

Magdalena RESHEF

mgr prawa, lekarz, doktorantka, Interdyscyplinarne Studia Doktoranckie,
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

Grzegorz WRONA

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Orzekanie o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu przez sądy lekarskie. Część I

Celem niniejszego opracowania jest analiza wszystkich spraw, w których sądy lekarskie wymierzyły karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza. Poza odpowiedzią na pytania: ile takich orzeczeń zapadło w okresie funkcjonowania izb lekarskich od momentu rozpoczęcia ich działalności w 1990 r. oraz jakie przewinienia zawodowe popełnili ukarani lekarze, podjęta została próba weryfikacji prawidłowości przebiegu poszczególnych postępowań w oparciu o obowiązujące w tym okresie przepisy prawa, regulujące prowadzenie postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Analiza zostanie podzielona na dwie części: w pierwszej omówieniu podlegać będzie pięć pierwszych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w których zapadły prawomocne orzeczenia pozbawiające lekarza prawa wykonywania zawodu, prowadzonych w latach 1990–2009 w oparciu o ustawę z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich*¹ (dalej: ustawa o izbach z 1989 r.), a w drugiej – kolejne postępowania, które toczyły się po 1 stycznia 2010 r. na podstawie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*² (dalej: ustawa o izbach z 2009 r.), która zastąpiła poprzednio obowiązującą ustawę. Uzasadnieniem takiego podziału była chęć zapewnienia przejrzystości analizy, gdyż między tymi dwiema regulacjami występują istotne różnice w unormowaniu postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

W stosunku do zawodu lekarza³ przyjęło się używać określenia wolny zawód⁴. W Polsce jest to termin potoczny, choć w innych krajach stał się pojęciem prawnym. Powszechnie uznano definicję wolnego zawodu zaproponowaną przez K. Wojtczak, według której wolnym zawodem jest osobiste i samodzielne wykonywanie wewnętrznie spójnego zespołu czynności o charakterze intelektualnym, wymagających wysokich kwalifikacji (wiedzy i praktyki), systematycznie, w zamian za honorarium bezinteresownie ustalone, służące zapewnieniu świadczeń i usług klientom oraz ochronie istotnych wartości interesu ogólnego, zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi, zasadami etycznymi i deontologicznymi⁵. Spośród wielu wymienionych w definicji

¹ Dz. U. 1989, Nr 30, poz. 158, ze zm.

² T.j. Dz. U. 2016, Nr 0, poz. 522.

³ Termin lekarz w niniejszym artykule używany jest w znaczeniu lekarza oraz lekarza dentystry.

⁴ Do przedstawicieli wolnych zawodów należą m.in.: adwokaci, radcy prawni, notariusze, komornicy, rzecznicy patentowi, pielęgniarki i położne, psychologzy, fizjoterapeuci, aptekarze, architekci, doradcy podatkowi i inni.

⁵ K. Wojtczak, *Co to jest wolny zawód*, „Zeszyty Naukowe WSZiB” 1997, nr 1 (2), s. 127 i nast.; cyt. za J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnych zawodów w Polsce*, Warszawa 2004, s. 21. Do tego sa-

cech charakteryzujących wolne zawody przede wszystkim należy podkreślić niezależność w jego wykonywaniu. Niezbędną w wykonywaniu zawodu lekarza samodzielność potwierdza art. 4 Kodeksu etyki lekarskiej uchwalonego podczas Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Izb Lekarskich odbywającego się w 1991 r. (dalej: KEL), który podkreśla, że dla prawidłowego wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę swoich działań zawodowych, a wiązać go powinny jedynie aktualna wiedza medyczna i własne sumienie. Ta wolność działań lekarskich bywa nazywana również sztuką leczenia. Obok niezależności wspólną cechą wolnych zawodów jest wysoki stopień profesjonalizmu ich wykonywania, nieodłącznie związany z koniecznością ustawicznego dokształcania się. Nieposiadający fachowej wiedzy pacjenci nie są w stanie prowadzić jakiegokolwiek nadzoru pracy lekarza. Pozostaje im tylko wiara w to, że będą prawidłowo zdiagnozowani i leczeni, określaną jako zaufanie pacjenta do lekarza. Istnienie tego zaufania jest tym bardziej istotne, że pacjent powierza lekarzowi to, co dla niego najcenniejsze i najbardziej osobiste: zdrowie i życie. Kolejną cechą wspólną wolnych zawodów, w tym zawodu lekarza, jest szczególnie tryb nabywania uprawnień do ich wykonywania, który powiązany jest z trybem utraty tych uprawnień w razie, gdyby doszło do naruszenia reguł zawodowych. Nieodpowiedzialne i niefachowe wykonywanie wolnego zawodu godzi bowiem w imię całej grupy zawodowej, bo może prowadzić do obniżenia zaufania społecznego, tak istotnego dla wolnego zawodu. Dlatego też przed samorządami zawodowymi, zrzeszającymi osoby wykonujące wolne zawody, stawia się m.in. dwa doniosłe zadania: troskę o niezależność wykonywania zawodu oraz zapewnienie kontroli prawidłowości wykonywania zawodu⁶. Organy samorządu prowadzą postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej, wypełniając tym samym konstytucyjną funkcję sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem tych zawodów⁷.

W Polsce kompetencje samorządu lekarskiego powierzono izbom lekarskim, które zostały powołane na mocy art. 1 ustawy o izbach z 1989 r. Po 1 stycznia 2010 r. zastąpiła ją ustawa o izbach 2009 r., której art. 2 powtórzył, iż członkowie izb lekarskich są samorządem zawodowym lekarzy i lekarzy dentyistów. Do zadań samorządu lekarzy obie ustawy zaliczały w szczególności: sprawowanie pieczy nad należytych i sumiennym wy-

meo zakresu czynności zawodowych odnosi się również pojęcie zawodu zaufania publicznego, wprowadzone przez art. 17 Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997, który wiąże wykonywanie zawodu zaufania publicznego z istnieniem samorządu zawodowego. Zdaniem P. Antkowiaka pojęcie zawodu zaufania publicznego jest specyficznie polskim tworem i nie jest znane w innych krajach europejskich. Więcej na ten temat P. Antkowiak, *Polskie i europejskie standardy wykonywania wolnych zawodów*, „Przegląd Politologiczny” 2013, nr 1.

⁶ Do zadań powierzonych samorządom zawodów zaufania publicznego należy: a) reprezentowanie interesów danego zawodu wobec instytucji państwa; b) nadzór nad należytych wykonywaniem zawodu przez członków korporacji, w tym dbałość o reglamentowanie dostępu do zawodu oraz prowadzenie rejestrów osób mających prawo wykonywania danego zawodu; c) kształtowanie zasad i czuwanie nad etyką wykonywania zawodu, w tym ustalanie zasad deontologii zawodowej; d) sprawowanie sądownictwa dyscyplinarnego wobec członków korporacji; e) doskonalenie zawodowe członków korporacji i określanie programów kształcenia w danym zawodzie. P. Antkowiak, op. cit., s. 132.

⁷ Art. 17 ust. 1. Konstytucji RP: W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

konywaniem zawodu lekarza, ustanawianie zasad etyki lekarskiej i dbanie o ich przestrzeganie, przyznawanie prawa wykonywania zawodu, ale także pozbawianie prawa wykonywania zawodu w drodze sprawowania sądownictwa lekarskiego w zakresie odpowiedzialności zawodowej⁸. Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy w latach 1989–2009 kształtowały: Rozdział 6 ustawy o izbach z 1989 r. oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (dalej: rozporządzenie z 1990 r.)⁹, a od 2010 r. zasady tej odpowiedzialności określa Rozdział 5 ustawy o izbach z 2009 r. Odpowiedzialności zawodowej podlegają wyłącznie aktualni członkowie izb lekarskich, którzy z racji przynależności do samorządu lekarskiego zobowiązani są do przestrzegania szczególnych obowiązków składających się na treść wykonywanego zawodu. Przewinieniem zawodowym jest naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Do odpowiedzialności zawodowej może być pociągnięty lekarz za czyny sprzeczne z KEL lub obowiązującymi przepisami prawa związanymi z wykonywaniem zawodu lekarza, zawartymi bądź to w ustawach, bądź rozporządzeniach ministra zdrowia, które bardziej szczegółowo określają obowiązki związane z wykonywaniem zawodu lekarza. W konsekwencji lekarze ponoszą odpowiedzialność zawodową nawet tam, gdzie prawo karne jeszcze odpowiedzialności nie przewiduje, gdyż zakres przedmiotowy odpowiedzialności zawodowej jest znacznie szerszy od karnej. Oznacza to, że istnieje taka sfera czynów, które objęte są już odpowiedzialnością zawodową, zwana również dyscyplinarną, choć są obojętne z punktu widzenia prawa karnego. Nie wyklucza to jednak przypadków, kiedy może dojść do pokrycia się odpowiedzialności zawodowej z odpowiedzialnością karną i dlatego zarówno poprzednio obowiązująca ustawa o izbach z 1989 r., jak i zastępująca ją nowa ustawa o izbach z 2009 r., wyraźnie stwierdzają, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się niezależnie od postępowania karnego (odpowiednio art. 48 oraz art. 54 § 1). Odpowiedzialność zawodowa jest niezależna od odpowiedzialności karnej również w tym sensie, że jedna nie wyklucza drugiej. E. Zielińska potwierdza, że postępowanie przed sądem lekarskim nie stoi na przeszkodzie pociągnięciu lekarza za to samo naruszenie prawa do odpowiedzialności karnej czy odpowiedzialności za wykroczenie¹⁰.

Cechą regulacji odpowiedzialności dyscyplinarnych, które niewątpliwie wykazują pewne podobieństwo do odpowiedzialności karnej, jest mniejsza dokładność regulacji w porównaniu z regulacjami karnymi. Dlatego też obie ustawy w kwestiach w nich nieuregulowanych odsyłały do przepisów Kodeksu postępowania karnego¹¹ (dalej: k.p.k.). Poprzednio obowiązująca ustawa o izbach w art. 57 nakazywała w sprawach nieuregulowanych stosować odpowiednio¹² przepisy k.p.k. Podkreślenia wymaga

⁸ Art. 4 ust. 1. i ust. 2 ustawy o izbach lekarskich z 1989 r. oraz art. 5 ustawy i izbach lekarskich z 2009 r.

⁹ Dz. U. 1990, Nr 64, poz. 406.

¹⁰ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 119.

¹¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks postępowania karnego*, t.j. Dz. U. 2016, Nr 0, poz. 1749.

¹² Odesłanie przez ustawę do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu postępowania karnego oznacza dla organów prowadzących to postępowanie nakaz stosowania tych przepisów wszędzie tam, gdzie nie ma uregulowania w przepisach dotyczących odpowiedzialności zawodowej. Od-

stwierdzenie, iż przyjęcie w ustawie o izbach normy nakazującej odpowiednie stosowanie przepisów k.p.k. powoduje tym samym przyjęcie w postępowaniu w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy modelu procesu karnego, który rządzi się określonymi zasadami. Jak twierdzi E. Zielińska, zasad tych należy szukać bezpośrednio wśród przepisów regulujących postępowanie karne, zaznaczając jednocześnie, że odpowiednie stosowanie przepisów postępowania karnego oznacza nie tylko stosowanie konkretnych przepisów, ale również podstawowych zasad rządzących procesem karnym, ukształtowanych przez teorię procesu karnego oraz orzecznictwo¹³. Pewne z tych zasad zostały powtórzone niemal dosłownie w ustawie o izbach lekarskich czy w rozporządzeniu, choć trudno zrozumieć sens tego zabiegu, bowiem powtarzanie jest właśnie zaprzeczeniem odesłania do odpowiedniego stosowania innych przepisów. Takie naruszenie zasad techniki legislacji można próbować usprawiedliwić tym, że lekarze zasiadający w sądach lekarskich są osobami bez przygotowania prawniczego. O ile więc zasygnalizowanie pewnych zasad procesowych poprzez ich powtórzenie w ustawie mogło według E. Zielińskiej służyć poinformowaniu lekarzy o ich treści, o tyle powtórzenie treści zasad w rozporządzeniu z 1990 r., należało ocenić jako nieprawidłowe. Doktryna zajmuje jednolite stanowisko w sprawie treści zawartych w rozporządzeniu i nie zezwala w nich na powtarzanie, przekształcanie czy syntezę norm zawartych w ustawach. Jednocześnie zabrakło w ustawie o izbach z 1989 r. odesłania do przepisów Kodeksu karnego w celu ich odpowiedniego stosowania, co spowodowało pojawienie się wątpliwości, co do dopuszczalności ich zastosowania w odpowiedzialności zawodowej lekarzy, choć nieunikniona wydaje się potrzeba stosowania pewnych wybranych zasad zawartych w Kodeksie karnym, gdyż nadają one treść niektórym przepisom proceduralnym. W ustawie o izbach z 2009 r. uwzględniono powyższe postulaty i art. 112 w sprawach nieuregulowanych w ustawie odsyła do Rozdziałów I–III i art. 53 Kodeksu karnego (dalej: k.k.)¹⁴. Wskazane wyżej przepisy regulują takie zagadnienia, jak zasady odpowiedzialności karnej i dyrektywy wymiaru kary, formy popełnienia przestępstw oraz wyłączenia odpowiedzialności karnej. Istotna różnica pojawiła się również w odesłaniu w sprawach nieuregulowanych w ustawie o izbach z 2009 r. do przepisów k.p.k. Bo o ile poprzednio obowiązująca ustawa odsyłała do odpowiedniego stosowania całego kodeksu, o tyle art. 112 obecnej ustawy odsyła do odpowiedniego stosowania przepisów k.p.k. z wyłączeniem stosowania przepisów: o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, o przedstawicielu społecznym, postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, choć akurat przepisy o karze pieniężnej stosuje się.

O ile przepisy karne muszą opisywać przestępstwo w sposób maksymalnie dokładny (*nullum crimen sine lege certa* – zasada określoności i przejrzystości zakazu karnego), gwarantując jednostce ochronę przed arbitralnym posługiwaniem się represją karną przez organy państwowe, o tyle przepisy o odpowiedzialności zawodowej w ogóle nie zawierają katalogu przewinień zawodowych. Wiele zasad wyrażonych

powiednie stosowanie może mieć trojaki wymiar: 1) możliwe jest zastosowanie pewnych przepisów bez jakiegokolwiek modyfikacji; 2) pewne przepisy będą mogły być zastosowane, jeśli dokona się w nich odpowiednich zmian; 3) wyklucza zastosowanie pewnej grupy przepisów.

¹³ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 159–160.

¹⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny*, t.j. Dz. U. 2016, Nr 0, poz. 1137.

w KEL cechuje wysoki poziom ogólności, a te z kolei, które określają istotę niektórych naruszeń etyki zawodowej, nie są wystarczająco precyzyjne. Ale nawet, jeśli uznać KEL za katalog norm sankcjonowanych, należy podkreślić, że nie jest on zbiorem zamkniętym ze względu na treść art. 76 – w wypadkach nieprzewidzianych w KEL należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie. Do kwestii tej odniósł się także Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 27 lutego 2001 r. uznając brak możliwości precyzyjnej typizacji deliktów dyscyplinarnych: „Są one ustawowo niedookreślone z uwagi na obiektywną niemożność stworzenia katalogu zachowań zagrażających należytemu wykonywaniu obowiązków służbowych, czy zachowaniu godności zawodu”¹⁵. Z perspektywy odpowiedzialności zawodowej najistotniejsze jest bowiem stwierdzenie, czy sprawca naruszył obowiązujące go reguły wykonywania zawodu.

W prawie karnym kara za przestępstwo musi być określona i przewidziana (*nulla poena sine lege*), zatem dla każdego przestępstwa ustawa karna określa rodzaj kary oraz jej dolną i górną granicę. W art. 42 ust. 1 poprzedniej ustawy o izbach z 1989 r. oraz w art. 83 ust. 1 obowiązującej ustawy o izbach lekarskich z 2009 r. wyróżniono katalog kar, w którym uporządkowano je od najłagodniejszej, jaką jest upomnienie, do najsurowszej – pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Wadą poprzednio obowiązującej ustawy o izbach lekarskich był brak uregulowania w niej dyrektyw wymierzenia kary i odesłanie w tym względzie do przepisów podstawowych, a mianowicie do § 40 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r. Zgodnie z ww. paragrafem sąd lekarski, wymierzał karę, biorąc pod uwagę stopień winy, naruszenie zasad etyki i deontologii zawodowej, naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza, skutki czynu oraz zachowanie się obwinionego przed popełnieniem przewinienia zawodowego i po jego popełnieniu¹⁶. Dlatego na pozytywną ocenę zasługiwało wprowadzenie do nowej ustawy o izbach z 2009 r. odesłania do odpowiedniego stosowania art. 53 k.k., odzwierciedlającego tzw. ogólne dyrektywy sądowego wymiaru kary¹⁷. Warto powtórzyć za L. Gardockim, że najważniejszą z dyrektyw wymiaru kary jest dyrektywa humanitaryzmu kary, zapobiegająca wymierzeniu kary niehumanitarnej lub naruszającej godność człowieka.

¹⁵ Orzeczenie TK sygn. K 22/00, opublikowane OTK 3/2001, poz. 48.

¹⁶ Ważna wydaje się uwaga E. Zielińskiej, że: „Przepis ten jest źle sformułowany. Bowiem przy wymiarze kary sąd powinien uwzględniać nie «naruszenie» zasad etyki lub naruszenie przepisów, bo naruszenie stanowi podstawę odpowiedzialności, lecz raczej charakter i rangę tych norm i stopień naruszenia” E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 305.

¹⁷ Art. 53. § 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 uwzględni 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. § 3. Wymierzając karę sąd bierze także pod uwagę pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji pomiędzy pokrzywdzonym a sprawcą albo ugodę pomiędzy nimi osiągniętą w postępowaniu przed sądem lub prokuratorem.

Z kolei wymierzeniu kary sprawiedliwej mają sprzyjać dwie kolejne dyrektywy, czyli stopnia winy i stopnia społecznej szkodliwości czynu. Stopień winy wyznacza górny pułap kary, gdyż dolegliwość wymierzanej kary nie może przekroczyć stopnia winy. Tymczasem kryterium społecznej szkodliwości czynu ma działać w obie strony, czyli również zapobiegać wymierzeniu kary zbyt łagodnej¹⁸. Podkreślenia wymaga kwestia granic swobody w wymiarze kary, które w prawie karnym są o wiele węższe niż w przypadku odpowiedzialności zawodowej, gdyż określone kary, które może orzec sąd lekarski, nie zostały przypisane do konkretnych przewinień z uwagi na brak katalogu takich przewinień. Teoretycznie więc za jakiegokolwiek przewinienie zawodowe może zostać orzeczona którakolwiek/każda kara z wymienionych w ustawowym katalogu. R. Giętkowski wskazuje na jeszcze jedną zasadę, która obowiązuje przy wymiarze kar dyscyplinarnych, a będącą pochodną zasady humanitaryzmu, mianowicie na zasadę stopniowości środków odpowiedzialności dyscyplinarnej, wynikającą z uporządkowania kar dyscyplinarnych w ustawowych katalogach od najłagodniejszej do najsurowszej. Organ dyscyplinarny w pierwszej kolejności powinien rozważyć środki najłagodniejsze, a sięgnięcie po środki najsurowsze winno nastąpić dopiero wtedy, gdy te pierwsze okażą się niewystarczające w danych okolicznościach¹⁹.

Podjęta w niniejszym artykule problematyka wymierzania przez sądy lekarskie kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza jest niezwykle interesująca ze względu na to, że takie pozbawienie jest równoznaczne z „zawodową śmiercią” lekarza. Co ważne, kara taka jest surowsza od najdłuższego zakazu wykonywania zawodu orzeczanego na gruncie prawa karnego, które to prawo z założenia jest bardziej represyjne od prawa dyscyplinarnego²⁰. Ukazanie prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karą pozbawienia praw wykonywania zawodu skutkuje skreśleniem z listy członków okręgowej izby lekarskiej. Ustawa o izbach z 1989 r. przewidywała, że orzeczenie pozbawienia praw wykonywania zawodu było praktycznie dożywotnie, bo przepis art. 47 ust. 3 pozbawiał prawa do ubiegania się o ponowny wpis na listę członków izby lekarskiej (warunek *sine qua non* wykonywania zawodu lekarza). Ponadto z treści art. 47 ust. 4 wynikało, że uprawomocnienie się ukarania pozbawieniem prawa wykonywania zawodu powodowało wygaśnięcie stosunku pracy z mocy prawa, co pociągało za sobą skutki, jakie przepisy prawa wiązały z rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika. Natomiast ustawa o izbach z 2009 r. chociaż pozbawiona jest zapisu zakazującego ubiegania się o ponowny wpis na listę członków, ale nie zawiera też żadnych regulacji dotyczących ewentualnego ponownego ubiegania się o prawo wykonywania zawodu²¹. Warto zaznaczyć, że w świetle art. 5 ust. 1 pkt 4) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty²² (dalej: ustawa o zawodzie lekarza), przesłanką do uzyskania prawa wykonywania zawodu jest nienaganna postawa, której to przesłanki nie zawierała poprzednia ustawa z dnia

¹⁸ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2015, s. 194–195.

