedzi (jego rekord to 420). Zazwyczaj żąda odszkodowania od państwa oraz osób fizycznych, zaś sprawy dotyczyły: przeludnienia w celi, ustanowienia nowego pełnomocnika (uzasadniając wniosek ten ubóstwem oraz brakiem możliwości personalnego i profesjonalnego zajęcia się sprawą z za krat). Ustanowiony pełnomocnik z kolei nie jest w stanie wygrać sprawy głównie z uwagi na jej bezzasadność¹⁰.

Konsekwencje takiej działalności w głównej mierze odbijają się na samej organizacji pracy wymiaru sprawiedliwości, ale też odnoszą się do pracy sędziów i pełnomocników oraz w sporadycznych sprawach wpływają na konsekwencje finansowe, które ponosić będą musiały towarzystwa ubezpieczeniowe.

Aktywność taka skutkuje obciążeniem wymiaru sprawiedliwości sprawami, na które należy poświęcić odpowiednią ilość czasu m.in. dokonać dekretacji, wyznaczyć posiedzenie, rozpatrzyć wnioski o powołanie pełnomocnika z urzędu, przekazać sądom wyższej instancji zażalenie. Wszystkie te czynności skutkują przesunięciem w czasie rozpoznania sprawy. W związku z tym, ogrom pracy w odniesieniu do wniosków piniacza wykonać muszą sekretariaty sądów. Choć „szansę” na pozwanie przez piniacza mają wszyscy, w tym też sędzia i pełnomocnik.

Finansowe konsekwencje ich działalności ponoszą adwokaci i radcowie prawni zobowiązani do posiadania polisy OC, zaś towarzystwo ubezpieczeń może zostać zobowiązane do zapłaty za wynagrodzenie ustanowione przez pozwanego pełnomocnika z wyboru.

⁹ M. Stępień, *Nadużycie prawa do sądu – czy sądy są bezsilne względem piniaczy sądowych?*, w: *Europejska konwencja praw człowieka i jej system kontrolny – perspektywa systemowa i orzecznicza*, red. M. Balcerzak, T. Jasudowicz, J. Kapelańska-Pręgowska, Toruń 2011, s. 424 i n.

¹⁰ Przykładowo w sprawie rozpoznanej przez Sąd Okręgowy w Gdańsku piniacz pozwał adwokata ustanowionego z urzędu, który w opinii prawnej stwierdził bezzasadność wnoszenia skargi kasacyjnej i skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia w jednej z jego spraw. Skutkiem tego domagał się zapłaty na swoją rzecz 77 000 zł. Podnosił, iż wskutek stwierdzenia braku podstaw do złożenia skargi doznał m.in. uszczerbku na zdrowiu w postaci „zwiększonego naciśnienia, stresu, migreny, problemów metabolicznych i gastrycznych” (Por. sygn. akt. I C 1124/09 Sądu Okręgowego w Gdańsku). Powództwo zostało oddalone, a wyrok podtrzymał Sąd Apelacyjny w Gdańsku (Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku, sygn. I ACa 25/11, niepublikowany).

Zwrócić należy także uwagę na badania przeprowadzone przez S. Łagodzińskiego, które dowodzą, że w procesach wszczynanych przez oskarżycieli subsydiarnych wielokrotnie nie chodzi o ukaranie sprawcy przestępstwa, lecz o zwyczajne dokuczenie innym osobom. Wniosek taki wywieść można z faktu, że 90% oskarżonych w tym trybie sądy uznały za niewinnych, zaś wszczęte na tej podstawie spory sądowe na skutek postępowania stron trwają wyraźnie dłużej niż pozostałe¹¹. Można wskazać, że występują czynności permanentnego składania kolejnych wniosków dowodowych, co spowodowało w jednej ze spraw, że postępowanie trwało niemal 3 lata i miało 30 terminów rozpraw; w innej – oskarżycielka doprowadziła do kilkakrotnej zmiany przydzielanych jej z urzędu pełnomocników oraz pięciokrotnego opiniowania w sprawie zespołów biegłych, a w jeszcze innej, o przestępstwo poświadczenia nieprawdy, oskarżono czterech wydających opinie lekarzy, zaś samo postępowanie trwało 16 miesięcy i miało 10 terminów rozpraw¹².

Taktyczno-kryminalistyczny zarys problematyki uzyskania dowodu z przesłuchania osób przejawiających paranoję pieniaczą

Z uwagi na urojenia które charakteryzują osoby z paranoją pieniaczą należy ich traktować, a tym samym stosować do nich wymogi przesłuchania tożsame do tych, które są stosowane w odniesieniu do osób chorych lub zaburzonych psychicznie.

Sam fakt leczenia psychiatrycznego nie może jednak stanowić automatycznej podstawy do przesądzenia o tym, że świadek będzie niewiarygodny w składanych przez siebie zeznaniach. W szczególności teza ta będzie uprawniona, gdy w toku postępowania przygotowawczego, ale też sądowego postanowiono zasięgnąć opinii biegłego, który wykonał opinię psychiatryczno-psychologiczną, która nie potwierdziła istnienia chorób mogących stanowić podstawę leczenia szpitalnego, a także gdy opinia sporządzona przez biegłych nie daje podstaw do zakwestionowania zeznań. O wartości dowodowej złożonych zeznań nie powinny decydować szczególne cechy osobowościowe świadka, czy też jego zachowanie, a spostrzeżenia organu oraz wrażenia, jakie odniesie on w toku bezpośredniego kontaktu podczas czynności przesłuchania. Ocena określonego dowodu należy wyłącznie do sądu orzekającego, a zadaniem biegłego psychologa (powołanego na podstawie art. 174 § 3 k.p.k.) będzie jedynie przedstawienie po przeprowadzeniu stosownych badań opinii co do osobowości świadka, w szczególności co do jego rozwoju umysłowego, zdolności postrzegania lub odtwarzania spostrzeżeń¹³.

U osób cierpiących na choroby psychiczne, oligofrenię czy psychopatów mogą występować czynności fałszywego przyznania się do popełnienia przestępstwa mogące mieć swe podłoże w urojeniach depresyjnych (np. poczucie winy, dążenie do skazania). Psychopaci mogą oskarżać się z chęci uzyskania rozgłosu i rozślawnienia swojej osoby.

¹¹ Por. S. Łagodziński, *Pokrzywdzony jako oskarżyciel posiłkowy w sprawach publiczno-skargowych*, „Prawo w Działaniu” 2008, nr 3.

¹² Por. J. Czabański, *Pieniactwo za pieniądze podatnika*, „Rzeczpospolita” 2006.

¹³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 1974 r., III KR 103/74, OSNKW 1974, nr 12, poz. 231.

W stanach chorobowych widoczna jest zmienność uwagi oraz jej ruchliwość, która ulega różnorodnym zaburzeniom. W stanach depresyjnych smutek, ból wewnętrzny, nieokreślone cierpienie powodują spowolnienie toku myślenia, uwaga jest skupiona na przeżywaniu tego bólu, smutku, a także urojeniach. Najbardziej intensywny bodziec zewnętrzny nie jest w stanie zmienić jej kierunku. Spostrzeganie w stanach depresyjnych jest bardzo małe, zaś wartość składanych zeznań często wątpliwa. W stanach tych łatwiej spostrzegać negatywne strony zjawiska, nacechowane pesymizmem, przekonaniem o złej woli innych, o istnieniu zła, fałszu i przewrotności – człowiek patrzy na świat jakby przez „czarne okulary”.

W stanach paranoidalnych ruchliwość uwagi staje się zmniejszona i spowolniona. Osoba nie zwraca uwagi na to, co się dookoła niej dzieje, gdyż jest skupiona na własnych omamach i urojeniach. Spostrzeżenia takich osób są nieliczne, a przy tym mało precyzyjne. Możliwość składania zeznań w stanach paranoidalnych będzie uzależniona od nasilenia omamów i urojeń oraz od ogólnego stanu psychicznego świadka.

W stanach maniakalnych występuje zwiększona ruchliwość uwagi. Stan ten charakteryzuje się przyspieszonym biegiem myślowym, pobudzeniem ruchowym, urojeniami wielkościowymi. Uwaga jest w takich stanach niezwykle czynna¹⁴.

Przygotowując się do przesłuchania cierpiących na paranoję pieniaczą należy dokonać bardzo wnikliwej analizy informacji dotyczących personalnie osoby przesłuchiwanej, szczególnie opinii psychiatrów i psychologów. Co ważne, należy także rozważyć, czy udział takiego specjalisty podczas przesłuchania właściwego będzie konieczny.

Trudności nastrożać będzie przy tym również ocena złożonych przez tę osobę zeznań. Taktyczne zasady realizacji przesłuchania sprowadzać się będą głównie do:

- etapu zapoznawczo-orientacyjnego, który winno się wydłużyć do niezbędnego maksimum dla kompleksowego uzyskania możliwości oceny osobowości świadka, rodzaju i kierunku jego zaburzeń psychicznych oraz dla uspokojenia i oswojenia z atmosferą przesłuchania;
- etapu zeznania spontanicznego, w którym to przesłuchujący winien być skoncentrowany na odbiorze treści wypowiedzi świadka, aby móc przy tym zauważyć, czy nie miesza on do treści zeznań swych chorobowych przeżyć;
- etapu pytań, który powinien zostać ograniczony do niezbędnego minimum, gdzie pytań winno się zadawać relatywnie jak najmniej, z tym że powinny one być zadawane jasno, zrozumiale i nie mogą wkraczać w sferę objętą chorobowymi przeżyciami świadka. Należy mieć na uwadze by jednym pytaniem zmierzać do wyjaśnienia wyłącznie jednego wątku sprawy.

