ISSN 2081-4143

**POZNAŃ 2009** **NR 1**

# MEDYCZNA WOKANDA

NACZELNA IZBA LEKARSKA

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

„Medyczna Wokanda” ukazuje się pod patronatem honorowym
Polskiego Towarzystwa Naukowego Prawa Medycznego

**Rada Programowa „Medycznej Wokandy”:**

Przewodniczący: dr hab. n. med. Romuald Krajewski, członek NRL, były Przewodniczący NSL; dr Konstanty Radziwiłł, Prezes NRL; dr n. med. Jolanta Orłowska-Heitzman, NROZ; prof. dr hab. Krzysztof Linke, Przewodniczący OSL WIL w latach 1997–2005; prof. dr hab. Zbigniew Czernicki, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w latach 2001–2005, obecnie Z-ca NROZ; prof. dr hab. Jacek Sobczak, Sędzia Sądu Najwyższego, Kierownik Zakładu Systemów Prasowych i Prawa Prasowego UAM w Poznaniu; prof. dr hab. Marian Filar, Kierownik Katedry Prawa Karnego i Polityki Kryminalnej UMK w Toruniu, poseł na Sejm RP; prof. dr hab. Eleonora Zielińska, Kierownik Katedry Prawa Karnego Porównawczego Uniwersytetu Warszawskiego; prof. dr hab. Lech Paprzycki, Prezes Izby Karnej Sądu Najwyższego; prof. dr hab. Maciej Zieliński Uniwersytet im Adama Mickiewicza w Poznaniu; prof. dr hab. Zygmunt Przybylski, emerytowany Kierownik Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; prof. dr hab. Jerzy Marcinkowski Kierownik Katedry Medycyny Społecznej UM w Poznaniu; dr n. med. Sławoj Maciejewski, OROZ WIL w latach 1997-2001, obecnie członek OSL WIL; dr n. prawn. Joanna Haberko, Katedra Prawa Cywilnego UAM w Poznaniu; lek. Jerzy Nosarzewski, Przewodniczący NSL; lek. Grzegorz Wrona, Przewodniczący OSL WIL; dr n. med. Krzysztof Kordel, były OROZ WIL, Przewodniczący Konwentu Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej, Prezes ORL WIL; dr Jędrzej Skrzypczak, adiunkt Zakładu Systemów Prasowych i Prawa Prasowego UAM w Poznaniu, radca prawny w OSL WIL

**Redakcja:**

Krzysztof Linke (redaktor naczelny), Jacek Sobczak, Joanna Haberko, Krzysztof Kordel, Grzegorz Wrona, Bartosz Hordecki, Jędrzej Skrzypczak (sekretarz)
Adres redakcji: Okręgowy Sąd Lekarski Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu,
ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań, tel. +48 783 993 413, tel./fax (061) 855 45 11
adres mailowy: medyczna.wokanda@hipokrates.org

**Recenzent tomu**

Prof. zw. dr hab. Marek Chmaj

**Wydawca:**

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

**ISSN 2081-4143**

Skład komputerowy – „MRS”, 60-408 Poznań, ul. P. Zołotowa 23, tel. 61 843 09 39
Druk i oprawa – Perfekt Gaul i wspólnicy sp.j., 60-321 Poznań, ul. Świerzawska 1, tel. (61) 861 11 81-83

# Spis treści

„Medyczna Wokanda" – Historia i kontynuacja . . . . . 5

**ARTYKUŁY I STUDIA**

Lech K. PAPRZYCKI, *Istota ludzka – zagadnienia graniczne ochrony w prawie karnym* . 7

Teresa GARDOCKA, *Niektóre zagadnienia ochrony zdrowia na tle Konwencji bioetycznej i polskiego prawa medycznego* . . . . . 22

Jacek SOBCZAK, *Godność pacjenta* . . . . . 31

Joanna HABERKO, *Aktualna wiedza medyczna a stosowanie homeopatii* . . . . . 47

Jolanta ORŁOWSKA-HEITZMAN, *Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej* . . . . . 60

Grzegorz WRONA, Jędrzej SKRZYPCZAK, *Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Uwagi* de lega lata*, postulaty* de lege ferenda *a rozwiązania przyjęte w nowej ustawie o izbach lekarskich* . . . . . 64

Sławoj MACIEJEWSKI, *Prokreacja medycznie wspomagana – sukces medycyny czy porażka?* . . . . . 71

Bartosz PAWELCZYK, *Odpowiedzialność cywilna za szkodę wyrządzoną w związku z leczeniem* . . . . . 81

Katarzyna MIASKOWSKA-DASZKIEWICZ, *Prawne aspekty produktów leczniczych stosowanych w populacji pediatrycznej* . . . . . 95

Julita JABŁOŃSKA, *Prawo pacjenta do ochrony danych osobowych* . . . . . 109

**ORZECZNICTWO ORAZ GLOSY**

Jędrzej SKRZYPCZAK, *Wykładnia art. 52 KEL w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego i Europejskiego Trybunału Praw Człowieka* . . . . . 119

Jędrzej SKRZYPCZAK, Krzysztof KORDEL, *Przegląd orzecznictwa Naczelnego Sądu Lekarskiego w 2007 r.* . . . . . 130

Grzegorz WRONA, Jędrzej SKRZYPCZAK, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy ratownictwa medycznego. Przegląd wybranych spraw w Okręgowym Sądzie Lekarskim Wielkopolskiej* Izby Lekarskiej . . . . . 148

Jędrzej SKRZYPCZAK, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 25 sierpnia 2009 r. sygn. akt III Apo 2/09* . . . . . 170

**MISCELLANEA**

Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (kadencja 2006–2009) 173

Sprawozdanie z pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego w kadencji 2006–2009 r. . . . . 189

**KONFERENCJE I SYMPOZJA**

Prawa pacjenta i prawa personelu medycznego (Jolanta ORŁOWSKA-HEITZMAN, Marcin MIKOS) . . . . . 205

Sprawozdanie z konferencji szkoleniowej Naczelnego Sądu Lekarskiego (Grzegorz WRONA) . . . . . 206

Sprawozdanie z konferencji szkoleniowej organów odpowiedzialności zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (Filip ŚMIGIELSKI) . . . . . 207

**RECENZJE I OMÓWIENIA**

M. Krekora, E. Traple, M. Świerczyński, *Prawo farmaceutyczne. Zagadnienia regulacyjne i cywilnoprawne* (Bartosz HORDECKI) . . . . . 209

Noty bibliograficzne . . . . . 213

# Contents

„Medical Docket" – History and Continuation . . . . . 5

**PAPERS AND STUDIES**

Lech K. PAPRZYCKI, *The Human Being – Issues of the Limitations of Protection in Penal Law* . . . . . 7

Teresa GARDOCKA, *Selected Issues of Health Protection versus the Bioethical Convention and Polish Medical Law* . . . . . 22

Jacek SOBCZAK, *Patient Dignity* . . . . . 31

Joanna HABERKO, *Current Medical Knowledge and the Application of Homeopathy* . . 47

Jolanta ORŁOWSKA-HEITZMAN, *Professional Disciplinary Proceedings before the Professional Responsibility Ombudsman* . . . . . 60

Grzegorz WRONA, Jędrzej SKRZYPCZAK, *The Legal Foundations of Professional Responsibility of Medical Practitioners. The Remarks* de lege lata, *the Demands* de lege ferenda *and the Solutions Adopted in the New Act on the Chambers of Physicians and Dentistsh* . . . . . 64

Sławoj MACIEJEWSKI, *Assisted Reproduction Technology – a Medical Success or Failure* 71

Bartosz PAWELCZYK, *Civil Responsibility for Damage Inflicted in Relation to Treatment* . . . . . 81

Katarzyna MIASKOWSKA-DASZKIEWICZ, *The Legal Aspects of Medicinal Products Applied in the Pediatric Population* . . . . . 95

Julita JABŁOŃSKA, *A Patient's Right to Protection of Personal Data* . . . . . 109

**JUDICIAL DECISIONS AND COMMENTARIES**

Jędrzej SKRZYPCZAK, *The interpretation of Art. 52 of the Code of Medical Ethics in the Decisions of the Constitution Tribunal and the European Court of Human Rights* 119

Jędrzej SKRZYPCZAK, Krzysztof KORDEL, *A Review of Supreme Medical Court Decisions in 2007* . . . . . 130

Grzegorz WRONA, Jędrzej SKRZYPCZAK, *The Professional Responsibility of EMS Medical* Practitioners. A Review of Selected Cases in the District Medical Court of the Wielkopolska Section of the Chamber of Physicians and Dentists . . . . . 148

Jędrzej SKRZYPCZAK, *A Commentary on the Decision of the Court of Appeal in Łódź of August 25, 2009, Case Reference No. III Apo 2/09* . . . . . 170

**MISCELLANEA . . . . . 173**

**CONFERENCES AND SYMPOSIA . . . . . 205**

**REVIEWS AND DISCUSSIONS . . . . . 209**

Contributors . . . . . 213

# „Medyczna Wokanda” – Historia i kontynuacja

Przypomnijmy, iż w latach 1999–2003 ukazywał się „Biuletyn Informacyjny Sądów Lekarskich i Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej”. Inicjatywa wydawania tego pisma naukowego zrodziła się w 1999 r. w Okręgowym Sądzie Lekarskim Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, wsparta przez dr. hab. Romualda Krajewskiego, ówczesnego Prezesa Naczelnego Sądu Lekarskiego. Czasopismo, zarejestrowane i wydawane było jako półrocznik i zajmowało się – zgodnie zresztą z nazwą – problematyką lekarskiej odpowiedzialności zawodowej. Do współpracy udało się pozyskać wielu cenionych i uznanych autorów pośród prawników i lekarzy, a skład samej rady naukowej musiał budzić uznanie. Niestety ze względu na kłopoty finansowe, po ukazaniu się 9 numerów pismo przestało być wydawane.

Pomysł redagowania czasopisma naukowego poświęconego tej problematyce nie umarł i powraca w odmienionej postaci jako „Medyczna Wokanda”. Dzięki pomocy wielu osób, z Prezesem NRL drem Konstantym Radziwiłłem na czele, Prezydium NRL przyjęło uchwałę nr 2/09/P-V z dnia 9 stycznia 2009 r. o wydawaniu tego rocznika. Cieszymy się, że obowiązki wydawcy wzięła na siebie Naczelna Izba Lekarska, co z pewnością doda pismu splendoru i zapewni prawdziwie ogólnopolski charakter. Dziękuję także za zaufanie i powierzenie spraw redakcyjnych OSL Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej, a funkcji redaktora naczelnego mojej osobie. Jesteśmy zaszczyceni tak znakomitym składem Rady Naukowej pisma, co gwarantuje wymagającą opiekę merytoryczną, a w konsekwencji najwyższą jakość publikowanych tekstów i materiałów. Jesteśmy także zachwyceni i wdzięczni, iż Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego zgodziło się objąć patronatem nasze wydawnictwo.

Celem pisma, które powinno utrzymać charakter publikacji naukowej, będzie prezentowanie najważniejszych zagadnień związanych z problematyką deontologii zawodowej oraz odpowiedzialności prawnej lekarzy, zwłaszcza zawodowej. Obok artykułów i analiz, aktualnych komentarzy do Kodeksu etyki lekarskiej, chcemy prezentować najważniejsze orzeczenia sądów lekarskich oraz sądów powszechnych, statystyki obrazujące, jak działa „lekarski wymiar sprawiedliwości”, a także recenzje najciekawszych publikacji dotyczących interesującej nas problematyki.

Możliwość zamieszczania recenzowanych publikacji adresowana jest do lekarzy, etyków i prawników. Licząc, że autorami będą zarówno pracownicy naukowi, jak i praktycy, zachęcamy do współpracy. Wierzymy, że „Medyczna Wokanda” stanie się ważnym forum wymiany poglądów dotyczących nowych szans, zagrożeń i wyzwań, które stwarza medycyna i prawo w XXI w. Jednocześnie chcemy, aby była to swoista kronika dokonań samorządu zawodowego lekarzy w sferze odpowiedzialności zawodowej.

*Krzysztof Linke*
*Redaktor naczelny „Medycznej Wokandy”*

* * *

Wznawiamy pod nazwą „Medyczna Wokanda” wydawnictwo prezentujące różne aspekty odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Ukazuje się ono prawie równocześnie z wejściem w życie nowych przepisów ustawowych regulujących postępowanie dotyczące tej odpowiedzialności. Należy spodziewać się, że praktyczne zastosowanie tych przepisów nasunie wiele wątpliwości i odmiennych interpretacji. Nowy tytuł wskazuje również na zaintereso-

wanie innymi trybami odpowiedzialności, a więc będzie o czym pisać i dyskutować. Rada naukowa zadba o możliwie najwyższy poziom merytoryczny tej dyskusji i mamy nadzieję, że w ten sposób przyczynimy się do wzrostu przydatności i popularności „Medycznej Wokandy". Tego na pewno należy życzyć wszystkim, którzy uczestniczą w jej tworzeniu.

*Romuald Krajewski*
*Przewodniczący Rady Naukowej „Medycznej Wokandy"*

* * *

W roku 1999, po dziesięciu latach działania odrodzonego samorządu lekarskiego środowiska zajmujące się odpowiedzialnością zawodową lekarzy i lekarzy dentystów uznały, że istnieje potrzeba stworzenia naukowego zaplecza dla tej ważnej dziedziny aktywności izb. Dzięki inicjatywie osób skupionych wokół Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej powstał „Biuletyn Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej", który borykając się z różnymi problemami przetrwał do roku 2003.

Po kolejnych dziesięciu latach od powstania pisma idea jego wydawania znowu odżyła. W roku dwudziestolecia odrodzonych izb lekarskich coraz bardziej widać, że jakość samorządu, a także szanse jego przetrwania w kolejnych zawieruchach politycznych (w których nie brakuje głosów na rzecz jego likwidacji), w znacznej mierze zależą od stanu samorządowego pionu odpowiedzialności zawodowej. Coraz wyraźniej widać także, że w zmieniającym się otoczeniu profesjonalizacja rzeczników i sądów lekarskich staje się potrzebą chwili (Wielkim sukcesem samorządu w 2009 roku jest przyjęcie nowej ustawy o izbach lekarskich w brzmieniu tylko nieznacznie zmienionym w stosunku do projektu przygotowanego przez samorząd. Walka o ostateczny kształt tej ustawy na poziomie Ministerstwa Zdrowia, Rządu i Parlamentu doczeka się pewnie osobnego opracowania.).

Lepsze przygotowanie działaczy samorządu poświęcających się aktywności w zespołach okręgowych i Naczelnego rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz okręgowych i Naczelnego sądów lekarskich stanie się łatwiejsze, kiedy okresowym szkoleniom towarzyszyć będzie tworzenie środowiska naukowo-publicystycznego wspierającego ich codzienny wysiłek. Dlatego odradzające się pismo rzeczników i sędziów, tym razem pod nazwą „Medycznej Wokandy" uważam za tak ogromnie ważne. Spora grupa pasjonatów (znowu szczególnie ze środowiska wielkopolskiego) i wspierające ich znakomitości z zakresu prawa medycznego i etyki lekarskiej dają dobrą podstawę do optymizmu. Mam szczerą nadzieję, że tym razem pismo stanie się zalążkiem ośrodka myśli naukowo-dydaktycznej, który na długo zapisze się w solidne zaplecze pracy izb lekarskich. Wejście w życie nowej ustawy już od 1 stycznia 2010 roku stanowi niewątpliwie pierwsze ważne wyzwanie dla pisma – liczne nowości procedur z zakresu działania izb w ogóle, przeprowadzania wyborów, czy wreszcie odpowiedzialności zawodowej wymagają pilnego omówienia i wdrożenia szkoleń dla działaczy izb.

Dziękując wszystkim, którzy przyczynili się do powstania „Medycznej Wokandy", życzę, aby pismo to uzyskało najwyższą jakość merytoryczną i przetrwało długie lata towarzysząc pokoleniom lekarskich rzeczników i sędziów.

Warszawa, listopad 2009 r.

*Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej*

# ARTYKUŁY I STUDIA

Lech K. PAPRZYCKI

## Istota ludzka – zagadnienia graniczne ochrony w prawie karnym

### 1. Wprowadzenie

Dla kogoś, kto, jak ja, od kilkudziesięciu lat zajmuje się problematyką prawa karnego, wykonującego od lat blisko czterdziestu zawód sędziego, orzekającego w sprawach karnych, oczywiste jest zainteresowanie prawnokarną ochroną życia i zdrowia człowieka. Dawałem temu wyraz zarówno w uzasadnieniach orzeczeń[1], jak i przede wszystkim w publikacjach ukazujących się nie tylko w periodykach prawniczych[2], lecz także medycznych[3].

Jednakże przedmiotem tych wypowiedzi było przede wszystkim poszukiwanie „granic" prawnokarnej ochrony istoty ludzkiej. Po pierwsze, starano się w nich wskazać moment, który na gruncie prawa karnego należy uznać za początek istnienia „człowieka". Po drugie, usiłowano określić czas, w którym w świetle przepisów prawnokarnych następuje śmierć jednostki ludzkiej i od którego mamy do czynienia tylko z jej zwłokami albo szczątkami. W tym opracowaniu podjęto próbę oceny, czy te granice zostały w polskim prawie karnym wyznaczone poprawnie, czy też należy je „przesunąć", mając na uwadze nie tylko model obowiązującego Kodeksu karnego, ale przede wszystkim standardy konstytucyjne i europejskie. Te ostatnie są wyznaczone przede wszystkim Europejską Konwencją Praw Człowieka z 1950 r. i prawem Unii Europejskiej w kształcie, jaki przyjmie ono w świetle Traktatu lizbońskiego.

### 2. Istota ludzka

Tak zarysowana kwestia wymaga określenia punktu wyjścia dalszych rozważań, co nakazuje powrócić do pojęcia „istota ludzka", które nieraz jest utożsamiane z pojęciem „człowiek". Tu jednak pojęcie to będzie rozumiane szerzej, a nawet najszerzej, jak to jest tylko możliwe. „Istota ludzka" obejmować będzie zatem wszystko, co wiąże się z pojęciem „człowiek", tak jak jest ono rozumiane nie tylko w języku „ogólnym", identyfikowanym słusznie z językiem „literackim", ale także w języku „potocznym", który

---

[1] Ostatnio – zob. uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 30 października 2008 r. I KZP 13/08 OSNKW 2008, z. 11, poz. 90.

[2] L. K. Paprzycki, *Prawnokarna ochrona życia i zdrowia istoty ludzkiej*, „Palestra" 2009, nr 7–8, s. 38–54.

[3] Idem, *Granice prawnokarnej ochrony życia i zdrowia człowieka na tle uchwały Sądu Najwyższego z 26 października 2006 r. I KZP 18/06*, „Prawo i Medycyna" 2007, nr 3, s. 53 i nast.

zrozumiały jest dla każdego. To pozwala dostrzec całość problematyki, która, w moim przekonaniu, tak właśnie powinna być postrzegana w kręgu kultury europejskiej. Człowieczy bowiem aspekt ma wszystko, co wiąże się z istotą ludzką, poczynając od prapoczątków życia człowieka, aż po jego szczątki.

Nie znaczy to, że w całej tak wyznaczonej „przestrzeni" ochrona prawna, a w szczególności ochrona prawnokarna, może i powinna być identyczna. Co więcej, jest oczywiste, że nie są odosobnione sytuacje, gdy części organizmu człowieka, przy jego przyzwoleniu, nie podlegają żadnej ochronie, także prawnej, stanowiąc w istocie „rzeczy bezwartościowe", traktowane jak odpadki. Wystarczy wskazać na ścięte włosy, paznokcie, czy też drobne elementy skóry, usuwane w trakcie zabiegów pielęgnacyjnych, które trafiają po prostu do śmieci. Te same jednak elementy, jako stanowiące niewątpliwie swoistą własność człowieka, mogą być przedmiotem obrotu cywilnoprawnego, co może dotyczyć włosów, ale nie tylko. Nie to jednak będzie przedmiotem tego opracowania. W ogóle, zresztą z oczywistych powodów, pominięty zostanie aspekt cywilnoprawny tego zagadnienia, w tym rozważana na gruncie tej dziedziny prawa kwestia osobowości prawnej istoty ludzkiej na różnych etapach jej rozwoju[4]. Pominiemy również problematykę ekonomicznej wartości życia ludzkiego[5].

Spójrzmy zatem na podjęty problem z punktu widzenia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., Europejskiej Konwencji Praw Człowieka z 1950 r. oraz prawa Unii Europejskiej. W ostatnim przypadku należy wziąć pod uwagę unormowania Karty Praw Podstawowych z 2000 r., włączonej początkowo do Konstytucji dla Europy. Niemniej ze względu na fakt, iż Konstytucja dla Europy nie stała się prawem obowiązującym, Karta Praw Podstawowych znalazła się ostatecznie w Traktacie lizbońskim, którego unormowania zaczną obowiązywać wraz z wejściem w życie tego traktatu. Ponadto wypada też uwzględnić unormowania Europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 1997 r.