¹⁹ R. Giętkowski, *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*, Gdańsk 2013, s. 307–308.

²⁰ Po nowelizacji kodeksu karnego, wprowadzonej ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. (Dz. U. 2015, Nr 0, poz. 396) środek karny w postaci zakazu wykonywania określonego zawodu (art. 39 pkt 2 k.k.) orzeka się w latach, od roku do lat 15 – art. 43 § 1 k.k. Wcześniej zakaz wykonywania określonego zawodu sąd mógł orzec w maksymalnej wysokości lat 10.

²¹ Orzeczenie TK sygn. K 1/09, opublikowane OTK 8A/2010, poz. 78.

²² Dz. U. 1997, Nr 28 poz. 152 ze zm.

28 października 1950 r. o zawodzie lekarza²³. To wyjątkowo pojemne i ocenne kryterium wydaje się lekarzowi prawomocnie pozbawionemu prawa wykonywania zawodu dożywotnio zamykać drogę powrotu do zawodu.

Konieczne jest podkreślenie, że orzeczenie sądu lekarskiego może zostać poddane kontroli, gdyż obwinionemu lekarzowi od orzeczeń okręgowego sądu lekarskiego (dalej: OSL) w I instancji przysługuje odwołanie do sądu II instancji, czyli Naczelnego Sądu Lekarskiego (dalej: NSL)²⁴. Warto zwrócić uwagę, że w okresie obowiązywania ustawy o izbach z 1989 r. w skład pięcioosobowego sądu II instancji wchodził sędzia zawodowy. W myśl art. 56 ustawy o izbach z 1989 r. oraz § 49 rozporządzenia z 1990 r. przewodniczącym składu NSL zostawał sędzia Sądu Najwyższego, którego wyznaczał Przewodniczący NSL z listy sędziów wskazanych przez Pierwszego Prezesa Sądu Najwyższego²⁵. Zasadniczą zmianę w tym względzie wprowadziła ustawa z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (dalej; ustawa o SN z 2002 r.)²⁶, gdyż poprzez art. 77 pkt 3 uchyliła ona art. 56 ustawy o izbach z 1989 r., co oznaczało, że z chwilą jej wejścia w życie sędziowie Sądu Najwyższego przestali zasiadać w ławach NSL orzekającego w II instancji, a obecnie obowiązująca ustawa o izbach z 2009 r. stanu tego, mimo zamiaru twórców projektu, nie zmieniła. Kolejnym elementem kontroli orzeczeń sądów lekarskich w czasach obowiązywania ustawy o izbach z 1989 r. było przysługujące lekarzowi, ukaranemu karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu przez sąd lekarski w II instancji, prawo wniesienia odwołania do Sądu Najwyższego (dalej: SN) w terminie 14 dni od doręczenia orzeczenia (art. 42 ust. 2 ustawy o izbach z 1989 r.). Zrezygnowano tutaj z obowiązującego w tym względzie w postępowaniu karnym przymusu adwokackiego. Ale i w tym obszarze wprowadzono kluczową zmianę poprzez art. 77 pkt 1) ustawy o SN z 2002 r., bowiem w miejsce odwołania do SN uprawniono ukaranego lekarza do wniesienia odwołania do właściwego ze względu na jego miejsce zamieszkania sądu apelacyjnego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Poza tym minister zdrowia oraz Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej w świetle art. 50 ustawy o izbach z 1989 r. byli uprawnieni do wniesienia rewizji nadzwyczajnej do Sądu Najwyższego od prawomocnego orzeczenia w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej²⁷. Jednakże ustawa o SN z 2002 r. uniemożliwiła dalsze korzystanie z niej, gdyż co do zasady nie przewidywała instytucji rewizji nadzwyczajnej. Obecnie obowiązująca ustawa o izbach z 2009 r. wprowadziła poprzez art. 95 możliwość wniesie-

²³ Dz. U. 1950, Nr 50, poz. 458.

²⁴ Art. 46 ust. 3 pkt 1 ustawy o izbach z 1989 r. oraz art. 90 ust. 1 ustawy o izbach z 2009 r.

²⁵ Na marginesie warto odnieść się do kwestii poruszonej przez E. Zielińską, która zadaje pytanie czy komisje dyscyplinarne powinny rekrutować się wyłącznie z przedstawicieli danego zawodu, czy konieczny jest udział zawodowych prawników, np. sędziów. W odpowiedzi zarysowuje trzy modele, w których pierwszy wymaga obligatoryjnie udziału prawnika w organach dyscyplinarnych (Austria, niektóre landy w Niemczech), drugi to system o mieszanym składzie, tak jak było to w Polsce do 2009 r. lub w Belgii z pewną modyfikacją polegającą na tym, że zasiadający w komisji sędzia lub asesor mają jedynie głos doradczy, czy wreszcie model oparty wyłącznie na lekarzach (we Francji prawnik może być ewentualnie powołany do organów dyscyplinarnych z zastrzeżeniem głosu wyłącznie doradczego) E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 106–108.

²⁶ Dz. U. 2002, Nr 240, poz. 2052.

²⁷ Art. 13. Sąd Najwyższy wykonuje swoje funkcje przez: [...], 2) rozpoznawanie na mocy przepisów szczególnych rewizji nadzwyczajnych od orzeczeń organów określonych w tych przepisach ustawy z dnia 20 września 1984 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. 1984, Nr 45, poz. 241 ze zm.).

nia kasacji do SN w terminie 2 miesięcy od dnia doręczenia prawomocnego orzeczenia NSL kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy²⁸. Uprawnienie to przysługuje stronom, ministrowi zdrowia i Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej. Kasacja może być wniesiona m.in. z powodu niewspółmierności kary, choć niedopuszczalne jest uwzględnienie kasacji na niekorzyść obwinionego po upływie 6 miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia (art. 96 ustawy o izbach z 2009 r.). Kasacja wnoszona przez stronę powinna być sporządzona przez obrońcę będącego adwokatem lub radcą prawnym (art. 98 ustawy o izbach z 2009 r.).

Przechodząc do omówienia pięciu pierwszych postępowań należy zaznaczyć, iż badaniem zostały objęte materiały udostępnione przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (dalej: NROZ). Na ich podstawie ustalono, iż lekarze ponieśli odpowiedzialność zawodową za czyny popełnione w latach 1999–2002, czyli w stosunkowo krótkim okresie podczas dwudziestu lat obowiązywania poprzedniej ustawy o izbach z 1989 r.

Tabela 1

Zestawienie czasu popełnienia przewinień zawodowych oraz terminów wydania i uprawomocnienia się orzeczeń

Lekarz*	Data popełnienia przewinienia	Data wydania orzeczenia końcowego	Data uprawomocnienia się orzeczenia
Lekarz A	od stycznia 1999 r. do maja 2000 r.	28 listopada 2003 r.	26 stycznia 2004 r.
Lekarz B	lipiec 2001 r., sierpień 2002 r.	29 czerwca 2004 r.	7 stycznia 2005 r.
Lekarz C	3 marca 2001 r.	17 stycznia 2005 r.	17 stycznia 2005 r.
Lekarz D	od lutego 2000 r. do lipca 2001 r.	16 maja 2006 r.	12 września 2006 r.
Lekarz E	9 czerwca 2000 r.; 24 października 2002 r.	27 maja 2009 r.	26 września 2009 r.

* Na potrzeby niniejszego artykułu ukarani lekarze zostali oznaczeni poprzez przyporządkowanie im kolejnych liter alfabetu.

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Dwa orzeczenia kończące postępowanie zapadały w NSL, w jednej sprawie wyrok wydał sąd apelacyjny, a w pozostałych dwóch sprawach postępowanie skończyło się w I instancji sądu lekarskiego. Wyrok sądu apelacyjnego uprawomocnił się z chwilą ogłoszenia. W pozostałych sprawach sędziowie OSL wydawali stosowne zarządzenia o uprawomocnieniu się orzeczenia po upływie ustawowych terminów do wniesienia odwołania.

W pierwszej kolejności zostaną przedstawione wszystkie stany faktyczne. Z omawianej grupy aż trzech lekarze ponieśli odpowiedzialność zawodową za dokonywanie zabiegów przerwania ciąży z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*²⁹. Art. 4a. ust. 1. tej ustawy dopuszcza przerwanie ciąży wyłącznie w trzech sytuacjach: 1) gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety

²⁸ Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy są pokrzywdzony oraz lekarz, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony. W postępowaniu przed sądem lekarskim stroną jest również rzecznik odpowiedzialności zawodowej (art. 56 ust. 1 i ust. 2 ustawy o izbach z 2009 r.).

²⁹ Dz. U. 1993, Nr 17, poz. 78 ze zm.

ciężarnej, 2) gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, 3) gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Na marginesie warto wspomnieć, że w 1996 r. dokonano nowelizacji tej ustawy wprowadzając m.in. art. 4a ust. 1 pkt 4), który dopuszczał dokonanie przerwania ciąży w przypadku, gdy kobieta ciężarna znajdowała się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej [o ile od początku tej ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni (art. 4a ust. 2)]³⁰. Należy pamiętać, że przepis ten utracił swą moc na podstawie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 1997 r.³¹ Wypada wspomnieć, iż przerwanie ciąży w enumeratywnie wymienionych w ustawie sytuacjach zostało obwarowane dodatkowymi warunkami, tj. ciążę powstałą w wyniku czynu zabronionego można przerwać, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni, a w pozostałych dwóch przypadkach, przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej (art. 4a ust. 2). W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1) i 2), przerwania ciąży dokonuje lekarz w szpitalu, co jednocześnie oznacza, że w warunkach ambulatoryjnych nie wolno przerywać ciąży trwającej dłużej niż 12 tygodni. Warto podkreślić, że ukarani lekarze dokonywali zabiegów przerwania ciąży w latach 1999–2002 r. i niejednokrotnie były to ciążę trwające dłużej niż 12 tygodni. Ponadto należy wskazać na obowiązujące do dzisiaj rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy uprawniających do dokonania przerwania ciąży³², z którego wynika, iż przerwania ciąży może dokonać samodzielnie lekarz posiadający pierwszy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii.

Poniżej przedstawione stany faktyczne zostały zrekonstruowane na podstawie materiałów udośćnionych przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

• Lekarz A, będący anesteziologiem, dokonywał zabiegów przerywania ciąży za zgodą pacjentek w okresie od stycznia 1999 r. do maja 2000 r., wykorzystując do tego celu wynajęte przez siebie mieszkanie oraz gabinet stomatologiczny żony bez jej zgody, znajdujący się w budynku mieszkalnym, w którym lekarz A mieszkał. Sąd lekarski uznał za udowodnione przeprowadzenie takich zabiegów u trzech pacjentek. W aktach sprawy znalazło się m.in. oświadczenie w formie maszynopisu, zabezpieczone w gabinecie stomatologicznym, a podpisane w dniu 16.04.2000 r. przez pacjentkę AB, z którego miało wynikać, że wymogła ona wykonanie aborcji grożąc odebraniem sobie życia, nie posiadając warunków na urodzenie dziecka, zaznaczając przy tym, że za wykonany zabieg żadnych kosztów nie poniosła. Od pacjentki CD, u której zabieg przeprowadził w 1999 r., lekarz zażądał dopłaty do umówionej wcześniej kwoty ze względu na większe zaawansowanie ciąży i wobec sprzeciwu pacjentki odebrał jej złoty pierścionek, uznając go za zaliczkę. Pacjentka CD pierścionek ów rozpoznała podczas okazania jej wśród innej biżuterii zabezpieczonej podczas przeszukania ga-

³⁰ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży i niektórych innych ustaw, Dz. U. 1996, Nr 139, poz. 646.

³¹ Orzeczenie TK sygn. K 26/96, opublikowane OTK 2/1997, poz. 19.

³² Dz. U. 1997, Nr 9 poz. 49.

binetu stomatologicznego. Kolejna pacjentka EF w okresie od marca do maja 2000 r., zgłaszała się do lekarza A trzykrotnie i zeznała, że trzykrotnie dokonywał on próby przebicia pęcherza płodowego celem wywołania poronienia, w tym pierwsze dwie próby były nieskuteczne. Po upływie około 7–10 dni od trzeciej wizyty tj. w dniu 24 maja 2000 r. pacjentka EF została przyjęta do szpitala w czasie trwającego poronienia. Czwarta pacjentka GH nie była w stanie dokładnie sprecyzować miejsca dokonania u niej zabiegu przerwania ciąży, jak również nie rozpoznała mężczyzny, na zamieszczonych w aktach zdjęciach, który przyjmował ją w gabinecie. Prokuratura wskazała jeszcze dwóch pośredników, których rolą było umawianie telefonicznie pacjentek oraz dowożenie ich na miejsce wykonywania zabiegu do lekarza A. Pośrednicy, choć zostali wezwani przez sąd lekarski do złożenia zeznań w charakterze świadka, nie stawili się, dlatego też sąd lekarski posłużył się uzyskanym z prokuratury protokołem przesłuchania w charakterze podejrzanego jednego z pośredników, w którym przyznaje się on do pośrednictwa między kobietami chcącymi przerwać ciążę a lekarzem A dokonującym zabiegów przerwania ciąży oraz protokołem konfrontacji między drugim z pośredników a lekarzem A, w którym pośrednik oświadcza, iż współpracował z lekarzem A w przeprowadzaniu zabiegów usuwania ciąży.

- Lekarz B, będący ginekologiem-położnikiem z I^o specjalizacji, dwukrotnie dokonywał u pacjentki KL zabiegu przerwania ciąży. Pierwszą ciążę usunął w lipcu 2001 r. Kolejny raz pacjentka KL zgłosiła się w dniu 13 sierpnia 2002 r., kiedy to lekarz B przebił pęcherz płodowy i odesłał pacjentkę do domu. Wobec braku skuteczności zabiegu pacjentka zgłosiła się ponownie w dniu 16 sierpnia 2002 r. i wówczas lekarz B dokonał usunięcia łożyska oraz rozkawałkowania i częściowego usunięcia płodu. Podczas zabiegu wykonywanego w mieszkaniu prywatnym lekarza na kanapie, bez znieczulenia, pacjentka poczuła ostry ból brzucha, co zgłosiła natychmiast lekarzowi. Lekarz B nie rozpoznał powikłania i odesłał pacjentkę do domu, sugerując, że w razie wystąpienia krwawienia lub utraty przytomności żeby nie udawała się do szpitala, tylko skontaktowała się z nim telefonicznie. Pacjentka trafiła do szpitala z objawami wstrząsu septycznego z rozlanym zapaleniem otrzewnej, rozległym przerwaniem ciągłości macicy oraz martwicy odcinkowej ściany jelita cienkiego z uszkodzeniem krezki. W dniu 17 sierpnia 2002 r. u pacjentki przeprowadzono zabieg całkowitego usunięcia macicy bez przydatków oraz resekcję częściową jelita cienkiego. Spowodowało to skutek w postaci utraty zdolności płodzenia, czyli ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

- Lekarz C, będąca ginekologiem-położnikiem z I^o specjalizacją, przystąpiła w dniu 3 marca 2001 r. do zabiegu przerwania ciąży u 20-letniej pacjentki MN w warunkach swojego prywatnego gabinetu ginekologicznego. Z zeznań męża pacjentki MN wynikało, że do gabinetu lekarz C trafili przy udziale pośrednika, gdyż skorzystali z ogłoszenia o treści „tanie zabiegi ginekologiczne pod narkozą” zamieszczonego w codziennej prasie. W rozmowie telefonicznej z pośrednikiem ustalili odpłatność za zabieg w wysokości 4–4,5 tys. zł ze względu zaawansowanie ciąży, którego pacjentka nie ukrywała oraz spotkanie w dniu 3 marca 2001 r. w godzinach wieczornych w miejscu, z którego pośrednik zabrał małżeństwo i własnym samochodem dowiózł do gabinetu lekarz C. Lekarz C zeznała, iż na podstawie badania stwierdziła wielkość ciąży odpowiadającą ok. 16 t.c., a z przeprowadzonego z pacjentką wywiadu uży-

skąła informację, że pacjentka urodziła pierwsze dziecko w kwietniu 2000 r. drogą cięcia cesarskiego. Po podjęciu pierwszych czynności lekarz C zdecydowała się telefonicznie wezwać do gabinetu zaprzyjaźnioną anestezjolog, by kontynuować zabieg w znieczuleniu ogólnym. Anestezjolog opuściła szpital, w którym tego dnia pełniła dyżur i przyjechała do gabinetu lekarza C, oddalonego o około 20 minut drogi od szpitala. W czasie zabiegu przerwania ciąży doszło do przebicia ściany macicy i wynicowania jelit do światła pochwy oraz krwotoku. Lekarz C powikłanie rozpoznała i zdecydowała się natychmiast przewieźć pacjentkę swoim prywatnym samochodem (gabinet mieścił się w domu, w którym wspólnie z mężem zamieszkiwała i mąż kierował samochodem) do szpitala, w którym była zatrudniona na oddziale ginekologiczno-położniczym, i w którym również pracowała anestezjolog. Pacjentka MN w chwili, gdy dotarła do szpitala była bez kontaktu i została natychmiast skierowana na blok operacyjny oddziału ginekologicznego. W trakcie przewożenia na oddział u pacjentki doszło do zatrzymania krążenia i po dwóch godzinach reanimacji stwierdzono jej zgon. Z protokołu oględzin i sekcji zwłok przeprowadzonej w Zakładzie Medycyny Sądowej wynika, iż pacjentka była najprawdopodobniej w piątym miesiącu ciąży, gdyż pozostawiony w macicy rozfragmentowany płód ważył 430 g. Podczas przeprowadzonego badania pośmiertnego stwierdzono stan po sztucznym poronieniu mechanicznym z wewnętrznym rozfragmentowaniem płodu oraz z rozległym rozerwaniem tylnej ściany macicy i rozerwaniem krezki jelita cienkiego, z przemieszczeniem pętli jelita poprzez rozerwaną macicę i pochwę na zewnątrz ciała oraz obecnością znacznej ilości płynnej krwi i niewielkiej ilości skrzepów w jamie otrzewnej. Ponadto w wyniku badań chemiczno-toksykologicznych w materiale biologicznym pobranym od pacjentki MN wykryto tiopental i pentobarbital.

- Lekarz D, specjalista z położnictwa i ginekologii, od 1995 r. był zatrudniony w pogotowiu w zespole położniczo-ginekologicznym. W połowie 1999 r. w wyniku przeprowadzonej restrukturyzacji został kierownikiem zespołu wyjazdowego, kierowany był do wszystkich przypadków, w tym ciężkich przypadków, w których stan chorych wskazywał na ryzyko nagłego zatrzymania krążenia i oddechu. Lekarz D nie odbył żadnego szkolenia w zakresie resuscytacji. W okresie od 3 lutego 2000 r. do 19 lipca 2001 r. podczas udzielania pomocy 10 pacjentom, do których został wezwany jako lekarz pogotowia, nie wdrażał odpowiedniej farmakoterapii, w przypadkach nagłego zatrzymania krążenia i oddechu prowadził czynności resuscytacyjne w niepełnym zakresie ALS, dwukrotnie zaniechał podjęcia czynności resuscytacyjnych, a w jednym przypadku bez uprzedniej oceny szans leczniczych zaprzestał dalszego prowadzenia czynności resuscytacyjnych oraz nie zapewniał właściwego zabezpieczenia na czas transportu do szpitala. U wszystkich dziesięciu pacjentów stwierdził zgon, następnie wystawiał karty zgonu, choć nie był w stanie wyjaśnić mechanizmu, w jakim doszło do nagłego zatrzymania krążenia i zgonu. Ponadto lekarz D ujawniał dane osobowe pacjentów przedstawicielom dwóch zakładów pogrzebowych oraz nakłaniał rodziny pacjentów do skorzystania z usług tych zakładów w zamian za co otrzymywał korzyść majątkową.