W czasie całej czynności należy przesłuchiwanego traktować z dużą dozą uprzejmości, a przy tym delikatnością, lecz bez nadmiernej przesady, bowiem okazana troskliwość może zadziałać odwrotnie i wyprowadzić przesłuchiwanego z równowagi. Szczególną uwagę należy zwrócić na to, czy jest on zainteresowany podczas przesłuchania, zaangażowany uczuciowo w dane zdarzenie, bowiem nadmierne zaangażowanie

¹⁴ Por. K. Grott, *Chory psychicznie jako osobowe źródło dowodowe*, w: *Wybrane problemy psychologii sądowej*, red. M. Szostak, „Przegląd Prawa i Administracji” 2005, t. LXXII, s. 73–74; W. A. Gilarowski, *Psychiatria*, Warszawa 1957, s. 94.

żowanie uczuciowe, jako czynnik emocjonalny przesłania czasem realne proporcje treści obserwowanego zdarzenia¹⁵.

Przesłuchujący świadka z zaburzeniami pieniaczymi winien podporządkować tę czynność szczególnym zasadom, mającym odzwierciedlenie w dołożeniu należytej staranności, a przy tym cechować się ogromną rozważą tak, by uzyskany materiał dowodowy był wolny od zeznań zataczających o sferę przeżyć osoby przesłuchiwanej, co w następstwie może doprowadzić do zniekształcenia obrazu czynu znajdującego się w zasięgu zainteresowania organu. Kontakt z osobami chorymi psychicznie powinien polegać na nie lekceważeniu tego co świadek zeznaje, nie wolno także ironizować. Należy okazać zainteresowanie, zrozumienie, traktować tą osobę jak każdą inną np. ofiarę w wypadku, gdy takową jest. Konieczne jest wykazanie się cierpliwością oraz zapewnieniem (podczas przesłuchania, ale także poza nim) bezpieczeństwa.

Realizując ten rodzaj przesłuchania niemożliwe jest w jego trakcie używanie szablonowej formy. Odchylenia przesłuchiwanego od przyjętych norm nie stanowią przeszkody w polskim procesie karnym do przesłuchania i odebrania od osoby przejawiającej takie zaburzenia chorobowe zeznań. Nie w każdym przypadku też odchylenia te dyskwalifikują zeznanie, by w konsekwencji uznać je za pozbawione wartości dowodowej.

Streszczenie

Pieniacze sądowni stanowią zmorę dla pracowników wymiaru sprawiedliwości. Wynika to głównie z faktu, że osoby te składają nie mające podstaw w materiale dowodowym zawiadomienia, które stanowią główną ich płaszczyznę zainteresowania. Jednak wielokrotnie analizuje się ich postawę przez pryzmat tamowania szybkości postępowania, nie zaś w ujęciu zaburzeń chorobowych, jakie przejawiają. Treść artykułu zmierza do ukazania postępowania z takimi osobami, a także wątpliwości prawne do nich odnoszone, zaś głównym problemem, na jaki położono nacisk, są taktyczno-kryminalistyczne podstawy realizacji czynności przesłuchania. Mając świadomość nie w pełni wyczerpanego tematu, należy uznać, że praktyka działania takich osób, o ile niepożądana, jest powszechną i posiadanie wiedzy na ten temat staje się wręcz obowiązkowe.

Court barrators and their functioning in practice of justice

Summary

Court barrators are the specter of the judiciary. This is mainly due to the fact that these individuals express statements not supported by the evidence. The issue here is not so much the slowing down of the proceedings as their mental disturbances, though the former appears to attract more attention. The content of the article aims to show the ways to dealing with such persons, as well as legal concerns associated with them, and the emphasis is placed on tactical and forensic-medicine based principles of conducting interrogation. As the article does not fully cover the subject, still, it needs to be acknowledged that their ways in the court, while undesirable, are quite common, and that's why it is necessary to acquire knowledge on the issue.

¹⁵ T. Hanausek, *Wpływ niektórych zmian w psychice na treści zeznań świadka*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 1961, nr 1, s. 49.

Kamila KOCĄDA

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Równość stron czy podporządkowanie w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia, z uwagi na rozdział funkcji płatnika oraz świadczeniodawcy, realizuje przy udziale publicznych oraz komercyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹. Proces kontraktowania tych świadczeń winno cechować istnienie jednolitych kryteriów wyboru świadczeniodawców oraz równe ich traktowanie przy ubieganiu się o kontrakt². Obecnie trudno już mówić o faworyzowaniu przez płatnika którejkolwiek z kategorii świadczeniodawców, jednakże wymogi formalne w zakresie organizacji udzielania świadczeń prowadzą do pewnego podziału rynku usług medycznych. Podmiotom leczniczym – przedsiębiorcom łatwiej bowiem sprostać wymogom płatnika w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej niż w rodzaju całodobowych świadczeń szpitalnych, gdzie kryteria, dotyczące zwłaszcza zasobów sprzętowych, spełniają przede wszystkim wysokospecjalistyczne ośrodki publiczne³. Problematyka różnicowania pozycji świadczeniodawców z uwagi na ich publiczny bądź nie charakter była przedmiotem analizy Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który oceniał, czy w postępowaniach konkursowych płatnik świadczeń gwarantowanych preferuje podmioty publiczne⁴. W pewnych wypadkach uznano dopuszczalność tego rodzaju różnicowania, uzasadniając to charakterem i zakresem świadczonych usług oraz skalą działalności⁵. Kontrahentem płatnika świadczeń gwarantowanych może zatem stać się każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, pod warunkiem sprostania rozbu-

¹ M. Śliwka, *Standard świadczeń zdrowotnych*, System Informacji Prawnej LEX Ochrona Zdrowia nr 97620, s. 1 i n.

² Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 27 lutego 2012 r., VI SA/Wa 1854/11, LEX nr 1146202.

³ Określenie warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach i zakresach działalności leczniczej zawierają stosowne zarządzenia Prezesa NFZ, wydane w oparciu o delegację zawartą w przepisie art. 102 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 j.t.

⁴ D. Brzezińska-Grabarczyk, *Nadużywanie pozycji dominującej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na przykładach decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta*, wyd. ABC nr 127208, s. 5.

⁵ Ibidem, s. 5.

wanym wymogom donośnie warunków realizacji świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Postępowanie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi swoistą kombinację wszystkich trybów zawierania umów, o których mowa w ramach Kodeksu cywilnego⁶. Wszystkie etapy zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są wzorowane na zasadach prawa cywilnego⁷. Postępowanie to cechują także typowe dla prawa cywilnego instytucje takie jak chociażby oferta, zaś wybór świadczeniodawcy jest wyborem najkorzystniejszej z ofert⁸. Zawarta w wyniku tego postępowania umowa jest umową nazwaną, która została stypizowana poprzez jej dokładne określenie w stosownych przepisach rangi ustawowej⁹. Ustawa określa zatem zarówno *essentialia negotii* umowy, jak i tryb jej zawarcia¹⁰. W orzecznictwie wskazuje się, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest elementem szerszego stosunku prawnego ubezpieczenia zdrowotnego. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego polega na realizacji świadczenia na rzecz osoby trzeciej – świadczeniobiorcy, którego ze świadczeniodawcą nie łączy stosunek umowny¹¹. W świetle obowiązującego ustawodawstwa umowa ta może być zawarta, co do zasady, wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań¹². Procedur konkursu ofert i rokowań nie stosuje się, m.in., do zawierania umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej¹³.

⁶ A. Paszkowski, *Glosa do postanowienia NSA z dnia 14 lutego 2007 r., II GSK 330/06*, LEX nr 119671.

⁷ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 15 grudnia 2009 r., VI SA/Wa 1827/09, LEX nr 583579.

⁸ A. Pietraszewska-Macheta, *Charakterystyka oferty w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC, System Informacji Prawnej LEX nr 101077, s. 1.

⁹ A. Pietraszewska-Macheta, *Charakter prawny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, wyd. ABC, System Informacji Prawnej LEX nr 100719, s. 1 i n.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

¹¹ Art. 2 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 j.t. Por. także: T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC, 2007, s. 10; K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, wyd. ABC, 2010, s. 345; za koncepcją umowy na rzecz osoby trzeciej wypowiedział się Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 27 kwietnia 2001 r., III CZP 5/01, OSNC 2001, nr 11, poz. 161; odmiennie stanowisko – wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 2006 r., I CSK 82/06, LEX nr 395249.

¹² Art. 132 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 j.t.

¹³ A. Paszkowski, *Procedura kontraktowania świadczeń – szczegółowy przebieg*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX Ochrona Zdrowia nr 138949, s. 1.