Konstytucja RP z 1997 r., nie definiując pojęcia „człowiek", czy też pojęcia „istota ludzka", jednoznacznie stwierdza w art. 38, że ustawa zasadnicza „zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia"[6], co oznacza prawną ochronę od chwili poczęcia człowieka w sposób naturalny i nienaturalny aż do śmierci organizmu ludzkiego. Takie unormowanie, z jednej strony, nie przesądza kwestii prawnej ochrony żeńskich i męskich prapoczątków życia człowieka, jak również zwłok ludzkich i szczątków człowieka. Z drugiej strony, cytowany przepis nie gwarantuje również, że życie ludzkie w każdym momencie jego trwania winno być chronione z taką samą intensywnością. Nie ma sporu co do tego, że pełna człowiecza ochrona przysługuje od chwili urodzenia do chwili ustania życiowych czynności organizmu. Reszta jest i będzie zawsze przedmiotem kontrowersji, a znawcy prawa konstytucyjnego nie mają wątpliwości, że takie

---

[4] Zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2009 r. I KZP 2/09 OSNKW 2009, z. 5, poz. 37, s. 57–59 i powołaną w uzasadnieniu tego orzeczenia literaturę cywilistyczną.

[5] Zob. Sz. Domek, *„Value of life" i „hedonic damages" jako podstawa prawno-ekonomicznej oceny błędów lekarskich w krajach common law*, „Prawo i Medycyna" 2009, nr 2, s. 114–125.

[6] Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. Nr 78, poz. 473 ze zm.

sformułowanie art. 38 ustawy zasadniczej nie przesądza zarówno zakresu ochrony istoty ludzkiej w okresie prenatalnym (od poczęcia do urodzenia), jak i dopuszczalności kary śmierci[7].

To ostatnie zagadnienie także zostanie pominięte. W związku z nim należy jedynie podkreślić, że wprawdzie w chwili przyjęcia Konstytucji w 1997 r. można było mieć jeszcze wątpliwości, czy polski system prawny może zawierać przyzwolenie na karę śmierci w ustawie zwykłej (kodeksie karnym, ustawie szczególnej). Niemniej obecnie kara główna nie może istnieć w prawie żadnego z państw Rady Europy i Unii Europejskiej. Niemożność ta wynika z unormowań Konwencji Europejskiej z 1950 r. i jej dwóch protokołów dodatkowych: nr 6 (zakaz stosowania kary śmierci w czasie pokoju) i nr 13 (bezwzględny zakaz tejże kary), a także z unormowań Karty Praw Podstawowych, stanowiącej początkowo część Konstytucji dla Europy (art. II-62 ust. 2), a obecnie, w identycznym brzmieniu, Traktatu lizbońskiego. Co prawda, zgodnie z brzmieniem art. 91 Konstytucji europejski zakaz stosowania kary śmierci obowiązuje bezpośrednio. Mimo to zamieszczenie w polskiej Konstytucji wprost owego zakazu, właśnie w art. 38, wydaje się konieczne. Konieczność ta wiąże się z faktem, iż przepis art. 40 Konstytucji, zakazujący tortur, okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karania oraz stosowania kar cielesnych, jest, w tym zakresie, niewystarczający[8]. Zarazem zwolenników kary śmierci w Polsce, także wśród polityków, nie brakuje[9]. Postulat jej wprowadzenia jest zatem popularny, mimo jednoznacznego stanowiska prezentowanego w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu i Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu[10].

Po wejściu w życie Konstytucji można było również mieć wątpliwości co do trafności poglądu, że na gruncie art. 38 Konstytucji nie przysługuje pełna ochrona prawna istocie ludzkiej w okresie prenatalnym. W efekcie w 2006 r. grupa posłów postulowała nowelizację tego przepisu. Proponowali oni, by nadać mu brzmienie: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia i zdrowia od momentu poczęcia". Inicjatywa ta nie zakończyła się jednak sukcesem[11].

---

[7] L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2007, s. 105.

[8] Zob. m.in.: A. Redelbach, *Sądy a ochrona praw człowieka*, Toruń 1999, s. 111 i nast.; Zb. Witkowski (red.), *Prawo konstytucyjne*, Toruń 2006, s. 180–181.

[9] Zob. m.in.: A. Grześkowiak, *Kara śmierci w pracach Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w l. 1989–1991*, w: St. Waltoś (red.), *Problemy kodyfikacji prawa karnego. Księga ku czci Profesora Mariana Cieślaka*, Kraków 1993, s. 171–183; L. K. Paprzycki, *Sens przywrócenia kary śmierci w Polsce*, w: L. Gardocki (red.), *Gaudium in litteris est. Księga jubileuszowa ofiarowana Pani Profesor Genowefie Rejman z okazji osiemdziesiątych urodzin*, Warszawa 2005, s. 463–481; idem, R. Paprzycki, *Kara śmierci – chrześcijański punkt widzenia – refleksje na tle lektury książki Księdza Profesora Tadeusza Ślipko SJ*, „Palestra" 2001, nr 3–4, s. 7–18.

[10] Zob.: T. Jasudowicz, *Prawo do życia*, w: B. Gronowska i in. (red.), *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń 2005, s. 231–236; R. Wieruszewski, *Godność człowieka. Prawo do życia*, w: J. Barcz (red.), *Ochrona praw podstawowych w Unii Europejskiej*, Warszawa 2008, s. 114–116; R. Stefanicki, *Koncepcja ochrony godności człowieka w świetle wybranego orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości WE*, „Przegląd Prawa Publicznego" 2009, nr 5, s. 6–22, ale także: M. Chmaj, *Konstytucyjna zasada godności człowieka i praktyka jej stosowania w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, w: T. Gardocka, J. Sobczak (red.), *Dylematy praw człowieka*, Warszawa 2009, s. 35–51.

[11] Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, Druk nr 993.

Przepis tej treści zawierałby, w istocie, definicję „człowieka", za którego uznawano by istotę ludzką od chwili poczęcia, a więc nie od chwili urodzenia, aż do śmierci organizmu ludzkiego. Taka też była intencja projektodawców, jednoznacznie wyrażona w uzasadnieniu projektu ustawy[12].

Konsekwencją takiej zmiany treści art. 38 Konstytucji, w obecnym stanie prawa karnego, byłaby konieczność usunięcia z obowiązującego kodeksu karnego wszystkich tzw. przestępstw aborcyjnych, choć z pozostawieniem przestępstwa dzieciobójstwa określonego w art. 149 k.k., które dotyczy pozbawienia życia dziecka w okresie porodu – rodzącego się, a więc już „człowieka", a nie „dziecka nienarodzonego". Nawet jednak takie brzmienie art. 38 Konstytucji nie prowadziłoby do objęcia pełną ochroną „człowieczą", a więc i pełną ochroną prawnokarną, zarówno żeńskich, jak i męskich prapoczątków życia. Brak takiej pełnej ochrony nie był zresztą, z oczywistych powodów, kwestionowany. Postulat ten byłby niedorzecznością, choćby ze względu na rozrzutność samej natury. Przejawów owej rozrzutności upatruje się nie tylko w akcie naturalnego poczęcia. Widać ją również w powszechnie akceptowanym współżyciu kobiety i mężczyzny, w założeniu niemającym prowadzić do poczęcia, a także w biologicznie uwarunkowanym wydalaniu i obumieraniu, zarówno żeńskich, jak i męskich prapoczątków życia[13].

Taka zmiana Konstytucji, co jeszcze bardziej oczywiste, nie miałaby znaczenia dla prawnej, w tym prawnokarnej, ochrony szczątków człowieka, zwłok ludzkich, a także dla możliwości przeprowadzania transplantacji.

Z punktu widzenia prawa europejskiego (strasburskiego i unijnego) dla podjętej problematyki kluczowe wręcz znaczenie ma wspomniana Europejska Konwencja Bioetyczna z 1997 r., która choć nie formułuje żadnej definicji „człowieka", już w preambule, a potem w tekście konwencji i w protokołach dodatkowych, posługuje się pojęciami: „osoby ludzkiej", „gatunku ludzkiego", „istoty ludzkiej", „osoby", „ludzkiego genomu" oraz „embrionu". Jedynie z kontekstu wywieść można, że „osoba ludzka", „istota ludzka" i „osoba" to „człowiek" w rozumieniu polskiej Konstytucji i polskiego prawa karnego, podczas gdy „embrion" i „genom ludzki" oznaczają organizm ludzki w prenatalnym okresie jego rozwoju. Tylko „osobie", a więc „człowiekowi", zgodnie z brzmieniem art. 1 Konwencji, gwarantuje się pełnię praw w niej określonych, co już nie dotyczy genomu ludzkiego (rozdział IV art. 11–14) oraz embrionu *in vitro* (art. 18) oraz, ale to nie budzi żadnych wątpliwości, organów i tkanek pobieranych od żyjących dawców dla celów transplantacji (rozdział VI art. 19–20).

---

[12] Autorzy tego dokumentu, choć nie w pierwszej kolejności, ale odwoływali się także do nauki społecznej Kościoła katolickiego, katechizmu tego kościoła i wypowiedzi papieża Jana Pawła II, zob. także: M. Piechowiak, *Konstytucyjna ochrona życia. O próbie nowelizacji Konstytucji*, w: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne*, Lublin 2008, s. 169–189; idem, *W sprawie stosowania klauzuli limitacyjnej z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP do art. 38 dotyczącego ochrony życia*, w: T. Gardocka, J. Sobczak (red.), *Dylematy Praw Człowieka*, Warszawa 2009, s. 80–95. To ostatnie opracowanie zostało opublikowane także pod zmienionym tytułem: *Klauzula limitacyjna a nienaruszalność praw i godności*, „Przegląd Sejmowy" 2009, nr 2 (91), s. 56–76.

[13] Zob. np.: H. Bartel, *Embriologia. Podręcznik dla studentów*, Warszawa, bez daty wydania, wydanie IV zmienione i uzupełnione.

## 3. Prapoczątki życia człowieka

Nie ma i nie może być wątpliwości, że zarówno żeńskie, jak i męskie prapoczątki życia człowieka, to jeszcze nie „człowiek", co nie znaczy, że dysponowanie nimi, albo ich wykorzystywanie, jest, z punktu widzenia prawa, obojętne. Wydaje się natomiast, że są to wyłącznie zagadnienia prawa cywilnego, a jeżeli chodzi o prawo karne, to nie mamy tu do czynienia z dobrem prawnym, które wymaga szczególnej ochrony. Zarazem czyny, których przedmiotem czynności wykonawczej będą prapoczątki życia człowieka, kwalifikować należy jako przestępstwa „klasyczne" obowiązującego Kodeksu karnego. Nie będą to jednak przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu człowieka, chyba że czyn prowadzący do zniszczenia prapoczątków życia człowieka, jednocześnie będzie czynem na szkodę organizmu ludzkiego. Wówczas jednak, zazwyczaj, sprawca poniesie odpowiedzialność karną za czyn na szkodę życia albo zdrowia człowieka, a nie prapoczątków życia, które wówczas będą stanowiły część jego ciała. Żeby jednak nie pozostawić wątpliwości – również w tym zakresie istnieją, a wraz z rozwojem biotechnologii pojawią się nowe problemy, które będą wymagały wnikliwej analizy prawnej i, na pewno, nowych, także ustawowych uregulowań[14].

## 4. Poczęte życie człowieka

W zasadzie nie ma sporu co do tego, że organizm ludzki nie istnieje dopóty, dopóki nie powstanie embrion, a wcześniej preembrion zdolny rozwinąć się w istotę, która może funkcjonować poza organizmem kobiety, najpierw ze wspomaganiem medycznym i opieką rodzicielską, a potem już zupełnie samodzielnie. Spór dotyczy tego, czy z „człowiekiem" mamy do czynienia: z chwilą połączenia żeńskiego i męskiego prapoczątku życia w preembrion; czy też, gdy powstaje embrion; czy może, gdy ten zagnieździł się w organizmie matki; czy raczej, gdy osiągnął określony etap rozwoju, w szczególności, gdy zdolny jest do samodzielnego, także ze wspomaganiem, życia poza organizmem matki; czy dopiero od rozpoczęcia porodu; czy nawet w momencie, gdy urodzone, żywe dziecko oddzielone zostaje od organizmu matki.

Dla wyznaczenia granicy „człowieczeństwa" sposób poczęcia życia człowieka jest nieistotny, gdyż każdy z nich prowadzi do tego samego – powstania preembrionu, potem embrionu, a następnie urodzonego dziecka. W opracowaniu tym nie trzeba ponownie rozważać problematyki zapłodnienia *in vitro*, gdyż, jak się wydaje, na ten temat zostało powiedziane już wszystko. Spór między zwolennikami i przeciwnikami tej metody zapłodnienia jest nie do rozstrzygnięcia, a kompromis niemożliwy. Dowodzi tego pełna emocji dyskusja w środkach społecznego przekazu, również w ostatnim okresie[15],

---

[14] Zob. K. Urbański, *Ludzkie plemniki wyhodowane w probówce*, „Rzeczpospolita" z dn. 9 lipca 2009 r., ze znamiennym podtytułem: „Rewolucyjna metoda umożliwi niepłodnym parom posiadanie dziecka".

[15] Zob. L. K. Paprzycki, *Prawnokarna*, passim, s. 41; publikacje wskazane w przypisie 12, a także: P. Kowalczuk, *Nie pomógł precedens Eluany*, „Rzeczpospolita" z dn. 5 czerwca 2009 r.; A. Jucewicz, *Dziecko rodzi się w głowie – rozmowa z T. Ostaszewską Mosak*, „Wysokie Obcasy" z dn. 18 lipca 2009 r.; T. Wasilewski, *Alternatywa istnieje*, „Tygodnik Powszechny" z dn. 19 lipca 2009 r.

także z poważnym udziałem prawników i polityków[16]. Do chwili obecnej zaowocowała ona wniesieniem do Sejmu aż pięciu projektów ustawy dotyczącej tej albo także tej problematyki. Skala proponowanych w nich rozwiązań jest bardzo szeroka i rozciąga się od wariantu liberalnego, pozwalającego w szerokim zakresie na stosowanie metody zapłodnienia *in vitro*, po bezwzględny zakaz tej praktyki[17].

Wspomniana Europejska Konwencja Bioetyczna z 1997 r. w zasadzie nie zajmuje się problematyką zapłodnienia *in vitro*, zastrzegając jedynie w art. 18, że jeżeli prawo zezwala na przeprowadzanie badań na embrionach *in vitro*, powinno ono zapewnić odpowiednią ochronę tym embrionom (ust. 1), a ponadto, że tworzenie embrionów ludzkich dla celów naukowych jest zabronione (ust. 2). Z tego wniosek oczywisty, że nie będzie sprzeczne z Konwencją takie unormowanie prawa krajowego, które dopuszcza stosowanie metody zapłodnienia *in vitro* pozwalającej na tworzenie w ten sposób więcej embrionów niż te przeznaczone do umieszczenia w organizmie kobiety. Ponadto nie kłóciłaby się również z Konwencją regulacja, w myśl której można by utworzone *in vitro* embriony badać w celu wyselekcjonowania tych najbardziej wartościowych biologicznie. Dopuszczalne byłyby również przepisy zezwalające na niszczenie embrionów niewykorzystanych w toku zapłodnienia *in vitro*, a nawet wszystkich, jeżeli nie spełniają przyjętego standardu jakości biologicznej. To ostatnie stwierdzenie może być kwestionowane, wobec postanowień ogólnych Konwencji, zamieszczonych w przepisach art. 1–4. W każdym razie, unormowania Konwencji nie stoją na przeszkodzie podjęcia decyzji zarówno co do dopuszczalności metody zapłodnienia *in vitro*, jej znaczącego ograniczenia, jak i wprowadzenia zakazu stosowania tej metody. Nie pozostawałoby to również, jak się wydaje, w sprzeczności z polską Konstytucją.

Nie w tym jednak rzecz, gdyż, jak można zasadnie przypuszczać, wprowadzenie ustawowego zakazu zapłodnienia *in vitro*, nawet zagrożonego sankcją karną, i tak okazałoby się nieskuteczne, zapewne pogłębiając już ujawniające się patologie[18]. Regulacja ta prowadziłaby choćby do tego, że rzeczona metoda byłaby dostępna tylko ludziom zamożnym, którzy mogliby skorzystać z usług zagranicznych ośrodków medycznych. Nie można też nie dostrzegać realiów społecznych w Polsce, gdzie stosowanie tej metody, choć w niewielkim zakresie prawnie uregulowane, jest już po-

---

[16] M. Nesterowicz, *Prawo, etyka, religia, polityka w legislacji prokreacji medycznie wspomaganej*, „Prawo i Medycyna" 2009, nr 2, s. 5–20; J. Kapelańska-Pręgowska, *Preimplantacyjna diagnoza molekularna w międzynarodowych standardach – wiążących i zalecanych*, „Prawo i Medycyna" 2009, nr 2, s. 85–98.

[17] E. Siedlecka, *Wyjątkowy urodzaj na projekty* in vitro, „Gazeta Wyborcza" z dn. 30 lipca 2009 r. – projekty te albo już wpłynęły do Sejmu, ale nie stanowią jeszcze druku urzędowego, albo ich autorzy zadeklarowali, że swoje propozycje już do Sejmu skierowali, zob. także: J. Gowin, *Tchórzostwo powszechne*, „Tygodnik Powszechny" z dn. 5 lipca 2009 r.; B. Piecha, *Niepłodność nie jest chorobą*, „Tygodnik Powszechny" z dn. 12 lipca 2009 r.; J. Brożek, *Przeciw* in vitro, „Tygodnik Powszechny" z dn. 24 maja 2009 r. – prezentujący projekt ustawy zakazującej stosowanie metody zapłodnienia *in vitro*.

[18] Zob. T. P. Terlikowski, *Matka zastępcza walczy o dziecko*, „Rzeczpospolita" z dn. 1–2 sierpnia 2009 r.; K.Z., *Transseksualista urodzi bliźniaki*, „Rzeczpospolita" z dn. 26 marca 2009 r.; T. Zalewski, *Ciąża z marżą*, „Polityka" z dn. 28 marca 2009 r.; T. P. Terlikowski, *Kiedy matka nie jest tylko jedna*, „Rzeczpospolita" z dn. 10 sierpnia 2009 r.; E. Siedlecka, *Brzuch do wynajęcia przed sądem*, „Gazeta Wyborcza" z dn. 11 sierpnia 2009 r.

wszechne. Zarazem jej szersze użycie zależy przede wszystkim od dostępności w ramach uspołecznionej służby zdrowia, w mniejszym natomiast stopniu od zamożności społeczeństwa.

Ustawodawca, podejmując w tym zakresie decyzję, powinien, moim zdaniem, zwrócić uwagę na rzeczywiście istotną różnicę między zapłodnieniem w sposób naturalny i metodą *in vitro*. Oczywiście, nie stanowi to żadnego argumentu dla tych, którzy stoją na stanowisku, że zapłodnienie powinno następować tylko w sposób naturalny. Jeżeli jednak to założenie odrzucić, to wówczas okazuje się, jako oczywiste, że z biologicznego punktu widzenia różnicy nie ma żadnej. Co więcej, w procesie naturalnego zapłodnienia, tym bardziej, gdy okazuje się to utrudnione, „marnotrawstwo" żeńskich i męskich prapoczątków życia jest nieporównywalnie większe, niż w procesie zapłodnienia *in vitro*. Strata żeńskich i męskich prapoczątków życia w toku zapłodnienia naturalnego okazuje się większa niż podczas zapłodnienia *in vitro* także w przypadku ciąży mnogiej. Natura góruje w tym zakresie rozrzutnością nawet wówczas, gdy embriony wytworzone metodą *in vitro* nie zostają użyte. Zwłaszcza z biologicznego punktu widzenia nie jest tak istotne, że „niewykorzystane" w procesie naturalnego zapłodnienia pozostałe żeńskie prapoczątki życia człowieka to nie embriony, jak w wypadku zapłodnienia *in vitro*. Już tylko na marginesie wspomnieć trzeba o ogromie naturalnej utraty żeńskich i męskich prapoczątków życia w całym okresie życia kobiety i mężczyzny. To, co oczywiste, znów nie są embriony.

W związku z tym pojawia się, być może, jedyna możliwość kompromisu[19] – dopuszczalność metody zapłodnienia *in vitro*, gdy wytworzona zostanie z przypadkowo wybranych żeńskich prapoczątków życia taka liczba embrionów, jaka ma być umieszczona w organizmie kobiety. Z medycznego punktu widzenia jest to jednak technika wyjątkowo mało skuteczna. Możliwe byłoby przechowywanie niewykorzystanych embrionów, ale z założeniem, że będą one, po pierwsze bezpiecznie przechowywane, a, po drugie, przeznaczone do prowadzenia kolejnej ciąży tej samej kobiety. W tym wypadku, wykluczone byłoby tworzenie kolejnych embrionów, badanie ich jakości biologicznej, wykorzystywanie w jakimkolwiek celu, a także ich niszczenie. Ostatecznie kwestię tę rozstrzygną politycy, w zgodności z Konstytucją, ale także, mam nadzieję, z uwzględnieniem realiów społecznych, których zignorowanie prowadzić musi do nieskuteczności uregulowań prawnych.