- Lekarz E, posiadający II^o specjalizacji z pediatrii, podczas dyżuru, który pełnił w klinice chorób dzieci na oddziale kardiologiczno-nefrologicznym w dniu 9 czerwca 2000 r. w godzinach 19.00–20.00 udał się do pokoju, w którym przebywała 16-let-

nia pacjentka i poinformował ją, że konieczne jest wykonanie badania, do którego niezbędne jest założenie wenflonu. Wykonując polecenie lekarza pacjentka udała się do dyżurki pielęgniarskiej, gdzie założono jej wenflon, pomimo iż tego samego dnia lekarz prowadzący poinformował ją, że zostanie wypisana ze szpitala i że nie będą przeprowadzane już żadne badania. Następnie lekarz E zaprowadził pacjentkę do położonej piętro niżej pracowni echokardiograficznej. Po wejściu do środka włączył światło i zamknął drzwi na zamek. Polecił pacjentce rozebranie się i położenie się na kozetce, a w tym czasie zasłonił żaluzje w oknie gabinetu. Pacjentka zdjęła piżamę i w samych majtkach położyła się na wskazanym miejscu. Lekarz E poprzez wenflon podał substancję koloru mlecznobiałego, co po chwili wywołało u pacjentki uczucie senności i bezwładności, ale z zachowaniem jej przytomności. Lekarz E nie przystąpił do wykonania badania echokardiograficznego, lecz zaczął dotykać piersi pacjentki, ta jednak nie miała siły się temu przeciwstawić ani nie potrafiła nic powiedzieć. Następnie lekarz ściągnął z pacjentki majtki i rozpiął swoje spodnie odsłaniając własne genitalia. Pacjentka, nie mogąc poruszyć się ani krzyczeć, zamknęła oczy. Lekarz E dotykał jej narządów płciowych i wsunął palec do pochwy. Następnie przestał dotykać i kazał pacjentce ubrać się. Pacjentka stopniowo odzyskiwała siły i ubierała się z dużym trudem. Lekarz E odprowadził pacjentkę do jej pokoju i odszedł. Pacjentka korzystając z karty telefonicznej skontaktowała się z rodzicami i płacząc opowiedziała o zdarzeniu. Rodzice przybyli do szpitala i natychmiast zawiadomili personel medyczny. Do szpitala przybyli również kierownik kliniki i dyrektor szpitala, którzy podjęli decyzję o odsunięciu lekarza E od pełnienia dyżuru. Pacjentka tego samego dnia została na ich zlecenie poddana badaniu ginekologicznemu, a następnego dnia konsultacji psychiatrycznej i badaniu psychologicznemu. Dyrektor szpitala poinformował rodziców pacjentki, że organy ścigania podejmą czynności dopiero na wniosek rodziców, ci jednak nie zdecydowali się na zawiadomienie prokuratury ani policji, motywując to dobrem dziecka. Na wniosek kierownika kliniki lekarza E zawieszono w wykonywaniu czynności służbowych, następnie w dniu 14 czerwca 2000 r. udzielono mu nagany za wykonanie bez wskazań medycznych zbędnego nieewidencjonowanego badania echokardiograficznego i w dniu 19 czerwca 2000 r. rozwiązano z nim umowę o pracę za porozumieniem stron. Nieco ponad dwa lata później lekarz E, będąc zatrudnionym w przychodni sportowo-lekarskiej na podstawie umowy o świadczenie specjalistycznych usług medycznych z zakresu pediatrii i kardiologii, podczas badania 12-letniej pacjentki, uprawiającej gimnastykę artystyczną, która zgłosiła się w dniu 24 października 2002 r. w celu wykonania badań okresowych, by uzyskać tzw. zdolność do udziału w zawodach sportowych, po zebraniu wywiadu i wykonaniu rutynowych badań polegających na osłuchaniu serca i płuc, poprosił pacjentkę, by położyła się na kozetce, a następnie zamknął drzwi gabinetu na klucz, tłumacząc to chęcią zapobiegnięcia wejściu do gabinetu niepożądanych osób. Następnie wykonał badanie brzucha dziewczynki, pomimo, iż z wywiadu dowiedział się, że zgłaszane i odnotowane w karcie bóle brzucha ustąpiły, po czym nakazał opuścić spodenki wraz z majtkami i rozsunąć nogi, co pacjentka wykonała. Następnie lekarz wsunął swoją rękę między nogi pokrzywdzonej i dotykał jej zewnętrznych narządów płciowych, rozchylając również wargi sromowe, rozmawiając w tym czasie z pacjentką o jej sportowych osiągnięciach. Po zakończeniu odblokował zamek w drzwiach wejściowych

gabinetu, polecił pacjentce ubrać się i przystąpił do wypisania karty zdrowia, którą oddał pacjentce. Pacjentka zdawała sobie sprawę z tego, iż badanie to odbiegało swym przebiegiem od innych badań, powiadomiła o tym swojego trenera, dwie koleżanki i kolegę, a po powrocie z zawodów o zdarzeniu opowiedziała swojej matce. Matka dziewczynki w dniu 28 października 2002 r. poinformowała kierownictwo przychodni o przebiegu badania. Pod wpływem skargi kierownictwo przychodni natychmiast przeprowadziło rozmowę z lekarzem E, który tłumaczył, że nakazał pacjentce zdjąć majtki, gdyż chciał sprawdzić czy nie ma upławów, po czym tego samego dnia, tj. 28 października 2002 r. rozwiązało z lekarzem umowę o świadczenie usług medycznych ze skutkiem natychmiastowym. Matka dziewczynki wysłała również pisemne zawiadomienie do okręgowej izby lekarskiej oraz do prokuratury.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się w ramach struktur organizacyjnych izb lekarskich w dwóch zasadniczych etapach: postępowania wyjaśniającego i postępowania sądowego. W pierwszej kolejności analizie zostanie poddane postępowanie wyjaśniające, które uregulowane zostało w akcie niższej rangi, czyli rozporządzeniu z 1990 r. oraz regulaminie czynności rzeczników z 1991 r.³³, bowiem ustawa o izbach z 1989 r. praktycznie nie zawierała unormowań dotyczących postępowania wyjaśniającego. Na tym etapie okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (dalej: rzecznik) pełnił rolę oskarżyciela, odpowiadającą w pewnym stopniu funkcji ścigania w postępowaniu karnym. Celem działalności rzecznika było ustalenie czy został popełniony czyn zawierający znamiona przewinienia zawodowego poprzez staranne i obiektywne wyjaśnienie okoliczności sprawy, w tym ustalenie sprawcy oraz pokrzywdzonych. Jeżeli wynik postępowania wyjaśniającego potwierdzał zasadność zarzutów stawianych lekarzowi, rzecznik kierował do właściwego sądu lekarskiego wnioski o ukaranie. Rzecznik miał obowiązek wszcząć postępowanie wyjaśniające po uzyskaniu wiarygodnej informacji o przewinieniu (§ 19 rozporządzenia). Żaden z przepisów nie wymieniał źródeł informacji o przewinieniu docierających do rzecznika, więc na użytek niniejszego artykułu można dokonać pewnej ich klasyfikacji: 1) pisemna lub ustna skarga na lekarza złożona przez pacjenta lub jego rodzinę; 2) pisemne zawiadomienie o przestępstwie przesłane przez prokuratora lub sąd karny; 3) doniesienia ze środków masowego przekazu; 4) czynności urzędowe podjęte przez rzecznika w innej sprawie; 5) postanowienie o przekazaniu sprawy przez sąd lub prokuratora na podstawie art. 18 § 2 k.p.k.³⁴

Tabela 2

Zestawienie źródeł informacji o przewinieniach zawodowych w poszczególnych postępowaniach

Lekarz	Źródło informacji uzyskanych przez rzecznika
1	2
Lekarz A	pisemna informacja z prokuratury o prowadzonym postępowaniu przygotowawczym, w którym lekarzowi A postawiono zarzuty

³³ Uchwała Kolegium NROZ w Warszawie z dnia 29 maja 1991 r. w sprawie regulaminu czynności rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców.

³⁴ Jeżeli sąd lub prokurator dopatruje się w czynie przewinienia dyscyplinarnego albo naruszenia obowiązków służbowych lub zasad współżycia społecznego, może odmawiając wszczęcia postępowania albo umarzając je, zwłaszcza z powodu znikomej szkodliwości społecznej czynu, przekazać sprawę innemu, właściwemu organowi.

1	2
Lekarz B	pisemna informacja z prokuratury o prowadzonym postępowaniu przygotowawczym, w którym lekarzowi B postawiono zarzuty
Lekarz C	informacja prasowa z gazety
Lekarz D	pisemna informacja z prokuratury o prowadzonym postępowaniu przygotowawczym, w którym lekarzowi D postawiono zarzuty
Lekarz E	1) pisemne zawiadomienie przez matkę pokrzywdzonej 12-letniej pacjentki; 2) pisemna informacja z prokuratury wraz z materiałami zebranymi w śledztwie

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Z powyższych danych wynika, iż najczęściej rzecznik był zawiadamiany przez prokuraturę o toczącym się postępowaniu karnym. Choć prokuratury nie obowiązywały żadne szczególne regulacje, które miałyby wskazywać, na jakim etapie śledztwa powinna była przesłać informacje rzecznikowi, to można mówić o dość jednolitej praktyce, bowiem trzykrotnie zawiadomienia przesyłano po przedstawieniu lekarzowi zarzutów. Odmiennie w przypadku lekarza E, tutaj pisemną skargę do Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej oraz do prokuratury na niewłaściwe postępowanie lekarza E złożyła matka nieletniej pacjentki. Dopiero informacja o możliwości popełnienia przez lekarza E drugiego przewinienia wpłynęła właśnie z prokuratury. W trakcie śledztwa toczącego się w sprawie czynu z dnia 24 października 2002 r., do prokuratury zgłosił się dyrektor szpitala, który po zapoznaniu się z doniesieniami prasowymi informującymi o śledztwie, skojarzył, iż tożsamość lekarza, który popełnił w dniu 9 czerwca 2000 r. czyn w kierowanej przez niego placówce, może pokrywać się z tożsamością lekarza, przeciwko któremu toczy się nagłościone w mediach śledztwo. Prokuratura natychmiast przesała tę informację do rzecznika wraz z całą dokumentacją medyczną oraz pracowniczą uzyskaną od dyrekcji tej placówki. Z kolei o dużej czujności można mówić w przypadku rzecznika, który informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego powziął z lokalnej prasy codziennej.

Po otrzymaniu informacji rzecznik powinien był podjąć pewne czynności w celu sprawdzenia, czy zarzut popełnienia przewinienia zawodowego jest wiarygodny (§ 19 rozporządzenia z 1990 r.). Czynności te prowadził rzecznik w ramach tzw. postępowania wstępnego, który to termin pojawił się w § 34 regulaminu w sprawie czynności rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców z 1991 r. (dalej: regulaminu z 1991 r.)³⁵. Na postępowanie wstępne składało się podjęcie następujących czynności: zebranie odpowiednich dokumentów; spisanie protokołu w przypadku przyjęcia ustnego zawiadomienia; uzyskanie pisemnego oświadczenia od pokrzywdzonego; wezwanie lekarza do złożenia ustnego lub pisemnego wyjaśnienia w przedmiocie podniesionego zarzutu (§ 35 regulaminu z 1991 r.). Przesłuchiwanie lekarza przed formalnym wszczęciem postępowania E. Zielińska uznawała za poważne uchybienie, bowiem przepis art. 307 § 2 k.p.k. wyraźnie stwierdza, że w postępowaniu sprawdzającym, będącym odpowiednikiem postępowania wstępnego, nie przewiduje się przeprowadzenia czynności wymagających spisania protokołu, chyba, że chodzi o przyjęcie ustnego zawiadomienia o przestępstwie oraz przesłuchania w charakterze świadka

³⁵ Uchwała Kolegium NROZ w Warszawie z dnia 29 maja 1991 r. w sprawie regulaminu czynności rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców.

osoby zawiadamiającej w celu uzupełnienia danych zawartych w zawiadomieniu³⁶. Rzecznik mógł więc żądać uzupełnienia informacji przez osobę składającą skargę na lekarza lub dokonać sprawdzenia pewnych faktów z urzędu.

Tabela 3

Analiza postępowania wstępnego prowadzonego przez rzecznika

	Czas trwania postępowania wstępnego	Czynności podjęte przez rzecznika w postępowaniu wstępnym
Lekarz A	6 tygodni	pismo skierowane do prokuratury z prośbą o przesłanie kserokopii akt i kserokopii dokumentacji medycznej
Lekarz B	20 tygodni	pismo skierowane do prokuratury z prośbą o przesłanie kserokopii akt i kserokopii dokumentacji medycznej
Lekarz C	2 tygodnie	pismo do prokuratury z prośbą o przesłanie kserokopii akt i kserokopii dokumentacji medycznej; pismo do szpitala o udostępnienie dokumentacji medycznej
Lekarz D	0	wszczęcie postępowania w dniu zapoznania się z informacją z prokuratury
Lekarz E	14 tygodni	przesłuchanie w charakterze świadka skarżącej matki pacjentki; przesłuchanie pokrzywdzonej nieletniej pacjentki; przesłuchanie w charakterze świadka trenera; zlecenie psychologowi wydania oceny wiarygodności złożonych przez nieletnią pokrzywdzoną zeznań; zlecenie wydania opinii psychiatrycznej pod kątem oceny wiarygodności złożonych przez nieletnią pokrzywdzoną zeznań; wezwanie lekarza E do złożenia wyjaśnień

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Analizując czynności podejmowane w omawianych sprawach przez rzeczników na etapie postępowania wstępnego należy zwrócić uwagę na problem, na jaki napotykali rzecznicy zwracający się do prokuratury o przesłanie kserokopii akt sprawy i dokumentacji medycznej. Otóż rzecznik działający w sprawie lekarza A musiał udać się osobiście do biura wydziału kryminalnego komendy policji w celu zapoznania się jedynie z fragmentami zgromadzonej przez policję dokumentacji, gdyż wglądu do całości dokumentów mu odmówiono ze względu na tajemnicę śledztwa i brak zgody prokuratora. Również rzecznik działający w sprawie lekarza B na swoje pierwsze pismo skierowane do prokuratury otrzymał odpowiedź, że akta mogą być udostępnione wyłącznie do wglądu w siedzibie prokuratury. Dopiero kolejna prośba, w której rzecznik wyjaśniał, iż pełni swe funkcje społecznie i praktycznie nie ma możliwości dojazdu do prokuratury w innym mieście, poskutkowało nadesłaniem żądanych kserokopii. Również rzecznik działający w sprawie lekarza C spotkał się ze strony prokuratury z odmową wglądu do całości akt śledztwa ze względu na objęcie ich tajemnicą. Takie postępowanie prokuratury, które trudno usprawiedliwiać niezrozumieniem funkcji rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy, zasługuje na szczególną dezaprobatę. Choć należy sobie zadać pytanie, czy rzecznik powinien był występować z prośbą o przesłanie dokumentacji zgromadzonej w prokuraturze już na etapie postępowania wstępnego, czy raczej na etapie właściwego postępowania wyjaśniającego? Rzecznik powinien prowadzić czynności sprawdzające, jeśli nasuwają się wątpliwości, czy in-

³⁶ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 257–258.

formacja jest wiarygodna, a w kontekście otrzymania zawiadomienia z prokuratury wątpliwości takie nie powinny mieć miejsca. Dlatego na pozytywną ocenę zasługuje postępowanie rzecznika działającego w sprawie lekarza D, gdyż wydał on postanowienie o wszczęciu postępowania dyscyplinarnego w dniu, w którym zapoznał się z informacją z prokuratury o przedstawieniu zarzutów lekarzowi D.

Rzecznik, który otrzymał pisemne zawiadomienie o przewinieniu popełnionym przez lekarza E w dniu 24 października 2002 r., prawidłowo wezwał osobę zawiadamiającą, czyli matkę pacjentki, na przesłuchanie w charakterze świadka. Wezwał on również pokrzywdzoną 12-letnią pacjentkę do złożenia zeznań. Nie zastosował się jednak do § 55 regulaminu z 1991 r., który wskazuje, że jeżeli ocena wiarygodności zeznań nieletniego ma istotne znaczenie dla postępowania, przesłuchanie nieletniego powinno odbyć się z udziałem psychologa lub lekarza psychiatry. Z wnioskiem o wydanie opinii przez biegłego psychologa oraz wydanie opinii psychiatrycznej w celu oceny wiarygodności zeznań złożonych przez 12-letnią pacjentkę w charakterze świadka wystąpił *ex post*. Tym samym naruszył on przepis art. 307 § 2 k.p.k., który nie przewiduje przeprowadzenia w postępowaniu sprawdzającym dowodu z opinii biegłego. Na tym etapie został przesłuchany w charakterze świadka również trener dziewczynki, a więc za wcześnie. Ponadto rzecznik wezwał lekarza E do złożenia wyjaśnień, do czego jednak na etapie postępowania wstępnego nie doszło, gdyż lekarz E nie stawiał się na wezwanie. Warto zwrócić uwagę na to, iż w dniu 22 września 2003 r., zatem w toku wszczętego wcześniej postępowania w sprawie lekarza E, prokurator przesłał rzecznikowi informację o możliwości popełnienia przez lekarza E drugiego przewinienia zawodowego. Choć „nowe” przewinienie ujawnione zostało przy okazji prowadzenia czynności procesowych w innej sprawie, to nie sposób przyjąć, że już pierwsze postanowienie o wszczęciu postępowania miałoby „automatycznie” dotyczyć kolejnych czynów. Stosując odpowiednio art. 303 k.p.k.³⁷, będący przesłanką do wydania postanowienia o wszczęciu śledztwa zawsze, czyli za każdym razem, kiedy pojawi się uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa, rzecznik natychmiast po zapoznaniu się z materiałami przesłanymi przez prokuratora, w tym materiałami uzyskanymi od dyrektora szpitala, w dniu 22 września 2003 r. wydał postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego w sprawie czynu z dnia 9 czerwca 2000 r., co należałoby w pełni zaaprobować.

W razie wstępnego potwierdzenia się zarzutu rzecznik wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania (§ 37 regulaminu). Żaden z przepisów dotyczących odpowiedzialności zawodowej nie wskazuje terminu zakończenia postępowania wstępnego, dlatego posiłkować się należy terminami zawartymi w k.p.k. Przede wszystkim należy posiłkować się przepisem art. 305 § 1 k.p.k., który winien mieć odpowiednie zastosowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Tak więc postanowienie o wszczęciu bądź odmowie wszczęcia postępowania sprawdzającego powinno zostać wydane niezwłocznie po otrzymaniu zawiadomienia, nie później jednak niż w terminie 30 dni wyłącznie wtedy, gdy zachodzi potrzeba uzupełnienia danych zawartych w zawiadomieniu o przestępstwie lub sprawdzenia faktów w tym zakresie (art. 307

³⁷ Art. 303 k.p.k.: Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa, wydaje się z urzędu lub na skutek zawiadomienia o przestępstwie postanowienie o wszczęciu śledztwa, w którym określa się czyn będący przedmiotem postępowania oraz jego kwalifikację prawną.

§ 1 k.p.k.). Często jednak rzecznicy wstrzymywali się z decyzją o wszczęciu postępowania do czasu, aż sami nabrali pewności, że lekarz faktycznie popełnił przewinienie zawodowe. Zdaniem E. Zielińskiej ta nieprawidłowa praktyka rzeczników wynikała z pewnego poczucia, że samo wszczęcie postępowania wyjaśniającego już stygmatyzowało lekarza³⁸.

Tabela 4

Analiza długości trwania postępowania wstępnego

Lekarz	Data wpływu informacji do rzecznika	Data wszczęcia postępowania wyjaśniającego
Lekarz A	02.11.2000 r.	19.02.2001 r.
Lekarz B	28.11.2002 r.	20.02.2003 r.
Lekarz C	07.03.2001 r.	21.03.2001 r.
Lekarz D	02.12.2002 r.	02.12.2002 r.
Lekarz E	18.11.2002 r. 22.09.2003 r.	06.03.2003 r. 22.09.2003 r.

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Z powyższych danych wynika, iż niezwłocznie wydano postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego w dwóch przypadkach: lekarza C i lekarza D. W pozostałych sprawach nie dotrzymano wskazywanego wyżej terminu 30-dniowego, co jednak nie oznaczało bezczynności rzeczników, a raczej było wynikiem słabej współpracy ze strony prokuratury. Natomiast aktywność rzecznika prowadzącego postępowanie wstępne w sprawie lekarza E, choć wykroczała poza czynności dopuszczone na tym etapie, to jednak mogła zasługiwać na pewne usprawiedliwienie ze względu na bezprecedensowe oskarżenie.