Pozycja płatnika – pozycja świadczeniodawcy

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się mieć cechy umowy adhezyjnej, rozumianej jako stosunek obligacyjny, którego najważniejsze warunki określa jeden z kontrahentów, często będący monopolistą, podczas gdy drugiej stronie umowy pozostaje akceptacja warunków i treści zaproponowanych przez ekonomicznie silniejszą stronę, ewentualnie decyzja o niezawieraniu umowy na zaproponowanych warunkach¹⁴. W procesie kontraktowania płatnik posługuje się ogólnymi warunkami umów, których treść wynika z załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵. Świadczeniodawca, chcąc zawrzeć umowę z płatnikiem, musi podporządkować się z góry określonym przez niego warunkom. Stopień uciążliwości wymogów stawianych świadczeniodawcom był przedmiotem analiz w kontekście czynów nieuczciwej konkurencji¹⁶. Za wykorzystywanie przez płatnika pozycji dominującej uznano dla przykładu określanie maksymalnej wartości przedmiotu zamówienia przy jednoczesnym wskazywaniu oczekiwanej liczby zakontraktowanych świadczeń¹⁷. Wskutek powyższego cena, która powinna pokrywać co najmniej uzasadnione koszty świadczenia opieki zdrowotnej, okazywała się być rażąco niską¹⁸. Za uciążliwe warunki umowne uznano także przerzucanie na podmiot leczniczy ryzyka obniżenia składki na ubezpieczenie zdrowotne¹⁹. Ponadto powszechnie wiadomym jest, że w bardzo wielu przypadkach procedury medyczne z tzw. koszyka świadczeń są niedoszacowane. Trudności w zakresie właściwej organizacji udzielania świadczeń w sposób odpowiadający realnym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa wiążą się również z trybem podziału środków finansowanych służących realizacji tych celów w skali kraju. W świetle ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (dalej: u.ś.o.z.), jako podstawowe kryterium podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie NFZ stosuje się liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu²⁰. W doktrynie wskazuje się na niedogodności związane z trybem tego rodzaju, który implikuje istnienie skomplikowanego algorytmu rozliczeń i rodzi konieczność prowadzenia szeregu czynności o charakterze administracyjnym, co nie eliminuje trudności w ustaleniu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w skali kraju²¹.

¹⁴ Por. W. Czachórski, A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, *Zobowiązania*, wyd. Lexis Nexis, s. 149 i n.

¹⁵ § 5 i n. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

¹⁶ D. Brzezińska-Grabarczyk, op. cit., s. 2 i n.

¹⁷ Ibidem, s. 4.

¹⁸ D. Brzezińska-Grabarczyk, op. cit., s. 5.

¹⁹ Ibidem, s. 2 i n.

²⁰ Art. 119 u.o.ś.o.z., szczegółowe zasady w tym zakresie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17.11.2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, Dz. U. 2009, Nr 193, poz. 1495.

²¹ A. Pietraszewska-Macheta, *Szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 10285, s. 1 i n.

Istotnym ograniczeniem w zakresie swobody zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest zakaz sformułowany w przepisie artykułu 132 ust. 3 u.ś.o.z., zgodnie z którym nie jest dopuszczalne zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. W doktrynie zauważa się, że z brzmienia powołanego przepisu wynika, że ograniczenie to dotyczy wyłącznie świadczeniodawcy, który jest osobą fizyczną i jednocześnie wykonuje jeden z ww. zawodów medycznych, co w praktyce ogranicza krąg podmiotów objętych zakazem do wspólników spółek cywilnych lub innych osób fizycznych, wykonujących działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, praktykę zawodową lub działalność gospodarczą w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. b u.ś.o.z.²² Powołany zakaz dotyczy jednak również podwykonawców świadczeń opieki zdrowotnej i oznacza, że świadczeniodawca nie może zlecać wykonywania usług będących przedmiotem umowy z NFZ osobom realizującym bezpośrednio umowę z tym płatnikiem²³. Sankcją za naruszenie powyższego zakazu jest rozwiązanie umowy o udzielanie świadczeń po uprzednim wezwaniu przez Fundusz do usunięcia tego uchybienia, w którym określa on termin na jego usunięcie²⁴.

W toku realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej płatnik ma możliwość nakładania kar umownych, który to instrument przysługuje wyłącznie jemu jako jednej ze stron umowy. Dysponuje on także rozbudowanym systemem kontroli w zakresie sposobu realizacji przez świadczeniodawcę umowy, w szczególności odnośnie organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich dostępności, czy przestrzegania zasad dotyczących wystawiania recept²⁵. Na mocy ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, NFZ zyskuje uprawnienie do nieograniczonej kontroli świadczeniodawców²⁶. Zgodnie bowiem z przepisem art. 5 powołanej ustawy, do kontroli świadczeniodawców dokonywanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych nie stosuje się ograniczeń w zakresie maksymalnej liczby i czasu trwania kontroli, zawartych w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej²⁷.

Niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania może skutkować powstaniem dwojakiego rodzaju sankcji – bądź nałożeniem na świadczeniodawcę kar

²² A. Pietraszewska-Macheta, *Praktyczne aspekty funkcjonowania zakazu określonego w art. 132 ust. 3 i art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 103880, s. 2.

²³ Ibidem, s. 3.

²⁴ A. Paszkowski, *Zakaz z art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 149825, s. 5.

²⁵ A. Pietraszewska-Macheta, *Kontrola realizacji świadczeń i rozliczanie wyników kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tryb postępowania*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 94632, s. 4 i n.

²⁶ Dz. U. 2014, poz. 1138.

²⁷ Art. 82 i 83 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz. U. 2013, poz. 672 ze zm.

umownych, bądź koniecznością zwrotu przez niego środków finansowych, które zostały nienależnie wypłacone²⁸. Dodatkowo Fundusz ma ułatwioną możliwość egzekwowania sankcji z uwagi na prawo potrącenia wierzytelności z należności przysługującej mu wobec świadczeniodawcy²⁹. W określonych przypadkach może dojść do zbiegu sankcji, albowiem to samo działanie świadczeniodawcy może stanowić jednocześnie podstawę do sformułowania wezwania do zwrotu nienależnych środków finansowych oraz podstawę do nałożenia kary umownej z tego tytułu³⁰. Nienależyte wykonywanie umowy przez świadczeniodawcę w kontekście rozbudowanych wymogów związanych z organizacją udzielania świadczeń może rodzić sankcje w sytuacjach m.in. udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione, w pomieszczeniach nieodpowiadających wymogom fachowym lub sanitarnym, bez wymaganego sprzętu i aparatury medycznej itp.³¹ Wysokość kary umownej ustalana jest z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz według rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości³². W toku kontroli udzielania świadczeń badane są także kwestie związane z zasadnością zastosowanej ordynacji lekarskiej w kontekście wskazań refundacyjnych i właściwie udokumentowanej diagnozy medycznej, która ma ją należycie uzasadniać. Dlatego też w doktrynie podkreśla się, że prawidłowa ordynacja lekarska powinna być nie tylko zgodna ze wskazaniami refundacyjnymi, ale również właściwie udokumentowana w dokumentacji medycznej pacjenta³³.

Wybrane aspekty sposobu realizacji przez płatnika umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

W kontekście omówionych powyżej sankcji, jakie może ponieść świadczeniodawca z tytułu nienależytego wykonywania zawartej z płatnikiem umowy, pojawia się pytanie, czy sam płatnik wykonuje ją należycie w każdym wypadku, a jeśli nie, to czy ponosi z tego tytułu odpowiedzialność. Według stanowiska Sądu Najwyższego, płatnik ma prawo i obowiązek ustalania maksymalnej ilości środków finansowych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁴. Każdy przypadek przekroczenia przez świadczeniodawcę limitów ustalonych w danej umowie należy oceniać jako działanie pozaumowne, zaś sfinansowanie tego rodzaju świadczeń możliwe jest w sytuacji, gdy płatnik dysponuje wolnymi środkami³⁵. Konstrukcja limitów wiąże się z koniecznością

²⁸ Ibidem, s. 5.

²⁹ Paragraf 29 ust. 5 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

³⁰ A. Paszkowski, *Kara umowna w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 147060, s. 3 i n.

³¹ K. Słodka, *Postępowanie w przypadku nienależytego wykonywania lub niewykonywania umowy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 72213, s. 2 i n.

³² Ibidem, s. 3.

³³ A. Pietraszewska-Macheta, *Kontrola ordynacji lekarskiej*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 177382, s. 3 i n.

³⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, LEX nr 176074.

³⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2005 r., III CK 345/04, LEX nr 197617.

udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego według kolejności zgłoszenia się pacjentów, z uwagi na co świadczeniodawcy do zabiegów planowanych umieszczają świadczeniobiorców na listach oczekujących³⁶. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym³⁷. Należy jednak zwrócić uwagę na określony sposób dokonywania przez NFZ zapłaty za zrealizowane przez świadczeniodawcę procedury medyczne. Płatnik ten, realizując umowy w rodzaju leczenia szpitalnego i dokonując płatności za udzielone świadczenia w każdym okresie sprawozdawczym, w pierwszym realizuje zapłatę za świadczenia ratujące życie, zaś w następnej kolejności za świadczenia ratujące zdrowie. System informatyczny, na podstawie którego dokonywane są sprawozdania raportów statystycznych i wykonywane płatności, uniemożliwia świadczeniodawcy przedstawienie do zapłacenia za świadczenia określane przez NFZ jako planowe przed świadczeniami określanymi jako ratujące życie. W świetle powołanej uprzednio regulacji przepisu art. 19 ustawy o świadczeniach, Fundusz winien ponosić koszty świadczeń nagłych, ratujących życie, nawet przy braku umowy. Wydaje się oczywistym, iż kolejność zapłaty za świadczenia nie powinna sprowadzać się do zapłaty za procedury wybrane według arbitralnie narzuconych przez płatnika kryteriów. Według ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawcy określonej w umowie³⁸. Brak w tym miejscu jakichkolwiek odniesień do tego, że któreś ze świadczeń mają być finansowane w innej kolejności niż pozostałe, czyli poprzez finansowanie w pierwszym świadczeń ratujących życie, a następnie zdrowie. Oznacza to, iż finansowanie świadczeń winno być dokonywane według kolejności ich udzielania. Zatem w danym okresie sprawozdawczym Fundusz winien płacić także za zabiegi określane przez siebie jako planowe. Natomiast jeżeli po nich zostały udzielone świadczenia określone jako nagłe, to winny być one sfinansowane nie tylko w ramach kwoty limitu, ale niezależnie od jego istnienia³⁹. Stosując opisany system rozliczeń umowy, Fundusz dokonuje swobodnego wybierania świadczeń, za które zamierza zapłacić. Nakazuje on świadczeniodawcy przedstawianie do zapłaty świadczeń określanych przez siebie jako ratujące życie, zaś w odniesieniu do innych świadczeń, jeżeli z uwagi na dużą liczbę tych pierwszych następuje wyczerpanie kwoty limitu na dany okres sprawozdawczy, odmawia zapłaty. Płatnik w ten sposób uniemożliwia świadczeniodawcy realizację jego obo-

³⁶ Art. 20 u.o.ś.o.z.

³⁷ Dotyczy to także przypadków udzielenia świadczenia po przekroczeniu umownych limitów, art. 19 u.o.ś.o.z. W praktyce problemy rodzi wzajemna relacja powołanego przepisu oraz przepisów: art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*, Dz. U. 2013, poz. 217 i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Dz. U. 2011.277.1634 j.t.) z uwagi na różnice terminologiczne w zakresie przesłanek odroczenia lub zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego w określonych tam przypadkach.

³⁸ Paragraf 14 ust. 1 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

³⁹ Art. 19 ust. 4 u.o.ś.o.z.

wiązków ustawowych, ale również umownych⁴⁰. Obowiązek stosowania się do reguł sprawozdawczości w tym zakresie wynika z zarządzeń ws. określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych⁴¹. Z kolei w Komunikatach dla świadczeniodawców dotyczących zasad przypisywania do faktury świadczeń opieki zdrowotnej wskazuje się na świadczenia niezbędnie konieczne dla ratowania życia i zdrowia ludzkiego, czyli tzw. „nagle” niezależnie od tytułu ubezpieczenia lub uprawnień do świadczeń oraz od trybu przyjęcia. Ich zakres obejmuje nie tylko leczenie urazów i konsekwencji wypadków, ale także przypadki nagłego zachorowania lub istotnego pogorszenia stanu zdrowia osoby przewlekle chorej oraz świadczenia związane z ciążą, porodem lub położeniem. Sposób dokonywania zapłaty w oparciu o powyższe zasady prowadzi zatem do tego, iż NFZ finansuje w pierwszej kolejności świadczenia określone przez siebie jako ratujące życie, choć umowa obliguje go do finansowania także świadczeń ratujących zdrowie. W Komunikatach dla świadczeniodawców dotyczących zasad przypisywania do faktury świadczeń opieki zdrowotnej wyraźnie zaznaczono, iż system informatyczny sprawdzi, czy świadczeniodawca wskazał w danym okresie rozliczeniowym do rozliczenia najpierw wszystkie świadczenia określone jako ratujące życie, a dopiero później umożliwi mu przedstawienie do rozliczenia pozostałe świadczenia. Takie działanie Narodowego Funduszu Zdrowia można traktować jako sprzeczne z umową, skoro zobowiązany jest on do zapłaty w ramach limitów za każde świadczenie, a dopiero w trakcie realizacji umowy dokonuje zapłaty przede wszystkim za świadczenia, które winien finansować niezależnie od istnienia tych limitów. Wydaje się zatem, iż płatnik, wykorzystując swoją pozycję rynkową, narzuca świadczeniodawcy sposób realizacji umowy i obciąża go koniecznością dochodzenia roszczeń z tytułu udzielonych ponad limity świadczeń. Z pewnością zajmuje także silniejszą pozycję względem swego kontrahenta, jako że w świetle opisanych rozwiązań ustawowych, świadczeniodawca ma w stosunku do płatnika niewiele do powiedzenia⁴².

Rynek świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest coraz bardziej otwarty na świadczeniodawców nie tylko publicznych, jednocześnie pozostając niezmiennym, jeśli chodzi o drugą stronę umowy⁴³. Bez względu bowiem na nomenklaturę – Kasy Chorych czy NFZ i pomijając wysokospecjalistyczne świadczenia finansowane przez Ministerstwo Zdrowia czy Poltransplant, płatnik jest tylko jeden⁴⁴.

⁴⁰ Obowiązki ustawowe świadczeniodawcy w tym zakresie wynikają z przepisu art. 15 ustawy o działalności leczniczej, natomiast w zakresie obowiązków umownych rygor kary umownej wynika z paragrafu 30 ust. 1 pkt 1 lit. d załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

⁴¹ Zarządzenie Nr 103/2012/DSOZ Prezesa NFZ z 24.12.2012 r. ws. określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, por. także: komunikaty dla świadczeniodawców dotyczących zasad przypisywania do faktury świadczeń opieki zdrowotnej, źródło: www.nfz.gov.pl.

⁴² D. E. Lach, *Problem odpłatności za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne*, w: *Studia i analizy Sądu Najwyższego*, red. K. Ślęzak, W. Wróbel, t. 2, Warszawa 2008, s. 201.

⁴³ Por. omówienie założeń reformy NFZ w: A. Paszkowski, *Założenia reformy NFZ*, wyd. ABC 2013, System Informacji Prawnej LEX nr 166161, s. 1.

⁴⁴ T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC 2007, s. 24.

Musi to w konsekwencji powodować określony sposób organizacji udzielania świadczeń, jednocześnie stanowiąc mimo wszystko pokusę do narzucania cen i warunków umów w sytuacji braku realnego wyboru jakiegokolwiek alternatywy w postaci innego finansującego świadczenia. Wydaje się także, że tylko do pewnego momentu zmiany mogą być wynikiem odmiennego sposobu organizacji udzielania świadczeń, skoro źródło ich finansowania pozostanie jedno i to samo⁴⁵. Sam fakt zawierania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia przy udziale osoby ustawowej, której celem jest należyte dysponowanie środkami publicznymi nie uzasadnia chyba realizacji procedur medycznych poniżej ich kosztów lub z przekroczeniem limitów w sytuacji, gdy konieczne jest udzielenie świadczenia w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Podsumowaniem tych rozważań może być retoryczne dla autorki pytanie: czy leczenie powinno, czy tylko może się opłacać?

Streszczenie

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia, z uwagi na rozdział funkcji płatnika oraz świadczeniodawcy, realizuje przy udziale publicznych oraz komercyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Proces kontraktowania tych świadczeń winno cechować istnienie jednolitych kryteriów wyboru świadczeniodawców oraz równe ich traktowanie przy ubieganiu się o kontrakt.

Rynek świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest coraz bardziej otwarty na świadczeniodawców nie tylko publicznych. Musi to w konsekwencji powodować określony sposób organizacji udzielania świadczeń, jednocześnie stanowiąc mimo wszystko pokusę do narzucania cen i warunków umów w sytuacji braku realnego wyboru jakiegokolwiek alternatywy w postaci innego finansującego świadczenia.

Equality of the parties or subordination agreements for the provision of patient care in the public health insurance

Summary

Health care benefits financed from public funds by the National Health Fund, due to the separation of functions of the payer and the provider, are carried out with the participation of public and commercial entities, performing medical activities. The process of contracting these benefits should emphasise the existence of uniform criteria for the selection of providers, and their equal treatment when applying for a contract. The market of health care services, financed from public funds is increasingly open to service providers, and not only the public ones. It must, in consequence, result in specific organizational manner of benefits' provision, yet at the same time leading into temptation of imposing prices and conditions of contracts, in the absence of a real choice of any other, alternative source of financing the services.

⁴⁵ Por. D. E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, LEX 2011, s. 72.

Grzegorz WRONA

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za rok 2014

Rok 2014 to koniec VI i początek VII kadencji samorządu lekarskiego, a także rok dużych zmian w samym organie NROZ. W dniach 7–8 marca 2014 r. w Sękocinie pod Warszawą odbyło się uroczyste pożegnanie kończącej swoją ośmioletnią pracę w organie NROZ dr Jolanty Orłowskiej-Heitzman oraz Zastępców NROZ. W spotkaniu wzięł udział Prezes NRL dr Maciej Hamankiewicz, który podziękował wszystkim za 4 lata rzetelnej i owocnej pracy w samorządzie lekarskim.