## 5. Od poczęcia do urodzenia

Zarówno w wyniku zapłodnienia naturalnego, jak i zapłodnienia *in vitro* powołane zostaje takie samo „życie człowieka", które właśnie w momencie utworzenia zarodka zostaje, w istocie, w pewnym sensie przesądzone. W tym czasie dokonują się zmiany

---

[19] Zob.: St. Dziwisz, *Poszukującym prawdy*, „Rzeczpospolita" z dn. 12 grudnia 2008 r.; J. Gowin, *W sprawie* in vitro *Kościół nie ma racji – wywiad*, „Polska" z dn. 16 grudnia 2008 r.; idem, *Nie zgodzę się na zabijanie zarodków – wywiad*, „Rzeczpospolita" z dn. 18 grudnia 2008 r.; A. Muszala, *Embrionalna godność osoby*, „Tygodni Powszechny" z dn. 21 grudnia 2008 r.; A. Grabarczyk, *Kościół wspiera ustawę o* in vitro *autorstwa PO*, „Polska" z dn. 24 grudnia 2008 r.

przede wszystkim jakościowe, a „punkty graniczne" to: zapłodnienie (naturalne albo *in vitro*), rozwój preembrionu, powstanie embrionu zagnieżdżającego się w organizmie kobiety, dalszy rozwój w okresie prenatalnym, moment osiągnięcia stanu umożliwiającego życie poza organizmem matki, moment osiągnięcia stanu w ciąży prawidłowej umożliwiającego i wymagającego urodzenie dziecka, rozpoczęcie porodu, a w końcu tego etapu życia człowieka, oddzielenie urodzonego w sposób naturalny albo metodą alternatywną dziecka od organizmu matki.

Z punktu widzenia społecznej nauki Kościoła katolickiego nie ma wątpliwości, że z człowiekiem mamy do czynienia od chwili poczęcia. Tym samym już preembrionowi przysługuje godność osoby, którą człowiek zachowuje aż do śmierci swego organizmu[20].

Jednak nie ma co do tego zgody, gdyż przeciwnicy takiego poglądu wywodzą, że z chwilą zapłodnienia nie dochodzi jeszcze do indywidualizacji człowieka. Ich zdaniem, na tym etapie, tak naprawdę, nic jeszcze nie jest przesądzone, nawet to, czy będzie to jeden, czy też większa liczba organizmów ludzkich. Dopiero z chwilą powstania embrionu, co następuje po upływie 14–15 dni od zapłodnienia, odrębność nowego organizmu klaruje się, a embrion zagnieżdża w organizmie kobiety, zapoczątkowując ciążę[21].

Niemniej jednak zwolennicy pierwszego poglądu wykorzystują także argument natury biologicznej, wskazując, że od chwili zapłodnienia przez fazę preembrionu do powstania embrionu, mamy do czynienia – co przez nikogo nie jest kwestionowane – z tym samym bytem, określonym genetycznie. Jest to okres zmian ilościowych i jakościowych, ale jednocześnie kontynuacja rozwoju tego samego „podmiotu biologicznego". Konstatacja ta czyni zbędnym odwoływanie się do koncepcji animacji istoty ludzkiej, która zapewne również na gruncie teologii jest nierozwiązywalna[22].

Co oczywiste, ustawodawca może zdecydować, że pełna ochrona człowiecza, także na gruncie prawa karnego, przysługuje od momentu zapłodnienia (powstanie pre-embrionu), a nie dopiero od początku ciąży (zagnieżdżenie się embrionu w organizmie kobiety). Polski ustawodawca tak jednak nie zdecydował, o czym świadczą treść art. 38 Konstytucji, unormowania ustawy z 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności ciąży[23], a także korespondujące z nimi przepisy art. 148 i następne Kodeksu karnego z 1997 r., pomieszczone w rozdziale XIX, nie bez powodu zatytułowanym „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu", bez wskazania, że chodzi tu o życie i zdrowie tylko „człowieka". To właśnie analiza przepisów tego rozdziału, w powiązaniu z interpretacją unormowań wspomnianej ustawy z 1993 r., doprowadziła Sąd Najwyższy do ustalenia, że pełna prawnokarna ochrona człowiecza przysługuje dziecku poczętemu od rozpoczęcia porodu naturalnego, a w wypadku ope-

---

[20] Zob. *Instrukcja Kongregacji Wiary Dignitas personae*, dotycząca niektórych problemów bioetycznych z dnia 12 grudnia 2008 r., zaaprobowana przez Papieża Benedykta XVI, gdzie powołane zostały wcześniejsze dokumenty Kościoła katolickiego, a także: P. Krajewski, *Prawno-kanoniczna ochrona człowieka w kontekście zagrożeń inżynierii genetycznej*, Olsztyn 2008, s. 137 i nast.

[21] O. Nawrot, *Status prawny pre-embrionu*, „Państwo i Prawo" 2009, z. 3, s. 5–19 oraz powołane tam piśmiennictwo i orzecznictwo.

[22] P. Krajewski, *Prawno-kanoniczna*, s. 142, 143.

[23] Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. Dz. U. Nr 17, poz. 78 ze zm.

racyjnego zabiegu cięcia cesarskiego kończącego ciążę – od podjęcia czynności zmierzających do przeprowadzenia takiego zabiegu[24]. W oparciu o te same przepisy Sąd Najwyższy w uzasadnieniu kolejnego orzeczenia stwierdził, że pełna prawnokarna ochrona zdrowia i życia przysługuje dziecku nienarodzonemu od: a) od rozpoczęcia porodu naturalnego, b) w wypadku operacyjnego zabiegu cięcia cesarskiego kończącego ciążę na żądanie kobiety ciężarnej – od podjęcia pierwszej czynności medycznej bezpośrednio zmierzającej do przeprowadzenia takiego zabiegu, c) w wypadku konieczności medycznej przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego lub innego alternatywnego zakończenia ciąży – od zaistnienia medycznych przesłanek takiej konieczności[25]. Co oczywiste, teza drugiego orzeczenia, to konsekwencja podzielenia stanowiska uchwały z 1996 r. Na gruncie bowiem polskiego prawa karnego granicę pełnej prawnokarnej człowieczej ochrony życia stanowi rozpoczęcie porodu dziecka – człowieka. Kończy ono ciążę w sposób naturalny albo z zastosowaniem metody alternatywnej. W tym ostatnim wypadku koniec ciąży następuje z chwilą podjęcia pierwszej czynności medycznej takiego zabiegu albo z chwilą zaistnienia sytuacji konieczności medycznej takiego zakończenia ciąży. W ten sposób zachowany zostaje wymóg ustawowy, aby pełna prawnokarna ochrona przysługiwała od chwili rozpoczęcia porodu, w sposób naturalny lub sztuczny.

Przeprowadzona w uzasadnieniach tych orzeczeń analiza pozwoliła dostrzec niesymetryczność ochrony dziecka nienarodzonego, która okazuje się być węższa w wypadku porodu naturalnego – dopiero po upływie dziewięciu miesięcy prawidłowo przebiegającej ciąży. Będzie ta ochrona szersza w wypadkach alternatywnego zakończenia ciąży, gdy zabieg medyczny jest wykonywany przed upływem dziewiątego miesiąca ciąży albo wtedy, gdy zaistnieje konieczność medyczna takiego zabiegu. Tu zauważyć trzeba, że te ostatnie zabiegi mają prowadzić do żywego urodzenia, a mamy do czynienia z sytuacją, gdy dziecko, po oddzieleniu od organizmu matki, zdolne jest do samodzielnego, nawet jeżeli wspomaganego medycznie lub opiekuńczo, życia. Jeżeli jest właśnie tak, to narzuca się wręcz postulat przesunięcia granicy pełnej prawnokarnej ochrony, żeby przysługiwała ona od chwili osiągnięcia przez dziecko poczęte zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety. To, co oczywiste, nie burzyłoby modelu ochrony życia człowieka zrealizowanego w Kodeksie karnym z 1997 r., choć wymagałoby stosownej nowelizacji przepisów art. 152–154 k.k., określających przestępstwa aborcyjne.

## 6. Od urodzenia do początku śmierci

Ten okres życia istoty ludzkiej trwa z reguły najdłużej. Zarazem stan prawnokrany chroniący jednostkę od chwili narodzin do początku śmierci jest najbardziej ustabilizo-

---

[24] Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 26 października 2006 r. I KZP 18/06 OSNKW 2006, nr 11, poz. 97.

[25] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 30 października 2008 r. I KZP 13/08 OSNKW 2008, nr 11, poz. 90; zob. glosy częściowo krytyczne: A. T. Olszewski, „Państwo i Prawo" 2009, z. 4, s. 136 i nast., J. Potulski, „Prokuratura i Prawo" 2009, nr 5, s. 161 i nast.

wany. W tym czasie, o którego końcu przesądza śmierć mózgu[26], człowiek korzysta z pełnej ochrony, z wyjątkiem sytuacji przewidzianej w art. 149 k.k. Stypizowano tam przestępstwo, gdy matka, która zabija dziecko w okresie porodu i pod wpływem jego przebiegu, odpowiada nie za zabójstwo, lecz występek zagrożony karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Ta szczególna regulacja, funkcjonująca w polskim systemie prawa karnego od kilkudziesięciu lat, powinna pozostać, choć jest to kwestionowane przede wszystkim przez prawników, ale także lekarzy i psychologów, którzy nie znajdują uzasadnienia dla tak szczególnego potraktowania zabójczyni własnego dziecka. Tym bardziej, że nie ma przeszkód dla nadzwyczajnego złagodzenia kary za zabójstwo rodzącego się dziecka, w ramach sankcji przewidzianej w art. 148 § 1 k.k. Zgodnie z tym zapisem, jeżeli w okresie porodu dojdzie do zakłócenia czynności psychicznej kobiety, prowadzącego do ograniczenia, a w skrajnych wypadkach do zniesienia poczytalności, w rozumieniu art. 31 § 1 k.k., to należy stwierdzić, że taka sprawczyni czynu zabronionego nie popełnia przestępstwa. Co oczywiste, jeżeli dojdzie do pozbawienia życia dziecka w okresie porodu, a jest to udziałem innej osoby niż rodząca kobieta, to poniesie ona odpowiedzialność karną za zabójstwo określone w art. 148 § 1 k.k.[27]

Życie człowieka, poza odosobnionymi wypadkami, o ile takie w ogóle istnieją, współcześnie nie może obyć się bez interwencji medycznej. Oprócz sytuacji przymusowego wykonywania czynności medycznych (leczniczych), ustawowo określonych, wiążących się, na przykład, ze szczepieniami ochronnymi, czy zwalczaniem niektórych chorób zakaźnych, wykonywanie zabiegów leczniczych odbywać się może wyłącznie za zgodą pacjenta. Postąpienie wbrew temu nakazowi stanowi przestępstwo określone w art. 192 § 1 k.k., zagrożone karą pozbawienia wolności do lat dwóch, jednak ścigane wyłącznie na wniosek pokrzywdzonego. Problematyka z tym związana jest oczywiście ogromnie skomplikowana i stanowi przedmiot licznych i obszernych wypowiedzi, zwłaszcza w piśmiennictwie prawniczym[28].

W ramach tego opracowania konieczne jest ograniczenie się do stwierdzenia, że nikt i nigdy, poza wspomnianymi sytuacjami wyjątkowymi, nie ma prawnego obo-

---

[26] Odmiennie A. Gałęska-Śliwka, *Śmierć jako problem medyczno-kryminalistyczny*, Warszawa 2009, s. 19 i nast. i powołane tam piśmiennictwo, przede wszystkim literatura medyczna. Odnotować trzeba pewne wahania specjalistów medyków co do tego, czy końcem życia człowieka jest śmierć mózgu czy też śmierć pnia mózgu.

[27] Zob. m.in.: K. Daszkiewicz, *Przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu. Rozdział XIX Kodeksu karnego. Komentarz*, Warszawa 2000, s. 204 i nast. oraz powołane tam piśmiennictwo i orzecznictwo; A. Wąsek (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom I. Komentarz do artykułów 177–221*, Warszawa 2006, uwagi do art. 149 kk, B. Michalski, s. 251 i nast.; A. Zoll, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. Tom II. Komentarz do art. 117–277 kk*, uwagi do art. 149 kk, s. 273 i nast.

[28] Ostatnio: A. Dudzińska, *Kształtowanie się odpowiedzialności karnej za działania medyczne z naruszeniem zgody pacjenta*, „Prokuratura i Prawa" 2009, nr 7–8; Zob. także: M. Boratyńska, P. Konieczek, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001; M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000; L. Kubicki, *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (Przestępstwo z art. 192 kk)*, „Prawo i Medycyna" 1999, nr 8; A. Liszewska, *Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny*, „Prawo i Medycyna" 1999, nr 1; J. Wojciechowska, w: B. Kunicka-Michalska, J. Wojciechowska, *Przestępstwa przeciwko wolności, wolności sumienia i wyznania, wolności seksualnej i obyczajności oraz czci i nietykalności cielesnej. Rozdziały XIII,XXIV,XXV i XXVI Kodeksu karnego. Komentarz*, Warszawa 2001, komentarz do art. 192 kk, s. 52–61; S. Rutkowski, *Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192 kk*, „Prokuratura i Prawo" 2009, nr 2.

wiązku żyć, ani dbać o swoje zdrowie i życie. To wybór pozostawiony każdemu człowiekowi, który samodzielnie podejmuje decyzje w tym zakresie, kierując się wyznawanym systemem wartości. Stąd swoiste prawo do rezygnacji z zabiegów medycznych, także tych ratujących życie[29], jak również do pozbawienia siebie samego życia działaniem lub zaniechaniem[30]. Stąd także prawo do podjęcia wcześniejszej decyzji o zaniechaniu podtrzymywania czynności życiowych na wypadek utraty przytomności, przez sporządzenie „testamentu życia"[31]. Stąd także, z drugiej strony, bezwzględny w polskim systemie prawnym zakaz wspomagania cudzego samobójstwa[32], niedopuszczalność eutanazji[33], co jednak nie dotyczy podtrzymywania niemożliwego do wyprowadzenia stanu wegetatywnego[34]. Stąd wreszcie nakaz powściągnięcia się od powstrzymywania nieuchronnego procesu umierania w okresie terminalnym[35].

Co oczywiste, samobójstwo, także wówczas, gdy czyn okazał się tylko usiłowaniem, nie stanowi przestępstwa. Z innych zupełnie powodów prawnych nie jest nim również zaniechanie przeciwstawienia się rezygnacji pacjenta z zabiegów medycznych, przede wszystkim tych ratujących życie. Nie jest również przestępstwem „wykonanie testamentu życia", gdy polega ono na zaprzestaniu uporczywej terapii w okresie terminalnym, nieuchronnie zmierzającym ku śmierci pacjenta.

---

[29] Al. Rybińska, *Była symbolem walki o prawo do śmierci, już nie chce umrzeć*, „Rzeczpospolita" z dn. 22 lipca 2009 r.

[30] A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Warszawa 1982 i powołane tam piśmiennictwo; P. Zychowicz, *Czy Bóg wybacza niektórym samobójcom?*, „Rzeczpospolita" z dn. 11–12 lipca 2009 r.

[31] P. Winczorek, *Czy konstytucja zezwala na testament życia?*, „Rzeczpospolita" z dn. 6 grudnia 2008 r.; T. Bielecki, *Szwajcarski Kościół katolicki zgadza się na testament życia*, „Gazeta Wyborcza" z dn. 22 maja 2009 r.; M. Śliwka, *Testament życia oraz zaniechanie uporczywej terapii w projekcie ustawy bioetycznej (uwagi prawnoporównawcze)*, „Prawo i Medycyna" 2009, nr 2, s. 21–36; N. Pawłowska, M. Syska, *Testament życia*, „Monitor Prawniczy" 2009, nr 9, s. 487–490; zob. także art. 9 Konwencji Bioetycznej, który stanowi, że „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swej woli".

[32] Al. Rybińska, *Była*.

[33] J. Malczewski, *Eutanazja w oczach prawa karnego. Od zakazu do legalizacji*, „Prawo Europejskie w Praktyce" 2008, nr 6 (48), s. 77–82; M. Tarnawski, *Zabójstwa uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego*, Poznań 1981, s. 121 i nast.; A. Wąsek, *Prawnokarna*, s. 94 i nast., K. Poklewski-Koziełł, *O eutanazji w świetle nowych koncepcji prawniczych*, „Państwo i Prawo" 1997, z. 1; K. Bączyk, *Eutanazja i „wspomagane samobójstwo" w prawie porównawczym*, „Prawo i Medycyna" 1999, nr 4; P. Konieczniak, *Czynna eutanazja – nowe tendencje w niektórych europejskich systemach prawnych*, „Prawo i Medycyna" 2002, nr 12; M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo w świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004; L. Izrael, *Eutanazja czy życie aż do końca*, Kraków 2005; M. Żmudka, *Zabójstwo eutanatyczne*, Kraków 2006 – maszynopis pracy magisterskiej, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytet Jagiellońskiego.

[34] B. Łabutin, *Przebudzenie Karola*, „Gazeta Wyborcza" z dn. 25 marca 2009 r.; J. Bojko, *Dobre życie, a nie dobra śmierć*, „Gazeta Wyborcza" z dn. 26 lutego 2009 r.; B. Dziobkowski, *Wybawienie ze stanu biologicznego trwania*, „Rzeczpospolita" z dn. 13 lutego 2009 r.; zob. także publikacje prasowe dotyczące sprawy Eluany Englaro, powołane w przypisie 34, w: L. K. Paprzycki, *Prawnokarna*.

[35] Ostatnio zob.: M. Śliwka, *Testament*; T. Bielecki, *Szwajcarski*; I. Filc-Redlińska, *Więźniowie swojego ciała*, „Rzeczpospolita" z dn. 23 lipca 2009 r.; W. Lorenz, *Lordowski wyrok otwiera Brytyjczykom drogę do eutanazji*; J. Pawlicki, *Brytyjscy lordowie uchylają drzwi eutanazji*, „Gazeta Wyborcza" z dn. 1–2 sierpnia 2009 r.

Czy dla okresu życia człowieka od urodzenia do początku śmierci potrzebna jest nowa regulacja prawna, która w odmiennym (szerszym albo węższym) zakresie chroniłaby jego życie i zdrowie? Zdecydowanie nie! Natomiast sprecyzowanie unormowań w pozostałych dziedzinach najszerzej rozumianego prawa medycznego pozwoli ściśle chronić życie pacjenta. Zarazem stworzy również warunki dla uniknięcia odpowiedzialności karnej przede wszystkim przez lekarzy, którzy wykonując te szczególne czynności medyczne, czynią to rzetelnie, z najwyższym poczuciem zawodowej odpowiedzialności.

## 7. Przeszczepy

Można powiedzieć, że to problemy z pogranicza życia i śmierci. Twierdzenie takie jest uprawnione z dwóch powodów. Po pierwsze, ponieważ „fragmenty" ludzkiego ciała mogą zostać pobrane od żyjącego dawcy, jak i po jego śmierci. Po drugie, dlatego, że w tym ostatnim wypadku może to nastąpić w krótkim okresie po śmierci, gdy, w istocie, organizm człowieka znajduje się między życiem większości komórek jego ciała a śmiercią mózgu. Ten ostatni okres stwarza transplantologii największe trudności, także natury techniczno-organizacyjnej, stanowiąc jedną z najistotniejszych przeszkód rozwoju tego działu medycyny.

Rozwój transplantologii bez trudu dostrzegają wszyscy. Proces ten jest przedmiotem zainteresowania środków społecznego przekazu, także w Polsce, a przede wszystkim pacjentów, oczekujących na zabiegi ratujące życie. Przeszczepy nerki, wątroby, płuc, a także serca bliskie są zabiegom rutynowym nie tylko w czołowych klinikach, a przeszczepy kilku organów jednocześnie nie stanowią dziś również medycznej sensacji. Dopiero wykonanie pierwszego przeszczepu twarzy, zresztą przez polskiego lekarza[36], a także nieodległa z medycznego punktu widzenia możliwość przeszczepienia mózgu, wywołały dyskusję o granicach tych zabiegów i wiążącej się z tym kwestii tożsamości człowieka[37].

Znów bez prezentowania koniecznej obszernej argumentacji, kierując się także intuicją, opowiedzieć się trzeba za poglądem, że „istota człowieczeństwa" skupia się w jego mózgu. Nie ma bowiem wątpliwości i sporu co do tego, że „człowiek" umiera dopiero wtedy, gdy umiera jego mózg[38].

Jeżeli tak, to, idąc najdalej, trzeba uznać, że utrzymanie przy życiu mózgu jest utrzymaniem życia człowieka. Zatem, konsekwentnie należy stwierdzić, że będzie przeszczepem „dołączenie" do utrzymanego przy życiu mózgu ciała innego człowieka, którego mózg umarł. Przeszczep taki, choć technicznie jeszcze niewykonalny, należy

---

[36] A. Stanisławska, *Twarz zwróciła jej życie*, „Rzeczpospolita" z dn. 7 maja 2009 r. oraz zamieszczona tam rozmowa z kierującą zespołem lekarzy prof. M. Siemionow, także strona internetowa rp.pl/nauka.

[37] J. Skrzypczak, *Przeszczep mózgu – dylematy prawne, społeczne i deontologiczne*, „Środkowoeuropejskie Studia Polityczne" 2008, t. 2, s. 190–197; zob. także powołane tam piśmiennictwo i orzecznictwo.

[38] Odmiennie zob. A. Gałęska-Śliwka, *Śmierć*, s. 19 i nast.; F. Fukuyama, *Koniec człowieka*, Kraków 2004, s. 33 i nast. oraz obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, MP Nr 46, poz. 547.

uznać za dopuszczalny w świetle obowiązującego w Polsce prawa. Choć dziś wydać się to może nawet szokujące, to rzeczonym przeszczepem będzie nie tylko dołączenie głowy ludzkiej z mózgiem do „cudzego" ciała, ale także umieszczenie żywego mózgu w „cudzym" ciele, z którego głowy usunięto obumarły mózg. Takie są konsekwencje rozwoju transplantologii. Pozostaje tylko (aż!) dostrzeżenie konsekwencji takiego zabiegu w innych dziedzinach prawa.