Zgodnie treścią § 20 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r. rzecznik miał obowiązek przed wszczęciem postępowania wyjaśniającego zbadać z urzędu, czy nie zachodzą okoliczności wyłączające postępowanie. W świetle art. 51 ust. 1 ustawy o izbach z 1989 r. nie można było wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu minęły 3 lata. Wskazany w ustawie termin 3 lat odnosił się do przedawnienia ścigania. Jednocześnie ustawodawca wprowadził wyjątek od tego terminu, bowiem w myśl art. 51 ust. 2 ustawy o izbach z 1989 r., jeżeli czyn zawierał znamiona przestępstwa, to przedawnienie odpowiedzialności zawodowej następowało nie wcześniej niż przedawnienie odpowiedzialności karnej. Zatem w stosunku do czynu, który był przewinieniem zawodowym i zarazem przestępstwem, w postępowaniu toczącym się w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosowano inny, dłuższy termin przedawnienia, wynikający z terminu przedawnienia przewidzianego w k.k. Wyróżnienie kilku okresów przedawnienia przepisach k.k. było konsekwencją uzależnienia długości ich trwania proporcjonalnie do ciężaru popełnionego przestępstwa. O ile więc w postępowaniu karnym wystarczyło dokonać kwalifikacji prawnej czynu i ustalić czas jego popełnienia, by obliczyć upływ terminu przedawnienia, o tyle ustawa o izbach z 1989 r. nie zawierała upoważnienia organów dyscyplinarnych do dokonywania samodzielnej oceny czy czyn zawierał znamiona przestępstwa. E. Zie-

³⁸ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 257.

lińska sugerowała zresztą, by przyjąć, iż wyłącznie sąd karny był upoważniony do decydowania o tym, gdyż dopiero po wydaniu prawomocnego wyroku sądowego występowała pewność, że dana osoba swoim czynem wypełniła ustawowe znamiona czynu zabronionego³⁹. Wobec powyższego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zdarzało się, że znany i bezsporny był czas popełnienia przewinienia, ale nie można było określić, kiedy to przewinienie ulegało przedawnieniu, bowiem dochodziło do uzależnienia długości okresu przedawnienia w postępowaniu dotyczącym przewinienia zawodowego od wyniku postępowania karnego. Choć jak najbardziej uzasadnioną wydawała się zasada wydłużania okresu przedawnienia proporcjonalnie do większego ciężaru gatunkowego przewinienia, to jednak okres przedawnienia w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej był uzależniony od przyszłych, niedających się przewidzieć rozstrzygnięć sądu karnego. Odnosząc poczynione wyżej uwagi do sytuacji faktycznej należy wskazać, iż rzecznik w sprawie czynu popełnionego przez lekarza E w dniu 9 czerwca 2000 r. otrzymał informację w dniu 22 września 2003 r., a zatem po upływie 3 lat od chwili popełnienia czynu, czyli po upływie ustawowego terminu przedawnienia ścigania. Decyzja rzecznika o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, pomimo faktu zaistnienia negatywnej przesłanki procesowej w postaci przedawnienia ścigania przewinienia zawodowego, zasługiwała na poparcie, gdyż równoległe toczyło się już śledztwo w sprawie lekarza E, a to z kolei mogło mieć kluczowe znaczenie dla zastosowania dłuższego, bo 15-letniego terminu przedawnienia wynikającego z kwalifikacji prawnej czynu lekarza E.

Prowadzone przez rzecznika postępowanie wyjaśniające toczyło się w celu ustalenia, czy faktycznie popełniono przewinienie zawodowe, wykrycia osoby sprawcy i ustalenia osób pokrzywdzonych, wyjaśnienia okoliczności sprawy, zebrania i zabezpieczenia dowodów dla sądu lekarskiego. Właściwym był rzecznik tej izby, której lekarz był członkiem w momencie wszczęcia postępowania. Aby postępowanie toczyło się z zachowaniem zasady obiektywizmu (zwanej inaczej zasadą bezstronności), jednej z naczelnych zasad postępowania karnego, w myśl § 2 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r. nałożono na rzecznika obowiązek badania i uwzględniania okoliczności przemawiających zarówno na korzyść, jak i niekorzyść lekarza. Gwarancją zachowania bezstronności miała stanowić instytucja wyłączenia rzecznika. W myśl § 13 ust. 3 rozporządzenia z 1991 r. lekarz, którego dotyczy postępowanie oraz obwiniony lekarz lub jego obrońca mogli wystąpić z wnioskiem o wyłączenie rzecznika. Wyłączenie takie ze względu na dobro sprawy miało polegać na przekazaniu przez NROZ prowadzenia postępowania rzecznikowi innej okręgowej izby lekarskiej. W żadnej z omawianych w niniejszym artykule spraw nie wpłynął wniosek o wyłączenie rzecznika.

W toku postępowania wyjaśniającego rzecznik powinien był dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy i w tym celu mógł przesłuchiwać lekarza, pokrzywdzonego, świadków; dokonywać oględzin; przeprowadzić dowód z opinii biegłego lub przeprowadzać inne dowody (§ 23 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.). Przedmiotem niniejszej analizy były przewinienia zawodowe, które jednocześnie były przestępstwami, z tego względu w każdej ze spraw odrębne postępowanie toczyło się w prokuraturze. Prowadząc postępowania wyjaśniające w każdej z analizowanych spraw rzecznicy występo-

³⁹ Ibidem, s. 267–274.

wali do prokuratury o udostępnienie zgromadzonych w trakcie śledztwa materiałów, dzięki czemu korzystali z protokołów przesłuchań podejrzanych, protokołów przesłuchań pokrzywdzonych oraz świadków, protokołów oględzin, protokołów konfrontacji, protokołów okazania rzeczy, opinii biegłych oraz kopii dokumentacji medycznej.

Tabela 5

**Zestawienie czynności samodzielnie podejmowanych przez rzeczników
na etapie postępowania wyjaśniającego**

Lekarz	Czynności podjęte przez rzecznika
Lekarz A	przesłuchanie w charakterze świadka 3 pokrzywdzonych pacjentek; analiza otrzymanej ze szpitala dokumentacji medycznej jednej z hospitalizowanych pacjentek, wezwanie na przesłuchanie dwóch pośredników – nie stawili się
Lekarz B	przesłuchanie poszkodowanej pacjentki w charakterze świadka
Lekarz C	przesłuchanie matki zmarłej pokrzywdzonej, przesłuchanie w charakterze świadka lekarza dyżurnego ze szpitala, w którym pacjentka zmarła, przesłuchanie w charakterze świadka lekarza anesteziologa, które zostało przerwane ze względu na złożenie oświadczeń, które mogły być powodem przedstawienia zarzutów
Lekarz D	analiza dokumentacji lekarskiej w postaci kart zlecenia wyjazdu uzyskanych z pogotowia ratunkowego, uzyskanie opinii biegłego anesteziologa w celu oceny prawidłowości postępowania lekarskiego
Lekarz E	przesłuchanie w charakterze świadka dyrektora placówki, w której został popełniony czyn z dnia 9 czerwca 2000 r.

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, iż zasadniczo rzecznicy dążyli do samodzielnego wyjaśnienia okoliczności sprawy. Jednak w każdym z postępowań można dopatrywać się też pewnej beczynności w dokonywaniu ustaleń faktycznych, co spowodowane było oczekiwaniem rzeczników na „gotowe” materiały, zebrane w śledztwie. Ilustracją takiej postawy rzeczników była prowadzona przez nich korespondencja z prokuraturą, polegająca na wielokrotnym ponawianiu wniosków o udostępnienie materiałów zgromadzonych przez prokuraturę. W szczególności rzecznik, który w dniu 22 września 2003 r. zapoznał się z informacjami nadesłanymi z prokuratury, a dotyczącymi czynu popełnionego przez lekarza E w dniu 9 czerwca 2000 r., w pierwszym etapie prowadzonego przez siebie postępowania poprzestał wyłącznie na kierowaniu do prokuratury pism o udostępnienie akt. Dostępu takiego jednak nie uzyskał, gdyż w tym czasie akta podlegały badaniu w prokuraturze krajowej i dopiero w lipcu 2004 r., zatem po upływie ponad 9 miesięcy, podjął, skądinąd słuszną, decyzję o wezwaniu na przesłuchanie w charakterze świadka dyrektora placówki, który poinformował prokuraturę o zdarzeniu z 2000 r. Dyrektor stawiał się na wezwanie rzecznika w dniu 29 lipca 2004 r. i złożył wyjaśnienia. Warto zaznaczyć, że w kwestii podania niektórych szczegółów zdarzenia dyrektor odmówił złożenia wyjaśnień, zasłaniając się tajemnicą lekarską. Faktycznie brak było w tamtym okresie jakichkolwiek regulacji, które dotyczyłyby zwolnienia lekarza z zachowania tajemnicy lekarskiej w czasie składania wyjaśnień lub zeznań przed organami prowadzącymi postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, co należałoby traktować jako uchybienie ustawodawcy. Dodatkowo o pewnej beczynności rzecznika możemy mówić w kontekście tego, że nie wzywał on do złożenia wyjaśnień w charak-

terze świadka poszkodowanej tym czynem 16-letniej pacjentki. Na krótki komentarz zasługuje również brak śladu podejmowania przez rzecznika jakichkolwiek czynności w postępowaniu wyjaśniającym w sprawie czynu popełnionego przez lekarza E w 2002 r. Niewątpliwie było to konsekwencją tego, iż rzecznik praktycznie wyczerpał wachlarz możliwych do podjęcia czynności już na etapie prowadzenia postępowania wstępnego. Dlatego w czasie trwania postępowania wyjaśniającego na biurko rzecznika jedynie wpłynęły opinie biegłych, psychologa i psychiatry, zlecone jeszcze przed wszczęciem postępowania wyjaśniającego.

W praktyce rzeczników zdarzało się, że zarówno na etapie postępowania wstępnego, jak i po wszczęciu postępowania wyjaśniającego, dochodziło do przesłuchania lekarza, jeszcze przed postawieniem zarzutów. Istotna wydaje się uwaga, iż przed przedstawieniem zarzutów lekarza można przesłuchiwać jedynie w charakterze świadka, czego jednak należałoby unikać. Świadek bowiem ma obowiązek zeznawać prawdę pod groźbą odpowiedzialności karnej, z kolei lekarz, wobec którego toczy się postępowanie dyscyplinarne, nie ma obowiązku dostarczania dowodów swojej winy. W aktach analizowanych spraw znajdują się protokoły, potwierdzające przesłuchiwanie lekarzy przed przedstawieniem im zarzutów, ale nie noszą one nazwy protokołów przesłuchania świadka, lecz „protokołu przesłuchania lekarza, którego sprawa dotyczy”. Jeżeli jednak takie przesłuchanie miało miejsce i sporządzono z niego protokół, nie powinien on być zaliczony do materiału dowodowego w sprawie i zakazane jest jego późniejsze odczytywanie⁴⁰.

Lekarz miał prawo w toku postępowania wyjaśniającego złożyć wszelkie wyjaśnienia, które uważa za istotne dla sprawy. Na wniosek lekarza przy składaniu wyjaśnień mógł być obecny jego obrońca (§ 22 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r.), co jest konsekwencją przyznania lekarzowi tzw. formalnego prawa do obrony, czyli prawa do posiadania obrońcy na każdym etapie postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej. Z art. 53 ustawy o izbach z 1989 r. oraz § 15 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r. wynika, że lekarz mógł ustanowić obrońców spośród lekarzy lub adwokatów, a z art. 77 k.p.k. wynika ograniczenie liczby ustanowionych jednocześnie obrońców do trzech. Można domniemywać, że udzielenie pełnomocnictwa adwokatowi mogło służyć zapewnieniu wykorzystania jego doświadczenia w sprawie prowadzenia obrony pod względem proceduralnym, natomiast obrońca w osobie lekarza, mógł wykorzystywać swą wiedzę medyczną i autorytet w środowisku lekarskim. Lekarz mógł sam wyznaczyć obrońcę z wyboru, lub też zgodnie z § 15 rozporządzenia z 1990 r. wyznaczenie obrońcy lekarzowi następowało z urzędu przez sąd lekarski. Obligatoryjnie sąd wyznaczał obrońcę, jeżeli zachodziła uzasadniona wątpliwość co do poczytalności lekarza lub postępowanie toczyło się po śmierci lekarza albo też fakultatywnie na wniosek lekarza lub z urzędu także w innych uzasadnionych przypadkach, których rozporządzenie nie precyzuje. E. Zielińska uważa, że powodem takim może być stan zdrowia lekarza, sytuacja rodzinna, charakter sprawy oraz stopień jej złożoności. Istotne dla wyznaczenia obrońcy z urzędu w takich przypadkach było uzasadnienie, że lekarz wnoszący o wyznaczenie obrońcy z urzędu nie był w stanie ponieść kosztów obrońcy z wyboru. Z analizy akt wynika, że dwaj lekarze udzielili pełnomocnictwa

⁴⁰ Ibidem, s. 276.

obrońcom z wyboru w osobach adwokatów. Lekarz B ustanowił pełnomocnictwo adwokatowi na etapie składania odwołania od orzeczenia sądu lekarskiego I instancji. Lekarz E udzielił pełnomocnictwa dwóm adwokatom jednocześnie na etapie postępowania wyjaśniającego i na tym etapie to pełnomocnictwo również wypowiedział. W żadnym przypadku nie powołano obrońcy z urzędu ani obligatoryjnie, ani też fakultatywnie, bowiem żaden lekarz z takim wnioskiem nie wystąpił.

Lekarzowi przysługiwało również prawo odmowy złożenia wyjaśnień oraz odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania (§ 14 rozporządzenia z 1990 r.), co jest wyrazem przyznania lekarzowi tzw. prawa do obrony materialnej. Prawo to przejawia się w tym, że lekarz nie ma obowiązku składania wyjaśnień, a wręcz ma prawo zachować milczenie⁴¹. Odmowa złożenia wyjaśnień przez lekarza nie wstrzymywała postępowania (§ 23 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.). W opinii E. Zielińskiej skorzystanie z prawa do milczenia nie powinno być oceniane negatywnie i powodować niekorzystnych dla lekarza następstw procesowych, choćby w postaci uzasadnienia dla wymiaru surowszej kary⁴². O tym przysługującym prawie lekarz powinien być poinformowany, gdyż § 2 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r. nakładał na rzecznika i sąd lekarski obowiązek czuwania, aby w toku postępowania jego uczestnicy nie ponieśli szkody z powodu niezajomości przepisów prawa, przejawiający się w obowiązku udzielania niezbędnych informacji i wyjaśnień. Z akt omawianych w niniejszym artykule wynika, że wezwany przez rzecznika lekarz E stawiał się dwukrotnie, w związku z prowadzeniem początkowo dwóch odrębnych postępowań, ale za każdym razem korzystał z prawa do odmowy złożenia wyjaśnień. Lekarze B, C i D stawiali się na wezwania i składali wyjaśnienia rzecznikowi, będąc przesłuchiwanym w charakterze „lekarza, którego postępowanie dotyczy”. Lekarz A przez wiele miesięcy uchylał się od stawiennictwa przed rzecznikiem. Przepisy regulujące odpowiedzialność zawodową lekarza nie poruszały kwestii obowiązku stawiennictwa lekarza wzywanego przez rzecznika na etapie postępowania wyjaśniającego, tak więc brak aktywności lekarza poniekąd był jego przywilejem. Stawiennictwo lekarza było jednak o tyle istotne, że w przypadku zebrania w postępowaniu wyjaśniającym danych zawierających dostateczne podstawy do przedstawienia lekarzowi zarzutów, rzecznik odpowiedzialności zawodowej sporządzał postanowienie o przedstawieniu zarzutów i miał obowiązek ogłosić je niezwłocznie lekarzowi oraz przesłuchać go na okoliczność tych zarzutów (§ 22 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.), co oznaczało, że do przedstawienia zarzutów niezbędna była obecność lekarza. Jednakże w przypadku uchylania się lekarza od stawiennictwa, a zwłaszcza w przypadkach nieusprawiedliwionego niestawiennictwa, rzecznik nie dysponował żadnymi środkami przymusu ani też możliwościami ukarania lekarza⁴³. W związku z nieusprawiedliwionym niestawiennictwem lekarza A postanowienie o przedstawieniu zarzutów zostało wydane pod jego nieobecność i doręczone pocztą. Lekarz B, lekarz C, lekarz D, lekarz E stawili się w biurze rzecznika

⁴¹ Z przepisu art. 74 § 1 k.p.k. wynika, że oskarżony nie ma obowiązku dowodzenia swojej niewinności ani obowiązku dostarczania dowodów na swoją niekorzyść.

⁴² E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 193.

⁴³ Art. 75 § 1 k.p.k. obliguje oskarżonego stawić się na każde wezwanie w toku postępowania karnego, a w razie nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na podstawie art. 75 § 2 k.p.k. oskarżonego można zatrzymać i sprowadzić przymusowo.

w dniu wydania postanowienia o przedstawieniu zarzutów. Lekarz D odmówił składania wyjaśnień, wnosząc o odczytanie z protokołu wyjaśnień złożonych przez niego wcześniej. Lekarz E, któremu dwukrotnie przedstawiano zarzuty, zaprzeczał zarzutom i odmawiał złożenia wyjaśnień. Wypada zwrócić uwagę, iż lekarzowi E po raz pierwszy przedstawiono zarzuty w dniu 29 sierpnia 2004 r., a dotyczyły one czynu z dnia 9 czerwca 2000 r.. W toku postępowania ustalono, że lekarzowi należy zarzucić drugi czyn, nieobjęty pierwszym postanowieniem, co spowodowało, że rzecznik obowiązany był wydać nowe postanowienie o przedstawieniu zarzutów w związku z koniecznością modyfikacji zarzutu. Również wtedy postanowienie należało niezwłocznie ogłosić lekarzowi i przesłuchać go na okoliczność nowych zarzutów, co miało miejsce w dniu 23 czerwca 2008 r. Podobnie jak poprzednio lekarz E stanął się na wezwanie rzecznika, ale nie przyznał się do żadnego z dwóch stawianych mu zarzutów i odmówił złożenia wyjaśnień.

W późniejszych etapach niestawiennictwo lekarza na rozprawie nie wstrzymuje biegu procesu i nie stanowi przeszkody do rozpoznania sprawy, chyba że sąd lekarski uzna obecność lekarza za konieczną (§ 31 ust. 6 rozporządzenia z 1990 r.). Zapis taki jasno wyrażał zatem zasadę, że stawiennictwo obwinionego lekarza było jego uprawnieniem a nie obowiązkiem. Lekarzowi przysługiwało również prawo do zgłaszania wniosków dotyczących przesłuchania świadków, powołania biegłych oraz przeprowadzenia innych dowodów (§ 24 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.). Żaden z lekarzy pozbawionych praw wykonywania zawodu orzeczeniami sądów lekarskich, nie składał w trakcie trwania postępowania wyjaśniającego wniosków dotyczących powyższych kwestii.

Nie ulega wątpliwości, że w fazie postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez rzecznika, jak i postępowania sądowego, w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, lekarz był stroną tego postępowania. Odnosząc się do postępowania karnego warto podkreślić, że art. 299 § 1 k.p.k. wyraźnie określa, kto jest stroną w postępowaniu przygotowawczym, wskazując na pokrzywdzonego i podejrzanego. Natomiast dyskusyjna była rola pokrzywdzonego w czasie obowiązywania ustawy o izbach z 1989 r. Ustawa milczała w sprawie stron postępowania, a do tych zagadnień odnosiło się jedynie rozporządzenie z 1990 r. W Rozdziale 3 „Strony i obrońcy”, który odnosił się do rzecznika oraz lekarza, uregulowano również pewne uprawnienia pokrzywdzonego, przysługujące mu na etapie postępowania wyjaśniającego toczącego się przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. § 18 rozporządzenia z 1990 r. uprawniał pokrzywdzonego do zgłoszenia wniosków dowodowych, wniesienia zażalenia na postanowienie rzecznika odpowiedzialności zawodowej o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego i o umorzeniu postępowania oraz do wniesienia odwołania od orzeczenia sądu lekarskiego kończącego postępowanie w części dotyczącej winy, do przeglądania akt sprawy zarówno w postępowaniu wyjaśniającym, jak i sądowym. Powyższe świadczyć mogło o uznaniu pokrzywdzonego za stronę postępowania wyjaśniającego, jednak na etapie postępowania jurysdykcyjnego pojawiają się liczne wątpliwości (szerzej o tym w dalszej części artykułu). Opierając się na analizowanych aktach należy stwierdzić, że żaden z pokrzywdzonych nie wnosił o przeprowadzenie dowodu, nie ma też adnotacji o przeglądaniu akt przez pokrzywdzonych.

Gdy rzecznik stwierdzał, że nie ma potrzeby uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, wydawał postanowienie o jego zamknięciu (§ 24 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r.).

Odnosząc kwestię zamknięcia postępowania wyjaśniającego do zamknięcia śledztwa, uregulowanego w art. 321 k.p.k., należy podkreślić jak ważną rolę odgrywa instytucja zaznajomienia podejrzanego i jego obrońcy z materiałami postępowania przygotowawczego. Możliwość zaznajomienia się podejrzanego z dowodami i materiałami zgromadzonymi przez prokuraturę gwarantuje realizację prawa do obrony przysługującego podejrzanemu. Przygotowanie linii obrony powinno opierać się nie tylko na znajomości stawianych zarzutów, ale także na znajomości materiału, który prokurator zgromadził na poparcie tych zarzutów. Niemniej istotne jest również wynikające z art. 321 § 5 k.p.k. uprawnienie podejrzanego, który zapoznał się z materiałami, do złożenia wniosku o uzupełnienie śledztwa. Dopiero, gdy nie zachodzi potrzeba uzupełnienia śledztwa, prokurator wydaje postanowienie o jego zamknięciu. Inną sekwencję wydarzeń przewidywał § 24 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r., gdyż rzecznik najpierw wydawał postanowienie o zamknięciu postępowania, o czym powiadamiał lekarza i udostępniał mu zebrane dowody oraz umożliwiał złożenie dodatkowych wyjaśnień oraz wniosków dowodowych w terminie 14 dni od daty doręczenia postanowienia. Jak sygnalizowała E. Zielińska, takie wadliwe uregulowanie sekwencji wydarzeń, uniemożliwiało spełnienie pewnych funkcji, gdyż złożenie wniosków dowodowych po zamknięciu postępowania i tak nie mogłoby wyrzucić oczekiwanych skutków⁴⁴. Żaden z przepisów regulujących postępowanie wyjaśniające nie nakładał też obowiązku spisania protokołu z czynności zaznajomienia lekarza z zebranymi dowodami lub choćby załączenia do akt adnotacji o tym fakcie. Dla porównania w procesie karnym z przebiegu czynności zaznajomienia podejrzanego z materiałami zgromadzonymi w postępowaniu przygotowawczym obowiązkowo spisuje się protokół [art. 143 § 1 pkt 8) k.p.k.]. W analizowanych sprawach tylko w jednym przypadku do akt sprawy załączony był protokół zaznajomienia z materiałami postępowania wyjaśniającego podpisany przez lekarza E (obrońcy nie byli obecni, gdyż 28 lutego 2005 r. wypowiedział im pełnomocnictwo). Protokół ten datowany był na dzień 23 czerwca 2008 r., czyli dzień, w którym lekarzowi E przedstawiono postanowienie o przedstawieniu zarzutów oraz wydano postanowienie o zamknięciu postępowania wyjaśniającego.