Podczas XII Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie w dniu 21 marca 2014 r. na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (NROZ) został wybrany dr Grzegorz Wrona, dotychczasowy Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Na Zastępców NROZ zostali wybrani:

1. Adamowicz Robert – Warszawa
2. Baranowicz Barbara – Warszawa
3. Bieńko Teresa – Katowice
4. Bierca Jacek – Warszawa
5. Cymerys Maciej – Poznań
6. Dybek Marcei – Łódź
7. Glińska Anna – Katowice
8. Hartwich Artur – Kraków
9. Kidawa Elżbieta – Warszawa
10. Korta Teresa – Warszawa
11. Kuźawczyk Andrzej – Warszawa
12. Lubecki Krzysztof – Zielona Góra
13. Majewski Włodzimierz – Katowice
14. Małecka-Kuźawczyk Krystyna – Warszawa
15. Małecki Janusz – Wojskowa Izba Lekarska
16. Mielcarek Wanda – Poznań
17. Naze Waldemar – Łódź
18. Orzeł Mieczysław – Lublin
19. Paszek Ewa – Katowice
20. Podolecki Andrzej – Katowice
21. Rodziewicz-Kabarowska Marta – Opole
22. Rybkiewicz Marek – Szczecin
23. Rzeszutko Ryszard – Wrocław
24. Serafinowska-Kielczewska Anna – Poznań
25. Swoboda Kazimierz – Katowice

26. Świątkowski Jan – Warszawa
27. Tarkowska Anna – Warszawa
28. Waryszewska-Chrzastek – Płock
29. Wenglarzy-Kowalczyk Wanda – Katowice
30. Żak Lech – Warszawa

Na pierwszym spotkaniu wyborczo-szkoleniowym w dniu 9 kwietnia 2014 r. w Warszawie, nie wybrano I i II Zastępcy NROZ. Na podstawie § 7 pkt 2 Uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, kworum wyborcze stanowi co najmniej połowa ogólnej liczby członków tego zgromadzenia, jednak nie mniej niż rzecznik i 5 osób w przypadku zgromadzenia rzecznika i jego zastępców. W przypadku organu NROZ połowę zgromadzenia stanowi 30 osób, czyli aby doszło do skutecznego zebrania wyborczego uczestniczyć musieliby w nim wszyscy Rzecznicy. W wyborach w dniu 9 kwietnia 2014 r. udział wzięło 26 osób oraz NROZ, co nie stanowiło wymaganej liczby Zastępców NROZ uprawnionych do głosowania, a w kolejnych organizowanych spotkaniach warsztatowych nigdy nie udało się zgromadzić wymaganych 30 osób.

Sprawy rozpatrywane przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ)

Ilość spraw:

Pozostało z 2013 r.	1898
Wpływ nowych	3419
Zakończono	3537 co stanowi 67% wszystkich rozpoznawanych spraw w 2014 r.
Pozostało na 2015 r.	1780

Ruch spraw u poszczególnych OROZ:

OROZ	Liczba spraw, które pozostały z 2013 r.	Liczba spraw nowych, które wpłynęły w 2014 r.	Liczba spraw zakończonych	Liczba spraw, które pozostały na 2015 r.
1	2	3	4	5
Białystok	65	98	92	71
Bielsko-Biała	17	47	52	12
Bydgoszcz	70	96	131	35
Częstochowa	42	58	66	34

1	2	3	4	5
Gdańsk	184	239	250	173
Gorzów Wlkp.	30	60	67	23
Katowice	205	247	286	166
Kielce	62	103	124	41
Koszalin	26	61	67	20
Kraków	127	249	210	166
Lublin	67	139	162	44
Łódź	110	258	238	130
Olsztyn	54	62	88	28
Opole	24	80	81	23
Płock	10	36	37	9
Poznań	174	262	300	136
Rzeszów	42	61	52	51
Szczecin	114	219	205	128
Tarnów	15	26	32	9
Toruń	28	90	89	29
Warszawa	164	417	389	192
Wojskowa Izba Lekarska	12	86	78	20
Wrocław	220	330	348	202
Zielona Góra	36	95	93	38
RAZEM	1898	3419	3537	1780
NROZ*	73	20	39	54

* Sprawy wszczęte przez NROZ na podstawie art. 45 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich lub przejęte na podstawie art. 76 ust. 5 pkt 1 wyżej cytowanej ustawy.

Dokonując analizy porównawczej statystyk dotyczących ostatnich dwóch lat, można zauważyć wahanie liczby skarg wpływających do OROZ. W 2012 r. wpłynęły 3392 skargi, w 2013 r. – 3055 skarg, natomiast w 2014 r. – 3419 skarg. Podane dane mogą być obciążone nieznacznym błędem spowodowanym niejednolicie pojmowaną definicją sprawy zakończonej. NROZ stwierdził to w czasie gromadzenia zestawień zbiorczych. Podjęte zostały prace mające na celu doprecyzowanie tej definicji i ujednoczenia jej interpretacji.

Szczegółowa statystyka liczby prowadzonych przez OROZ spraw, jak i sposobu ich zakończenia podana zostanie na stronie internetowej Naczelnego Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/struktura-nil/naczelnny-rzecznik-odpowiedzialnosci-zawodowej/sprawozdania>).

Wnioski OROZ o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego

OIL	I półrocze 2014 r.	II półrocze 2014 r.	RAZEM
Białystok	–	6	6
Bielsko-Biała	4	5	9
Bydgoszcz	–	8	8
Częstochowa	–	–	–
Gdańsk	7	7	14
Gorzów Wlkp.	3	2	5
Katowice	33	36	69
Kielce	–	1	1
Koszalin	8	9	17
Kraków	7	31	38
Lublin	2	6	8
Łódź	20	30	50
Opole	8	12	20
Olsztyn	9	4	13
Poznań	68	44	112
Płock	4	1	5
Rzeszów	16	29	45
Szczecin	30	54	84
Tarnów	–	1	1
Toruń	3	8	11
Warszawa	36	47	83
Wrocław	3	9	12
Wojskowa Izba Lekarska	–	–	–
Zielona Góra	7	6	13
Razem	268	356	624

W 2014 r. wzrosła liczba wniosków OROZ o przedłużenie terminu zakończenia postępowania wyjaśniającego kierowanych do NROZ. Z jednej strony może to świadczyć o kontrolowaniu terminowości prowadzonych postępowań, a z drugiej strony o tym, iż określony w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* termin rozpoznania sprawy jest niewystarczający do zakończenia postępowania. Może to także świadczyć o przewlekłości prowadzonych postępowań. W ramach prowadzonego nadzoru nad działalnością rzeczników odpowiedzialności zawodowej NROZ wielokrotnie zalecał większą koncentrację czynności procesowych w poszczególnych sprawach. Zlecane wizyty w trybie nadzoru mają na celu znalezienie przyczyny wzrostu wniosków.

Należy spostrzec, iż niektórzy spośród OROZ w ciągu całego 2014 r. nie skierowali do NROZ żadnego wniosku o prolongatę terminu. Będzie to również jednym z punktów analizy podczas prowadzonych wizytacji u OROZ.

Nadzór

Na podstawie art. 45 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, NROZ ma możliwość sprawowania nadzoru nad działalnością okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Wypełniając swoje ustawowe zadania, NROZ delegując – na podstawie art. 45 ust. 2 wyżej cytowanej ustawy – swoich Zastępców, przeprowadził wizytacje w następujących OIL:

1. Toruń – 11 września 2014 r. – dr Anna Serafinowska-Kiełczewska
2. Częstochowa – 17 września 2014 r. – dr Teresa Bieńko
3. Lublin – 30 października 2014 r. – dr Mieczysław Orzeł
4. Płock – 10 grudnia 2014 r. – dr Zofia Waryszewska-Chrząstek

Celem wizytacji było ustalenie czy zadania OROZ określone w art. 31 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* były wykonywane zgodnie z przepisami regulującymi postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Z uwagi na stwierdzone przypadki przewlekłości prowadzonych postępowań i w celu przeciwdziałania im, wizytacje miały ustalić czy czynności sprawdzające oraz postępowania wyjaśniające były prowadzone bez zbędnej zwłoki. Konieczne było też ustalenie czy na poszczególnych etapach postępowania OROZ wydawał właściwe decyzje procesowe (np. postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego).

W trakcie wizytacji analizowano repertorium spraw RO i L.dz., sprawy zawieszono, sprawy prowadzone w ramach czynności sprawdzających, które zostały wszczęte, analizowano akta wybranych spraw. Wynikiem tych wizytacji było zwrócenie uwagi na stwierdzone nieprawidłowości, wypracowanie działań naprawczych i zaleceń.