Jakie to może mieć znaczenie dla prawa karnego? Niewykluczone, że żadnego! Tak się w każdym razie wydaje. Wystarczy bowiem zauważyć, że w skrajnym wypadku przeszczepienia żywego mózgu do ciała innego człowieka, z którego usunięto jedynie obumarły mózg, mamy do czynienia, z jednej strony, już nie człowiekiem, a tylko jego ciałem pozbawionym obumarłego mózgu, a z drugiej, z żywym mózgiem – człowiekiem, którego reszta ciała obumarła. Żywy mózg jednego człowieka zostaje zatem przeniesiony do żywego ciała drugiego człowieka, które to ciało, jeszcze raz podkreślając, już nie jest człowiekiem, a stanie się częścią nowego ciała ludzkiego po połączeniu z mózgiem. Wobec tego, inaczej rzecz ujmując, z jednej strony mamy do czynienia z żyjącym ciałem człowieka, którego mózg obumarł, które to ciało na pewno nie jest „człowiekiem", a z drugiej, żywy mózg pozbawiony „ciała", które obumarło i też już nie jest „człowiekiem". Oba ciała, jedno żywe z obumarłym mózgiem, drugie obumarłe z żywym mózgiem nie są już ludźmi. Są to już tylko zwłoki – szczątki człowieka. Te, z kolei, mogą być jedynie przedmiotem czynności wykonawczej przestępstwa określonego w art. 262 k.k. – zbezczeszczenia zwłok[39].

Co najwyżej do naruszenia art. 262 może dojść również w wypadku doprowadzenia do obumarcia tkanek żywego ciała z martwym mózgiem, gdyż wówczas nie mamy do czynienia z „życiem człowieka" a jedynie z żywymi komórkami, tkankami i organami zwłok ludzkich. Z chwilą jednak, gdy, w ramach przeszczepu, do żywego mózgu zostanie dołączone żywe ciało pozbawione obumarłego mózgu, stanie się ono częścią nie zupełnie „nowego" człowieka, lecz tego, którym będzie przeszczepiony mózg. Nie ulega bowiem wątpliwości, że to całe ciało, pozbawione mózgu, zostało dołączone do żywego mózgu, a nie na odwrót. Zatem, z chwilą dokonania skutecznego przeszczepu tego rodzaju, wszystkie czyny na szkodę najszerzej rozumianego zdrowia przeszczepionego ciała mogą stanowić przestępstwa na szkodę tego człowieka, którego część stanowił żywy mózg.

Konsekwentnie, stwierdzić trzeba, że spowodowanie śmierci mózgu w toku zabiegu transplantacji (mózgu z obumarłego ciała do ciała żywego, ale pozbawionego obumarłego mózgu) może stanowić przestępstwo na szkodę człowieka, także w okresie, gdy mózg będzie znajdował się poza ciałem ludzkim. Co oczywiste, do czynu przestępnego może dojść po dołączeniu doń żywego ciała innego człowieka. Możliwe zatem będzie także zabójstwo samego mózgu znajdującego się poza ludzkim ciałem, jak i spowodowanie uszczerbku na jego, mózgu, zdrowiu.

Jeżeli przyjąć za „istotę człowieczeństwa" żywy mózg człowieka, to transplantacja żywego mózgu do żywego ciała, którego mózg obumarł, nie spowoduje konieczności

---

[39] Zob. m.in.: A. Wąsek (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do artykułów 222–316*, Warszawa 2006, s. 442 i nast.; M. Filar (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 984–986; T. Bojarski (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 568–570.

zmian w prawie karnym. Pozostanie przecież zasada, że maksymalnej ochronie prawnokarnej podlega człowiek tak długo, jak żyje jego mózg.

Całość problematyki transplantacji, także z punktu widzenia prawa karnego, kryminalistyki i kryminologii, jest przedmiotem ogromnej literatury, przede wszystkim medycznej, ale także prawniczej, w tym licznych opracowań monograficznych[40].

W ramach tego opracowania wszystko to zostanie pominięte i nie pozostaje nic innego, jak odesłanie do wspomnianych właśnie publikacji[41].

## 7. Po śmierci

Nie ma wątpliwości co do tego, że z chwilą śmierci mózgu przestajemy mieć do czynienia z „człowiekiem". Wszak jego ciało, nawet jeżeli nie ustały w nim wszystkie czynności życiowe, stanowi tylko zwłoki ludzkie, a więc jego szczątki. Może zdarzyć się tak, że fragmenty tego ciała nie zostaną przeszczepione innemu człowiekowi, stając się częścią jego żywego organizmu. Możliwa jest również sytuacja, gdy całe ciało, z wyjątkiem obumarłego mózgu, nie zostanie dołączone do żywego mózgu innego człowieka. W pierwszym z tych dwóch przypadków ciało, a w drugim jego fragmenty stają się przedmiotem szczególnych przepisów, zawartych w ustawie z 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych[42]. Ponadto do ciała tego albo jego fragmentów odnoszą się również przepisy wykonawcze, wydane z upoważnienia wzmiankowanej ustawy i zamieszczone w rozporządzeniu ministra zdrowia z 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi[43].

Szczególne unormowania, dotyczące szczątków ludzkich powstałych w wyniku urodzenia martwego dziecka, a także w wyniku poronienia, dalekie są od kompletności i poprawności, co wymaga ich poprawienia i uzupełnienia[44].

Nie ma tu jednak problematyki prawnokarnej ochrony życia i zdrowia człowieka, z oczywistego powodu – w tych wypadkach mamy do czynienia nie z „człowiekiem", a ze zwłokami albo szczątkami człowieka. Prawnokarna ochrona określona wspomnianym art. 262 k.k., w jego § 1 jest, moim zdaniem, wystarczająca.

## 8. Podsumowanie

Przegląd tytułowej problematyki prowadzi do wniosku, że to, co wiąże się prawną problematyką ochrony życia i zdrowia istoty ludzkiej, w aspekcie zmiany tej problematy-

---

[40] Ostatnio: E. M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Białystok 2008; J. Duda, *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Zakamycze 2004.

[41] Pełna literatura przedmiotu zob. E. M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja*, wykaz, s. 378–400.

[42] Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz. U. 2000, Nr 23, poz. 295, ze zm.

[43] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, Dz. U. Nr 153, poz. 1783 ze zm.

[44] Zob.: M. Hudzik, *W sprawie martwego urodzenia i jego niektórych skutków*, Warszawa 2008, opracowanie przygotowane w Izbie Karnej Sądu Najwyższego; A. Jacek, *Aspekty prawne urodzenia martwego dziecka*, „Jurysta" 2009, nr 3–4, s. 68–70.

ki, zdaje się w najmniejszym zakresie dotyczyć prawa karnego. Dopóki pełna prawna ochrona, ustanowiona w Konstytucji RP, nie przysługuje istocie ludzkiej od chwili poczęcia, dopóty zakres prawnokarnej ochrony, jaki został określony w obowiązującym Kodeksie karnym z 1997 r., w art. 148 i nast. k.k., pozostanie z punktu widzenia ustawy zasadniczej wystarczający. Można jedynie postulować, żeby pełna prawnokarna ochrona przysługiwała dziecku nienarodzonemu z chwilą osiągnięcia przez nie zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki. W celu wykazania zasadności tego postulatu, wystarczy odwołać się do dostrzeżonej w orzecznictwie Sądu Najwyższego nierównomierności ochrony życia i zdrowia człowieka w zależności od tego, czy ciążę kończy poród naturalny, czy też alternatywny, przede wszystkim w praktyce zabieg cięcia cesarskiego. Postulowana zmiana nie oznaczałaby odejścia od dotychczasowego modelu karnej ochrony tego szczególnego dobra prawnego, jakim jest życie i zdrowie człowieka. Wszystkie pozostałe przepisy rozdziału XIX Kodeksu karnego z 1997 r., zatytułowanego „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu", w tym typizujące przestępstwo dzieciobójstwa określone w art. 149 k.k., a także przestępstwa aborcyjne określone w art. 152–154 k.k., nie powinny ulec zmianie. Chronią one bowiem w wystarczającym zakresie życie i zdrowie istoty ludzkiej od początku ciąży do śmierci pnia mózgu. Konieczne są natomiast liczne unormowania, jednakże w innych niż prawo karne dziedzinach, związane przede wszystkim z zapłodnieniem *in vitro*, a także dotyczące postępowania ze szczątkami człowieka.

**Summary**

**The Human Being – Issues of the Limitations of Protection in Penal Law**

The purpose of this study is to assess whether Polish law correctly determines the limits of penal and legal protection of a human being. The criteria of the assessment involve not only the model of currently binding penal code, but also constitutional and European standards. The latter are indicated in the European Convention on Human Rights from 1950 and European Union law interpreted in the light of the Treaty of Lisbon. In order to perform the assessment the following notions are described and defined: 'a human being', 'the earliest beginnings of human life', and 'conceived human life'. The penal and legal protection of human life in its three stages, that is from conception to birth, from birth to natural death, and after death, is also analyzed. The issue of transplantation is also discussed, including the penal and legal consequences of brain transplants, which may become feasible in the future. On the basis of these analyses it is concluded that the penal and legal protection of human life and health in the Polish legal system is in principle appropriately constructed and does not require any fundamental changes. At the same time, it is observed that serious changes are necessary in other branches of law, primarily those related to *in vitro* fertilization as well as the treatment of human remains.

Teresa GARDOCKA

# Niektóre zagadnienia ochrony zdrowia na tle Konwencji bioetycznej i polskiego prawa medycznego

Prawo i medycyna mają rozległe wspólne pole badawcze. Określając je wstępnie, należy wskazać przede wszystkim następujące kwestie: wolność człowieka a jego leczenie, wolność człowieka a prawo do decydowania o własnym życiu w sensie dosłownym, prawo człowieka do prokreacji, tzw. prawa pacjenta obejmujące zagadnienie udzielanych mu informacji, prawo do godności podczas diagnozowania i leczenia, prawo do współdecydowania o wyborze terapii, prawo do określonych świadczeń medycznych w ramach składki zdrowotnej, tajemnica zawodowa wiążąca personel medyczny. Wchodzą w grę także liczne zagadnienia szczegółowe np. związane z transplantologią, dotyczące możliwości ofiarowania tkanek nieodtwarzalnych bliskim i obcym, ewentualna odpłatność za narządy oferowane do transplantacji, zagadnienie zgody zastępczej na leczenie chorego niezdolnego do wyrażenia zgody i związane z tym zagadnienie tzw. testamentu życia.

Zarówno prawnicy, jak lekarze muszą określić swój stosunek do podstawowych zagadnień etycznych nieuchronnie wiążących się z leczeniem i śmiercią człowieka. Kwestie te powinny być przedmiotem poważnego dyskursu naukowego, prowadzonego przez specjalistów różnych dziedzin nauki. Dyskurs ten powinien być prowadzony nie przede wszystkim z ideologicznego punktu widzenia. Wydawałoby się, że wszyscy zdajemy sobie sprawę, iż ideologia nie powinna stanowić zasadniczej podstawy rozmaitych regulacji prawnych zagadnień medycznych. Wydawałoby się, a przecież w dyskusji o podstawowych problemach na styku prawa i medycyny, prowadzonej także publicznie, stale pojawiają się nawet niespecjalnie ukrywane przesłanki czysto ideologiczne, związane wprost z religią katolicką.

Kwestie praw człowieka do ochrony zdrowia uregulowano w aktach prawnych najwyższej rangi. W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zawarto art. 68, określający prawo do ochrony zdrowia i związane z tym prawem obowiązki władzy publicznej[1]. Analiza tego artykułu Konstytucji z punktu widzenia zawartych w nim deklaracji wskazuje, iż ustrojodawca założył określony model polityki społecznej, mianowicie model zwany instytucjonalno-redystrybutywnym. Zgodnie z jego założeniami, dostęp do świadczeń publicznych finansowanych ze środków publicznych ma być równy

---

[1] Art. 68.1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. 5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

i niezależny od sytuacji materialnej. Nie jest. Zależy od faktu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, którego zakres podmiotowy wskazuje ustawa[2].

Poza wszelką wątpliwością na zakres dostępnych dla obywateli świadczeń zdrowotnych wszędzie, nie tylko w Polsce, wpływa stan finansów publicznych. Poza sporem jest to, że możliwości medycyny są obecnie znacznie większe niż możliwość sfinansowania zabiegów leczniczych dla znaczącej liczby osób. Należy też podkreślić, iż nie chodzi o żadne procedury eksperymentalne, a o rutynowe działania medyczne, jak np. endoprotezy, elektroniczne protezy ręki, terapia niektórych nowotworów, leczenie chorób uwarunkowanych genetycznie.

Rzeczą niezbędną stało się określenie dostępności poszczególnych procedur dla obywateli w taki sposób, żeby mogli wiedzieć na co rzeczywiście ze strony publicznej służby zdrowia mogą liczyć i ewentualnie podjęli decyzję o ubezpieczeniu prywatnym zwiększającym ich szanse na odpowiednie leczenie. Deklarację w kwestii ochrony zdrowia zawiera również, nieprzyjęta przez Polskę, Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej[3]. Wyznaczając uregulowania prawne dotyczące zagadnień medycznych, należy uwzględniać również łatwość przemieszczania się osób w granicach Unii. Wobec tego faktu za niedopuszczalne trzeba uznać drastyczne różnice zarówno w poziomie opieki medycznej, jak i w dostępności procedur, co ustawodawca krajowy musi brać pod uwagę.

O swobodzie poruszania się w granicach Unii należy pamiętać przy regulowaniu nie tylko dostępności świadczeń, lecz również innych zagadnień z zakresu medycyny, szczególnie kwestii mających związek z etyką. W Europie, po której łatwo się obecnie poruszać, potrzebne są jednakowe standardy postępowania i jednakowe oceny. Każdy bowiem prowadzący działalność związaną z medycyną, kto chciałby wykorzystać różnice w regulacji prawnej, bez trudu przeniesie swą działalność do państwa, w którym określone postępowanie jest dopuszczalne, nieuregulowane lub uregulowane mało precyzyjnie. Z drugiej strony każdy człowiek szukający określonej usługi medycznej, nielegalnej we własnym kraju, znajdzie ją w innym, gdzie jest legalna lub nieuregulowana dostatecznie precyzyjnie. Mamy tego dowody w postaci tzw. turystyki aborcyjnej lub poszukiwania możliwości godnej śmierci w szwajcarskiej klinice. Powinno to przekonać prawników, że w braku powszechnych europejskich standardów etycznych w medycynie obowiązują faktycznie standardy najluźniejsze. To powinien być zasadniczy bodziec do ustalenia powszechnie obowiązujących, pożądanych standardów etycznych.

Próbą wskazania takich standardów jest Konwencja bioetyczna[4]. Nie została ona ratyfikowana przez tzw. stare demokracje europejskie, nie została ratyfikowana również przez Polskę, jak się wydaje nie z tych samych powodów. Polskie prawo medyczne zdeterminowane jest obecnie politycznie i ideologicznie. I to zarówno to istniejące (np.

---

[2] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027) w art. 65 i nast.

[3] Art. 35. Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

[4] Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 4 kwietnia 1997 roku, zwana również Europejską Konwencją Bioetyczną.

dozwolone przypadki aborcji), jak i to, którego nie ma a niewątpliwie powinno być (np. uregulowanie procedury zapłodnienia *in vitro*). Konwencja bioetyczna, której opracowywanie trwało sześć lat, została przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy w listopadzie 1997 roku i otwarta do podpisu 4 kwietnia 1997 r. Polska konwencję podpisała, ale nie ratyfikowała do dziś[5]. Działa wprawdzie, powołany przez Sejm w 2008 r., zespół do spraw ratyfikacji Konwencji (Rada do spraw Bioetyki), ale sprawa ratyfikacji nie wydaje się posuwać naprzód.

Wstrzemięźliwość takich państw jak Francja, Wielka Brytania czy Niemcy wydaje się mieć źródło w prowadzonych tam zaawansowanych badaniach genetycznych, których legalność konwencja istotnie ogranicza. Przedłużające się rozważania prowadzone w Polsce mają zapewne przyczynę ideologiczną.

Ogólne przesłanie Konwencji zawarte jest w jej art. 1: „Strony Konwencji chronią godność i tożsamość osoby ludzkiej i gwarantują każdej osobie, bez dyskryminacji, poszanowanie dla jej integralności oraz innych podstawowych praw i wolności wobec zastosowań biologii i medycyny", oraz w art. 2: „Interes i dobro osoby ludzkiej przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki". Podkreślenie ochrony godności ludzkiej osoby wskazuje, że Konwencja uznaje określoną hierarchię dóbr – prymat godności nad wolnością człowieka. Oznacza to, że człowiek w kwestiach medycznych nie ma wolności do rzeczy naruszających godność jego osoby.

Z różnych pozycji mogą pojawiać się zatem głosy interpretujące, co jest godne a co niegodne człowieka, a to co niegodne osoby ludzkiej nie należy do sfery jej wolności. Nieuchronnie pojawi się wówczas problem przyjętego systemu wartości. Istotne jest zatem, w jaki sposób i przez kogo określone zostanie pojęcie godności osoby ludzkiej, szczególnie zaś ważne, by wyznacznikiem tego pojęcia były wartości uniwersalne, oparte o przesłanki światopoglądowo neutralne.

Podczas toczącej się w ciągu ostatnich miesięcy w Polsce dyskusji o zapłodnieniu *in vitro* poruszane były przede wszystkim kwestie ideologiczne, jak dostępność wspomaganego zapłodnienia dla par małżeńskich czy związków nieformalnych oraz komu przysługiwałaby refundacja zabiegu. Zabiegi zapłodnienia *in vitro* są oczywiście w Polsce przeprowadzane, obecnie przede wszystkim w niepublicznych zakładach medycznych, są finansowane przez osoby zainteresowane i nie są w żaden szczególny sposób uregulowane prawnie. Konwencja zawiera przepis przewidujący konieczność zapewnienia odpowiedniej ochrony embrionów (art. 18.2). Oczywiście ratyfikowanie Konwencji łączy się z koniecznością uregulowania procedury wspomaganej prokreacji przede wszystkim nie od strony jej dostępności dla określonych kategorii osób, ale od strony postępowania z embrionami, które powstaną w tym procesie i nie zostaną wykorzystane. Regulacja taka jest konieczna i wydaje się być rzeczą znacznie istotniejszą od tego, czy rodzicami skutkiem zastosowania procedury medycznej zapłodnienia *in vitro* ma zostać para połączona świętym węzłem małżeńskim, czy ludzie pozostający w związku nieformalnym. Konwencja zakazuje wykorzystywania technik medycznych wspomaganej prokreacji w celu wyboru płci dziecka, dopuszcza jednak wyjątko-

---

[5] Konwencję ratyfikowały do dziś następujące państwa: Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Republika Czeska, Dania, Estonia, Gruzja, Grecja, Węgry, Islandia, Litwa, Mołdowa, Norwegia, Portugalia, Rumunia, San Marino, Słowacja, Słowenia, Hiszpania i Turcja.

wo taką ingerencję w przypadku, gdy wybór ma na celu uniknięcie poważnej choroby dziedzicznej zależnej od płci dziecka.

Przyjęcie konwencji będzie wymagało szczegółowego uregulowania dopuszczalności przeprowadzania testów prognozujących choroby genetyczne płodu oraz dopuszczalności interwencji medycznej mającej na celu dokonanie zmian w genomie ludzkim. Obejmuje to zagadnienie badań prenatalnych, dyskutowanych w Polsce zwykle przy okazji dyskusji o ochronie życia poczętego i, jak wszystkie związane z tym kwestie, budzącego znaczne emocje.

Zagadnieniem etycznym powstającym w związku z kwestią zgody na leczenie jest wspomniany już problem tzw. testamentu życia i jego ważności w sensie związania lekarza wyrażonym w nim życzeniem. Wiąże się to ściśle z zagadnieniem wolności człowieka w zakresie decydowania o własnym życiu. Przyjęcie, że wolność w tym względzie istnieje, wymaga uznania ważności testamentu życia i wyraźnego związania jego treścią lekarza decydującego o podjęciu leczenia wobec osoby niezdolnej w tym momencie do wyrażenia zgody[6]. Ważność takiego testamentu wymaga jednak wyraźnego uregulowania ustawowego. Nie wydaje się to mieć czegokolwiek wspólnego z zagadnieniem godności jako przeważającej nad wolnością. Kluczowe jest jednak uznanie, że wolność osoby jest ważniejsza niż jej prawo do życia rozumiane jako przymus życia, jeżeli życie to da się z punktu widzenia medycyny ocalić.

Nowe uregulowanie praw pacjenta[7] nie wspomina o ważności testamentu życia, podejmuje natomiast określenie osoby uprawnionej do wyrażenia zastępczej zgody na leczenie osoby niezdolnej w tym momencie do osobistego wyrażenia zgody. Uregulowanie to zawarte jest w art. 17 ustawy i zawiera pewne pomieszanie materii. Mianowicie określa się, że prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody ma przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

Problem w tym, że pojęcie przedstawiciel ustawowy dotyczy w zasadzie osób małoletnich, których przedstawicielami ustawowymi są z mocy prawa rodzice[8]. Inne osoby nie mają przedstawicieli ustawowych, choć osoba ubezwłasnowolniona całkowicie ma opiekuna. Ustawa o prawach pacjenta definiuje natomiast w art. 3 ust. 1 pojęcie opiekuna faktycznego. Jest to mianowicie osoba sprawująca bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. Pozostaje w mocy art. 33 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[9] pozwalający udzielać świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub

---

[6] Patrz R. Citowicz, *Spory wokół testamentu życia*, „Państwo i Prawo" 2007, nr 1, s. 34 i nast.; wcześniej kwestię tę analizował K. Poklewski-Koziełł, *Oświadczenie woli pro futuro pacjenta jako instytucja prawna*, „Państwo i Prawo" 2000, nr 3, s. 4 i nast.