Postępowanie wyjaśniające prowadzone przez rzecznika powinno być zostać zakończone w ciągu trzech miesięcy od daty zawiadomienia o popełnieniu przewinienia zawodowego (§ 28 rozporządzenia z 1990 r.). W szczególnie uzasadnionym przypadku NROZ mógł przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dalszy czas oznaczony, nie dłuższy niż 3 miesiące. W przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w terminie 6 miesięcy akta sprawy powinny zostać przekazane NSL, który mógł przedłużyć postępowanie wyjaśniające na dalszy czas oznaczony.

Tabela 6

**Zestawienie czasu trwania postępowań wyjaśniających
z uwzględnieniem okresu zawieszenia postępowania**

Lekarz	Data wszczęcia postępowania	Data zamknięcia postępowania wyjaśniającego	Okres zawieszenia postępowania
1	2	3	4
Lekarz A	19.02.2001 r.	05.04.2002 r.	

⁴⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 278–279.

1	2	3	4
Lekarz B	20.02.2003 r.	15.07.2003 r.	
Lekarz C	21.03.2001 r.	29.01.2002 r.	05.04.2002–01.10.2002 r.
Lekarz D	02.12.2002 r.	21.11.2005 r.	
Lekarz E	06.03.2003 r. 22.09.2003 r.	23.06.2008 r.	27.05.2003–13.02.2008 r.

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

W analizowanych sprawach tylko dwóch rzeczników zwracało się do NROZ o udzielenie zgody na przedłużenie czasu trwania postępowania wyjaśniającego. Rzecznik prowadzący postępowanie w sprawie lekarza A w dniu 2 lutego 2001 r. zwrócił się do NROZ z wnioskiem o przedłużenie postępowania wyjaśniającego i uzyskał zgodę na przedłużenie do dnia 3 maja 2001 r. W dokumentacji sprawy brak kolejnych wniosków o przedłużenie, choć postępowanie zamknięto w dniu 5 kwietnia 2002 r., co oznacza, że trwało ono 11 miesięcy dłużej od wyznaczonego przedłużonego terminu. Podobnie w obydwu postępowaniach w sprawie przewinień lekarza E, jak wcześniej zaznaczono toczących się początkowo oddzielnie, rzecznik występował z wnioskami o przedłużenie postępowania. Trudno jednak zrozumieć działanie podjęte przez rzecznika w pierwszym postępowaniu, kiedy to rzecznik w dniu 3 marca 2003 r. złożył do NROZ wnioski o przedłużenie postępowania wstępnego, a zaledwie trzy dni później wszczął postępowanie wyjaśniające. Zresztą zgoda NROZ nadeszła już po wszczęciu, choć zawierała zgodę na przedłużenie postępowania wstępnego do dnia 18 maja 2003 r., zakończonego *de facto* w dniu 6 marca 2003 r. W drugim postępowaniu, wszczętym w dniu 22 września 2003 r. po upływie 3 miesięcy rzecznik zwrócił się z wnioskiem o wyrażenie zgody przez NROZ na przedłużenie postępowania o kolejne trzy miesiące. Choć zgoda obejmowała tylko okres do 22 marca 2004 r., rzecznik kontynuował postępowanie wyjaśniające przez kolejne 12 miesięcy, bo aż do 7 marca 2005 r. Także postępowanie w sprawie lekarza B w sumie trwało 7 miesięcy, choć brak informacji o złożeniu wniosku o jego przedłużenie. Należy zaznaczyć, że postępowanie dotyczące lekarza C było zawieszono od dnia 5 kwietnia 2002 r. do dnia 1 października 2002 r., co uzasadniało brak konieczności występowania przez rzecznika o zgodę na przedłużenie czasu trwania postępowania. W aktach postępowania, które dotyczyło lekarza D i toczyło się 3 lata, nie odnaleziono informacji, które mogłyby świadczyć, iż rzecznik występował z wnioskiem o przedłużenie postępowania, a NROZ zgodę taką wyraził lub występował z wnioskiem o zawieszenie postępowania wyjaśniającego, a sąd o takim zawieszeniu postanowił. Z powyższych danych wynika, że każde z analizowanych postępowań trwało dłużej niż 3 miesiące, co poniekąd wiązało się z dużym stopniem złożoności wyjaśnianych spraw. Tę przewlekłość można w pewnym stopniu usprawiedliwić też niektórymi zewnętrznymi i obiektywnymi okolicznościami, które miały bezpośredni wpływ na wydłużenie czasu trwania postępowania, a uzależnione były od toczącego się równoległe postępowania karnego. Nie sposób jednak oprzeć się wrażeniu, zwłaszcza gdy mowa o dużej przewlekłości, iż była ona spowodowana nadmierną ostrożnością rzecznika w samodzielnym podejmowaniu działań i chęcią „wyręczenia się” materiałami, na które miesiącami oczekiwano ze śledztwa.

W świetle art. 48 ustawy o izbach z 1989 r. rzecznikowi przysługiwała możliwość wystąpienia z wnioskiem o zawieszenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, o ile o ten sam czyn toczyło się równolegle i niezależnie postępowanie karne. Ten lakoniczny zapis ustawowy doprecyzowywała treść § 17 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r., poprzez dodanie warunku, że sąd lekarski mógł wydać postanowienie o zawieszeniu postępowania wyjaśniającego, o ile ustalenia lub wynik postępowania karnego mogły mieć istotne znaczenie dla orzeczenia. Zatem wydanie postanowienia o zawieszeniu postępowania mogły usprawiedliwiać tylko szczególne okoliczności, takie jak np. brak możliwości przeprowadzania konkretnych dowodów przez organy izby lekarskiej. Warto podkreślić, że celem prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej było samodzielne dokonywanie własnych ustaleń przez lekarskie organy procesowe, które ewentualnie należało uzupełniać ustaleniami z postępowania karnego. Niewłaściwe zatem byłoby zawieszenie postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej do czasu ukończenia postępowania karnego tylko dlatego, żeby wykorzystać „gotowe” dowody zgromadzone wcześniej w postępowaniu karnym. Przykładem postępowania, którego samodzielne prowadzenie wykraczało poza możliwości rzecznika, było postępowanie w sprawie lekarza E o czyn z dnia 24 października 2002 r. W tym konkretnym przypadku rzecznik, dokonawszy pewnych własnych ustaleń, zwrócił się w dniu 14 maja 2003 r. do sądu lekarskiego z wnioskiem o zawieszenie postępowania wyjaśniającego do czasu zakończenia postępowania w prokuraturze. Opierając się na załączonych ustaleniach, OSL nawet wykroczył poza wniosek rzecznika i zawiesił postępowanie z dniem 27 maja 2003 r. aż do czasu zakończenia postępowania karnego przeciwko lekarzowi E. Uzasadniając swą decyzję OSL uznał, że poczynione w postępowaniu sądowym ustalenia, jak i wynik tego postępowania, mogłyby mieć niezwykle istotne znaczenie dla orzeczenia w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Z kolei w drugim postępowaniu dotyczącym lekarza E o czyn z dnia 9 czerwca 2000 r., rzecznik wystąpił w dniu 29 czerwca 2004 r. z wnioskiem o zawieszenie postępowania do czasu prawomocnego zakończenia postępowania w prokuraturze. W dniu 13 lipca 2004 r. OSL wydał postanowienie o nieuwzględnieniu wniosku, motywując to istnieniem poważnego niebezpieczeństwa przedawnienia karalności przewinienia, gdyż zgodnie z art. 51 ust. 4 ustawy o izbach z 1989 r. karalność przewinienia ustawała, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat. Pomimo, iż OSL przywołał również ust. 2 powoływanego wyżej przepisu, stwierdzającego, że przedawnienie odpowiedzialności zawodowej następuje nie wcześniej niż przedawnienie odpowiedzialności karnej, uznał jednak, że wynik postępowania toczącego się w prokuraturze był trudny do przewidzenia ze względu na to, iż śledztwo prowadzone przez prokuraturę rejonową zostało w dniu 31 grudnia 2003 r. umorzone wobec stwierdzenia braku znamion czynu zabronionego, choć później w następstwie złożenia odwołania przez matkę pokrzywdzonej 12-letniej dziewczynki zostało przejęte przez prokuraturę krajową. W postanowieniu OSL zwrócił także uwagę, iż „organy samorządu lekarskiego, powołane do sprawowania odpowiedzialności zawodowej lekarzy, powinny dążyć do merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy w ustawowym terminie. Leży to przecież w interesie całej korporacji lekarskiej, ale również – w przypadku uwolnienia od winy – dobrego imienia lekarza”. Z pewnością motywowanie rzeczników do ustalania prawdy obiektywnej za-

ślugało na pełne poparcie, to jednak oddalenie wniosku rzecznika o zawieszenie postępowania wynikało chyba z niezrozumienia sytuacji przez OSL. Należy pamiętać, iż wszczęcie postępowania wyjaśniającego nastąpiło już po upływie 3-letniego terminu przedawnienia ścigania. Taką decyzję rzecznika uzasadniało istnienie pewnego prawdopodobieństwa, że wynik toczącego się równoległe postępowania karnego może przesądzić o zastosowaniu dłuższego, wynikającego z k.k., terminu przedawnienia. Zaś ewentualne prawomocne umorzenie śledztwa przez prokuraturę spowodowałoby, że wszczęte postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej należałoby, bez względu na stopień jego zaawansowania, bezwzględnie umorzyć z powodu przedawnienia ścigania. O tzw. „efekcie niepewności” co do przedawnienia pisze P. Konieczniak, wskazując na te szczególne przypadki, gdy oba toczące się równoległe postępowania (w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej oraz karne) przeciągały się na okres przekraczający 5 lat. Warunki niepewności pojawiały się, gdy postępowanie było dalekie od ukończenia, a koniec 5-letniego okresu przedawnienia nieuchronnie się zbliżał lub wręcz upłynął, lecz jednocześnie zachodziło podejrzenie, że gdyby ten sam czyn był przestępstwem, to być może powinien być zastosowany termin dłuższy. Pod rządami ustawy o izbach z 1989 r., przyjęła się praktyka polegająca na tym, że sądy lekarskie zawieszaly postępowanie, ignorując pięcioletni termin umorzenia. W przypadku, gdy dochodziło do skazania w postępowaniu karnym zawieszono postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej podejmowano na nowo, a w innych przypadkach – umarzano jako objęte przedawnieniem⁴⁵. W ocenie P. Konieczniaka opisana praktyka była rozsądna, zwłaszcza w sytuacji, w której nie było lepszego wyboru, bowiem umorzenie postępowania automatycznie po przekroczeniu 5-letniego terminu karalności kłóciłoby się z logiką ustawy, w której po to wydłużono przedawnienie niektórych przewinień zawodowych do granic wynikających z Kodeksu karnego, aby owe dłuższe terminy znajdowały realne zastosowanie także w sytuacji, gdy sąd karny nie zdążył prawomocnie skazać przed upływem terminu z art. 51 ust. 4 ustawy o izbach z 1989 r. Dlatego nie budzi sprzeciwu działanie rzecznika, który w dniu 7 marca 2005 r. połączył oba postępowania wyjaśniające dotyczące lekarza E do wspólnego rozpoznania, choć można wykazać, iż takim działaniem sprzeciwił się woli OSL. W przypadku łączenia spraw do prowadzenia w jednym postępowaniu, akta postępowania później wszczętego włącza się do akt postępowania wcześniej wszczętego. Zatem łącząc późniejsze postępowanie, które było w toku, z wcześniejszym postępowaniem, które było zawieszono, rzecznik doprowadził do zawieszenia postępowania o czyn z dnia 9 czerwca 2000 r. Na marginesie warto wspomnieć o tym, że ustanie przeszkody, która była przyczyną zawieszenia postępowania, zobowiązywało do podjęcia zawieszono postępowania. Pomimo, iż k.p.k. nie określał trybu ani formy dokonywania tej czynności, następowało to poprzez wydanie postanowienia o podjęciu zawieszono postępowania. Rzecznik działający w sprawie lekarza E w dniu 6 kwietnia 2005 r. wydał postanowienie o podjęciu zawieszono postępowania z powodu zakończenia śledztwa przez prokuraturę i skierowaniu do sądu aktu oskarżenia, gdyż informacja taka wpłynęła do biura rzecznika w dniu 21 marca 2005 r. W kontekście powyższego wywodu zastanawia decyzja rzecznika o podjęciu postępo-

⁴⁵ P. Konieczniak, *O pewnych problemach szczególnych w stosowaniu rozdziału 5 ustawy o izbach lekarskich (odpowiedzialność zawodowa)*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 3/4, s. 131–135.

wania w chwili zakończenia śledztwa przez prokuraturę, skoro postanowieniem z dnia 27 maja 2003 r. OSL zawiesił postępowanie do czasu zakończenia postępowania karnego, wskazując, iż orzeczenie zapadłe przed sądem powszechnym będzie miało istotne znaczenie w kwestii odpowiedzialności zawodowej. Pięć dni później rzecznik dokonał autokorekty swojej decyzji, bowiem w dniu 11 kwietnia 2005 r. zwrócił się do OSL ponownie z wnioskiem o zawieszenie postępowania do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego, a w dniu 14 kwietnia 2005 r. OSL postanowił postępowanie zawiesić.

Ponadto rzecznik mógł zwrócić się do sądu lekarskiego z wnioskiem o zawieszenie postępowania w przypadku: dłuższej nieobecności w kraju, psychicznej choroby lub innej ciężkiej choroby lekarza, wobec którego toczyło się postępowanie (§ 17 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.) oraz na czas trwania innej przeszkody uniemożliwiającej prowadzenie postępowania § 45 regulaminu czynności rzecznika z 1991 r. Ze względu na fakt, że lekarz C została tymczasowo aresztowana w dniu 4 marca 2001 r., rzecznik zwrócił się w dniu 22 marca 2001 r. z wnioskiem o zawieszenie postępowania wyjaśniającego do czasu ustania środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania, a okręgowy sąd lekarski w dniu 5 kwietnia 2001 r. postanowił postępowanie zawiesić. Gdy do rzecznika wpłynęła w dniu 26 września 2001 r. informacja z prokuratury o uchyleniu tymczasowego aresztowania lekarza C, z dniem 1 października 2001 r. podjął on zawieszony postępowanie. Również wobec lekarza B sąd karny zastosował środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania od dnia 15 listopada 2002 r., który uchylono z dniem 11 marca 2003 r., ale rzecznik prowadził w tym czasie postępowanie.

Należy wspomnieć, że dwukrotnie sami lekarze, których dotyczyło postępowanie, zwracali się do rzecznika z wnioskiem o zawieszenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej do czasu prawomocnego ukończenia postępowania karnego, toczącego się o ten sam czyn. Lekarz C w dniu 23 października 2001 r. zwróciła się z prośbą o zawieszenie toczącego się postępowania dyscyplinarnego do czasu wyjaśnienia sprawy przez sąd karny, gdyż jej zdaniem postępowanie dyscyplinarne powinno toczyć się dopiero po zakończeniu procesu karnego. Podobnie lekarz D w dniu 5 listopada 2005 r. wystąpił do rzecznika z wnioskiem o zawieszenie postępowania, podczas gdy sprawa karna była już zawisła przed sądem okręgowym. Oba wnioski spotkały się z odmową ze strony rzecznika. Warto powtórzyć za R. Giętkowskim, że polski ustawodawca generalnie odrzuca w stosunku do postępowań dyscyplinarnych zasadę *ne bis in idem*, stanowiąc w większości ustaw dyscyplinarnych, w tym w ustawie o izbach z 1989 r., że czyn będący przewinieniem dyscyplinarnym, wypełniający jednocześnie znamiona przestępstwa, podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej niezależnie od odpowiedzialności karnej, a postępowanie dyscyplinarne toczy się niezależnie od postępowania karnego o ten sam czyn. Bliskość odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej nie oznacza ich tożsamości, choć obie noszą represyjny charakter. Jednak w trybie postępowania dyscyplinarnego w ogóle nie może dojść do skazania (uniewinnienia) za przestępstwo, dlatego orzekanie w sprawie dyscyplinarnej nie narusza zakazu ponownego karania za przestępstwo, w sprawie którego zapadł prawomocny wyrok⁴⁶. I odwrotnie – uniewin-

⁴⁶ R. Giętkowski, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 117.

nienie przez sąd karny nie oznacza niedopuszczalności ukarania w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

W postępowaniu karnym można stosować środki zapobiegawcze, m.in. w postaci tymczasowego zawieszenia podejrzanego w wykonywaniu zawodu. Postanowieniem prokuratora z dnia 15 grudnia 2000 r. lekarz A został zawieszony w wykonywaniu zawodu, a postanowieniem prokuratora z dnia 16 listopada 2004 r. taki sam środek zapobiegawczy zastosowano wobec lekarza E. W odróżnieniu od postępowania karnego, przepisy regulujące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie przewidywały możliwości zastosowania takiego środka zabezpieczającego ani na etapie postępowania wyjaśniającego, ani na etapie postępowania sądowego, a jedynie wobec ukaranego lekarza i to do czasu uprawomocnienia się wyroku. Tylko w przypadku orzeczenia w I instancji kary zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu, sąd lekarski na wniosek rzecznika lub sam z urzędu mógł wydać postanowienie o tymczasowym zawieszeniu lekarza w czynnościach zawodowych, które to postanowienie było natychmiast wykonalne (art. 43 ustawy o izbach lekarskich z 1989 r.). Jeżeli okres tymczasowego zawieszenia trwał dłużej niż trzy miesiące, obowiązek zbadania zasadności tego zwieszenia spoczywał na NSL.

Jeżeli wynik postępowania wyjaśniającego potwierdzał zasadność zarzutów stawianych lekarzowi, którego dotyczyło postępowanie, to w myśl § 27 rozporządzenia z 1990 r. rzecznik składał właściwemu sądowi wniosek o ukaranie. Treść wniosku o ukaranie określał § 27 rozporządzenia z 1990 r. wskazując, że powinien zawierać dane personalne lekarza oraz dokładne określenie zarzucanego przewinienia zawodowego ze wskazaniem czasu, miejsca, sposobu i okoliczności jego popełnienia oraz skutków z niego wynikających, a także dane świadków podlegających wezwaniu na rozprawę. Rzecznik obligatoryjnie wniosek uzasadniał, a § 69 regulaminu z 1991 r. doprecyzowywał, że w uzasadnieniu należy przytoczyć fakty, na których obwinienie się opierało i relacjonować okoliczności, na które obwiniony lekarz powoływał się w swojej obronie. Należy zaznaczyć, że lekarz, przeciwko któremu został sporządzony wniosek o ukaranie, na podstawie § 1 pkt 7) rozporządzenia z 1990 r. stawał się lekarzem obwinionym.

Tabela 7

Zestawienie terminów zakończenia postępowania wyjaśniającego i złożenia wniosku o ukaranie w poszczególnych postępowaniach wyjaśniających

Lekarz	Data zamknięcia postępowania wyjaśniającego	Data złożenia wniosku o ukaranie
Lekarz A	05.04.2002 r.	23.07.2002 r.
Lekarz B	15.07.2003 r.	24.07.2003 r.
Lekarz C	29.01.2002 r.	20.02.2002 r.
Lekarz D	21.11.2005 r.	19.12.2005 r.
Lekarz E	23.06.2008 r.	08.07.2008 r.

Źródło: Materiały udostępnione przez rzecznika.