Spotkania i szkolenia

W 2014 r. NROZ zorganizował i brał udział w następujących szkoleniach i spotkaniach:

1. **9 kwietnia 2014 r.** – spotkanie wyborczo-szkoleniowe w Warszawie. Na tym pierwszym spotkaniu NROZ z Zastępcami, poza wyborami na I i II Zastępcę NROZ, w wyniku których ze względu na brak quorum nie wybrano I i II Zastępcy, odbyła się część szkoleniowa, podczas której prok. A. Józwiak omówił podstawy i przebieg postępowania wyjaśniającego na etapie NROZ w świetle obowiązujących przepisów prawa. NROZ przedstawił Zastępcom swoje zamierzenia, plany i wizję funkcjonowania organu NROZ. Po części szkoleniowej miało miejsce wielkanocne spotkanie z udziałem poprzednich NROZ i Przewodniczącego NSL.
2. **25 kwietnia 2014 r.** – spotkanie warsztatowe Zastępców NROZ, na którym – przy udziale prok. A. Józwiaka – omówiono procedurę prowadzonych postępowań – zakres czynności, które może wykonywać NROZ, przygotowywanie planu postępowania wyjaśniającego, definicje stron postępowania. Omówiono rozprawy kasacyjne przed Sądem Najwyższym, w których uczestniczyli Zastępcy NROZ. Zasygnalizowano konieczność wprowadzenia zmian do regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

3. **30 maja 2014 r.** – warsztaty Zastępców NROZ, podczas których prok. Andrzej Józwiak omówił taktykę prowadzenia postępowań począwszy od przygotowania planu postępowania, poprzez taktykę przesłuchań, wartość dowodową dokumentacji medycznej i akt prokuratorskich/sądowych, sporządzanie akt głównych i podręcznych, a skończywszy na sporządzaniu postanowień. NROZ omówił rozprawy kasacyjne przed Sądem Najwyższym, a Zastępcy rozprawy w NSL, w których reprezentowali NROZ. Wybrano zespół mający opracować zmiany do regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej w osobach: dr Marek Rybkiewicz, dr Anna Glińska, dr Wanda Wenglarzy-Kowalczyk.
4. **13 czerwca 2014 r.** – wspólne spotkanie w Warszawie Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej i Przewodniczących OSL. Na osobnych spotkaniach zostały poruszone bieżące problemy wynikające z działalności OROZ. Prok. A. Józwiak przeprowadził test ze znajomości ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*. Omówiono także konsekwencje finansowe postanowień NROZ o wskazaniu innego OROZ do prowadzenia postępowania, zasady wydawania postanowień o przedłużeniu okresu postępowania wyjaśniającego. W części wspólnej spotkania zarówno Rzecznicy, jak i członkowie sądów lekarskich wymienili się uwagami dotyczącymi wzajemnej współpracy i problemami wynikającymi z tej współpracy. Dyskutowano na temat przewlekłości postępowań na poszczególnych jego etapach, koniecznością stworzenia listy biegłych i specjalistów oraz zmianą regulaminów. Do zespołu pracującego nad regulaminem zgłosił się prof. Z. Czernicki – OROZ w Warszawie.
5. **17 lipca 2014 r.** – spotkanie z Zastępcami NROZ w celu omówienia spraw bieżących.
6. **1 sierpnia 2014 r.** – warsztaty Zastępców NROZ, na początku których dr B. Baranowicz w imieniu wszystkich Zastępców odczytała list do Prezesa NRL zawierający uwagi na temat funkcjonowania organu NROZ oraz list na temat zatrudnienia w Biurze NROZ. W części warsztatowej NROZ podsumował działalność w I półroczu. Omówiono sprawy bieżące, w tym terminowość prowadzonych postępowań, nadzór NROZ nad działalnością OROZ – sposób jego sprawowania, a Zastępcy omówili swój udział w rozprawach NSL, w których reprezentowali NROZ.
7. **29 sierpnia 2014 r.** – spotkanie Zastępców NROZ z Prezesem NRL, na którym – w związku z listami Zastępców, dyskutowano na temat nowych zasad funkcjonowania organu NROZ oraz nad zatrudnieniem w Biurze NROZ. Wypracowano i podjęto wspólne ustalenia.
8. **3–5 października 2014 r.** – szkolenie Zastępców NROZ, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, pracowników biur rzeczników, członków NSL oraz Przewodniczących okręgowych sądów lekarskich i pracowników Kancelarii Sądów w Zakopanem. Omówiono m.in.: definicję „lekarza, którego dotyczy postępowanie” i problemy z niej wynikające, zasady udostępniania akt sprawy, sprawy finansowe, w tym kwestię kosztów postępowań (co wliczać i na jakich zasadach), sprawozdań i rozliczeń z Ministerstwem Zdrowia i pomiędzy poszczególnymi OIL w przypadku wyznaczenia przez NROZ innego OROZ do prowadzenia postępowania. A. Józwiak i K. Różycka przedstawili wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów.

9. **15 października 2014 r.** – spotkanie z Zastępcami NROZ w celu omówienia spraw bieżących.
10. **7 listopada 2014 r.** – spotkanie NROZ i Zastępców, na którym omówiono sprawy bieżące.
11. **28 listopada 2014 r.** – warsztaty Zastępców NROZ, na których r.pr. M. Szewczyński omówił zasady powoływania biegłego lub specjalisty, przedstawił przepisy regulujące tę problematykę oraz omówił powody i podstawy składania kasacji od orzeczeń NSL. Następnie na spotkaniu NROZ z Zastępcami omówiono sprawy bieżące dotyczące prowadzonych postępowań.
12. **29 listopada 2014 r.** – spotkanie z Zastępcami NROZ w celu omówienia spraw bieżących.

Poza spotkaniami i warsztatami rzeczników odpowiedzialności zawodowej NROZ brał udział:

1. 5 kwietnia 2014 r. – w Okręgowym Zjeździe Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu
2. 29 kwietnia 2014 r., 24 czerwca 2014 r., 23 września 2014 r., 25 listopada 2014 r. – w warsztatach szkoleniowych OROZ w Poznaniu
3. 7 maja 2014 r., 21 maja 2014 r., 11 czerwca 2014 r. – w szkoleniu dla lekarzy stażystów w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w Poznaniu
4. 15 maja 2014 r. – w szkoleniu dla Pracodawców Ochrony Zdrowia Wielkopolski
5. 14 czerwca 2014 r. – w Konferencji Młodych Lekarzy w Krakowie
6. 20 czerwca 2014 r. – w spotkaniu w Urzędzie Miasta st. Warszawa
7. 23 czerwca 2014 r. – w spotkaniu redakcji „Medyczna Wokanda” w Poznaniu
8. 21 lipca 2014 r. – w spotkaniu Koła Wyborczego WIL w Poznaniu
9. 26 września 2014 r. – w uroczystym otwarciu Delegatury WIL w Ostrowie Wlkp.
10. 29 września 2014 r. – w spotkaniu z dziekanami Wydziału Lekarskiego UM w Poznaniu
11. 9 października 2014 r. – w szkoleniu dla Pracodawców Ochrony Zdrowia Wielkopolski
12. 10 października 2014 r. – w konferencji „Rola biegłego w procesach medycznych” we Wrocławiu
13. 24–26 października 2014 r. – konferencja szkoleniowa członków sądów lekarskich w Sandomierzu
14. 8 listopada 2014 r. – w uroczystych obchodach z okazji 25-lecia OIL w Warszawie
15. 15 listopada 2014 r. – w konferencji rzeczników Praw Lekarza i Pełnomocników ds. Zdrowia Lekarzy
16. 5–6 grudnia 2014 r. – w uroczystościach związanych z 25-leciem izb lekarskich w Warszawie w tym w debacie z Ministrami Zdrowia w Sejmie RP.
17. 14 grudnia 2014 r. – w obchodach 25-lecia Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu
18. 15 grudnia 2014 r. – w spotkaniu Koła Wyborczego WIL w Poznaniu
19. 16 grudnia 2014 r. – w konferencji „Dokumentacja medyczna” w Poznaniu

NROZ brał czynny udział w posiedzeniach Prezydium NRL, Naczelnej Rady Lekarskiej, Komisji Legislacyjnej NIL, Komisji Etyki Lekarskiej NIL, a także w spotkaniach z mediami, odpowiadając na pytania dotyczące spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Sprawy rozpatrywane przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Sprawozdanie NROZ za 2014 rok

Lp.	Zadanie	2012	2013	2014
1.	Liczba postanowień o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego	4	↓ 3	↑ 12
2.	Liczba postanowień o umorzeniu postępowania	15	↓ 13	↑ 34
3.	Liczba złożonych wniosków o ukaranie do sądów lekarskich	17	↓ 5	↑ 20
4.	Liczba postanowień w sprawie wyznaczenia innego rzecznika do prowadzenia postępowania	69	↓ 37	↑ 134
	w tym odmownych	–	–	↑ 16
5.	Liczba postanowień w sprawie zażaleń na przewlekłość postępowania	30	↓ 21	↑ 39
6.	Liczba postanowień w sprawie przedłużenia postępowań wyjaśniających	134	↑ 155	↑ 624
7.	Liczba postanowień o wyznaczeniu OROZ do prowadzenia postępowania dotyczącego lekarzy będących członkami różnych izb lekarskich	11	↑ 16	↑ 42
8.	Liczba wystąpień w rozprawach przed Naczelny Sąd Lekarskim	103	↑ 110	↑ 152
9.	Liczba wystąpień na posiedzeniach Sądu Najwyższego	2	↑ 5	↑ 9
Razem		385	↓ 365	↑ 1066
10.	Liczba postanowień w sprawie przejęcia postępowania przez NROZ (nie dolicza się końcowego rozliczenia)	14	↑ 16	↑ 16

W 2014 r., w porównaniu do 2012 i 2013 roku, widać wyraźny wzrost postanowień wydanych przez NROZ. W 2014 r. liczba zadań wykonanych przez NROZ wzrosła trzykrotnie. Niepokój budzi liczba wpływających do NROZ zażaleń na przewlekłość postępowań prowadzonych przez OROZ. Wyeliminowaniu nieprawidłowości w prowadzonych postępowaniach, sprawnemu i terminowemu procedowaniu mają służyć wprowadzone w tym roku wizytacje u OROZ oraz spotkania warsztatowo-szkoleniowe.

W 2014 r. do NROZ wpłynęło także **311 skarg, zapytań, doniesień** z czego **147 zostało przekazanych do właściwych OROZ, a 50 do Okręgowych Inspektoratów Służby Więziennej.**

NROZ i jego Zastępcy brali udział w **152 rozprawach w NSL** oraz w **9 rozprawach kasacyjnych w Sądzie Najwyższym**. W **2 sprawach NROZ** złożył kasację od orzeczeń NSL.