[7] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417).

[8] Tak Kodeks rodzinny i opiekuńczy, ustawa z dnia 25 lutego 1964 r.

[9] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. (t.j. Dz. U. 2008, Nr 136, poz. 857).

wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

Zagadnienie zgody wymaga bardzo precyzyjnej regulacji ze względu na coraz większe możliwości medycyny w zachowaniu życia pacjenta bez możliwości zapewnienia jego pożądanej jakości. Trzeba także w podejmowaniu takiej regulacji liczyć się z postawami lekarzy, którzy nastawieni są na ratowanie życia bez snucia refleksji, jak jego jakość będzie miała się do godności osoby ludzkiej.

Kluczowym wreszcie problemem współczesnej medycyny, problemem w gruncie rzeczy etycznym, jest kwestia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Na dostępność tę składa się szereg kwestii szczegółowych, jak finansowanie świadczeń zdrowotnych, szczególnie świadczeń wysoko specjalistycznych i z reguły bardzo kosztownych, dostęp do procedur leczniczych wobec większej liczby osób uprawnionych do świadczenia niż możliwości służb medycznych, zagadnienie dostępności świadczeń zdrowotnych, z którymi wiąże się wyższe ryzyko (wszelkie rodzaje terapii eksperymentalnych), nawet na koszt i ryzyko pacjenta.

Konwencja bioetyczna w art. 3 wymaga od państw sygnatariuszy podjęcia stosownych działań w celu zapewnienia sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej o właściwej jakości. Podobne wymagania stawia powołany już art. 35 Karty Praw Podstawowych. Te dokumenty międzynarodowe wprawdzie nie wiążą Polski formalnie, a Karta Praw Podstawowych UE nie ma jeszcze charakteru dokumentu prawnego, lecz jedynie polityczny, jednak nie mogą nie być brane pod uwagę przy kształtowaniu prawa w warunkach zjednoczonej Europy.

Europejska Karta Praw Socjalnych z 1961 roku[10] stanowi w art. 11, że każdy ma prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w przypadku choroby, ma prawo do środków zapobiegających chorobom epidemicznym i endemicznym. Rodzi to po stronie państwa obowiązek ochrony zdrowia obywateli, i chodzi nie tylko o odpowiedni poziom publicznej służby zdrowia, ale również o prawo, które określi dostępność świadczeń z jej strony dla obywateli bezpłatnie, w związku lub bez związku z ubezpieczeniem zdrowotnym lub za jasno określoną odpłatnością. Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości potwierdziło, że mieszkańcy państw należących do Unii Europejskiej mogą korzystać w równy sposób z pomocy medycznej na obszarze całej Unii[11].

To także na poziomie konkretnego państwa wymaga określenia udziału państwa w finansowaniu takich świadczeń uzyskanych za granicą, wskazania warunków, na jakich państwo dokona takiego finansowania i poziomu finansowania. Możliwe są różne rozwiązania. Podstawowym wydaje się przyjęcie, że finansowanie określonych procedur, z których obywatel skorzystał za granicą nastąpi na poziomie takim, jaki przewidziany jest dla finansowania ich w kraju. Podobnie, jeżeli chodzi o leczenie szpitalne, można ustanowić w prawie wewnętrznym wstępne warunki finansowania (zawiado-

---

[10] Konwencja Rady Europy, do której Polska przystąpiła w 1961 r.

[11] Sprawa C-157/99, B.S.M. Gerearts-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ I H.T.M. Peerbooms v Stichtg CZ Groep Zorgverzekeringen, 12 lipca 2001; sprawa C-158/96, Raymond Koll v Union des caisses de maladie, 12 kwietnia 1998; C-8/02 Ludwi Leichtle v Bundesanstalt fur Arbeit, 18 marca 2004.

mienie, zgodę odpowiedniej władzy zależną od możliwości leczenia w kraju), nie można natomiast finansowania leczenia na terenie innego państwa Unii odmówić w ogóle, ani też nie można pozostawić tych kwestii bez jasnego uregulowania prawnego, co oznacza arbitralność władzy w rozstrzyganiu konkretnego przypadku.

Jak kwestie dostępności świadczeń medycznych są obecnie uregulowane w polskim prawie?

Nie może budzić wątpliwości fakt, że hipotetyczna możliwość leczenia (w zakresie istnienia odpowiednich terapii, ale także w zakresie świadczenia leczenia przez działające w Polsce zakłady służby zdrowia) jest obecnie znacznie większa niż faktyczna możliwość leczenia obywateli (możliwości finansowania służby zdrowia). Istnienie tej rozbieżności w tak znacznym stopniu wymaga bardzo precyzyjnych regulacji prawnych. W braku takich regulacji o tym, komu świadczyć pomoc medyczną w konkretnym przypadku decydują lekarze i jest to dla nich obciążenie nadmierne, także z etycznego punktu widzenia. Życie domaga się jasnej regulacji, a polityka podpowiada, że czym mniej będzie ona jasna, tym mniejsze wzbudzi społeczne oburzenie. Znajdujemy się bowiem w takim momencie, że: możliwe jest leczenie bardzo wielu chorób, także u osób wiekowych; możliwe jest prowadzenie terapii chorób uwarunkowanych genetycznie u dzieci, zapewniających poprawę jakości ich życia, ale niegwarantujących rzeczywistego wyleczenia; możliwe z medycznego punktu widzenia medycyny są przeszczepy narządów; możliwe jest ocalenie życia ofiar wypadków z poważnymi uszkodzeniami neurologicznymi, ale nie jest możliwe zapewnienie im możliwości powrotu do jakiejkolwiek aktywności itd. Zarazem z całą pewnością system finansowy państwa, nawet przy wysokiej obowiązkowej stawce składki zdrowotnej osób ubezpieczonych, nie daje możliwości sfinansowania wszystkich tych procedur.

Jak wyraźnie widać w ostatnich latach, nie jest możliwe nawet sfinansowanie procedur na takim poziomie, by istniejące zakłady służby zdrowia miały zapewnioną pracę przez cały rok. W wielu z nich sytuacja jest absurdalna – personel medyczny i aparatura nie pracuje, chorzy czekają w kolejkach liczonych już na lata, nie miesiące, a przyczyna takiego stanu rzeczy tkwi wyłącznie w finansach państwa, czyli ich braku. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r. zawiera w tej materii następującą regulację: „art. 6.1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. 2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń". I dalej w „art. 7.1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia". Życie pokazuje, że realizacja tego prawa jest w dużej mierze fikcją.

W roku 2009 na podstawie art. 31d ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[12] wydano szereg rozporządzeń dotyczących świadczeń gwarantowanych[13]. Rozporządzenia te określają, jakie

---

[12] Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027.

[13] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. 2009, Nr 140, poz. 1148); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej

świadczenia zdrowotne dla osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu są finansowane z budżetu państwa. Regulacja zrozumiała jest wyłącznie dla specjalistów, którzy zechcą lub muszą (zarządzając zakładami służby zdrowia) zapoznać się z nią.

Oznacza to, że żaden obywatel nadal nie wie, jakie świadczenia zdrowotne w ramach ubezpieczenia są mu zagwarantowane, jakie będzie jego miejsce w kolejce, gdy przyjdzie mu się w niej ustawić ze względu na określone w rozporządzeniu priorytety. Nikt więc, kto sam nie rozumie bezwzględnej konieczności, nie zostanie zachęcony do, zupełnie nieuniknionego już dziś, ubezpieczenia zdrowotnego obok tego, które wynika z państwowego systemu obowiązkowego ubezpieczenia związanego z pracą. Jeżeli dodamy do tego, że system obejmuje na równi obywateli płacących składkę zwykłą i objętych ubezpieczeniem rolniczym (KRUS), jego niesprawiedliwość i nieprzejrzystość staje się zupełnie wyraźna.

Warto zadać sobie trud i przeanalizować szczegółowe uregulowania dotyczące świadczeń gwarantowanych, określenia procedur ich świadczenia, kryteriów medycznych, jakim powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej[14], priorytetów zdrowotnych[15], by zrozumieć, że obywatel nie ma właściwie wobec publicznej służby zdrowia żadnych praw i roszczeń, a udzielanie świadczeń zdrowotnych jest jakąś ze strony państwa uprzejmością, żeby nie powiedzieć łaską. Zasadniczą przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak odwagi polityków, by powiedzieć, że państwo jest w stanie z funduszy pochodzących ze składek zdrowotnych osób pracujących zapewnić tylko podstawowe świadczenia zdrowotne. I brak odwagi polityków, by zachęcać obywateli do powszechnego ubezpieczenia dodatkowego. Szczegółowa analiza regulacji prawnych wydanych w oparciu o podstawowy dla świadczeń zdrowotnych art. 31a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[16] prowadzi do następujących wniosków: obywatelom przysługują świadczenia gwarantowane, a przy ustalaniu ich listy bierze się pod uwagę szereg kryteriów określonych w art. 31a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[17] (są wśród nich także kryteria finansowe jak: stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych i skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia) oraz priorytety zdrowotne określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych[18] w sposób bardzo ogólny (m.in. poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3). Wydaje się przy tym, że owe priorytety mają znaczenie równorzędne i nie należy kierować się ich miejscem w wyliczeniu.

---

opieki specjalistycznej (Dz. U. 2009, Nr 139, poz. 1142); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2009, Nr 140, poz. 1143).

[14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. (Dz. U. 2005, Nr 200, poz. 1661).

[15] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

[16] T.j. Dz. U. 2008, Nr 164, poz.1027.

[17] T.j. Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027.

[18] Dz. U. 2009, Nr 137, poz. 1126.

Gdyby rozumować inaczej, okazałoby się, że ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu (punkt 6a) jest istotniejsze niż wspomniana już poprawa jakości opieki nad matką i dzieckiem (punkt 9).

Listy świadczeń gwarantowanych ustalonych z użyciem owych kryteriów liczą łącznie kilkaset stron i nie są opisane w taki sposób, by obywatel mógł powołać się na nie.

Osoba uprawniona do świadczenia gwarantowanego z reguły musi więc zawierzyć specjaliście, że świadczenie na liście jest lub że go nie ma. Jeżeli świadczenie jest gwarantowane, to uprawniony, o ile nie jest w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, znajdzie się na liście osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Kryteria umieszczania pacjenta na liście określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej[19]. Rozporządzenie dzieli pacjentów według kryteriów medycznych na przypadki pilne i przypadki stabilne (§ 2.1) i dalej w § 3 stanowi, że świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny".

Zarazem ustawa o prawach pacjenta zapewnia obywatelom w art. 6.1 prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

Określony w 2009 roku koszyk świadczeń gwarantowanych zastąpił dotychczasowy sposób regulacji, w którym do ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dołączony był wykaz świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych. Oznaczało to wówczas, że teoretycznie wszystkie świadczenia medyczne poza wymienionymi w załączniku były dostępne pacjentom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym. Była to podobna fikcja jak obecnie, tylko inaczej uregulowana.

Wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych ma sens tylko wtedy, gdy przyjmujemy, że każdy uprawniony ma rzeczywiste, możliwe do wyegzekwowania roszczenie o uzyskanie świadczenia. Utrzymywanie prawa nic w rzeczywistości obywatelowi niegwarantującego a utrzymującego go w przeświadczeniu, że opieka zdrowotna mu się w zakresie gwarantowanym należy, jest społecznie szkodliwe. Ludzie nie mają świadomości, że bez dodatkowego ubezpieczenia prywatnego nie będą leczeni na odpowiadającym możliwościom medycyny poziomie, wielu więc się nie ubezpiecza. Lekarze pozostają w stanie głębokiej zawodowej frustracji, ponieważ ich zawodowe możliwości nie są przeważnie w pełni wykorzystywane z przyczyn braku odpowiedniego finansowania, a usprawiedliwiony żal pacjentów jest z reguły do nich właśnie kierowany. Zarazem dla wskazania, jak wydawane bywają środki publiczne przeznaczone na ochronę zdrowia, pozwolę sobie przytoczyć na koniec regulację, zawartą w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Art. 34.1 stanowi, że pacjent

---

[19] Dz. U. 2005, Nr 200, poz. 1661.

ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej oraz, że przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Należy sądzić, że chodzi o mycie, dostarczanie środków higieny itd. Art. 35.1 stanowi, iż koszty realizacji tych praw ponosi pacjent.

Ta sama ustawa stanowi w art. 36, że pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej, przeznaczonym dla osób wymagających świadczeń całodobowych (np. w szpitalu), ma prawo do opieki duszpasterskiej oraz, w art. 37, że w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania. Art. 38 ustawy stanowi zaś, że koszty realizacji powyżej określonych praw ponosi zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Przynajmniej jedno świadczenie mamy zatem naprawdę gwarantowane i to ze środków publicznych.

**Summary**

**Selected Issues of Health Protection versus the Bioethical Convention and Polish Medical Law**

The issues of a person's right to health protection are regulated in numerous legislative acts. That right is provided for by the Constitution of Poland, as well as numerous international and Community laws and legislative acts. Article 68 of Polish constitutional law shows that the legislation assumes an institutional-redistributive model of social policy.

One of the primary international acts concerning a person's right to health protection and the protection itself is the Bioethical Convention, approved by the Committee of Ministers of the Council of Europe in November 1997 and put forward for signing on April 4, 1997. This act has not yet been ratified by Poland. The reasons for that are mainly ideological.

The paper discusses the problems resulting from Poland's failing to ratify the Convention. It is also emphasized that there is much to be desired with respect to internal detailed regulations on the guaranteed benefits, the definition of procedures to provide the same, the medical criteria to be applied by benefit providers while entering benefit users on the lists of those awaiting treatment, and health priorities. The outcome is that although the constitutional provisions are correct the right to health protection in Poland is far from sufficiently guaranteed.

Jacek SOBCZAK

# Godność pacjenta

Nie sposób omówić wszystkich szczegółowych dziedzin, w których przejawia się godność człowieka. Niewątpliwie jednak niezwykle ważnym, a jednocześnie kontrowersyjnym i budzącym rozliczne wątpliwości jest problem godności pacjenta oraz obowiązków lekarzy i personelu służby zdrowia sprowadzających się do poszanowania tej godności[1]. Pacjent z natury rzeczy, znajduje się wobec lekarza w sytuacji mało komfortowej, w której trudno mówić o partnerstwie czy chociażby tylko równowadze stron takiego stosunku. Wydaje się być w położeniu znacznie gorszym niż petent wobec urzędnika. Jest nie tyle podmiotem, co przedmiotem działań lekarza, często w oczach znacznej grupy przedstawicieli świata medycznego nie jest nawet człowiekiem tylko przypadkiem, który tyle godny jest zainteresowania, o ile wart jest obserwacji, poszerza wiedzę badającego, stosującego terapię czy operującego. Człowiek znajdujący się w niezbyt wygodnym położeniu pacjenta gotów jest wiele znieść i wycierpieć, byle tylko uzyskać ulgę, pozbyć się bólu, potwierdzić to, że jest zdrowy, a jego obawy i podejrzenia co do stanu zdrowia były bezpodstawne. W gruncie rzeczy wiele korupcyjnych zachowań pacjentów wobec lekarzy ma swoje głębokie, acz utajone, źródła w lęku przed śmiercią i chorobą oraz wynika z atawistycznych, pierwotnych przekonań, że poprzez złożenie ofiary da się odwrócić nieuchronność losu, pozbyć się choroby, znieść ból. W oczach pacjenta lekarz nie jest osobą, która poprzez racjonalne zabiegi przywraca mu zdrowie, a szamanem, kapłanem jakichś sił tajemnych dających zdrowie. Wręczenie korzyści majątkowych takiej osobie bywa nieuświadomioną próbą zapewnienia sobie przychylności tych sił, przekupienia nie tyle lekarza, co choroby i śmierci. Myśląc racjonalnie każda z takich osób wie, że lekarz może tylko tyle, na ile pozwala mu jego wiedza, umiejętności i stan myśli medycznej. Jednak w sytuacjach rzeczywistego bądź tylko urojonego zagrożenia, człowiek nie zachowuje się racjonalnie. Z natury rzeczy większość badań lekarskich czy zabiegów odziera pacjenta z intymności, pozbawia go, w jego własnych oczach, godności, uprzedmiotawia. To, co dla lekarza jest rzeczą normalną, konieczną, pacjentowi jawi się najczęściej jako przykre, kłopotliwe i żenujące doświadczenie. Może być ono pogłębione brutalnością zachowania lekarza nieszanującego uczuć swego pacjenta, nie widzącego w nim człowieka a tylko ciekawy problem medyczny. W stechnicyzowanym społeczeństwie lekarz przestał być przyjacielem swojego chorego. Nie ma już czasu na chociażby krótką rozmowę z nim, rozwianie jego obaw, słowa pociechy czy otuchy[2]. Lekarze humaniści odeszli

---

[1] Wątpliwości w doktrynie budzi samo pojęcie „pacjenta", wobec braku definicji normatywnej tego terminu. Por. w tym przedmiocie: T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie nowelizacji prawa medycznego*, „Prawo i Medycyna" 2002, nr 11, s. 7 i n.

[2] Na problem komunikowania się lekarza z pacjentem zwracano kilkakrotnie uwagę w literaturze, por. W. Kwiatkowski, *Między deontologią a autonomią pacjenta*, w: *Komunikowanie się lekarza*

w przeszłość, zastygli na kartach dziewiętnastowiecznych, pozytywistycznych nowel i powieści. Dziś spotkać ich można jedynie w sentymentalnych – najczęściej amerykańskich – filmach, bądź w szpitalu w Leśnej Górze z jednej z polskich telenowel. Rzeczywistość jest zupełnie inna, a popularność chociażby wspomnianej telenoweli świadczy o tęsknotach i oczekiwaniach prostych zwyczajnych ludzi. Dochodzi nawet do sytuacji, iż wielu pacjentów chciałoby być traktowanymi z taką miłością i serdecznością, z jaką weterynarze odnoszą się do psów, oczywiście w obecności właścicieli tych czworonogów.

Twórcy aktów prawnych tę rzeczywistość, tak daleką od oczekiwań, pragną uporządkować, starając się zapewnić pacjentom poszanowanie ich godności. Oczywiście zwykłą iluzją, tak częstą u nieprawników, jest przekonanie, że norma prawna jest władna cokolwiek zmienić w otaczającej nas rzeczywistości. Nawet najlepsze normy prawne nie przekładają się od razu na praktykę społeczną. Muszą zostać zinternalizowane. Muszą stać się częścią świadomości prawnej tych, których dotyczą, do których są skierowane. Dotyczy to także, może nawet w większym stopniu, norm etycznych. Jest rzeczą znamienną, że przepis art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (dalej u.z.l.) nie doczekał się stanowiska judykatury, a i doktryna spogląda na jego treść z punktu widzenia pozostałych ustępów, zajmując się nim nadzwyczaj pobieżnie[3]. Przypomnieć należy, że lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta (art. 36 u.z.l.), ma też dbać, aby inny personel medyczny w postępowaniu z pacjentem przestrzegał tej zasady (art. 36 ust. 3 u.z.l.). Chcąc zapewnić poszanowanie intymności i godności osobistej pacjenta, ustawodawca wyraźnie zawarował, że przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może uczestniczyć tylko niezbędny, ze względu na rodzaj świadczenia, personel medyczny. Uczestnictwo innych osób wymaga zgody pacjenta i lekarza (art. 36 ust. 2 u.z.l.). Posłużenie się przez ustawodawcę funktorem „i" wskazuje wyraźnie, że oba podmioty tj. lekarz i pacjent muszą wyrazić zgodę na obecność innych osób. Tak więc pacjent może nie zgodzić się na propozycję lekarza, ale i lekarz może sprzeciwić się woli pacjenta. Nie sposób jednak ukryć faktu, iż lekarz jest stroną silniejszą, gdyż może dowodzić tego, że istnieje przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych konieczność uczestnictwa jakieś osoby ze względu na rodzaj świadczeń. Wspomniane wyżej ograniczenie nie dotyczy jednak klinik i szpitali akademii medycznych, jednostek badawczo-rozwojowych oraz innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych (art. 36 ust. 4 u.z.l.). Pojęcie niezbędności, użyte w treści art. 36 ust. 4 u.z.l., jawi się jako wysoce nieostre i pozwalające na nader rozciągliwe interpretacje. Ustawodawca zawarował przy tym, że w przypadku demonstracji o charakterze wyłącznie dydaktycznej konieczne jest uzyskanie zgody

---

*z pacjentem*, Wrocław 2000, s. 186 i n.; M. Gałuszka, *Bioetyczny kontekst zakłóceń komunikowania się lekarza z pacjentem*, w: ibidem, s. 202 i n.; I. Bernatek-Zaguła, *Pacjent-konsument czy podopieczny?*, „Acta Uniwersitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji", t. LX, red. B. Banaszak, Wrocław 2004, s. 135 i n.

[3] E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna" 2000, nr 5, s. 73.

pacjenta (art. 36 ust. 4 zdanie 2 u.z.l.). Także jednak i w tym wypadku pojęcie „wyłączności demonstracji" wydaje się mało precyzyjne[4]. Zauważyć należy, że w czasie przygotowania do badań lub zabiegu personel medyczny winien szanować wstydliwość chorego i umożliwić dokonanie tych czynności w osobnym pomieszczeniu lub miejscu osłoniętym. Obłożnie chory przebywający w wieloosobowej sali szpitalnej ma także prawo domagać się, aby personel medyczny zadbał o możliwie najpełniejsze poszanowanie jego godności i intymności.