Ani rozporządzenie z 1990 r., ani regulamin z 1991 r. nie przewidywały żadnych terminów do sporządzenia wniosku o ukaranie. Kontrowersyjne jednak byłoby zastosowanie odnośnego terminu wynikającego z art. 331 § 1 k.p.k., który obliguje prokura-

tora do sporządzenia wniosku oskarżenia w ciągu 14 dni od daty zamknięcia śledztwa, gdyż lekarzowi przysługiwało prawo składania dodatkowych wyjaśnień oraz wniosków dowodowych w terminie 14 dni od daty doręczenia postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego (§ 24 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r.). Z analizy danych zawartych w tabeli 7 wynika, iż w przypadku rzeczników prowadzących postępowanie w sprawie lekarzy C i D wnioski zostały sporządzone w terminie odpowiednio 3 i 4 tygodni od zakończenia postępowania wyjaśniającego. W postępowaniu w sprawie lekarza A wniosek o ukaranie został sporządzony po upływie ponad 3 miesięcy od daty zamknięcia postępowania wyjaśniającego. Z akt sprawy wynika, że pierwotna treść sporządzonego przez rzecznika wniosku o ukaranie została zakwestionowana przez NROZ i dopiero po jego sprostowaniu zgodnie ze wskazówkami NROZ, wniosek ten ostatecznie został sporządzony w dniu 23 lipca 2002 r. Takie nadzorcze uprawnienia NROZ wynikały z § 13 regulaminu rzeczników z 1991 r. i przejawiać się mogły w postaci m.in.: badania akt, wyjaśniania kwestii budzących wątpliwości, zwracania uwagi na występujące nieprawidłowości, a także udzielania w razie potrzeby wskazówek i zaleceń. Działalność nadzorcza NROZ miała m.in.: koncentrować się na ocenie organizacji pracy rzeczników, prawidłowości dokonywanych czynności i ich terminowości, poziomie przygotowywanych dokumentów. W postępowaniu dotyczącym lekarza B rzecznik wydał w dniu 15 lipca 2003 r. postanowienie o jego zamknięciu, które zawierało informację o uprawnieniu do zapoznania się lekarza z zebranymi dowodami oraz do złożenia dodatkowych wyjaśnień lub wniosków dowodowych w ciągu 14 dni od doręczenia postanowienia o zamknięciu postępowania. Nie czekając jednak na upływ wskazanego 14-dniowego terminu do złożenia dodatkowych wyjaśnień przez lekarza B, rzecznik sporządził wniosek o ukaranie w dniu 24 lipca 2003 r. Prawidłowo postąpił rzecznik działający w sprawie lekarza E, gdyż sporządził wniosek o ukaranie natychmiast po upływie 14-dniowego terminu od daty zaznajomienia się podejrzanego z materiałami zgromadzonymi w postępowaniu. Z akt sprawy wynika, że w dniu 23 czerwca 2008 r. lekarzowi E zostały przedstawione zarzuty, następnie umożliwiono mu zapoznanie się z całością zgromadzonego w postępowaniu materiału (w aktach protokół zaznajomienia z materiałami postępowania wyjaśniającego). Tego samego dnia rzecznik wydał postanowienie o zamknięciu postępowania, a następnie w dniu 8 lipca sporządził wniosek o ukaranie. W przepisowym 14-dniowym terminie lekarz E nie zgłosił potrzeby złożenia dodatkowych wyjaśnień, ani też nie złożył wniosków dowodowych.

O skierowaniu wniosku o ukaranie do sądu lekarskiego rzecznik zawiadamiał pokrzywdzonego, obwinionego lekarza i właściwą okręgową izbę lekarską (§ 27 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r.). Z chwilą złożenia przez rzecznika wniosku o ukaranie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy wkraczało w fazę sądowniczą. Postępowanie sądowe toczyło się dwuinstancyjnie, gdyż zgodnie z brzmieniem art. 46 ustawy o izbach lekarskich z 1989 r. sprawy odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpatrywały okręgowe sądy lekarskie orzekając jako I instancja, a NSL rozpatrywał odwołania od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich. W analizowanych sprawach po wpłynięciu do sądu lekarskiego wniosku o ukaranie i zapoznaniu się z jego treścią, przewodniczący sądu we wszystkich przypadkach skierował sprawy do rozpoznania na rozprawie (§ 29 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.).

Tabela 8

Zestawienie terminarza pierwszej rozprawy ze sporządzeniem wniosku o ukaranie

Lekarz	Data sporządzenia wniosku o ukaranie	Data doręczenia wniosku obwinionemu lekarzowi	Termin pierwszej rozprawy
Lekarz A	23.07.2002 r.	04.10.2002 r.	29.10.2002 r.
Lekarz B	24.07.2003 r.	15.10.2003 r.	06.11.2003 r.
Lekarz C	20.02.2002 r.	26.04.2002 r.	23.05.2002 r.
Lekarz D	19.02.2005 r.	24.02.2006 r.	20.04.2006 r.
Lekarz E	08.07.2008 r.	05.09.2008 r.	10.10.2008 r.

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

W przepisach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie znajdowało się żadne wskazanie, w jakim terminie od daty wpłynięcia wniosku powinna zostać wyznaczona rozprawa. W tej sytuacji należało odwołać się do art. 348 k.p.k., który obliuguje do wyznaczenia i przeprowadzenia rozprawy bez nieuzasadnionej zwłoki i przyjąć, że obowiązywał on również w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Z kolei § 31 ust. 2 rozporządzenia wyraźnie precyzował, że pomiędzy terminem doręczenia obwinionemu lekarzowi wniosku o ukaranie, a terminem rozprawy powinno być upłynąć co najmniej 14 dni. W razie niezachowania tego terminu obwiniony lekarz lub jego obrońca mógł żądać odroczenia rozprawy. W oparciu o dane zamieszczone w tabeli powyżej należy stwierdzić, że terminy pierwszej rozprawy wyznaczane były prawidłowo we wszystkich analizowanych sprawach.

Przewodniczący sądu kierując sprawę do rozpoznania na rozprawie wydawał stosowne zarządzenia przygotowujące rozprawę (§ 29 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.). E. Zielińska zwraca uwagę na to, że w okresie obowiązywania ustawy z 1989 r. i rozporządzenia z 1990 r. poza przepisem, który stanowił, że przewodniczący sądu lekarskiego ustala skład orzekający i wyznacza przewodniczącego składu [§ 4 ust. 2 pkt 2) rozporządzenia z 1990 r.], przepisy milczały co do zasad, według których miał nastąpić wybór członków sądu dyscyplinarnego. Dalej E. Zielińska podaje, że w praktyce niektórych sądów utarł się zwyczaj dobierania do składu lekarzy tej samej lub zbliżonej specjalności, jaką ma lekarz, którego sprawa dotyczy, co podyktowane jest tym, że będą oni potrafili wszechstronnie zbadać materiał dowodowy i dokonać prawidłowej oceny. Jednakże dobór taki nie był pozbawiony wad, gdyż po pierwsze, osoby takie mogły przejawiać skłonność do zastępowania biegłego, a po drugie, mógł sugerować dobór sędziów pod kątem rezultatu, jaki chce się uzyskać, co w dalszej konsekwencji prowadziłoby do osłabienia zaufania do organów orzekających w sprawach przewinień zawodowych. Nie bez znaczenia był też argument związany z nierównomiernym obciążeniem pracą członków sądu lekarskiego⁴⁷. W drodze zarządzenia przewodniczącego sądu na rozprawę wzywany był obwiniony lekarz oraz o terminie rozprawy zawiadamiani byli obrońca lekarza oraz rzecznik odpowiedzialności zawodowej (§ 31 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.). Ponadto przewodniczący sądu zarządzał wezwanie świadków, biegłych oraz przedstawienie innych dowodów wskazanych we wniosku o ukaranie, a także w innych uzasadnionych wnioskach zgłoszonych przez strony przed rozpoczęciem rozprawy (§ 31 ust. 4 rozporządzenia z 1990 r.). Jak wskazuje

⁴⁷ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 231–234.

E. Zielińska przedstawienie dowodów zgłoszonych przez strony przed rozpoczęciem rozprawy w innych uzasadnionych wnioskach stanowi pośrednie (a zatem wadliwie skonstruowane) określenie uprawnień stron do zgłaszania dowodów również w tej fazie postępowania. Dlatego opowiadała się ona za dopuszczalnością odpowiedniego stosowania art. 338 § 1 i 2 k.p.k., który stanowi jasno, że oskarżony jest wzywany do składania wniosków dowodowych w terminie 7 dni od daty doręczenia aktu oskarżenia oraz ma prawo wniesienia pisemnej odpowiedzi na akt oskarżenia. Bowiernie umożliwienie lekarzowi złożenia pisemnej odpowiedzi na wniosek o ukaranie i złożenie wniosków dowodowych wydaje się jak najbardziej pożądane ze względu na cel, jakim jest ułatwienie dotarcia do prawdy materialnej⁴⁸.

Wezwanie na rozprawę dotyczyło tylko obwinionego lekarza i rzecznika. Praktycznie rzecz biorąc, pokrzywdzony nie brał udziału w rozprawie, chyba, że został wezwany w charakterze świadka. Pokrzywdzonemu nie przysługiwało również prawo ustanowienia pełnomocnika. Z kolei § 29 ust. 2 i 3 dotyczące doręczania niektórych postanowień sądu lekarskiego oraz prawa do złożenia zażalenia na te postanowienia, a także § 44 ust. 3 dotyczący doręczenia odpisu orzeczenia rozgraniczały obowiązek doręczenia na doręczenie stronom oraz doręczenie pokrzywdzonemu. Powyższe argumenty zdaniem E. Zielińskiej przemawiały przeciwko uznaniu pokrzywdzonego za stronę postępowania sądowego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza⁴⁹, wobec czego postulowała ona, by w przyszłości jednoznacznie rozstrzygnąć tę kwestię poprzez wyraźne uznanie pokrzywdzonego za stronę postępowania, motywując to koniecznością zarówno wzmocnienia ochrony interesów pokrzywdzonego i poddania postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej szerszej kontroli społecznej, choć ten ostatni argument jest co najmniej dyskusyjny.

Udział rzecznika odpowiedzialności zawodowej w rozprawie był obowiązkowy (§ 31 ust. 5 rozporządzenia z 1990 r.), albowiem w roli oskarżyciela stawał się on stroną postępowania sądowego. Z kolei nieusprawiedliwione niestawiennictwo lekarza lub jego obrońcy na rozprawie nie stanowiło przeszkody do rozpoznania sprawy, chyba, że sąd lekarski uznał ich obecność za konieczną (§ 31 ust. 6 rozporządzenia z 1990 r.).

Rozprawa przed sądem lekarskim co do zasady była jawna, ale tylko dla członków samorządu lekarskiego (§ 5 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.). Dlatego sąd nawet nie był zobowiązany zawiadomić pokrzywdzonego o terminie rozprawy, chyba, że jak wspomniano wcześniej, wzywał go do stawiennictwa w charakterze świadka. Trudno jednak stwierdzić jednoznacznie, że obecność pokrzywdzonego na sali rozpraw, po złożeniu przez niego zeznań w charakterze świadka, nie była wobec powyższego dopuszczalna. Sąd lekarski mógł też wyłączyć jawność postępowania w przypadkach przewidzianych przepisami k.p.k. (art. 359 i 360 k.p.k.). Wyłączenie jawności rozprawy w sądzie lekarskim mogło mieć miejsce, jeżeli rozpatrywany był wniosek rzecznika o umorzenie postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy lub w przypadku spraw o pomówienie lub znieważenie (o ile pokrzywdzony wystąpił z wnioskiem o wyłączenie jawności) oraz wtedy, gdyby jawność mogła: 1) wywołać zakłócenie spokoju publicznego, 2) obrażać dobre obyczaje, 3) ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy, 4) naru-

⁴⁸ Ibidem, s. 289–290.

⁴⁹ Ibidem, s. 190–200.

szyc ważny interes prywatny. Nie budzi żadnych wątpliwości decyzja sądu lekarskiego z dnia 10 października 2008 r., kiedy to postanowił wyłączyć w całości jawność rozprawy toczącej się w sprawie lekarza E, ze względu na charakter zarzucanych mu przewinień oraz wiek pokrzywdzonej. W postępowaniu toczącym się przed sądem karnym wyłączono jawność rozprawy w dniu 2 marca 2005 r.

Przewodniczący składu orzekającego sądu lekarskiego kierował rozprawą i czuwał nad jej prawidłowym przebiegiem (§ 34 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.). Rozprawa odbywała się ustnie i rozpoczynała się od odczytania wniosku o ukaranie przez rzeczownika, po czym przewodniczący sądu lekarskiego zwracał się do obwinionego lekarza o złożenie wyjaśnień. Następnie sąd przesłuchiwał świadków i biegłych, oceniał dokumenty i przeprowadzał inne dowody (§ 36 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.). Obowiązkiem sądu było dążenie do wszechstronnego zbadania wszystkich istotnych okoliczności sprawy i w tym celu sąd mógł z urzędu dopuszczać wszelkie dowody, jeśli uznał, że były potrzebne do uzupełnienia materiału (§ 34 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.). Sąd mógł więc posiłkować się materiałami zgromadzonymi w sprawach karnych, po ich uprzednim dopuszczeniu jako dowodu w sprawie o przewinienie zawodowe. Stosując odpowiednio przepisy art. 393 § 1 oraz art. 393 § 1 k.p.k., sąd lekarski mógł dopuścić jako dowód i odczytać na rozprawie sporządzone w postępowaniu karnym protokoły: zeznań świadków, oględzin, przeszukania; opinie biegłych. Sąd lekarski, mógł również odczytywać na rozprawie wyjaśnienia oskarżonego lekarza złożone wcześniej przed sądem w sprawie karnej lub cywilnej (art. 389 § 1 k.p.k.) oraz wyjaśnienia lekarza złożone w postępowaniu wyjaśniającym, zwłaszcza, gdy lekarz nie stawiał się na rozprawę, a jego niestawiennictwo było nieusprawiedliwione.

Jedną z dyrektyw procesu karnego jest zasada szybkości i ciągłości rozprawy, wyrażona w art. 366 § 2 k.p.k., która zobowiązuje do dążenia do rozstrzygnięcia sprawy na pierwszej rozprawie. Niemniej istotną kwestią było zapobieganie przewlekłości postępowania przed sądem lekarskim, a wobec braku stosownego przepisu wśród przepisów regulujących odpowiedzialność zawodową lekarzy należało implementować odnośną dyrektywę procesu karnego. Zatem zarządzanie przerwy w rozprawie lub jej odraczenie powinny być następować tylko wyjątkowo. W tym duchu należało odczytywać brzmienie § 36 rozporządzenia z 1990 r., który umożliwiał sądowi lekarskiemu zarządzić przerwę w rozprawie lub odroczyć rozprawę. Rozprawa po przerwie z zasady toczyła się dalej, a rozprawa odroczonej prowadzona była od początku, a tylko wyjątkowo mogła być prowadzona w dalszym ciągu, o ile skład sądu nie uległ zmianie (art. 404 § 2 k.p.k.). Zarządzenie przerwy w rozprawie mogło nastąpić tylko z ważnych powodów na okres nie dłuższy niż 21 dni. Dopiero wtedy, gdy zarządzenie przerwy nie było wystarczające, można było rozprawę odroczyć (art. 404 § 1 k.p.k.). Odroczenie rozprawy mogło mieć charakter obligatoryjny lub fakultatywny (§ 36 ust. 4 i 5 rozporządzenia z 1990 r.). Obligatoryjnie sąd odracał rozprawę w razie niestawiennictwa rzeczownika, usprawiedliwionego niestawiennictwa obwinionego lekarza, niestawiennictwa obwinionego lekarza, którego obecność sąd uznał za konieczną, niestawiennictwa obwinionego lekarza, któremu wezwanie nie zostało doręczone. Natomiast fakultatywnie, czyli kierując się własnym uznaniem, sąd lekarski mógł (ale nie musiał) odroczyć rozprawę w razie niestawiennictwa świadka lub biegłego albo z innej ważnej przyczyny. Jeżeli w toku rozprawy zostały ujawnione okoliczności,

wskazujące na popełnienie przez obwinionego lekarza innego przewinienia, nieobjętego wnioskiem o ukaranie, sąd odraczał rozprawę, chyba, że strony zgodziły się na rozpoznanie sprawy na tej samej rozprawie w zakresie rozszerzonym o nowe zarzuty (§ 37 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.).

Tabela 9

Terminarz rozpraw sądu lekarskiego w I instancji

Lekarz	Data rozpraw OSL
Lekarz A	29.10.2002 r., 19.11.2002 r., 13.11.2003 r., 28.11.2003 r.
Lekarz B	06.11.2003 r.
Lekarz C	23.05.2002 r.
Lekarz D	20.04.2006 r., 16.05.2006 r.
Lekarz E	10.10.2008 r., 24.11.2008 r.

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Powyższe dane uwidoczniły, iż w dwóch postępowaniach wystarczające do wydania orzeczenia było przeprowadzenie jednej rozprawy. W postępowaniu sądowym dotyczącym obwinionego lekarza A rozprawy dobywały się w czterech terminach. Ze względu na niestawiennictwo świadka na pierwszej rozprawie w dniu 29 października 2002 r., na której obwiniony lekarz A zaprzeczył wszystkim zarzutom i odmówił złożenia wyjaśnień, sąd zdecydował o wyznaczeniu drugiego terminu i ponownie wezwał świadka. Ze względu na fakt, że na rozprawie w dniu 19 listopada 2002 r. świadek ponownie nie stawiał się, na wniosek rzecznika sąd postanowił o zwrocie sprawy do uzupełnienia postępowania wyjaśniającego o materiały zgromadzone w śledztwie. W dniu 16 stycznia 2003 r. zostały wydane kserokopie akt, o które wnioskował rzecznik do sądu okręgowego. Następnie przeprowadzono przesłuchania czterech świadków, których przesłuchano w okresie od 27 lutego 2003 r. do 27 marca 2003 r. Na kolejnej rozprawie w dniu 13 listopada 2003 r. obwiniony lekarz A złożył wniosek o zmianę terminu rozprawy ze względu na fakt, że nie zdążył zapoznać się z aktami sprawy. W dniu poprzedzającym rozprawę wpłynął wniosek od obwinionego o wyznaczenie nowej daty rozprawy. Na rozprawie w dniu 28 listopada 2003 r. obwiniony nie stawiał się, a sąd uznał złożony przez niego wniosek za nieważny ze względu na brak podpisu wnioskodawcy. I przeprowadził rozprawę pod nieobecność obwinionego. W postępowaniu sądowym dotyczącym obwinionego lekarza D z powodu jego niestawiennictwa w pierwszym terminie rozprawy w dniu 20 kwietnia 2006 r. sąd postanowił odroczyc rozprawę na dzień 16 maja 2006 r. druga rozprawa odbyła się pod nieobecność obwinionego, którego niestawiennictwo sąd uznał za nieusprawiedliwione. Podobnie obwiniony lekarz E prawidłowo powiadomiony nie stawiał się na rozprawie ani w dniu 10 października 2008 r., ani 24 listopada 2008 r., a terminy te były uzasadnione przeprowadzeniem przesłuchania dwóch pokrzywdzonych w charakterze świadków.

Przy wyrokowaniu sąd lekarski opierał się o materiał ujawniony w toku rozprawy (§ 40 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.), co stanowiło odzwierciedlenie w przepisach o odpowiedzialności zawodowej lekarzy obowiązującej w polskim procesie karnym zasady bezpośredniości. Zasada ta wymaga, aby orzekający w sprawie sąd opierał ustalenia faktyczne wyłącznie na dowodach przeprowadzonych w czasie rozprawy,

wtedy kiedy sąd bezpośrednio zetknął się z dowodami. W związku z tym sąd powinien był wykazywać w protokole rozpraw sposób ujawnienia materiału dowodowego, który mógł nastąpić również przez odczytanie lub uznanie za zgodą stron (§ 36 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.). Następnie całości kształt dowodów zebranych w toku postępowania podlegał ocenie sądu lekarskiego, który powinien był swobodnie kształtować swe przekonanie (§ 2 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.). Taka treść rozporządzenia *de facto* odzwierciedlała skodyfikowaną w art. 7 k.p.k. zasadę swobodnej oceny dowodów, kładącą nacisk na uwzględnienie w tej swobodnej ocenie również zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. W § 2 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r. podkreślono ponadto konieczność uwzględnienia przez sąd lekarski okoliczności przemawiających zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść obwinionego lekarza, co z kolei jest powtórzeniem zawartej w art. 4 k.p.k. zasady obiektywizmu postępowania karnego (zwanej również zasadą bezstronności). Gwarancją zachowania zasady obiektywizmu była instytucja wyłączenia sędziego ze składu orzekającego, uregulowana w § 32 rozporządzenia z 1990 r. Wyłączenie sędziego mogło nastąpić na warunkach przewidzianych w przepisach k.p.k. lub na wniosek lekarza, który był uprawniony do wyłączenia jednego, wskazanego przez siebie członka składu orzekającego. Obwiniony lekarz powinien był złożyć wniosek o wyłączenie w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o terminie rozprawy lub od chwili dowiedzenia się o przyczynie, o ile o przyczynie wyłączenia dowiedział się później. Zdaniem E. Zielińskiej złożenie przez lekarza wniosku o wyłączenie jednego członka składu orzekającego powinno było automatycznie skutkować wyłączeniem członka składu, gdyż było to prawem obwinionego i jego wola powinna być uszanowana, chociaż sąd nie miał podstaw do oceny zasadności takiego wniosku (w związku z brakiem konieczności uzasadnienia takiego wniosku przez składającego go obwinionego lekarza)⁵⁰. W żadnym z analizowanych postępowań nie doszło do wyłączenia członka składu orzekającego ani z mocy samego prawa ani też nie złożono wniosku o wyłączenie.