W minionym roku niepokój NROZ wzbudził coraz częstszy udział lekarzy w reklamach produktów i środków leczniczych. W 6 przypadkach zwrócił się do właściwych OROZ o podjęcie stosownych czynności zmierzających do wyjaśnienia udziału danego lekarza w reklamach telewizyjnych, radiowych czy prasowych. NROZ dostrzega konieczność ujednoczenia prowadzonych postępowań i polityki karalności w takich przypadkach. Problem ten został zasygnalizowany na spotkaniu z OROZ i członkami sądów lekarskich w dniu 13 czerwca 2014 r. Będzie to jeden z tematów, którym NROZ szczególnie wnikliwie zajmie się w 2015 r. licząc na współpracę wszystkich OROZ, jak i członków sądów lekarskich.

NROZ podjął działania zmierzające do doprecyzowania, uściślenia i ujednoczenia spraw finansowych dotyczących:

- 1) kosztów prowadzonych postępowań (co, w jakiej wysokości i na jakiej podstawie wliczać);
- 2) rozliczeń z Ministerstwem Zdrowia;
- 3) rozliczeń pomiędzy poszczególnymi izbami lekarskimi, w przypadku gdy postanowieniem NROZ sprawa została przekazana do innego OROZ niż właściwy ze względu na przynależność osobową lub miejscową oraz gdy sprawę prowadzi osobiście NROZ.

Biuro Naczelnego Rzecznika – sprawy bieżące

Obsługę Biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zapewnia obecnie 2 pracowników – mgr Ewa Nowosielska i mgr Małgorzata Kurkiewicz-Pypno. Ze względu na pogarszającą się sytuację finansową Naczelnego Izby Lekarskiej, prowadząc restrukturyzację zatrudnienia, za porozumieniem stron rozwiązano umowę o pracę z mgr Małgorzatą Rajcą, pełniącą funkcję kierownika Biura NROZ. Zmiana nastąpiła także w osobie doradcy prawnego. Prok. Andrzej Józwiak – prawnik przeprowadzający szkolenia z przepisów prawa powszechnego w zakresie przewidzianym w art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*, sposobu i metodyki procedowania postępowań dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy z dniem 31 grudnia 2014 r. zakończył swoją współpracę z NROZ. Od 1 stycznia doradcą prawnym został radca prawny Marek Szewczyński.

NROZ nawiązał współpracę ze Szkołą Wyższą Psychologii Społecznej w Warszawie reprezentowaną przez Prorektor prof. dr hab. Teresę Gardocką. Studenci Wydziału Prawa tej uczelni odbywają staże w Biurze NROZ i ucząc się praktycznego wykorzystania przepisów prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, jednocześnie służą pomocą całemu organowi NROZ. W chwili obecnej podpisano umowy o współpracy z trzema wolontariuszami.

Podsumowanie

Pierwszy rok działalności nowego NROZ mamy już za sobą. Udało się w ciągu tego roku dokonać wielu istotnych zmian w działalności organu NROZ. W kolejnym roku NROZ zamierza poza rozpoznawaniem bieżących spraw wpływających do NROZ i poza prowadzeniem działań w prowadzonych postępowaniach kontynuować:

- 1) wizytacje u kolejnych OROZ;
- 2) spotkania warsztatowo-szkoleniowe dla Zastępców NROZ i OROZ;
- 3) prace nad zmianami w regulaminie wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej;
- 4) prace nad programem komputerowym, który usprawni pracę biura NROZ oraz biur OROZ;
- 5) prace nad obiegiem dokumentów i archiwizacji w organie NROZ;
- 6) prace nad uregulowaniem spraw finansowych – kosztów prowadzonych postępowań, rozliczeń z Ministerstwem Zdrowia i rozliczeń pomiędzy OROZ;
- 7) współpracę z sądami lekarskimi, organami administracji państwowej;
- 8) publikacje w „Gazecie Lekarskiej” i „Medycznej Wokandzie”.

Podziękowania

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej pragnie podziękować członkom organów Naczelnej Izby Lekarskiej, członkom organów Okręgowych Izb Lekarskich, wszystkim pracownikom oraz innym osobom za współpracę i życzliwość.

Wojciech ŁĄCKI

Przewodniczący NSL

Sprawozdanie z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego w 2014 roku

1. Postępowanie odwoławcze od orzeczeń i postanowień OSL

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba
1.	Liczba spraw, które wpłynęły do NSL w ciągu roku sprawozdawczego	212
1.1	Liczba spraw wymagająca rozpatrzenia na rozprawie głównej	121
1.2	Liczba spraw wymagająca rozpatrzenia na posiedzeniu sądu	91
1.2.1	Zażalenia na postanowienia Sądu I instancji	45
1.2.2	Wnioski o wskazanie właściwości OSL (OROZ)	43
1.2.3	Wnioski o wznowienie postępowania	3
1.3	Liczba lekarzy, których dotyczyły środki odwoławcze	140
1.4	Liczba lekarzy, którzy zostali wcześniej ukarani przez sąd lekarski	2
2.	Sprawy do rozpoznania na rozprawie głównej pozostałe z 2013 roku	42
3.	Sprawy wymagające rozpatrzenia na posiedzeniu pozostałe z 2013 roku	5
4.	Wokandy sądu w 2014 roku	26
4.1	Ilość przeprowadzonych rozpraw głównych w 2014 roku	121
4.2	Ilość posiedzeń sądu w 2014 roku	79
4.3	Sprawy przekazane do postępowania mediacyjnego w 2014 roku	0
5.	Protesty wyborcze rozpoznane w 2014 roku	1
6.	Postanowienia wydane przez NSL o przedłużeniu terminu postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez ROZ	571
7.	Zażalenia na postanowienia OSL wydane na wniosek OROZ (art. 77 ustawy o.i.l.) w ciągu 2014 roku:	
7.1	– o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu przez obwinionego	0
7.2	– o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza przez obwinionego	0
8.	Orzeczenia i postanowienia NSL wydane w 2014 roku	
8.1	Liczba lekarzy, których dotyczyły orzeczenia NSL kończące postępowanie wydane na rozprawie głównej	80
8.2	Liczba lekarzy, których dotyczyły postanowienia NSL wydane na posiedzeniach sądu	41
8.3	Liczba lekarzy w stosunku do których umorzono postępowanie	19

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba
8.4	Uniewinnieni	19
8.5	Ukarani upomnieniem	21
8.6	Ukarani naganą	10
8.7	Ukarani karą pieniężną	8
8.8	Ukarani zakazem pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat	0
8.9	Ukarani ograniczeniem zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat	8
8.10	Ukarani zawieszeniem prawa wykonywania zawodu	8
8.11	Pozbawieni prawa wykonywania zawodu	0
8.12	Sprawy przekazane do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji	51
8.13	Odmowa przyjęcia środka odwoławczego	17
8.14	Pozostawienie środka odwoławczego bez rozpoznania	3
8.15	Sprawy przekazane do ponownego rozpoznania przez Sąd Najwyższy	1
9.	Liczba środków odwoławczych złożonych od orzeczeń i postanowień OSŁ (rozpatrzonych w roku sprawozdawczym):	
9.1	przez ROZ	19
9.2	przez obwinionego lekarza (obrońcę)	81
9.3	przez pokrzywdzonego (pełnomocnika)	51
10.	Cofnięcie prawomocnego odwołania przez obwinionego	0
11.	Odwołanie złożone przez osoby nieuprawnione	0
12.	Czas w miesiącach od wpłynięcia odwołania do wydania orzeczenia kończącego postępowanie (sprawy zakończone):	<i>czas w miesiącach</i>
12.1	– Minimum	1,5
12.2	– Maximum	5,5
12.3	– Średnio	3,0

2. Formularz danych liczbowych dotyczący pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego rozpatrującego zażalenia złożone na postanowienia Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 2014 rok

Lp.	Wyszczególnienie	2014
1.	Sprawy, które wpłynęły do sądu w ciągu roku sprawozdawczego	24
1.2	Zażalenia wymagające rozpatrzenia na posiedzeniu	24
2.	Sprawy pozostałe do rozpatrzenia z poprzedniego roku	4
3.	Wokandy sądu	4
4.	Posiedzenia	23
5.	Postanowienia wydane na posiedzeniach	23
6.	Ilość lekarzy, których dotyczyły postanowienia	29

Lp.	Wyszczególnienie	2014
7.	Postanowienia o umorzeniu postępowania	9
8.	Odmowa wszczęcia postępowania wyjaśniającego	7
9.	Pozostawienie bez rozpoznania środka odwoławczego	0
10.	Odmowa zawieszenia postępowania wyjaśniającego	1
11.	Uchylenie postanowienia NROZ	6

3. Sprawozdanie 2014 rok - II instancja NSL

Liczba spraw dotycząca poszczególnych specjalności, w zakresie których wystawiono wnioski o ukaranie wobec lekarza w postępowaniu odwoławczym od orzeczeń Sądów I instancji