Wspomnianym regulacjom prawnym towarzyszy „Kodeks etyki lekarskiej". Zgodnie z treścią art. 12 tegoż aktu „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów szanując ich godność osobistą i prawo do intymności. Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu, dlatego pacjent powinien mieć prawo wyboru lekarza"[5]. Wyraźnie stwierdzono, że obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielona pacjentowi o stanie jego zdrowia powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Użycie w art. 12 Kodeksu terminu „respektować" nie jest przypadkowe. Pod pojęciem „respektowania" należy rozumieć: liczenie się z czymś, przestrzeganie czegoś, honorowanie, stosowanie się, szanowanie, nienaruszanie[6]. Szczególnie bliskie znaczeniowo wydają się dwa ostatnie terminy. W pojęciu „respektowanie" wyraźnie zauważyć można skierowany do adresata lub adresatów nakaz określonego biernego zachowania się, niedziałania. Adresat normy – lekarz ma pozostawić prawa pacjenta takimi, jakimi one są, ma je szanować. Przy czym słowo „respektować" zdaje się zawierać silniejszy ładunek emocjonalny, wyraźniejszy nakaz od tego, który wiążemy z obowiązkiem „szanowania".

Wyraźnie zauważono w Kodeksie etyki lekarskiej, iż pacjent ma prawo zapoznać się ze stopniem ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, a także ze spodziewanymi korzyściami związanymi z ich wykonywaniem, wreszcie z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego (art. 13). Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny, o ile to możliwe, powinno być uzgodnione z chorym. W przypadku choroby dziecka, lekarz ma obowiązek pełnego informowania jego rodziców lub opiekunów (art. 16). W razie niepomyślnej prognozy dla chorego, powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. „Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie cho-

---

[4] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jednolity Dz. U. 2002, Nr 21, poz. 224, zm. 2002, Nr 76, poz. 691; Nr 152, poz. 1266; Nr 153, poz. 1271; 2003, Nr 90, poz. 845; 2004, Nr 92, poz. 882 i 885; 2004, Nr 173, poz. 1808; Nr 210, poz. 2135. W literaturze ustawa ta występuje ciągle jako ustawa o zawodzie lekarza chociaż tytuł jej został zmieniony przez art. 5 pkt 1 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

[5] *Kodeks Etyki Lekarskiej*, w: *Prawo dla lekarzy. Zbiór aktualnych przepisów prawnych*, Kraków 1999, s. 11. Zob. także A. Gubiński, *Kodeks Etyki Lekarskiej, komentarz*, Warszawa 1995.

[6] S. Dubisz (red.), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, t. III, Warszawa 2003, s. 935; M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, t. III, Warszawa 1989, s. 49.

rego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji" (art. 17). Bardzo szeroko potraktowano w Kodeksie etyki lekarskiej problem tajemnicy lekarskiej (art. 23–28)[7]. Godzi się zauważyć, że nieuprawnione ujawnienie tej tajemnicy może być działaniem godzącym w godność człowieka[8].

Kwestia zachowania tajemnicy i ochrony danych medycznych jawi się jako jeden z podstawowych problemów w aspekcie ochrony godności pacjenta. Pamiętać należy, że zgodnie z art. 12 wspomnianej już Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka oraz z art. 17 Międzynarodowych Paktów Praw Obywatelskich i Politycznych, nikt nie może podlegać arbitralnemu wkraczaniu w jego życie prywatne, nie może być narażony na takową lub bezprawną ingerencję w życie prywatne. Każdy ma też prawo do ochrony prawnej przed tego typu ingerencjami. Do zakresu ochrony życia prywatnego zalicza się gromadzenie i przechowywanie wszelkich danych osobowych, a więc także medycznych za pośrednictwem komputerów, banków danych, bądź w inny sposób, bez względu na to, czy czynią to organy państwowe, osoby fizyczne lub grupy osób. Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności w art. 8 zapewnia prawo do poszanowania jego życia prywatnego i rodzinnego, mieszkania oraz korespondencji. Zauważono, iż niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez prawo i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe bądź publiczne, dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności względnie ochronę praw i wolności innych osób. Konstrukcja art. 8 Europejskiej Konwencji wskazuje, że prawo to nie jest bezwzględnie chronione i nie można z niego korzystać niezależnie od okoliczności. Powodować to musi rozliczne wątpliwości, chociażby tylko z tego względu, że nader często wiąże się koncepcje godności człowieka, a więc i pacjenta z prawem do poszanowania życia prywatnego, prawem do prywatności. O ile jednak godność człowieka ujmowana jest, przez większość aktów prawnych, jako pierwotna, przyrodzona i niezbywalna – tak jak to czyni Konstytucja RP w art. 32 – o tyle prawo do prywatności nader często, tak jak w Konstytucji, ma charakter „wtórny" i nie jest traktowane jako bezwzględnie chronione. Rodzi to poważne konsekwencje tak teoretyczne, jak i przy praktycznym stosowaniu tego prawa.

Warto zauważyć, że daleko idącą ochronę danych medycznych, a co za tym idzie godności człowieka i prywatności pacjenta, statuuje w swym orzecznictwie Europejski Trybunał Praw Człowieka. Podkreślił on, iż zagwarantowanie tajemnicy danych lekarskich jest ważną zasadą systemów prawnych państw, istotną nie tylko dla poszanowania prywatności pacjenta, ale również zaufania do lekarzy i służby zdrowia w całości. Stwierdził, iż ze względu na intymną i delikatną naturę informacji dotyczącą zakażenia wirusem HIV wszelkie działania władz zmuszające do przekazania lub ujawnienia takich informacji bez zgody pacjenta muszą być badane szczególnie starannie z punktu

---

[7] W kwestii tajemnicy lekarskiej zob. M. Safjan, *Prawne problemy tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego" 1995, z. 1, s. 5–59.

[8] W przedmiocie praw pacjentów por. J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, passim.

widzenia skutecznych gwarancji ochrony[9]. Z orzecznictwem tym koresponduje inne, w którym stwierdzono, iż ochrona danych osobowych, zwłaszcza medycznych ma fundamentalne znaczenie dla korzystania z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, które gwarantuje art. 8 Konwencji Trybunał dodał, że prawo do poszanowania życia prywatnego nie zostanie naruszone, jeżeli dokumentację medyczną pacjenta jedna instytucja przekazuje drugiej, a zawarte w niej dane są skutecznie i właściwie zabezpieczane przed nadużyciami[10]. Innymi słowy ochrona danych osobowych, w tym także medycznych, ma fundamentalne znaczenie dla korzystania z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Zachowanie tajemnicy danych medycznych jest więc ważną zasadą systemów prawnych państw będących stronami Konwencji nie tylko ze względu na szacunek dla prywatności pacjenta, ale również z uwagi na zaufanie do lekarzy i całej służby zdrowia. Bez takiej ochrony osoby potrzebujące pomocy medycznej mogą nie chcieć ujawnić informacji osobistych i intymnych, niezbędnych dla właściwego leczenia, a nawet z tej racji mogą powstrzymać się przed zwróceniem się o pomoc lekarską, narażając swoje zdrowie na niebezpieczeństwo, a przy chorobach zakaźnych zdrowie całej społeczności. Europejski Trybunał stwierdził, że prawo krajowe musi zawierać rozwiązania pozwalające na zapobieganie ujawnianiu danych o stanie zdrowia konkretnych osób. Tajemnica danych medycznych ma szczególne znaczenie w odniesieniu do informacji o zakażeniu wirusem HIV. Ujawnienie takich danych może wystawić na szwank życie prywatne i rodzinne oraz sytuację społeczną i zawodową danej osoby, narażając ją na negatywne reakcje i ryzyko ostracyzmu. Z tego powodu może zniechęcać do badań lub leczenia, osłabiając działania zapobiegawcze. W pewnych sytuacjach – jak podkreślił Trybunał – tajemnica danych medycznych oraz prawa pacjenta muszą ustąpić przed interesem śledztwa oraz publicznemu charakterowi procesu sądowego, jeśli okażą się one ważniejsze.

Zdaniem Europejskiego Trybunału zamach na integralność fizyczną, wbrew woli zainteresowanego, nawet jeżeli jest minimalny, należy uważać za ingerencję w prawo do poszanowania życia prywatnego, w rozumieniu art. 8. Uznano, że nałożenie obowiązku oddania moczu do badania, pod rygorem sankcji karnej, jest właśnie taką ingerencją[11]. Także przymusowe leczenie na podstawie decyzji władz lub stosowanie wobec osoby pozbawionej wolności jest ingerencją w to prawo[12]. Ze stanowiskiem tym koresponduje pogląd, iż nakaz poddania testowi powodującemu potrzebę pobrania krwi w toku postępowania o ustalenie ojcostwa jest ingerencją w prawo do poszanowania życia prywatnego[13]. Prawo do poszanowania życia prywatnego obejmuje, jak za-

---

[9] Z. przeciwko Finlandii, orzeczenie z 25 lutego 1997 r., R.J.D. 1997-I; *Europejski Trybunał Praw Człowieka orzecznictwo*, t. II: *Prawo do życia i inne prawa*, oprac. M. A. Nowicki, Zakamycze 2002, s. 671–677. Kompetentną analizę praw chorych na AIDS przedstawił J. Sandorski. Zob. J. Sandorski, *Międzynarodowa ochrona praw człowieka a HIV/AIDS*, Poznań 2002, passim.

[10] S. przeciwko Szwecji orzeczenie z 27 sierpnia 1997 r., R.J.D. 1997-IV; *Europejski Trybunał*, s. 677–681.

[11] A.B. przeciwko Szwajcarii; decyzja z dnia 24 lutego 1995 r., M. A. Nowicki, *Europejska Konwencja Praw Człowieka – wybór orzecznictwa*, wyd. II, Warszawa 1999, s. 334–335.

[12] X przeciwko Austrii, decyzja z 13 grudnia 1979, M. A. Nowicki, *Europejska Konwencja*, s. 335.

[13] Ibidem.

uważono, prawo do decyzji w sprawie zgody na określony zabieg lekarski[14]. Zdaniem Trybunału dane medyczne powinny mieć charakter poufny[15].

W Polskim systemie prawnym prawa pacjenta, odnoszące się także do jego godności rozproszone są w wielu aktach normatywnych, m.in. poza wspomnianą już ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, także w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej[16], w której, w art. 19, zagwarantowano pacjentom nie tylko prawo do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych i umierania w spokoju i godności, lecz także prawo wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji, wreszcie informacji o swoim stanie zdrowia. Ponadto prawa pacjenta precyzują ustawy: z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[17], z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów[18], z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej[19]. Dlatego też dobrze się stało, że minister zdrowia i opieki społecznej komunikatem z dnia 11 grudnia 1999 r. przekazał do publicznej informacji Kartę Praw Pacjenta będącą zbiorem praw wynikających z obowiązujących aktów prawnych. Karta ta nie formułując nowych praw ma charakter jedynie deklaratoryjnego informatora. Warto jednak zwrócić uwagę, iż w Karcie przypomniano m.in. o prawach pacjenta do: informacji o swoim stanie zdrowia, poszanowania godności i intymności, dodatkowej opieki pielęgnacyj-

---

[14] Acmanne i inni przeciwko Belgii, decyzja z 10 października 1984 r.; M. A. Nowicki, *Europejska Konwencja*, s. 335.

[15] Anne Marie Andersson przeciwko Szwecji; orzeczenie 27 sierpnia 1997 r. por. M. Jackowski, *Ochrona danych medycznych*, 43.

[16] Dz. U. 1991, Nr 91, poz. 408, zm. 1992, Nr 63, poz. 315; 1994, Nr 121, poz. 591; 1995, Nr 141, poz. 692; Nr 138, poz. 682; 1996, Nr 24, poz. 110; 1997, Nr 104, poz. 661; Nr 121, poz. 769; 1998, Nr 106, poz. 668; Nr 117, poz. 756; Nr 162, poz. 1115; 1999, Nr 28, poz. 256; Nr 84, poz. 935; 2000, Nr 3, poz. 28; Nr 12, poz. 136; Nr 43, poz. 484; Nr 84, poz. 948; Nr 120, poz. 1268; 2001, Nr 88, poz. 961; Nr 100, poz. 1083; Nr 111, poz. 1193; Nr 113, poz. 1207; Nr 126, poz. 1382, 1383, 1384; Nr 128, poz. 1407; 2003, Nr 45, poz. 391; Nr 124, poz. 1151, 1152; Nr 171, poz. 1663; Nr 213, poz. 2081; Nr 223, poz. 2215; 2004, Nr 210, poz. 2135; Nr 273, poz. 2703.

[17] Dz. U. 1994, Nr 111, poz. 535, zm: 1997, Nr 88, poz. 554; Nr 113, poz. 731; 1998, Nr 106, poz. 668; 1999, Nr 11, poz. 95; 2000, Nr 120, poz. 128.

[18] Dz. U. 2005, Nr 169, poz. 1411, zm. 2009, Nr 141, poz. 1149. Ustawa ta zastąpiła ustawę z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów Dz. U. 1995, Nr 138, poz. 682, z późniejszymi zmianami. Wspomniana ustawa wdrożyła postanowienia dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Ustawa ta reguluje zasady pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej, a także tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich. Nie ma natomiast zastosowania do pobierania, przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części, a także pobierania, przechowywania i dystrybucji krwi do celów jej przetaczania, oddzielenia jej składników lub przetworzenia w leki. Nowelizacja wspomnianej ustawy przeprowadzona w 2009 r. była skutkiem wejścia w życie dyrektyw Komisji 2006/17/WE z 8 lutego 2006 r. i 2006/86/WE z 24 października 2006 r., które wykonywały dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r.

[19] T.j. Dz. U. 2001, Nr 57, poz. 602, zm: Nr 89, poz. 969; 2003, Nr 109, poz. 1029; 2004, Nr 19, poz. 177; Nr 92, poz. 885; 2004, Nr 173, poz. 1808.

nej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta, do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz zakładu opieki zdrowotnej.

Warto zauważyć, iż na straży godności człowieka, jako pacjenta, stoją także, poza wspomnianymi już wyżej aktami prawnymi, odnoszącymi się ogólnie do wolności i praw człowieka, także inne szczegółowe normy prawa międzynarodowego. Z zagrożeń, jakie rodzi dla człowieka, jego godności i prywatności, rozwój biologii i medycyny, zdawali sobie sprawę w pierwszym rzędzie sami lekarze oraz znaczące grono prawników. Skutkiem tych obaw był rozwój deontologii lekarskiej, a więc specjalnego działu deontologii, obejmującego obowiązki etyczne lekarzy wobec pacjentów oraz kolegów wykonujących ten zawód. W dniu 14 stycznia 1980 r. na Międzynarodowej Konferencji Organizacji Medycznych i Pokrewnych udało się ustalić podstawowe normy deontologiczne mające pomóc lekarzom w rozstrzyganiu problemów o charakterze moralnym, etycznym, a nawet religijnym, z jakimi przyjdzie im się zmagać w toku wykonywania swojego zawodu. W uchwałach wspomnianej konferencji podkreślono konieczność przestrzegania przez lekarzy praw człowieka. Oczywiście uchwały tej konferencji nie miały waloru norm prawnych, niemniej jednak, niewątpliwie pod ich wpływem zaczęła się rozwijać bioetyka, czyli nauka o zasadach etycznego działania osób podejmujących czynności lecznicze wobec pacjentów[20]. Teoretyczne rozważania rychło przełożono na język aktów prawnych.

---

[20] Na potrzebę przestrzegania etyki przez lekarzy zwracano uwagę już wcześniej w głębokiej starożytności. Niektórzy jej źródeł dopatrują się w Kodeksie Hammurabiego, inni skłonni są łączyć ją z Hipokratesem i jego przysięgą. W czasach nowożytnych za prekursorów bioetyki uważa się Francesco Congimilego i Thomasa Percivala. W 1949 r., tuż po wydaniu Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka uchwalono w Genewie Kodeks Etyki Medycznej, znany szerzej jako Przysięga Genewska zobowiązująca do poszanowania życia ludzkiego od momentu poczęcia. Problem etyki lekarskiej w szczególności w odniesieniu do sztucznych zapłodnień, moralnych aspektów łagodzenia bólu, eutanazji interesował szczególnie ośrodki katolickie. W sprawach tych, przy różnych okazjach, wielokrotnie zabierali głos kolejni papieże począwszy od Piusa XII. Problem etyki w biologii i naukach o zdrowiu nurtował ośrodki akademickie w Stanach Zjednoczonych i Europie, w szczególności na uczelniach katolickich. W Europie etyki biologii oraz medycyny nauczano na uniwersytetach papieskich w ramach tak zwanej „medycyny pastoralnej". Problemami, które obecnie mieszczą się w obszarze zainteresowań bioetyki, zajmowano się w Wielkiej Brytanii już od 1962 r. za sprawą London Medical Group, która następnie przerodziła się w Institute of Medical Ethics. Za europejskie centrum bioetyki uchodzi Barcelona, gdzie w 1975 r. powstał w ramach Wydziału Teologicznego tamtejszego uniwersytetu Instututio Borja de Bioetica przekształcony później w osobny wydział; zob. G. Russo, *Storia della bioetica* w: S. Leone, S. Privietera (red.), *Dizionario di Bioetica*, Palermo 1994, s. 950. Pierwszym uniwersytetem państwowym, gdzie wprowadzono zajęcia z etyki medycyny był Pensylwania State University, na którym utworzono departament nauk humanistycznych dla medycyny (rok 1967). Status metodologiczny bioetyki zaczął wypracowywać D. Callahan, aczkolwiek przynajmniej początkowo nie posiłkował się on tym terminem stawiając jedynie pytania o relacje etyki do nauk medycznych i biologicznych. W 1969 r. założył on w Nowym Jorku Institute of Society Ethics and the Life Science. W tym też roku powstaje The Joseph and Rose Kennedy Institute for Human Reproduction and Bioethics w Georgetown University w Waszyngtonie. Placówka ta opublikowała pięć tomów *Encyclopedia of Bioethics*. Jednak to nie D. Callahan a Van Rennsselaer Potter po raz pierwszy posłużył się pojęciem „bioetyka" w artykule z roku 1970 pt. *Bioethics: The Science of Survival*. Rok później ukazuje się jego książka pt: *Bioetica: Bridge to the Future*, New York; por. S. Leone, *Bioetica, fede e kultura*, Roma 1995, s. 18. Według Pottera bioetykę charakteryzuje interdyscyplinarność, spojrzenie w przyszłość i globalność, gdyż zajmuje się nie tyle teraźniejszością, co przyszłością badając

Wśród nich wypada zwrócić uwagę na *Powszechną deklarację UNESCO w sprawie genomu ludzkiego i praw człowieka* z dnia 11 listopada 1997 r. oraz *Rekomendację 1046 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie wykorzystywania embrionów i płodów ludzkich do celów diagnostycznych, terapeutycznych, naukowych, przemysłowych i handlowych*, wraz z załącznikiem regulującym zasady wykorzystywania embrionów i płodów oraz pobierania z nich tkanek dla celów diagnostycznych lub terapeutycznych[21] wreszcie na *Rekomendację 1100 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie wykorzystywania embrionów i płodów ludzkich do badań naukowych* wraz z załącznikiem dotyczącym badań naukowych lub eksperymentów na ludzkich gametach, embrionach lub płodach oraz donacji takiego materiału ludzkiego[22]. Nie wdając się w analizę wspomnianych dokumentów, nie sposób nie zauważyć jednak, iż poświęcają one w pierwszym rzędzie, o ile nie wyłącznie, uwagę problematyce reprodukcyjnego klonowania istot ludzkich, statusu prawnego embrionu, płodu ludzkiego i gamet bądź sztucznej prokreacji. Kwestie te są niewątpliwie ważne, nawet niezwykle ważne. Ogniskują one uwagę zarówno lekarzy, jak i tych coraz liczniejszych prawników, którzy poświęcają się prawu medycznemu, niemniej godności człowieka, jako pacjenta nie sposób sprowadzić tylko do tych kwestii. Dla zwyczajnego człowieka znacznie ważniejszą sprawą jest problem, jak będzie on traktowany jako pacjent. Ingerencje wobec genomu ludzkiego, możliwości oddziaływania na kształtowanie procesu prokreacji, klonowanie ludzi, sztuczne formowanie nowych istot żyjących, tworzenie chimer bądź hybryd to niewątpliwie działanie uchybiające godności człowieka. Czy jednak zawsze będą za takie uważane? Godzi się wspomnieć o oporach, jakie budziły (i budzą ciągle jeszcze, przynajmniej w niektórych środowiskach i społecznościach) sekcje zwłok, transfuzje, transplantacje, a nawet niektóre zabiegi chirurgiczne, sztuczne zapłodnienie, dobrowolna sterylizacja. Zawód lekarza, jak rzadko który wymaga niezwykłej wrażliwości etycznej, zastanowienia się nad sensem i potrzebą podejmowanych działań, dyskrecji. Nie sposób w tym miejscu sformułować wszystkich problemów dotykających godności człowieka, jako prawa do intymności i prywatności, które lekarz

---

interakcje między człowiekiem a środowiskiem i ich wpływ na życie przyszłych pokoleń. Obecnie istnieje na świecie wiele ośrodków zajmujących się problematyką bioetyki. W Polsce badania takie prowadzi m.in. Międzywydziałowy Instytut Bioetyki przy Papieskiej Akademii Pedagogicznej w Krakowie. Bioetyka podejmuje problematykę doświadczeń medycznych na człowieku i zwierzętach, eutanazji, samobójstw, aborcji, sterylizacji, sztucznego zapłodnienia, doświadczeń na płodach, eugeniki, regulacji poczęć, sprawiedliwego podziału ograniczonych środków medycznych, zajmuje się zdrowiem psychicznym i kierowaniem zachowaniem człowieka, relacjami między pacjentem a lekarzami, opieką nad pacjentami umierającymi, wreszcie wolnością badań naukowych. Bioetykę zwykło dzielić się na teoretyczną – opierającą się na etyce i teologii, której przedmiotem badań są kryteria moralnych wyborów; kliniczną zajmującą się konkretnymi decyzjami wobec określonych pacjentów; polityczną (regulującą), której przedmiotem są regulacje prawne, wreszcie kulturową badającą zależności między formacją kulturową społeczeństwa a wyznawanym systemem wartości i tzw. „przyzwoleniem społecznym", rozważającą historyczny, kulturowy i społeczny kontekst problemów bioetycznych. Kwestia godności człowieka w aspekcie praw pacjenta w pierwszym rzędzie dotyczyć musi bioetyki politycznej i kulturowej, chociaż przejawi się w działaniach klinicznych.