Jeżeli sąd lekarski stwierdził, że zostało popełnione przewinienie zawodowe, to przystępował do wymierzenia kary, korzystając przy tym z zapożyczonej z prawa karnego fundamentalnej zasady *nulla poena sine lege*. W konsekwencji sąd lekarski wymierzając karę wobec obwinionego lekarza mógł orzec tylko i wyłącznie karę wyraźnie przewidzianą przez ustawę. Taki zamknięty katalog kar zawarty był w art. 42 § 1 ustawy o izbach z 1989 r., w którym kary uszeregowano od najłagodniejszej w postaci upomnienia do najsurowszej w postaci pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Jak sygnalizowano wcześniej, niezwykle lakonicznie ujęte zostały dyrektywy wymiaru kary obowiązujące sądy lekarskie, wymienione w § 40 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r. Brak w ustawie o izbach lekarskich z 1989 r. odesłania w tym względzie do przepisów k.k. był niewątpliwie luką, wymagającą pilnej korekty przez ustawodawcę. Problematyka wymiaru kary zasługuje jednak na szersze omówienie. Korzystając z dorobku literatury warto wskazać na zasady i dyrektywy wymiaru środków odpowiedzialności dyscyplinarnej, które wskazał R. Giętkowski, wykorzystując przy tym konstrukcje zasad i dyrektyw wymiaru środków odpowiedzialności przyjmowane w nauce prawa karnego⁵¹. Do zasad wymiaru środków odpowiedzialności dyscyplinarnej zaliczył on:

⁵⁰ Ibidem, s. 236.

⁵¹ R. Giętkowski, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 303–319.

zasadę swobodnego uznania organu dyscyplinarnego, niepołączalności kar, humanitaryzmu, stopniowalności środków odpowiedzialności, indywidualizacji tych środków, ich oznaczalności oraz zasadę zaliczania okresu tymczasowego zawieszenia w czynnościach zawodowych na poczet orzeczonej kary. Obowiązki zasady swobodnego uznania organu dyscyplinarnego należy przyjąć m.in. ze względu na zasadę prawa karnego, wyrażoną w art. 53 § 1 k.k.: „sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych przez ustawę”. Zasadę tę można wywodzić również z zasady niezawisłości sądu lekarskiego, wyrażonej w art. 54 ustawy o izbach z 1989 r., która brzmi: „członkowie sądów lekarskich w zakresie orzekania są niezawisli i podlegają tylko ustawom oraz obowiązującym zasadom etyki i deontologii zawodowej”. Swobodne uznanie organu dyscyplinarnego dotyczy zarówno wyboru środka dyscyplinarnego (kary), jak i ukształtowania jego treści, co nie oznacza jednak dowolności, bowiem prawo wyznacza jakie kary mogą być orzeczone i wskazuje dyrektywy ich wymiaru. Wypada zauważyć, że granice tej swobody są szersze niż w prawie karnym, gdzie ustawa każdemu typowi przestępstwa przyporządkowuje określone kary, a w przypadku pozbawienia wolności dodatkowo wskazuje przedziały w jakich ma mieścić się jej wymiar. Odnosząc się do zasady niepołączalności kar R. Giętkowski odwołuje się do twierdzeń doktryny, że jeśli ustawa nie stanowi inaczej w reakcji na jedno przewinienie dyscyplinarne można orzec tylko jedną karę dyscyplinarną. Zasada ta pośrednio wynika również z § 41 rozporządzenia z 1990 r., który precyzuje warunki orzeczenia kary łącznej w razie jednoczesnego ukarania lekarza za kilka przewinień zawodowych. Sąd lekarski wymierza oddzielne kary za poszczególne przewinienia, a następnie wymierza jedną karę łączną za wszystkie czyny, kierując się zawartymi w tym przepisie zasadami⁵². Kolejna zasada wymiaru środków dyscyplinarnych to zasada humanitaryzmu nie miała oparcia w przepisach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy obowiązujących przed rokiem 2009. Zasadę tę wywieść można z art. 40 Konstytucji RP, który zakazuje nieludzkiego lub poniżającego karania, oraz art. 30 zobowiązującego władze publiczne do poszanowania i ochrony godności człowieka, która jest przyrodzona, niezbywalna i nienaruszalna, a ponadto do art. 3 k.k., który stanowi, że kary oraz inne środki stosowane w k.k. stosuje się z uwzględnieniem zasad humanitaryzmu, w szczególności z poszanowaniem godności człowieka. Jak wskazuje R. Giętkowski wymierzanie środków odpowiedzialności dyscyplinarnej musi następować z ludzkim podejściem do obwinionego, z poszanowaniem jego godności i w żadnym razie nie może służyć jego poniżeniu czy sprawieniu mu nieuzasadnionych dolegliwości. Zasada stopniowalności środków odpowiedzialności zawodowej wynika z uporządkowania kar dyscyplinarnych w ustawowych katalogach od najłagodniejszej do najsurowszej i dlatego R. Giętkowski uważa, że sięgnięcie po środki najsurowsze powinno nastąpić, gdy środki łagodniejsze okażą się w danych

⁵² § 41 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.: Przy orzekaniu kary łącznej stosuje się następujące zasady: 1) w przypadku orzeczenia kar upomnienia i nagany wymierza się karę łączną nagany, 2) kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu nie wyłącza orzeczenia kary upomnienia lub nagany, 3) przy orzeczeniu za kilka przewinień kar zawieszenia prawa wykonywania zawodu kara łączna nie może przekroczyć 3 lat, 4) przy orzeczonych za kilka przewinień karach różnych rodzajowo i kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu wymierza się karę łączną pozbawienia praw wykonywania zawodu.

okolicznościach niewystarczające. Następną zasadę indywidualizacji środków odpowiedzialności dyscyplinarnej należy rozumieć szeroko jako wymóg dostosowania wymierzonej kary do konkretnej osoby, charakteru jego motywów, sposobu działania, właściwości i warunków osobistych, podatności na działanie prewencyjne kary. Zasada oznaczoności środków odpowiedzialności dyscyplinarnej wymaga od organu orzekającego rozstrzygnięć nie tylko co do rodzaju kary, ale co do jej wysokości. Natomiast zasada zaliczania okresu tymczasowego zawieszenia w czynnościach zawodowych była odzwierciedlona w § 57 rozporządzenia z 1990 r. i oznacza, że w przypadku orzeczenia kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu okres tego tymczasowego zawieszenia w czynnościach zawodowych powinien być zaliczony na poczet tej kary. Sądy lekarskie powinny być kierować się nie tylko wymienionymi wyżej zasadami wymiaru środków dyscyplinarnych, ale brać pod uwagę nieco bardziej szczegółowe wskazówki, zwane dyrektywami wymiaru środków dyscyplinarnych. Niektóre z nich wymienione są w § 40 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r., choć regulacje tego typu powinny być mieć wyłącznie charakter ustawowy. R. Giętkowski wskazuje następujące dyrektywy: 1) dyrektywę stopnia winy; 2) dyrektywę stopnia społecznej szkodliwości czynu; 3) dyrektywę osiągania celów zapobiegawczych i wychowawczych względem obwinionego (dyrektywa szczególnieprewencyjno-wychowawcza); 4) dyrektywa kształtowania świadomości prawnej członków właściwej organizacji publicznej (dyrektywa ogólnoprewencyjna); 5) dyrektywa uwzględniania okoliczności dotyczących sprawcy (takich jak np. jego pobudki działania, zachowanie przed i po popełnieniu przewinienia, stosunek do popełnionego czynu, właściwości i warunki osobiste sprawcy, jego postawa); 6) dyrektywa uwzględniania okoliczności czynu (takich jak np. sposób jego popełnienia, rodzaj i stopień naruszenia ciężących na obwinionym obowiązków, skutki czynu). Wymienione dyrektywy wskazują jedynie jakie okoliczności powinny zostać uwzględnione przy orzekaniu kary, ale nie przesądzają o kierunku tego oddziaływania. O tym, jak daną okoliczność ocenić w konkretnym przypadku będzie decydował organ dyscyplinarny. Należy przypomnieć, że na sąd lekarski nałożono przecież obowiązek uwzględniania okoliczności przemawiających zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść obwinionego lekarza. Nie ulega bowiem wątpliwości, że uwzględnienie zarówno okoliczności łagodzących, jak i obciążających ma wpływ na ostateczne rozstrzygnięcie co do orzekanej kary. Analizując akta spraw pod tym kątem dostrzeżono, że w przypadku lekarza D i E sąd nie wskazał na jakiegokolwiek okoliczności bądź łagodzące, bądź obciążające. W stosunku do lekarza A sąd wyraźnie zaznaczył, że nie doszukał się u obwinionego żadnych okoliczności łagodzących zarówno w jego postępowaniu jako lekarza, jak i podsądnego. Również w sprawie lekarza B sąd zaznaczył, że nie dostrzeża żadnych okoliczności łagodzących, natomiast wskazał na istotną okoliczność obciążającą, jaką był brak skruchy ze strony obwinionego. W sprawie lekarza C ani w charakterze popełnionego przez nią przewinienia, ani w jej późniejszej postawie sąd nie dopatrył się żadnych okoliczności łagodzących. Nie dziwi fakt braku dostrzeżenia przez sądy lekarskie w powyższych sprawach okoliczności przemawiających na korzyść obwinionego, skoro sąd orzekał najsurowszy wymiar kary. Można zastanowić się, czy w związku z tym sąd nie powinien był w tych przypadkach wyraźnie wskazywać, które okoliczności popełnienia czynu uznał za obciążające.

Niezwłocznie po zamknięciu rozprawy członkowie sądu lekarskiego udawali się na tajną naradę i głosowali nad orzeczeniem (§ 39 rozporządzenia z 1990 r.). Następnie przewodniczący ogłaszał stronom orzeczenie podpisane przez skład orzekający, przytaczając ustnie najważniejsze motywy orzeczenia. Ogłoszenie orzeczenia odbywało się w obecności stron (§ 42 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.), czyli rzecznika oraz obwinionego lekarza, gdyż jak stwierdzono wcześniej, w fazie jurysdykcyjnej przepisy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie uznawały pokrzywdzonego za stronę. Brak jednoznacznego uregulowania w przepisach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy kwestii obecności pokrzywdzonego w czasie ogłoszenia wyroku oznacza, iż jego obecność, podobnie jak innych uczestników postępowania, np. świadków lub biegłych, była niedopuszczalna, chyba, że byli oni lekarzami (a postępowanie przed sądem lekarskim co do zasady było jawne dla członków samorządu lekarskiego). W sprawach szczególnie zawiłych sąd lekarski mógł odroczyć ogłoszenie orzeczenia na czas nieprzekraczający 7 dni (§ 42 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.). W rozporządzeniu zostały uregulowane szczegółowe składowe orzeczenia⁵³, które w przypadku orzeczenia skazującego powinny dodatkowo zawierać dokładne określenie przewinienia zawodowego przypisanego obwinionemu lekarzowi przez sąd lekarski oraz rozstrzygnięcie co do kary. Sąd lekarski uzasadniał orzeczenie na piśmie w ciągu 14 dni, a odpisy orzeczeń wraz z uzasadnieniem i pouczeniem o środkach odwoławczych doręczane były stronom oraz obrońcy, o ile został ustanowiony, a także pokrzywdzonemu (§ 44 rozporządzenia z 1990 r.). Obowiązujące wówczas przepisy nie wymagały, by sąd lekarski dokonywał kwalifikacji przewinienia na podstawie KEL lub wskazywał, który przepis prawny o wykonywaniu zawodu lekarza został naruszony.

Tabela 10

Zestawienie kwalifikacji przewinienia zawodowego

Lekarz	Kwalifikacja przewinienia zawodowego
Lekarz A	naruszenie art. 2 § 1 i art. 11 KEL, naruszenie art. 4a ustawy o planowaniu rodziny z 1993 r. oraz naruszenie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy
Lekarz B	naruszenie art. 11 w zbiegu z art. 38 KEL oraz naruszenie art. 4a ustawy o planowaniu rodziny z 1993 r.
Lekarz C	naruszyła art. 1, 2, 4 i 8 KEL oraz art. 4 ustawy o zawodzie lekarza
Lekarz D	naruszenie art. 8 i 32 § 2 KEL; naruszenie art. 4, 18 § 1, 30 i 43 § 3 ustawy o zawodzie lekarza
Lekarz E	naruszenie art. 1 ust. 3 KEL

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Powyższe dane świadczą, iż sądy lekarskie starały się wskazać w orzeczeniach, które zasady KEL oraz przepisy prawa zostały naruszone przez obwinionych lekarzy. Nie zawsze kwalifikacja taka zawarta była w rozstrzygnięciu, czasami znajdowała się w uzasadnieniu do orzeczenia. Choć sądy lekarskie najczęściej trafnie kwalifikowały

⁵³ Orzeczenie powinno zawierać: 1) oznaczenie sądu, który je wydał, oraz nazwiska członków sądu, rzecznika odpowiedzialności zawodowej i protokolanta, 2) datę oraz miejsce rozpoznania sprawy i wydania orzeczenia, 3) imię i nazwisko oraz inne dane określające tożsamość obwinionego lekarza, 4) opis zarzucanego przewinienia zawodowego, 5) rozstrzygnięcie sądu lekarskiego, 6) uzasadnienie.

przewinienia, jednak kilka z nich wymaga uzupełnienia. Przede wszystkim należałoby uzupełnić kwalifikację dokonaną w sprawie przewinień popełnionych przez lekarza E. Naruszenie wskazanego w orzeczeniu art. 1 ust. 3 KEL⁵⁴ może oczywiście stanowić podstawę do uznania lekarza winnym, ale wskazane byłoby oparcie się o inne, bardziej oddające istotę przewinienia zawodowego przepisy KEL. Wydaje się zasadnym wskazanie naruszenia przez lekarza E art. 12 KEL⁵⁵ oraz art. 14 KEL⁵⁶ oraz art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza⁵⁷. Z kolei lekarz A, oprócz wymienionych w orzeczeniu przepisów, na pewno naruszył art. 8 KEL⁵⁸ oraz art. 10 KEL⁵⁹. Podobnie, kwalifikując czyny lekarza B należałoby również dodać art. 8 KEL. Obu lekarzy, A i B, należałoby także uznać winnym naruszenia art. 41 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza⁶⁰. Powstaje jednak pytanie, czy słusznie w orzeczeniu wskazano naruszenie przez lekarza B art. 38 KEL? W kontekście stanu faktycznego celniejsze wydaje się odniesienie do art. 39 KEL⁶¹. Kwalifikując przewinienie popełnione przez lekarza C pominięto art. 4a ustawy o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* z 1993 r. Żaden z lekarzy dokonujących zabiegów przerywania ciąży nie prowadził dokumentacji lekarskiej, zatem należałoby lekarzom A, B i C zarzucić również naruszenie art. 41 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza z 1996 r. Zupełnie nietrafione wydaje się uznanie lekarza D winnym naruszenia art. 32 ust. 2 KEL. Paradoksalnie, wskazany w orzeczeniu przepis właściwie mógłby służyć ekskulpacji obwinionego lekarza. Natomiast należałoby dodać naruszenie przez lekarza D przepisów dotyczących tajemnicy lekarskiej z art. 23 KEL⁶² oraz art. 40 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza z 1996 r.⁶³ W uzasadnieniu wniosku o ukaranie lekarza D rzecznik powołał się na informacje zamieszczone w akcie oskarżenia, iż w postępowaniu karnym postawiono mu zarzut przyjęcia od zakładów pogrzebowych korzyści majątkowej w postaci nienależnego wynagrodzenia w zamian za ujawnienie danych osobowych pacjentów i nakłanianie do skorzystania z usług konkretnych zakła-

⁵⁴ Art. 1 ust. 3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

⁵⁵ Art. 12 ust. 1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Ust. 2. Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

⁵⁶ Art. 14. Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

⁵⁷ Art. 36. 1. Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta.

⁵⁸ Art. 8. Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

⁵⁹ Art. 10 ust. 1. Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych.

⁶⁰ Art. 41. 1. Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

⁶¹ 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.

⁶² Art. 23. Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

⁶³ Art. 40 ust. 1. Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

dów pogrzebowych. Za uchybienie sądu należy uznać pominięcie tej kwestii podczas rozpoznawania sprawy lekarza D.

W nawiązaniu do omówionej wyżej zasady niepołączalności kar wypada szerzej odnieść się do zbiegu przestępstw i ciągu przestępstw oraz związanych z nimi zasad wymierzania kar. Jeżeli ten sam sprawca popełnia dwa lub więcej przestępstw, to mówimy o zbiegu przestępstw i polskie prawo karne przewiduje system wymiaru kary łącznej (art. 85–89a k.k.), gdzie podstawą wymierzenia kary łącznej są kary wymierzone z osobna za poszczególne, zbiegające się przestępstwa. Podobnie § 41 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r. nakładał na sądy lekarskie obowiązek wymierzania kar za poszczególne przewinienia, a następnie wymierzenie jednej kary łącznej, a ust. 2 dodatkowo precyzował zasady łączenia kar. Stosując się do tych zasad sąd orzekający w sprawie obwinionego lekarza E wymierzył: za czyn popełniony 24 października 2002 r. karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 3 lat; za czyn popełniony 9 czerwca 2000 r. wymierzył karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu, następnie wymierzył obwinionemu karę łączną pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Takie orzeczenie zasługuje na pełną aprobatę. Należałoby jeszcze odnieść się do tzw. ciągu przestępstw, który został zdefiniowany w art. 91 § 1 k.k., gdy sprawca popełniał w podobny sposób, w krótkich odstępach czasu, dwa lub więcej przestępstw. W związku z tym na gruncie prawa karnego w przypadku lekarza A oraz lekarza D należałoby sięgnąć do konstrukcji ciągu przestępstw i wówczas sąd powszechny orzekłby karę na podstawie tego przepisu, którego znamiona każde z tych przestępstw wyczerpywało, w wysokości do górnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę, czyli stosując nadzwyczajne obostrzenie kary. Wydaje się, że jednak wykorzystanie na zasadzie analogii instytucji ciągu przestępstw w odniesieniu do odpowiedzialności zawodowej lekarzy było niedopuszczalne nie tylko ze względu na brak odesłania do przepisów k.k., ale również ze względu na brak katalogu przestępstw, w którym do każdego przestępstwa byłaby przyporządkowana kara wraz z określeniem jej dolnej i górnej granicy. Tak więc co do zasady sądy lekarskie powinny były wymierzać kary osobno za każde z przewinień, a następnie karę łączną, ale tego nie stosowały, co zasługuje na krytyczną ocenę.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy było dwuinstancyjne, bowiem od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego można było złożyć odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Tabela 11

**Zestawienie wyroków zapadłych w poszczególnych postępowaniach
w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej**

Lekarz	Data zdarzenia	Wyrok I instancji sądu lekarskiego	Wyrok NSL	Wyrok sądu apelacyjnego
Lekarz A	od stycznia 1999 r. do maja 2000 r.	28 listopada 2003 r.		
Lekarz B	lipiec 2001 r., sierpień 2002 r.	6 listopada 2003 r.	29 czerwca 2004 r.	
Lekarz C	3 marca 2001 r.	23 maja 2002 r.	10 kwietnia 2003 r.	17 stycznia 2005 r.
Lekarz D	od lutego 2000 r. do lipca 2001 r.	16 maja 2005 r.		
Lekarz E	9 czerwca 2000 r.; 24 października 2002 r.	24 listopada 2008 r.	27 maja 2009 r.	

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Rzecznikowi oraz obwinionemu lekarzowi przysługiwało pełne prawo odwołania się, czyli zarówno w zakresie dotyczącym winy jak i kary (§ 46 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.). Pokrzywdzonemu przysługiwało wyłącznie odwołanie w ograniczonym zakresie, tj. w części dotyczącej winy, czyli praktycznie mógł się on odwoływać tylko od orzeczeń uniewinniających (§ 46 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.). Należy zgodzić się z opinią E Zielińskiej, że tak poważne ograniczenie praw pokrzywdzonego jest co najmniej dyskusyjne merytorycznie, a na pewno nie powinno było nastąpić w akcie rangi podustawowej⁶⁴. Odwołanie należało wnieść w terminie 14 dni od daty doręczenia orzeczenia, za pośrednictwem sądu, który wydał zaskarżone orzeczenie, w formie pisemnej wraz z uzasadnieniem odwołania (§ 48 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.) oraz z odpisami dla stron. Sąd lekarski I instancji dokonuje pierwszej kontroli odwołania i może odmówić przyjęcia odwołania, jeżeli zostało wniesione po terminie lub przez osobę nieuprawnioną albo jest niedopuszczalne z mocy ustawy (§ 46 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r.). Od postanowienia o odmowie przyjęcia środka odwoławczego przysługiwało zażalenie do sądu właściwego do rozpoznania odwołania w terminie 14 dni od doręczenia postanowienia (§ 46 ust. 4 rozporządzenia z 1990 r.). Lekarz C orzeczenie sądu I instancji doręczono w dniu 27 czerwca 2002 r. a odwołanie wpłynęło w dniu 9 lipca 2002 r., czyli z zachowaniem terminu. Podobnie orzeczenie sądu doręczono lekarzowi E w dniu 23 grudnia 2008 r. a odwołanie wpłynęło w dniu 6 stycznia 2009 r.. W przypadku lekarza B z powodu braku informacji o doręczeniu orzeczenia wydanego w I instancji niemożliwe jest stwierdzenie, czy dotrzymał on terminu do złożenia odwołania.