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności objętych wnioskami o ukaranie		
1.	Alergologia	
2.	Anestezjologia i intensywna terapia	3
3.	Angiologia	
4.	Audiologia i foniatria	
5.	Balneoklimatologia	
6.	Balneologia i medycyna fizykalna	
7.	Chirurgia dziecięca	
8.	Chirurgia klatki piersiowej	
9.	Chirurgia naczyniowa	
10.	Chirurgia ogólna	6
11.	Chirurgia onkologiczna	1
12.	Chirurgia plastyczna	1
13.	Chirurgia stomatologiczna	
14.	Chirurgia szczękowo-twarzowa	
15.	Choroby płuc	
16.	Choroby wewnętrzne	8
17.	Choroby zakaźne	
18.	Dermatologia i wenerologia	1
19.	Diabetologia	
20.	Diagnostyka laboratoryjna	
21.	Endokrynologia	
22.	Epidemiologia	
23.	Farmakologia kliniczna	
24.	Gastroenterologia	
25.	Gastroenterologia dziecięca	
26.	Genetyka kliniczna	

27.	Geriatrya	
28.	Ginekologia onkologiczna	
29.	Hematologia	1
30.	Hipertensjologia	
31.	Immunologia kliniczna	
32.	Kardiologia	4
33.	Kardiologia dziecięca	
34.	Kardiochirurgia	
35.	Medycyna morska	
36.	Medycyna nuklearna	
37.	Medycyna pracy	1
38.	Medycyna paliatywna	
39.	Medycyna ratunkowa	15
40.	Medycyna rodzinna	2
41.	Medycyna sądowa	
42.	Medycyna sportowa	
43.	Medycyna transportu	
44.	Mikrobiologia lekarska	
45.	Nefrologia	
46.	Neonatologia	
47.	Neurochirurgia	
48.	Neurologia	
49.	Neurologia dziecięca	1
50.	Neuropatologia	
51.	Okulistyka	
52.	Onkologia i hematologia dziecięca	
53.	Onkologia kliniczna	
54.	Ortodoncja	2
55.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	9
56.	Ortopedia i traumatologia dziecięca narządu ruchu	
57.	Otolaryngologia (otorynolaryngologia)	
58.	Otolaryngologia dziecięca	
59.	Otolaryngologia dziecięca	
60.	Patomorfologia	
61.	Pediatrya	5
62.	Periodontologia	
63.	Położnictwo i ginekologia	8
64.	Protetyka stomatologiczna	7
65.	Psychiatria	2
66.	Psychiatria dzieci i młodzieży	

67.	Radiologia i diagnostyka obrazowa	4
68.	Radioterapia onkologiczna	
69.	Rehabilitacja medyczna	
70.	Reumatologia	
71.	Seksuologia	
72.	Stomatologia dziecięca	
73.	Stomatologia ogólna	1
74.	Stomatologia zachowawcza z endodoncją	2
75.	Toksykologia kliniczna	
76.	Transfuzjologia kliniczna	
77.	Transplantologia kliniczna	
78.	Urologia	1
79.	Urologia dziecięca	
80.	Zdrowie publiczne	
81.	Pomoc doraźna	8
82.	Etyka	39
82.1	homeopatia	
82.2	wykonywanie zawodu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem innych środków odurzających	2
82.3	wykonanie zabiegu (leczenia), czynności medycznej w przypadku braku wyrażonej zgody przez pacjenta	1
82.4	konflikty pomiędzy lekarzami	1
82.5	brak należytej staranności w opiece nad kobietami w ciąży jak również w okresie okołoporodowym, porodowym i połogowym	6
82.6	wykorzystywanie przez lekarza wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy w tym naruszenia: art. 1 pkt 3, art. 10 pkt 1, art. 12 pkt 1 oraz art. 14 KEL (m.in. podważenie zaufania do zawodu lekarza)	2
82.7	przyjęcie przez lekarza korzyści majątkowych	1

Informacje dla Autorów

- Artykuły i recenzje należy składać w dwóch egzemplarzach znormalizowanego maszynopisu (30 wierszy na stronie, po 60 znaków w wierszu, tj. 1800 znaków na stronie), bez żadnych wyróżnień. Tekst należy nadesłać również pocztą elektroniczną na adres redakcji.
- Objętość artykułu, wraz z przypisami, nie powinna przekraczać 22 stron znormalizowanego maszynopisu. Recenzje nie powinny przekraczać 8 stron znormalizowanego maszynopisu.
- Materiał powinien zawierać pełen tytuł oraz streszczenie w języku polskim i angielskim o objętości nie więcej niż 0,5 strony znormalizowanego maszynopisu (900 znaków) oraz 3–4 słowa kluczowe (Keywords).
- Przypisy należy umieszczać na dole tekstu.
- Pozycje bibliograficzne powinny być sporządzone według tego samego, poniższego wzorca:
 - a) inicjał(-y) imienia, nazwisko autora(-ów), tytuł pracy, miejsce i rok wydania, stronę(-y).
 - b) w przypadku czasopism należy podać: inicjał(-y) imienia, nazwisko autora(-ów), tytuł, rok, numer, stronę(-y).
- Autor nie ma możliwości redagowania tekstu w trakcie prac redakcyjnych.
- Do Redakcji należy przesłać ostateczną postać materiału.
- Do tekstu należy dołączyć informacje dotyczące Autora:
 - a) pełne imię i nazwisko,
 - b) stopień lub tytuł naukowy,
 - c) reprezentowaną instytucję naukową,
 - d) dokładny adres z numerem telefonu oraz mailem.
- Tekst w całości będzie opublikowany również w wersji elektronicznej na stronie internetowej czasopisma, na co Autor przesyłając tekst do druku wyraża zgodę.
- Ponadto Redakcja informuje, iż:
 - 1) każdy artykuł jest recenzowany przez dwóch niezależnych recenzentów spoza członków Redakcji, Rady Programowej, Naczelnej Izby Lekarskiej;
 - 2) w przypadku artykułów w języku obcym, co najmniej jeden z recenzentów jest pracownikiem zagranicznej instytucji naukowej, innej niż narodowość autora;
 - 3) recenzja jest anonimowa. Autor i recenzenci nie znają swoich tożsamości;
 - 4) recenzja ma formę pisemną i jest archiwizowana i kończy się jednoznacznym wnioskiem co do dopuszczenia artykułu do publikacji, dopuszczenia do publikacji pod warunkiem dokonania wskazanych zmian lub jego odrzucenia.

Aby przeciwdziałać przypadkom „ghostwriting” oraz „guest authorship”, Redakcja „Medycznej Wokandy” zamierza wprowadzić odpowiednie procedury swoje dla reprezentowanej dziedziny bądź dyscypliny nauki i wdraża poniższe rozwiązania:

1. Redakcja oczekuje od Autorów publikacji ujawnienia wkładu poszczególnych autorów w powstanie publikacji (z podaniem ich afiliacji oraz kontrybucji, tj. informacji kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. wykorzystywanych przy przygotowaniu publikacji), przy czym główną odpowiedzialność ponosi Autor zgłaszający manuskrypt.
2. Redakcja wyjaśnia, że „ghostwriting”, „guest authorship” są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucji zatrudniającej Autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).
3. Redakcja oczekuje od Autorów podania informacji o źródłach finansowania publikacji, wkładzie instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów („financial disclosure”). Autorzy publikowanych materiałów zobowiązani są w szczególności do ujawnienia wszelkich zobowiązań finansowych, jeżeli takie istnieją, pomiędzy autorami i firmą, której produkt ma istotne znaczenie w nadesłanej pracy lub firmą konkurencyjną. Redakcja zastrzega w takiej sytuacji podjęcie decyzji o publikacji lub odmowie publikacji przekazanego materiału. Informacja o konflikcie interesów lub jego braku winna być zamieszczona w stosownym oświadczeniu Autora dołączonym do manuskryptu pracy.
4. Redakcja dokumentuje wszelkie przejawy nierzetelności naukowej, zwłaszcza łamanie i naruszanie zasad etyki obowiązujących w nauce. Drastyczne przypadki będą publikowane na stronie internetowej czasopisma.

Lista recenzentów/Reviewers List:

- dr Kinga Bączyk-Rozwadowska, Zakład Prawa Medycznego Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu,
- dr hab. Leszek Bosek, adiunkt w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Jagiellońskiego i w Katedrze Prawa Cywilnego Uniwersytetu Warszawskiego, radca prawny i naczelnik Wydziału Analiz Legislacyjnych w Biurze Analiz Sejmowych,
- prof. zw. dr hab. n. prawn. Marek Chmaj, Wydział Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS w Warszawie,
- dr hab. n. med. Jerzy Harasymczuk, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
- prof. UM dr hab. Alicja Krzyżaniak, Kierownik Zakładu Epidemiologii Katedry Medycyny Społecznej UM w Poznaniu,
- dr n. med. Sławoj Maciejewski, Poznań,
- dr Katarzyna Miaskowska-Daszkiewicz, Katedra Prawa Unii Europejskiej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego,
- dr n. pr. Piotr Piesiewicz, Wydział Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS w Warszawie,
- prof. nadzw. dr hab. Anna Potyrała, Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,

- dr n. med. Jacek Putz, Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Warszawa,
- dr n. med. Tomasz Sioda, Poznań,
- dr n. med. Erwin Strzesak, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu,
- dr n. med. Jan Wendland, Poznań,
- dr Agata Wnukiewicz-Kozłowska, Kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki Uniwersytetu Wrocławskiego,
- dr n. pr. lek. Iwona Wrześniewska-Wal, p.o. kierownika Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego,
- dr n. pr. Zofia Zawadzka, Katedra Prawa Własności Intelektualnej Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.