[21] *Wspólny standard do osiągnięcia. Stan urzeczywistnienia. W pięćdziesięciolecie Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 roku*, Toruń 1998, s. 49–51.

[22] Ibidem, s. 52–53.

musi w miarę szybko rozwiązać, a przynajmniej brać pod uwagę. Do takich problemów należeć mogą: sztuczne zapłodnienie przy udziale postronnego dawcy, zapłodnienie *in vitro*, sprowadzanie dziecka na świat przy użyciu tzw. matki zastępczej, transplantacja organów od zmarłego, eutanazja[23], obrzezanie, udział lekarza w okaleczaniu narządów płciowych. Osobna sprawa to problem eksperymentów genetycznych, manipulacji z fragmentami chromosomu, a także udział lekarzy w przymusowych badaniach oraz różne sytuacje związane z potrzebą zachowania tajemnicy lekarskiej (np. wobec partnera pacjenta chorego na AIDS, pracodawcy – chociażby w sytuacji, gdy lekarz wie, że osoba mająca być pilotem, kierowcą bądź motorniczym zapadła na epilepsję a nie chce zrezygnować z pracy)[24]. W licznych sytuacjach lekarz musi postawić sobie pytanie, czy wolno mu uczestniczyć w tworzeniu banku danych o charakterze naukowym bądź tylko statystycznym, które pozwalają identyfikować chorego lub pacjenta, czy wolno mu informować o diagnozach i sposobach leczenia swoich pracodawców bądź wszędobylskich wścibskich dziennikarzy. Czy rzeczywiście opinia publiczna musi, bądź ma prawo być poinformowana o tym, na co choruje polityk, jaki jest stan zdrowia osoby pełniącej funkcje publiczne, jak i gdzie rodzi znana aktorka, na co operowany jest

---

[23] Problem eutanazji posiada w języku polskim niezwykle bogatą literaturę. W tym miejscu wypada zwrócić uwagę na najczęstsze z tych prac: M. Budyń, *Kryminalizacja eutanazji*, Annales UMCS vol. XLIX, Lublin 2002; T. Cyprian, *O eutanazji niech decyduje sąd*, „Prawo i Życie" 1973, nr 10; P. Gencikowski, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo w Holandii (w obliczu zmian)*, „Prokuratura i Prawo" 2002, nr 4; S. Glaser, *Zabójstwo na żądanie*, Warszawa 1936; Z. Huziuk, *Kilka uwag o przestępstwie eutanazji*, „Prawo i Życie" 1973, nr 9; tenże, *Przestępstwo eutanazji w KK z 1969 r.*, „Nowe Prawo" 1973, nr 11; J. Leszczyński, *Jeszcze w sprawie eutanazji*, „Palestra" 1976, nr 4–5; J. Najda, *Prawo do godnej śmierci*, „Sprawy i Ludzie" 1988, nr 2; J. Nowicka, *Lekarz pomoże umrzeć*, „Prawo i Życie" 1993, nr 8; K. Pędowski, *O ochronie życia i skracaniu cierpienia*, „Palestra" 1975, nr 1; M. Płachta, *„Prawo do umierania"? Z problematyki regulacji autonomii jednostki w sprawach śmierci i umierania*, „Państwo i Prawo" 1997, nr 3; Z. Plużek, *Psychologiczne aspekty samobójstw*, „Znak" 1972, nr 217–218; K. Poklewski-Koziełł, *Belgijska ustawa o eutanazji i projekt takiej ustawy we Francji*, „Prokuratura i Prawo" 2002, nr 7–8; tenże, *O eutanazji w świetle nowych koncepcji prawniczych*, „Państwo i Prawo" 1997, nr 1; tenże, *Postrzeganie eutanazji: prawnicze–medyczne–etyczne (artykuł recenzyjny)*, „Państwo i Prawo" 1998, nr 12; Z. Sobolewski, *Życie nie warte cierpienia*, „Palestra" 1974, nr 7; W. Szelest, *Leczyć czy dobijać (art. 150)*, „Prawo i Życie" 1969, nr 19; M. Szerer, *Skracanie nieznośnego życia*, „Palestra" 1975, nr 1; W. Szkotnicki, A. Kaczor, *Eutanazja – aspekty społecznoprawne*, „Prokuratura i Prawo" 1997, nr 2; M. Tarnowski, *Zabójstwa uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego*, Poznań 1981. W przedmiocie tym wypowiedział się także Jan Paweł II: *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność* w przemówieniu skierowanym 20 marca 2004 r. do odbywającego się w siedzibie Papieskiego Instytutu Patrystycznego „Augustianum" w Rzymie międzynarodowego kongresu lekarzy katolickich, zorganizowanego przez Międzynarodową Federację Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich i Papieską Akademię „Pro Vita", którego tematem były: „Terapie podtrzymujące życie a stany wegetatywne; postępy nauki i dylematy etyczne". Zob. „L'Osservatore Romano" 2004, nr 6; także www.opoka.Org.pl/biblioteka/W/WP/Jan_pawel_ii/przemówienia/chory_godnos…, 12.07.2005. W przemówieniu Jan Paweł II stwierdził, że „człowiek nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostanie człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się *rośliną* czy *zwierzęciem*". Zauważył także powołując się na *Encyklikę Evangelium vitae*, że „przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia".

[24] Problemy te rozważa na konkretnych przypadkach cenne wydawnictwo *Medycyna a prawa człowieka. Normy i zasady prawa międzynarodowego, etyki oraz moralności katolickiej, protestanckiej, żydowskiej, muzułmańskiej i buddyjskiej*, Warszawa 1996, passim.

książę kościoła. Przekonanie dziennikarzy o szczególnym charakterze ich zawodu, misji, a może wręcz posłannictwa, połączone z naturalną dla człowieka chęcią zaistnienia w środkach społecznego przekazu powoduje, że odbiorca, czytelnik prasy, telewidz bądź radiosłuchacz uczestniczy – chyba w sposób całkowicie zbędny i zupełnie niepotrzebny – w agonii papieża, w ciężkiej chorobie i terapii posła lub jest epatowany zdjęciami i nagraniami z sali porodowej, na której przychodzi na świat dziecko popularnej aktorki.

Do najważniejszych aktów prawnych o charakterze międzynarodowym, chroniących godność pacjenta, należy niewątpliwie *Europejska Konwencja o prawach człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny*, podpisana w Oviedo 4 kwietnia 1997 r. nosząca także miano Konwencji Bioetycznej. Konwencja ta została poszerzona o Protokół dodatkowy z dnia 12 stycznia 1998 r. w sprawie zakazu klonowania istot ludzkich[25]. Prace nad Konwencją prowadzone były przez Radę Europy w ramach Zgromadzenia Parlamentarnego i Komitetu *ad hoc* Ekspertów z Dziedziny Bioetyki (*ad hoc* Committee of Experts on Bioethics), który został przemieniony później na Komitet Zarządzający w Sprawach Bioetyki (Steering Committee on Bioethics). Poważnym problemem była kwestia harmonizacji istniejących standardów w poszczególnych państwach. Odbywająca się w Stambule w dniach 5–7 czerwca 1990 r. VII Konferencja Ministrów Sprawiedliwości Państw Członkowskich Rady Europy, w wyniku inicjatywy Catherine Lalumière, sprawującej obowiązki Sekretarza Generalnego Rady Europy przyjęła rezolucję nr 3 w sprawie bioetyki, w której zalecono podjęcie starań w celu opracowania ramowej konwencji, zawierającej wspólne, podstawowe standardy dotyczące ochrony istoty ludzkiej w perspektywie rozwoju nauk medycznych. W czerwcu 1991 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy – przyjmując tekst sprawozdania przedstawionego w imieniu Komisji Nauki i Technologii przez dr. Marcelo Palacios'a – zaleciło w Rekomendacji 1160 (1991) Komitetowi Ministrów rozważenie opracowania konwencji ramowej, dotyczącej problematyki bioetyki zawierającej wspólne standardy w tym przedmiocie. We wrześniu 1991 r. Komitet Ministrów zlecił stworzenie takich standardów Komitetowi Ekspertów z Dziedziny Bioetyki, który miał współdziałać z Komitetem Zarządzającym do Spraw Praw Człowieka (Steering Committee for Human Rights) i z Europejskim Komitetem Zdrowia (European Health Committee). Prace nad Konwencją trwały dość długo. Pierwsza jej wersja została podana do publicznej wiadomości dopiero w lipcu 1994 r. Była dyskutowana przez Zgromadzenie Parlamentarne. Projekt końcowy został przez wspomniane Zgromadzenie zaopiniowany dopiero we wrześniu 1996 r., a 19 listopada 1996 r. uchwalił Konwencję Komitet Ministrów Rady Europy. Należy jednak zauważyć, że podczas

---

[25] Zob. T. Jasudowicz (red.), *Wspólny standard do osiągnięcia. Stan urzeczywistnienia. W pięćdziesięciolecie Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r.*, Toruń 1998, s. 47–48. Niewątpliwie twórcy Konwencji musieli brać pod uwagę dorobek: Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r., Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Jego Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r., Europejskiej Karty Praw Socjalnych z 18 października 1961 r., Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z 16 grudnia 1966 r., Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych z 16 grudnia 1966 r., Konwencji o Ochronie Osób Fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych z 28 stycznia 1961 r., Konwencji o Prawach Dziecka z 20 listopada 1989 r.

głosowania nad przyjęciem Konwencji Polska obok Niemiec i Belgii wstrzymała się od głosu. Przyczyny tego kroku nie zostały ujawnione szerszej opinii publicznej i trudno dociec, co było ich bezpośrednią przesłanką. Faktem jest jednak, iż Konwencja nie została dotąd ratyfikowana przez Polskę. W treści jej preambuły stwierdzono, iż istnieje konieczność stworzenia środków gwarantujących godność ludzką i podstawowe prawa oraz wolności człowieka w dziedzinie biologii i medycyny. Podkreślono, że twórcy konwencji są przekonani o konieczności poszanowania osoby ludzkiej, zarówno jako jednostki, jak i przedstawiciela gatunku ludzkiego oraz uznają znaczenie zapewnienia godności takiej jednostki. Z drugiej strony podkreślono, że świadomi są tego, że niewłaściwe wykorzystanie biologii i medycyny może zagrażać godności człowieka[26].

W myśl wspomnianej Konwencji, wiążącej państwa członkowskie Rady Europy, Wspólnotę Europejską (obecnie Unię), do której przystąpić też mogą inne państwa, należy chronić godność i tożsamość osoby ludzkiej gwarantując każdemu, bez dyskryminacji, poszanowanie dla jej integralności oraz innych podstawowych praw i wolności[27]. Konwencja chroni cztery podstawowe prawa pacjenta: prawo do godności i tożsamości, prawo do wyrażania zgody na podjęcie wobec niego jakichkolwiek działań medycznych, prawo do informacji o stanie zdrowia oraz prawo do odmowy przyjęcia informacji o stanie zdrowia[28]. Wyraźnie stwierdzono, że interes i dobro osoby ludzkiej przeważa nad interesem społeczeństwa lub nauki (art. 2). W myśl wspomnianej Konwencji, jakakolwiek interwencja w dziedzinie zdrowia, w tym badania naukowe, muszą być przeprowadzone przy poszanowaniu norm i obowiązków wynikających z zasad postępowania zawodowego, jak również reguł postępowania przewidzianych dla konkretnego przypadku (art. 4). Zawarowano, że nie można przeprowadzać interwencji medycznej bez świadomej i swobodnej zgody osoby zainteresowanej, która winna być poinformowana o celu i naturze interwencji, jak również o jej konsekwencjach i ryzyku (art. 5). Konwencja zapewnia każdemu prawo do informacji dotyczących jego zdrowia oraz prawo do zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi o jego zdrowiu (art. 10). Wyraźnie zakazano dyskryminacji skierowanej przeciwko jakimkolwiek osobom ze względu na dziedzictwo genetyczne. Wskazano, że testy prognozujące choroby genetyczne albo mogące służyć identyfikacji nosiciela genu odpowiedzialnego za chorobę, mogą być przeprowadzane wyłącznie dla celów zdrowotnych albo dla badań naukowych związanych z takimi celami (art. 12). Interwencje mające na celu dokonanie zmian w genomie ludzkim mogą być przeprowadzone wyłącznie w celach profilaktycznych, terapeutycznych bądź diagnostycznych tyko wtedy, gdy ich powodem nie jest chęć wywołania dziedzicznych zmian genetycznych u potomstwa (art. 13). Konwencja wyraźnie zakazuje wykorzystywania technik medycznych wspomaganej prokreacji, jeśli celem ich miałby być wybór płci przyszłego dziecka, z wyjątkiem sytuacji, gdy wybór taki pozwala uniknąć poważnej choroby

---

[26] M. Safjan, *Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna*, „Prawo i Medycyna" 2000, nr 5, s. 17.

[27] W literaturze polskiej występuje także jako: Konwencja o ochronie praw człowieka i godności ludzkiej w odniesieniu do zastosowania biologii i medycyny; Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, Oviedo, 4 kwietnia 1997 r. European Treaty Series (ETS), Série des traités.

[28] J. Szpara, *Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem,* „Prawo i Medycyna" 1999, nr 4.

dziedzicznej zależnej od płci dziecka (art. 14). W treści Konwencji ustalono zasady prowadzenia badań naukowych w szczególności wobec osób niezdolnych do wyrażenia na nie zgody oraz badań na embrionach. W myśl Konwencji pobieranie narządów oraz tkanek od żywego dawcy, w celu dokonania przeszczepu, może być przeprowadzone jedynie dla uzyskania terapeutycznej korzyści biorcy i tylko wtedy, gdy nieosiągalny jest odpowiedni narząd lub tkanka od osoby zmarłej a nie istnieje alternatywna metoda terapeutyczna o porównywalnej skuteczności (art. 19). W Konwencji wyraźnie zastrzeżono, że ciało ludzkie i jego części nie mogą, same w sobie, stanowić źródła zysku (art. 21). Strony Konwencji zgodziły się, że podstawowe problemy związane z rozwojem biologii i medycyny mogą być przedmiotem debaty publicznej, uwzględniającej istotne implikacje medyczne i społeczne (art. 28). W myśl art. 29 i art. 32 ust. 1 Konwencji Europejski Trybunał Praw Człowieka został upoważniony do wydawania, bez bezpośredniego odniesienia do jakiegokolwiek postępowania toczącego się w sądzie, opinii doradczych i odpowiadania na pytania prawne zgłaszane przez rządy stron Konwencji oraz Komitetu Zarządzającego do spraw Bioetyki. Upoważnienie to jednak przysługuje Trybunałowi w składzie ograniczonym do przedstawicieli stron Konwencji i po podjęciu przez ten Komitet stosownej decyzji w sprawie zwrócenia się z pytaniem prawnymi większością dwóch trzecich głosów. Charakteryzowana kompetencja Trybunału osadza omawianą Konwencję raczej w systemie prawnym Rady Europy, niż w obrębie prawa unijnego, chociaż Wspólnota Europejska jest jednym z jej sygnatariuszy.

*Europejska Konwencja o prawach człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny* (*Europejska Konwencja Bioetyczna*) tworzy tylko ogólne standardy bioetyczne. Rozwijają je inne dokumenty o charakterze europejskim. W pierwszym rzędzie *Protokół Dodatkowy do konwencji o prawach człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny o zakazie klonowania istot ludzkich* z 12 stycznia 1998 r. zakazujący wszelkich interwencji zmierzających do stworzenia istoty ludzkiej genetycznie identycznej z inną ludzką czy żyjącą, czy to zmarłą. Jak wynika ze sprawozdania wyjaśniającego do tego Protokółu, znajduje on, w rozumieniu jego twórców, uzasadnienie m.in. w art. 1 Konwencji, w którym przewidziano, że jej strony będą chroniły godność i tożsamość wszystkich istot ludzkich, gwarantując każdej osobie, bez dyskryminacji, poszanowanie integralności oraz innych praw i podstawowych wolności, w zakresie zastosowań biologii i medycyny[29]. W *Rekomendacji 934 (1982) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy dotyczącej inżynierii genetycznej* stwierdzono, iż prawo do życia i godności ludzkiej, chronione art. 2 i 3 *Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, zakłada również prawo do dziedziczenia struktury genetycznej, która nie została sztucznie zmieniona. Uznano przy tym, że terapia genowa może być stosowana – bądź stanowić przedmiot eksperymentów – jedynie pod warunkiem uzyskania swobodnej i świadomej zgody zainteresowanej osoby[30]. Nie wdając się w bliższą analizę standardów bioetycznych, wypada jedynie zauważyć, że skupiają one swoją uwagę na problematyce: inżynierii genetycznej, klonowania istot ludzkich, łączenia istot ludzkich z gametami zwierząt,

---

[29] *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*, wstęp, tłumaczenie i opracowanie T. Jasudowicz, Toruń 1998, s. 55.

[30] Ibidem, s. 94.

tworzenia chimer i hybryd, ektogenezy, czyli tworzenia indywidualnej i autonomicznej istoty ludzkiej poza macicą kobiety, tworzenia dzieci z osobników tej samej płci, badań na embrionach zdolnych do życia, eksperymentów na żywych embrionach ludzkich, przechowywania gamet i embrionów. Nie oznacza to jednak, iż w aktach prawa międzynarodowego odrzucono generalnie wszelkie perspektywy, jakie rodzi rozwój biologii i medycyny. Odnotowując istnienie nowych metod, podkreślono jednak, że nie może ich wprowadzanie i wykorzystywanie naruszać podstawowych zasad, takich jak: przyrodzona godność każdej jednostki oraz poszanowanie ciała ludzkiego, prawo do obrony i zasada proporcjonalności w wymiarze sprawiedliwości. Stanowisko takie wyartykułowano m.in. w preambule do *Rekomendacji R (92)1 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie wykorzystywania analizy kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA) w postępowaniu karnym z 10 lutego 1992 r.*[31] W *Rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie etycznych i prawnych problemów inżynierii genetycznej* zwrócono uwagę na konieczność brania pod uwagę godności kobiet oraz ich prawa do samookreślenia przy wprowadzaniu środków ustawodawczych zmierzających do kontroli eksperymentów dotyczących tworzenia genetycznie manipulowanych organizmów[32]. Podobny sens ma *Rekomendacja R (90)13 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie prenatalnych genetycznych badań przesiewowych, prenatalnej diagnostyki genetycznej oraz związanego z tym poradnictwa z 21 czerwca 1990 r.*[33]

Problematyka ochrony godności człowieka wiąże się także z dwoma dalszymi istotnymi kwestiami. W pierwszym rzędzie z potrzebą ochrony danych osobowych, w drugim z dostępem do pomocy medycznej. *Konwencja 108 Rady Europy z 28 stycznia 1981 r. o ochronie osób w związku z automatycznym przetwarzaniem danych osobowych* jednoznacznie wskazuje, że bez żadnych wyjątków dane o charakterze osobistym dotyczące pochodzenia rasowego, poglądów politycznych, przekonań religijnych lub innych, jak również dane o charakterze osobistym dotyczące stanu zdrowia lub życia seksualnego nie mogą być przetwarzane automatycznie, chyba że prawo krajowe zawiera właściwe zabezpieczenia i jest to niezbędne dla ochrony bezpieczeństwa państwowego, publicznego, interesów finansowych państwa albo praw i wolności innych osób[34]. Wypada zauważyć, iż stanowczy zakaz przetwarzania automatycznego danych osobowych w gruncie rzeczy zniweczony jest przez kolejne postanowienia Konwencji. Zawsze bowiem mogą znaleźć się przesłanki pozwalające na wyrażenie poglądu, iż ta-