Sąd był związany 7-dniowym terminem od daty wpływu odwołania na przekazanie odwołania wraz całością materiału sprawy właściwemu sądowi odwoławczemu. Następnie NSL dokonywał dodatkowej kontroli, polegającej na sprawdzeniu, czy pismo odpowiada warunkom formalnym. W związku z brakiem określenia w przepisach o odpowiedzialności zawodowej warunków formalnych dotyczących odwołania należy zastosować odpowiednio przepisy postępowania karnego, w tym art. 119 k.p.k., który zakreśla warunki formalne dla pism procesowych⁶⁵. W postępowaniu karnym stwierdzenie, że pismo nie odpowiada warunkom formalnym, a brak jest tego rodzaju, że pismo nie może otrzymać biegu, wzywa się osobę, od której pismo pochodzi, do usunięcia braku w terminie 7 dni (art. 120 § 1 k.p.k.). W razie nieuzupełnienia braku w terminie, pismo uznaje się za bezskuteczne, o czym należy pouczyć przy doręczeniu wezwania. Natomiast w razie uzupełnienia braku w terminie, pismo wywołuje skutki od dnia jego wniesienia. (art. 120. § 2. k.p.k.). Ponadto przewodniczący NSL oceniał, czy odwołanie nie zostało wniesione po terminie lub przez osobę nieuprawnioną lub było niedopuszczalne z mocy ustawy. W razie, gdy zaszła jedna z wymienionych wyżej przesłanek przewodniczący NSL kierował sprawę na posiedzenie niejawne, a następnie NSL pozostawiał odwołanie bez rozpoznania (§ 48 ust. 2 i 3 rozporządzenia z 1990 r.). Przepisy nie odnosiły się w ogóle do kwestii możliwości wniesienia zażalenia na postanowienie o pozostawieniu odwołania bez rozpoznania. Jeżeli odwołanie

⁶⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 310–312.

⁶⁵ Art. 119 k.p.k. § 1. Pismo procesowe powinno zawierać: 1) oznaczenie organu, do którego jest skierowane, oraz sprawy, której dotyczy, 2) oznaczenie oraz adres wnoszącego pismo, 3) treść wniosku lub oświadczenia w miarę potrzeby z uzasadnieniem, 4) datę i podpis składającego pismo.

zostało pozostawione bez rozpoznania, to następowało uprawomocnienie się zaskarżonego orzeczenia.

NSL został zobligowany do rozpoznania odwołania tylko w jego granicach (§ 51 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r.), co oznacza, iż wnoszący odwołanie powinien był co najmniej wskazać kierunek odwołania: na korzyść czy na niekorzyść obwinionego lekarza oraz zakres zaskarżenia: czy w całości czy w części orzeczenia. Jednocześnie obwiniony uzyskał pewną gwarancję procesową poprzez wprowadzenie zakazu *reformationis in peius*, czyli zakazu pogarszania sytuacji oskarżonego w procesie, gdy orzeczenie nie zostało zaskarżone na niekorzyść oskarżonego (§ 51 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r.). Jeśli doszło do zaskarżenia orzeczenia na korzyść obwinionego, to nie mogły być zwiększone „dolegliwości” wymierzone w zaskarżonym orzeczeniu. W doktrynie wskazuje się, że chroniąc oskarżonego przed bardziej ujemnymi konsekwencjami w procesie, zakaz *reformationis in peius* eliminuje wszelkie ryzyko, jakie mogłoby się wiązać z zaskarżaniem orzeczenia przez niego lub przez inne osoby na korzyść oskarżonego. Dodatkowo niezależnie od granic odwołania orzeczenie podlegało zmianie na korzyść obwinionego lekarza lub uchyleniu, jeżeli było ono oczywiście niesprawiedliwe (§ 51 ust. 4 rozporządzenia z 1990 r.). Ponadto niezależnie od granic odwołania NSL brał z urzędu pod rozwagę rażące naruszenie prawa oraz istotną odmienną ocenę, co do naruszenia zasad etyki i deontologii lekarskiej. Można jedynie domyślać się, że istotna odmienną ocenę dotyczyć mogła zakwalifikowania przewinienia jako naruszającego inną zasadę etyczno-deontologiczną niż powinna być zastosowana. W wyniku rozpoznania odwołania NSL mógł wydać następujące orzeczenia: 1) utrzymanie w mocy zaskarżonego orzeczenia, 2) uchyleniu zaskarżonego orzeczenia w całości lub w części, 3) zmianie zaskarżonego orzeczenia w całości lub w części. Jeżeli NSL uznawał, że dysponuje dowodami, które pozwalają mu orzec odmiennie co do istoty, to zmieniał zaskarżone orzeczenie w całości lub części lub uchylał je w całości lub części i umarzał postępowanie w odpowiednim zakresie. W przypadkach, gdy zebrane dowody nie były wystarczające, NSL uchylał zaskarżone orzeczenie i przekazywał sprawę do ponownego rozpoznania sądowi lekarskiemu I instancji. Jest to konsekwencją tego, że NSL orzekał na podstawie przesłanych mu akt sprawy i nie miał możliwości przeprowadzania dowodów we własnym zakresie.

Orzeczenia NSL wydane w II instancji stawały się prawomocne z chwilą ogłoszenia, jeżeli przedmiotem tych orzeczeń było umorzenie postępowania, uniewinnienie obwinionego lekarza lub skazanie lekarza na karę upomnienia lub nagany. Jeżeli NSL uchylał wyrok okręgowego sądu lekarskiego i przekazywał go do ponownego rozpatrzenia, orzeczenie takie nie nosiło waloru prawomocnego. Podobnie było w przypadku ukarania przez NSL karą zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu, gdyż w świetle art. 42 § 2 ustawy o izbach z 1989 r. ukaranemu lekarzowi przysługiwało prawo wniesienia odwołania do Sądu Najwyższego w terminie 14 dni od doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem. Przepis ten obowiązywał jednak do dnia wejścia w życie ustawy o SN z 2002 r., która w miejsce odwołania do Sądu Najwyższego wprowadziła prawo wniesienia odwołania do sądu apelacyjnego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, a od orzeczenia sądu apelacyjnego kasacja nie przysługiwała [art. 77 pkt 1) ustawy o SN z 2002 r.]. Z prawa złożenia odwołania do sądu apelacyjnego skorzystała lekarz C i w dniu 30 września wpłynęło do NSL odwołanie

od orzeczenia NSL, w którym lekarz C zaskarżała orzeczenie NSL w całości i wносиła o jego uchylenie oraz zawieszenie postępowania do czasu zakończenia postępowania karnego. Wyrokiem z dnia 9 lutego 2005 r. Sąd Apelacyjny oddalił odwołanie jako bezzasadne.

Od prawomocnego orzeczenia w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w świetle art. 50 ustawy o izbach lekarskich z 1989 r. można było wnieść rewizję nadzwyczajną do SN. Rewizja nadzwyczajna na niekorzyść ukaranego mogła być wniesiona w ciągu 6 miesięcy od daty uprawomocnienia się orzeczenia. Przepis odwozowywał art. 463 k.p.k. z 1969 r., poszerzając jedynie krąg osób uprawnionych do wniesienia rewizji do Ministra Zdrowia oraz Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, bowiem legitymacja do jej wniesienia przysługiwała jedynie prokuratorowi generalnemu, ministrowi sprawiedliwości i pierwszemu prezesowi SN (art. 464 k.p.k.), natomiast dostępu do niej nie miały ani strony, ani ich przedstawiciele. W wyniku zmian wprowadzonych w 1995 r. do Kodeksu postępowania karnego⁶⁶ rewizja nadzwyczajna została zniesiona i zastąpiona kasacją. Tak więc od 1 stycznia 1996 r. uprawnienie wniesienia rewizji nadzwyczajnej przysługiwało wyłącznie ministrowi zdrowia i Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej, ale tylko do dnia wejścia w życie ustawy o SN z 2002 r., tj. do dnia 1 stycznia 2003 r., bowiem ustawa ta nie przewidywała instytucji rewizji nadzwyczajnej w ogóle. Spośród orzeczeń wydanych w analizowanych sprawach jako pierwsze uprawomocniło się w dniu 28 stycznia 2004 r. orzeczenie w sprawie lekarza A, a pozostałe jeszcze później, niemożliwe stało się więc skorzystanie z instytucji rewizji nadzwyczajnej.

Sąd, który wydał prawomocne orzeczenie zwracał w ciągu 14 dni akta do sądu, który wydał orzeczenie w I instancji. W ciągu 14 dni od uprawomocnienia się orzeczenia sąd I instancji przysyłał jego odpis właściwej okręgowej radzie lekarskiej do wykonania oraz ministrowi zdrowia, wojewodzie, Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej. Odpis prawomocnego orzeczenia dołączano do akt osobowych lekarza (§ 58 ust. 1, 2 i 5 rozporządzenia z 1990 r.). Naczelna Rada Lekarska na mocy art. 55 ustawy o izbach z 1989 r. prowadziła rejestr ukaranych. Zasadą było wykreślanie wzmianki o ukaraniu lekarza z chwilą zatarcia orzeczonej kary, jednak w przypadku orzeczenia kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu wzmianki nie usuwano (art. 55 ust. 3 ustawy o izbach z 1989 r.).

Postępowanie sądowe zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego można było wznowić. Szczątkowe uregulowanie tej instytucji znalazło się jedynie w rozporządzeniu z 1990 r. w Rozdziale 10, podczas gdy ustawa o izbach z 1989 r. milczała w tym względzie (choć przewidywała inny nadzwyczajny środek zaskarżenia w postaci rewizji nadzwyczajnej). Zgodnie z § 61 ust. 1 rozporządzenia z 1990 r. o wznowieniu postępowania orzekał postanowieniem sąd, który wydał orzeczenie kończące postępowanie. Jeżeli uprawomocniło się orzeczenie sądu I instancji, którym był OSL, to ten sąd wydawał postanowienie o wznowieniu postępowania. Odpowiednio o wznowieniu powinien był orzekać NSL, zasiadając w składzie 5-osobowym (§ 61 ust. 2 rozporządzenia z 1990 r.) lub SN, a od początku 2003 r. – sąd apelacyjny. Na po-

⁶⁶ Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o zmianie Kodeksu postępowania karnego, ustawy o ustroju sądów wojskowych, ustawy o opłatach w sprawach karnych i ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz. U. 1995, Nr 89, poz. 463.

stanowienie odmawiające wznowienia postępowania wydane przez OSŁ przysługiwało zażalenie do NSL (§ 61 ust. 3 rozporządzenia z 1990 r.), jeśli natomiast o odmowie wznowienia orzekał NSL – zażalenie do SN (§ 61 ust. 4 rozporządzenia z 1990 r.). Gdy postanowienie takie wydał SN lub sąd apelacyjny, wówczas zażalenie nie przysługiwało. Co do pozostałych kwestii należało odpowiednio stosować przepisy k.p.k. Z uwagi na zasadę trwałości prawomocnych orzeczeń, przepisy k.p.k. precyzyjnie określają przyczyny, których zaistnienie uzasadnia wznowienie postępowania. Z przewidzianych dla postępowania karnego podstaw wznowienia w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zastosowanie znalazły przesłanki z art. 540 k.p.k. Postępowanie wznowia się m.in., jeżeli: 1) w związku z postępowaniem dopuszczono się przestępstwa, a istnieje uzasadniona podstawa do przyjęcia, że mogło to mieć wpływ na treść orzeczenia, np. świadek złożył fałszywe zeznania [czyn ten musi być ustalony prawomocnym wyrokiem skazującym, chyba że orzeczenie nie może zapaść z powodu istnienia przeszkód procesowych, np. oskarżony zmarł (art. 541 k.p.k.)]; 2) po wydaniu orzeczenia ujawnią się nowe fakty lub dowody nieznane przedtem sądowi (np. pojawił się nowy świadek lub świadek, który poprzednio zeznawał, chce zmienić zeznania), wskazujące na to, że: a) ukarany lekarz nie popełnił czynu albo czyn jego nie stanowił przewinienia zawodowego lub nie podlegał karze; b) sąd umorzył lub warunkowo umorzył postępowanie błędnie przyjmując popełnienie przez obwinionego lekarza zarzucanego mu czynu; 3) w wyniku orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego stracił moc lub uległ zmianie przepis prawny będący podstawą ukarania, wówczas postępowanie wznowiało się wyłącznie na korzyść ukaranego lekarza⁶⁷. Wznowienie postępowania mogło być zainicjowane wnioskiem strony, co oznacza, że pokrzywdzony nie był uprawniony do złożenia takiego wniosku. Na skutek nowelizacji przepisów k.p.k.⁶⁸ od 1 lipca 2003 r. postępowanie mogło zostać wznowione z urzędu. Podczas gdy strony nie obowiązywał żaden termin do wniesienia wniosku o wznowienie postępowania, to wznowienie z urzędu na niekorzyść oskarżonego było niemożliwe po upływie 6 miesięcy od uprawomocnienia się orzeczenia. W razie śmierci ukaranego wniosek o wznowienie na korzyść mogła złożyć również osoba najbliższa, której zależało na rehabilitacji ukaranego lekarza. Jeżeli wniosek o wznowienie postępowania nie pochodził od prokuratora, to powinien być sporządzony i podpisany przez adwokata lub radcę prawnego (tzw. przymus adwokacki). Uwzględniając wniosek sąd mógł uchylić zaskarżone orzeczenie i przekazać sprawę właściwemu sądowi do ponownego rozpoznania. Od tego orzeczenia środek odwoławczy nie przysługiwał. Choć wznowione postępowanie w świetle § 61 ust. 5 rozporządzenia z 1990 r. miało toczyć się na zasadach ogólnych, należy przyjąć, że intencją było odwołanie się do zasad rządzących postępowaniem przed sądem I instancji. Sąd mógł również orzec merytorycznie, tzn. uchylając zaskarżone orzeczenie mógł uniewinnić oskarżonego,

⁶⁷ Art. 540 § 2 k.p.k. w zakresie w jakim ogranicza dopuszczalność wznowienia postępowania na korzyść oskarżonego tylko do przypadków, w których uznany przez Trybunał Konstytucyjny za niekonstytucyjny przepis prawny stanowił podstawę skazania lub warunkowego umorzenia, jest niezgodny z Konstytucją (wyrok TK z dnia 7.09.2006 r. (Dz. U. 2006, Nr 167, poz. 1192).

⁶⁸ Ustawa z dnia 10 stycznia 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks postępowania karnego, ustawy o świadku koronnym oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych, Dz. U. 2003, Nr 17, poz. 155).

albo też postępowanie umorzyć, przy czym od obydwu wyroków, tj. uniewinniającego lub umarzającego postępowanie, przysługiwał środek odwoławczy.

Jak wcześniej podkreślano sądy karne i sądy lekarskie cechują się samodzielnością jurysdykcyjną. Sąd lekarski nie jest związany ustaleniami faktycznymi sądu karnego oraz ich oceną, więc może rozstrzygać sprawę odmiennie od sądu karnego. Warto jeszcze raz podkreślić, że oba postępowania służą osiągnięciu różnych celów i dlatego ten sam czyn jest oceniany z różnych punktów widzenia.

Tabela 12

Zestawienie kar oraz środków karnych orzeczonych w postępowaniach karnych

Lekarz	Orzeczenia sądu powszechnego
Lekarz A	8 lat zakazu wykonywania zawodu lekarza
Lekarz B	2 lata pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem wykonania na okres lat 5 tytułem próby oraz 8 lat zakazu wykonywania zawodu lekarza
Lekarz C	brak w aktach informacji o wyroku sądu powszechnego
Lekarz D	6 lat pozbawienia wolności i 10 lat zakazu wykonywania zawodu
Lekarz E	5 lat pozbawienia wolności i 10 lat zakazu wykonywania zawodu

Źródło: Materiały udostępnione przez NROZ.

Przy krzyżowaniu się odpowiedzialności karnej i odpowiedzialności zawodowej sądy lekarskie mogą orzekać sankcję nawet bardziej dotkliwą dla lekarza, jeżeli uznają, że będzie ona adekwatna do przewinienia i będzie służyć osiągnięciu celów istotnych dla całego środowiska lekarskiego, czego ilustracją są wyroki zapadłe w sprawie lekarza A i B.

Streszczenie

Podjęta w artykule problematyka wymierzania kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza przez sądy lekarskie jest niezwykle interesująca z kilku powodów. W porównaniu z przepisami karnymi, które muszą opisywać przestępstwo w sposób maksymalnie dokładny (*nullum crimen sine lege certa*), gwarantując jednostce ochronę przed arbitralnym posługiwaniem się represją karną przez organy państwowe, przepisy o odpowiedzialności zawodowej w ogóle nie zawierają katalogu przewinień zawodowych. Z perspektywy odpowiedzialności zawodowej najistotniejsze jest bowiem stwierdzenie, czy sprawca naruszył obowiązujące go reguły wykonywania zawodu, wynikające z: zasad etyki lekarskiej, przepisów prawnych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, a ponadto zasad wyrażonych w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz z dobrych obyczajów przyjętych przez środowisko lekarskie. W odróżnieniu od ustawy karnej, która dla każdego przestępstwa precyzyjnie określa rodzaj kary oraz jej dolną i górną granicę (*nulla poena sine lege*), obie ustawy o izbach zawierają jedynie katalogi kar, które sądy lekarskie mogą wymierzać. Co ważne, kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu orzeczona przez sąd lekarski jest surowsza od najdłuższego zakazu wykonywania zawodu orzeczanego na gruncie prawa karnego. W dodatku takie pozbawienie jest praktycznie równoznaczne z „zawodową śmiercią” lekarza. W kontekście powyższego autorom wydało się celowe dokonanie analizy wszystkich spraw, w których sądy lekarskie wymierzyły karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza, by uzyskać odpowiedź na pytania ile takich orzeczeń zapadło w okresie

funkcjonowania izb lekarskich od momentu rozpoczęcia ich działalności w 1990 r. oraz jakie przewinienia zawodowe popełnili ukarani lekarze. Ponadto podjęta została próba weryfikacji prawidłowości przebiegu poszczególnych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w oparciu o obowiązujące w tym okresie przepisy prawa. Badaniem objęte zostały materiały udostępnione przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Analiza została podzielona na dwie części: w pierwszej omówieniu podlegać będzie pięć pierwszych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w których zapadły prawomocne orzeczenia pozbawiające lekarza prawa wykonywania zawodu, prowadzonych w latach 1990–2009 w oparciu o ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, a w drugiej – kolejne postępowania, które toczyły się po 1 stycznia 2010 r. na podstawie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

Słowa kluczowe: kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza, sądy lekarskie, przewinienie zawodowe, lekarz, ustawa o izbach lekarskich, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy

Deprivation of the right to practice in the decisions of the medical courts. Part I

Summary

The problem of the imposition by the medical courts of the punishment of deprivation of the right to practice medicine, discussed in this article, is extremely interesting for several reasons. In contrast to the criminal provisions, which must describe the offence in the most accurate way possible (nullum crimen sine lege certa), guaranteeing protection of the individual against the arbitrary use of criminal repression by the state authorities, the rules of professional responsibility do not include a catalogue of professional offences. From the perspective of professional responsibility it is crucial to determine whether the offender has violated rules – applicable to him/her – related to the practice of the profession and following from the principles of medical ethics, legal provisions relating to the exercise of the medical profession, the principles expressed in the resolutions of the medical council, decisions of the medical courts, or good customs accepted by the medical community. Unlike criminal law, which for each offence determines precisely the type of punishment and its lower and upper limits (nulla poena sine lege), both Acts on Medical Chambers contain only catalogues of penalties that medical courts can impose. More importantly, the penalty of deprivation of the right to practice ordered by the medical court is more severe than the longest prohibition to practice the profession decided on the basis of criminal law. In addition, such deprivation is practically synonymous with the ‘professional death’ of a doctor. In the context of the above, the authors deemed it worthwhile to analyse all cases in which the medical courts chose to impose the penalty of deprivation of the right to practice medicine, to find answers to questions of how many such rulings were passed during the operation of the medical chambers since the commencement of operations in 1990, and what professional offences the punished doctors committed. Moreover, an attempt was made to verify the correctness of the course of individual proceedings for professional liability of doctors in accordance with the law applicable during that period. The study covered the materials provided by the Chief Commissioner of Professional Responsibility. The analysis was divided into two parts: the first focuses on a discussion of the first five proceedings for professional liability in which final decisions were taken withdrawing the medical licence to practice, conducted in the years 1990–2009 on the basis of the Act of 17 May 1989 on Medical Chambers and the second

– other procedures that took place after 1 January 2010 on the basis of the Act of 2 December 2009 on Medical Chambers.

Key words: *penalty of deprivation of the right to practice medicine, medical courts, professional offence, the doctor, the Act on Medical Chambers, proceedings for professional liability of doctors*