---

[31] Ibidem, s. 137.
[32] Ibidem, s. 149.
[33] Ibidem, s. 123.
[34] Dz. U. 2003, Nr 3, poz. 25. W literaturze polskiej wspomniana Konwencja częstokroć występuje pod nazwą Konwencja o ochronie danych jednostek w kontekście automatycznego przetwarzania danych o charakterze osobistym tak np. *Europejskie standardy bioetyczne*, s. 63. Konwencja nakładająca daleko idące zobowiązania na ustawodawców krajów członkowskich ma poważny wpływ na interpretację Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Weszła ona w życie z dniem 1 października 1985 r. po tym, jak ratyfikowało ją 5 państw Rady Europy. Polska ratyfikowała tę Konwencję 24 kwietnia 2002 r. a weszła ona w stosunku do Polski w życie z dniem 1 września 2002 r. W przedmiocie Konwencji 108 zob. A. Mendis, *Prawna ochrona danych osobowych*, Warszawa 1995, s. 13 i n., tenże, *Ochrona danych osobowych w konwencji Rady Europy i dyrektywie Unii Europejskiej,* „Państwo i Prawo" 1997, z. 6, s. 29 i n.; J. Barta, D. Fajgielski, R. Markiewicz, *Ochrona danych osobowych. Komentarz*, wyd. III, Zakamycze 2004, s. 70 i n.

kie przetwarzanie było konieczne w demokratycznym społeczeństwie oraz że jest ono niezbędne dla ochrony bezpieczeństwa państwowego, publicznego itd. Z treścią tego dokumentu koresponduje *Rekomendacja R (92)3 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie genetycznych badań diagnostycznych i przesiewowych wykonywanych dla celów opieki zdrowotnej z 10 lutego 1992 r.*[35], w myśl której gromadzenie i przetwarzanie substancji i próbek pochodzenia ludzkiego oraz przetwarzanie uzyskanych dzięki nim informacji musi być dostosowane do zasad Rady Europy określonych w *Konwencji o ochronie osób w związku z automatycznym przetwarzanych danych osobowych* oraz odpowiednich rekomendacjach z tego zakresu, wydanych przez Komitet Ministrów. W treści wspomnianej Rekomendacji R(92)3 stwierdzono jednoznacznie, że w przypadku genetycznych badań diagnostycznych i przesiewowych oraz związanego z tym poradnictwa dane o charakterze osobistym mogą być gromadzone, przetwarzane i przechowywane wyłącznie dla celów opieki zdrowotnej, dla rozpoznawania chorób i zapobiegania im oraz dla ściśle z tymi celami związanych badań naukowych. W Rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie etycznych i prawnych problemów inżynierii genetycznej zauważono, że analizy genetyczne nie mogą być wykorzystywane do naukowo wątpliwego i politycznie nieakceptowanego celu „pozytywnego doskonalenia" genetycznego oraz dla negatywnej selekcji genetycznie niepożądanych cech oraz dla ustalania „standardów genetycznych". Indywidualne mapy genetyczne – w myśl tej Rezolucji – mogą być sporządzone jedynie przez lekarza. Zakazane przy tym musi być zbieranie, magazynowanie i ocena danych genetycznych przez rząd albo organizacje prywatne[36]. Nie analizując szczegółowiej treści wspomnianych aktów prawnych, godzi się jedynie zauważyć, iż u podstaw ich unormowań leży także potrzeba ochrony godności człowieka, która może zostać naruszona przez bezprawne ujawnienie danych medycznych[37]. Bezpodstawne, bezprawne ujawnienie danych osobowych pacjenta, informacji o przebytych chorobach, zastosowanej terapii, sposobie leczenia może naruszyć zarówno godność, jak i prywatność pacjenta, narazić go na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu, pełnienia stanowiska lub prowadzenia określonej działalności. Może „zniszczyć" karierę zawodową, polityczną bądź gospodarczą. Wypada przy tym zauważyć, że bezprawnie ujawnione dane medyczne mogą być – czasem w najlepszej wierze – ale częściej tendencyjnie interpretowane dla osiągnięcia z góry założonych celów.

Godność pacjenta może zostać narażona na szwank w związku z dostępem do pomocy medycznej. Wielogodzinne wystawanie w niekończących się kolejkach, wielomiesięczne, czy chociażby tylko kilkutygodniowe oczekiwanie na zabieg bądź przyjęcie przez specjalistę może bardziej naruszyć godność pacjenta niż niegrzeczne, opryskliwe zachowanie lekarzy i personelu medycznego lub brak intymności w trakcie badania. Niestety dostęp do pomocy medycznej uwarunkowany jest wieloma czynnikami, z których większość nie jest zależna od lekarzy. Do najważniejszych z nich należą: brak wykształconych kadr, aparatury i środków finansowych na prowadzenie badań i zabie-

---

[35] *Europejskie standardy bioetyczne*, s. 134.

[36] Ibidem, s. 151.

[37] W przedmiocie ochrony danych medycznych por. rozważania M. Jackowskiego, *Ochrona danych medycznych*, Warszawa 2002, passim.

gów. Kwestie te niezbyt jednak obchodzą pacjenta, który przez wiele lat łożył niemałą część swojego wynagrodzenia na ubezpieczenie zdrowotne. Wprawdzie akty prawne w tym np. *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny* z 4 kwietnia 1997 r. (art. 3) statuują zasadę sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej, to jednak zapisy te są zwykle warunkowane zastrzeżeniami o uwzględnieniu „potrzeb zdrowotnych" bądź „dostępności środków", a więc określeniami z natury rzeczy niezbyt ostrymi i precyzyjnymi. Samo zresztą pojęcie „sprawiedliwości" wbrew pozorom wcale nie jest jednoznaczne i może być bardzo rozmaicie interpretowane. Wypada przy tym zaznaczyć, że interpretując dyspozycję art. 3 Konwencji z 4 kwietnia 1997 r. podkreśla się, że dostęp do opieki zdrowotnej powinien być „słuszny". Przez „słuszność" w tym przypadku rozumie się brak „bezpodstawnej dyskryminacji" (Tak jakby mogła istnieć uzasadniona dyskryminacja – przyp. mój. J.S.). „Słuszność" ta, zdaniem komentatorów, nie jest synonimem absolutnej równości[38].

Próby prawnego uregulowania złożonej problematyki odnoszącej się do godności pacjenta są niewątpliwie skutkiem gwałtownego rozwoju biologii i medycyny, a także uświadomienia sobie przez społeczność międzynarodową konsekwencji, jaki niesie inżynieria genetyczna, transplantologia oraz zabiegi medyczne związane z wydaniem na świat dzieci. Przekonanie o możliwościach prawnego uregulowania tych procesów, jakkolwiek godne pochwały, wydaje się jednak całkowicie iluzoryczne. Należy się poważnie obawiać, że wszystkie zakazy i ograniczenia, formułowane w aktach prawnych, pozostaną jedynie na papierze. Ciekawość, która jest immanentną cechą człowieka, połączona ze spodziewanymi korzyściami materialnymi, żądzą sławy, doprowadzą niewątpliwie do tego, że wcześniej, czy później pojawią się najpierw jednostki, a potem grupy zdeterminowanych uczonych, którzy złamią wszelkie, wynikające ze szczytnych pobudek zakazy i ograniczenia ustanowione dla ochrony godności człowieka. Wielokrotnie zdarzało się już w historii, że zabiegi uznawane za niedopuszczalne, niemoralne, traktowane jako naruszenie wyroków boskich, prędzej, czy później przyjmowane były jako coś zwyczajnego i naturalnego. Niemniej z głębokim pesymizmem należy spoglądać na to, co myśl człowieka jest w stanie zgotować rodzajowi ludzkiemu.

Nie sposób jednak godności pacjenta sprowadzić tylko do sfery wiążącej się z perspektywami rozwoju biologii i medycyny. Godność pacjenta ma także inny, codzienny wymiar i tu właśnie najczęściej dochodzi do jej pogwałcenia. Jest to skutkiem komercjalizacji zawodu lekarza, który zatracił charakter powołania, a stał się profesją zapewniającą prestiż społeczny i w oczekiwaniach adeptów tego zawodu wysoki status materialny. Trudne warunki wykonywania tego zawodu, przeciążenie psychiczne, naturalna pogoń za zarobkiem, związana z tym konieczność pracy na kilku etatach, powodują, iż zawód lekarza traci swój aspekt humanistyczny, nie mówiąc już o humanitarnym,

---

[38] Por. *Sprawozdanie wyjaśniające do Konwencji o ochronie praw człowieka i godności osoby ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie (Europejskiej Konwencji Bioetycznej)*, w: *Europejskie standardy bioetyczne*, s. 17. Sprawozdanie Wyjaśniające zostało przygotowane przez Komitet Kierowniczy do spraw Bioetyki. Uwzględnia ono dyskusję w ramach tego Komitetu i jego „Grupy Roboczej" upoważnionej do zredagowania Konwencji, jak również uwagi i propozycje wniesione przez delegacje zainteresowanych krajów. Zostało ono opublikowane z upoważnienia Komitetu Ministrów Rady Europy. Sprawozdanie to nie ma charakteru wykładni autentycznej.

stając się coraz bardziej działalnością ściśle techniczną. Lekarz coraz rzadziej widzi w pacjencie bliźniego, dostrzega w nim człowieka, coraz częściej jest to dla niego zepsuty organizm, a nawet mechanizm, który musi zreperować. Brak czasu, pośpiech, zabieganie, powodują, że nie ma on już czasu na rozmowę z pacjentem, na cierpliwe wyjaśnienie mu rzeczy, które dla lekarza są proste, jasne i zrozumiałe, a dla obiektu jego działań tajemnicze i niepokojące. Tego stanu rzeczy nie zmienią wykłady i zajęcia z deontologii, lektura aktów prawnych, gdyż treść ich niezinternalizowana rychło pójdzie w zapomnienie. Jedyną możliwością poprawy tej sytuacji jest zmiana warunków wykonywania pracy przez lekarzy oraz przebudowa ich mentalności. Ta ostatnia możliwa jest jedynie pod wpływem światłych mistrzów, w wyniku obserwacji ich zachowania. Niestety opinia społeczna, kształtowana przez pewnych siebie, zadufanych, bezkrytycznie powtarzających zasłyszane gdzieś slogany, dziennikarzy domaga się zniweczenia relacji mistrz–czeladnik–uczeń, uznając ją za przestarzałą, wręcz średniowieczną. Społeczeństwo rzekomo domaga się ograniczenia bądź zniesienia korporacji zawodowych, w pierwszym rzędzie prawniczych, ale także lekarskich i wszelkich innych, jako ograniczających dostęp do zawodu i stawiających tamę swobodnemu, nieskrępowanemu rozwojowi młodych adeptów. Przeciwstawiający się tym tezom uznawani są za ludzi skostniałych, nienowoczesnych bądź strażników przywilejów korporacyjnych. Nikt nie zadaje przy tym pytania, dlaczego korporacje zawodowe – także lekarskie – zdają świetnie egzamin na zachodzie Europy i w Stanach Zjednoczonych, natomiast w Polsce powodują rzekomo tylko szkody. Nie zauważa się, że w gruncie rzeczy to jedynie te korporacje są w stanie ocenić działalność swoich członków. Prawda, że często wydają się postronnym zbyt pobłażliwe. Pamiętać jednak należy, że rzeczywistość nie wygląda tak, jak rysują ją *media workerzy*, pełniący rolę dziennikarzy, nie tylko w tabloidach, lecz także w bardziej ambitnych środkach społecznego przekazu. Niemniej to właśnie m.in. rolą korporacji lekarskich musi być dbanie o to, aby wpoić swoim członkom potrzebę dbałości o godność pacjentów.

**Summary**

**Patient Dignity**

The objective of the paper is to indicate the importance of patient dignity. It is highlighted that this notion has to be deemed disputable and controversial as it has not been legally defined. Hence the numerous doubts concerning the responsibilities of medical practitioners and health service personnel.

The paper discusses patient dignity from the perspective of regulations contained in international law, in the Polish Constitution, the Act on the Professions of Physician and Dentist, as well as the Code of Medical Ethics. The decisions of the European Court of Human Rights are also referred to.

As evidenced by the regulations referred to in the paper and the approach taken by the ECHR a patient has quite an extensive range of rights intended to protect his dignity. However, given the increasing use of technology in medical procedures as well as on account of numerous imperfections in the health service these rights are frequently neglected. More and more frequently medical practitioners no longer see their patient as a human being, but as a broken organism, or even a mechanism which the former needs to fix. This situation will only change provided that the working conditions of medical practitioners change and their mentality is transformed. This should be mainly ensured by the efforts of the medical self-government.

Joanna HABERKO

# Aktualna wiedza medyczna a stosowanie homeopatii

## 1. Uwagi wstępne

Przedmiotem artykułu jest analiza powinności lekarza określonej w art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[1] w związku z art. 4 Kodeksu etyki lekarskiej[2]. Realizując tę powinność, lekarz musi postępować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Prezentowana niżej analiza przeprowadzona zostanie w kontekście ordynowania produktów leczniczych homeopatycznych.

Na wstępie rozważań należy przywołać wskazane wyżej przepisy. W świetle art. 4 u.z.l. na lekarzu ciąży obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami **aktualnej wiedzy medycznej**, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki lekarskiej oraz należytą starannością. Art. 4 k.e.l. stanowi z kolei, że dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem i **współczesną wiedzą medyczną**. Jednocześnie nie sposób tracić z pola widzenia jeszcze jednego, poza lekarzem, uczestnika postępowania medycznego, jakim jest pacjent. W świetle art. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej[3]. Zauważmy zatem, że warunkiem wykonywania zawodu lekarza jest postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Celem prowadzonych rozważań będzie próba udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy ordynowanie produktów leczniczych homeopatycznych jest zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Realizacji tego zadania służyć będzie analiza aktów wydanych przez samorząd lekarski dotyczących stosowania wybranych produktów leczniczych, które w opinii tegoż samorządu naruszają standard aktualnej wiedzy medycznej. Autorka artykułu analizuje kwestie formalne oraz kompetencje do wydania poszczególnych aktów korporacyjnych, nie roszcząc sobie uprawnień do wchodzenia w spory natury medycznej i podejmowania w tym zakresie jakichkolwiek wiążących rozstrzygnięć. Artykuł nie odpowiada zatem na pytanie, czy stosowanie produktów leczniczych homeopatycznych jest równie skuteczne (czy skuteczniejsze) niż stosowanie innych produktów leczniczych czy też nie; nie udziela też odpowiedzi na pytania, czy

---

[1] Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Tekst jednolity: Dz. U. 2008, Nr 136, poz. 857 ze zmianami) – dalej jako u.z.l.

[2] Przyrzeczenie Lekarskie i Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2.01.2004 roku wraz ze zmianami uchwalonymi w dniu 20.09.2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy (www.bibl.amwaw.edu.pl/kodeks_etyki_2004.htm).

[3] Ustawa z dn. 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 ze zmianami).

produkty lecznicze homeopatyczne mają takie bądź inne właściwości lecznicze i czy ich stosowanie uzasadnione jest stanem zdrowia pacjenta. Rozstrzygnięcia powyższe pozostawić należy przedstawicielom nauk medycznych. Przedmiotem analizy będą więc wyłącznie kwestie formalnoprawne, w szczególności analiza przepisów ustaw oraz stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/08/V z dnia 4 kwietnia 2008 roku w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach[4], jak i stanowiska nr 2/09/V z dnia 13 lutego 2009 roku w sprawie wniosku ministra zdrowia o uchylenie lub zmianę stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/08/V z dnia 4 kwietnia 2008 roku[5].

Powróćmy do cytowanych przepisów ustawy o zawodach lekarza oraz Kodeksu etyki lekarskiej. Już pobieżna analiza, nawet dokonana przez osobę nie wprawioną w dokonywaniu wykładni tekstu prawnego prowadzi do wstępnego wniosku, że obowiązki nałożone na lekarza przez ustawodawcę w ramach prawa powszechnie obowiązującego są znacznie dalej idące niż w przypadku aktu o charakterze korporacyjnym. Jednocześnie zwraca uwagę to, że tak w jednym jak i drugim akcie mowa jest o obowiązku, który w jednym przypadku został nałożony na lekarza, w drugim natomiast ciąży on, jak się wydaje, na innych osobach. Jednak tak jeden, jak i drugi akt określają zasady działania lekarza. Spróbujmy przyjrzeć się w pierwszej kolejności owym powinnościom lekarza w zakresie wykonywania przez niego zawodu. Przedstawiając problem obrazowo, należałoby stwierdzić, iż przesłanka wykonywania zawodu określona w Kodeksie etyki lekarskiej jako swoboda działania „zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną" w ustawie o zawodach lekarza widnieje jako postępowanie zgodne z zasadami etyki zawodowej. Lekarz ma zatem obowiązek wykonywać zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Nie podzielam w tym zakresie stanowiska wyrażonego w literaturze, jakoby obowiązek ten występował niezależnie od obowiązku przestrzegania uregulowań rangi ustawowej dotyczących obowiązków zawodowych lekarza. Przepisy prawa uzupełnione są więc dodatkowymi normami zawartymi w kodeksach deontologicznych, zbiorach zasad etycznych. Obowiązek przestrzegania zasad etycznych wynika także z innych przepisów niż art. 4 u.z.l. Przepis art. 15 ustawy o izbach lekarskich[6] stanowi o obowiązku przestrzegania zasad etyki i deontologii, równolegle z przepisami związanymi z wykonywaniem zawodu. Z przepisu art. 41 u.i.l. wynika zaś, że członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej za zachowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej.

Wypada jednak powrócić do rozważań na temat wzajemnej relacji cytowanych przepisów w zakresie odnoszącym się do wiedzy medycznej. Zwraca uwagę pewna różnorodność terminologiczna zawarta w obu aktach prawnych. Otóż wskazania aktualnej wiedzy medycznej zdają się nie pokrywać ze współczesną wiedzą medyczną, o której mowa w Kodeksie etyki lekarskiej.

---

[4] Stanowisko dostępne na stronie internetowej: www.nil.pl.

[5] Stanowisko dostępne na stronie internetowej: www.nil.pl.

[6] Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989, Nr 30, poz. 158 ze zmianami), por. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009, Nr 219, poz. 1708) w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2010 r.

Udzielając odpowiedzi na pytanie, jak należy interpretować przesłanki wykonywania zawodu przez lekarza zawarte w ustawie o zawodach lekarza, rozpocznijmy od zdefiniowania, czym jest aktualna wiedza medyczna. O ile powinność zawarta w art. 4 k.e.l. może być interpretowana w sposób intuicyjny, o tyle nie powinno się w taki sposób postrzegać aktualnej wiedzy medycznej. W tym przypadku jawi się potrzeba zarysowania formalnych kryteriów, którym odpowiadać powinny standardy określające metody oraz środki zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Nie ulega wątpliwości, że te metody i środki mieścić się będą w ramach standardu współczesnej wiedzy medycznej, o której jest mowa w Kodeksie etyki lekarskiej. Jednak określeniem „współczesna wiedza medyczna" obejmować się będzie także te standardy postępowania lekarza, które w sposób formalny nie zostały zakwalifikowane jako „aktualna wiedza medyczna". Będzie to zatem wszystko to, czym na danym etapie rozwoju nauk medycznych dysponują lekarze[7], a zatem wszelkie nowości i osiągnięcia opisane w literaturze naukowej, prezentowane na zjazdach, sympozjach czy konferencjach naukowych, a także doświadczenie życiowe lekarza. Nie ulega jednak wątpliwości, że sam fakt przedstawienia w medycznej literaturze naukowej czy w trakcie konferencji naukowej opisu jakiejś metody leczenia nie włącza jej jeszcze w sposób automatyczny do standardów postępowania w ramach „aktualnej wiedzy medycznej"[8]. Pojawia się zatem wątpliwość. Skoro ustawodawca posługuje się określeniem „aktualna wiedza medyczna", a autor aktu o charakterze korporacyjnym wydanym już po wejściu w życie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty innym określeniem, to znaczy, że albo taki zabieg jest efektem przeoczenia autora Kodeksu etyki lekarskiej, który niezbyt dokładnie analizował akty prawa powszechnego i skorzystał z bogactwa języka powszechnego na określenie aktualnej wiedzy medycznej, albo autor drugiego z powołanych aktów miał jakiś cel przyświecający tego rodzaju zabiegowi i chciał rozróżnić owe standardy. Z ostrożnością skłaniam się do drugiej z prezentowanych możliwości. Wydaje się, że zabieg powyższy znalazłby uzasadnienie, gdybyśmy przyjęli, że standardy określone jako „aktualna wiedza medyczna" mają w opinii autora k.e.l. stanowić pewne minimum określające staranność lekarza przy wykonywaniu zawodu[9]. Nie oznacza to oczywiście, że przyjęcie pierwszej z prezentowanych wyżej możliwości istotnie zmieni sytuację lekarza w zakresie znajomości standardów. Przyjęcie trafności tej tezy wprowadzi jedynie większe trudności w zakresie rozróżnienia standardów wykonywania zawodu i wiążącej się z tym odpowiedzialności lekarza. Jeżeli bowiem autor Kodeksu etyki lekarskiej nie chciał wprowadzić rozróżnienia między standardem aktualnej i współczesnej wiedzy medycznej większe trudności pojawią się przy konieczności zdefiniowania minimalnego zakresu staranności lekarza i oceny tej staranności. Nie oznacza to jednak, że autor Kodeksu nie mógł posłużyć się określeniem „współczesnej wiedzy lekarskiej" na określenie aktualnej wiedzy medycznej. Zabieg tego rodzaju

---

[7] E. Zielińska (red.), E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, 2008, wersja Lex on line – data wizyty 21.07.2009.

[8] K. Łanda, *Wytyczne i standardy kliniczne – aktualna wiedza medyczna*, www.hta.pl/dok/wytistand.pdf.

[9] E. Zielińska (red.), E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, op. cit.

oczywiście mógł mieć miejsce, niemniej jednak stawia lekarza w niezwykle trudnej sytuacji właściwie samodzielnego określenia standardu wykonywania zawodu. Nie można też zapominać, że staranność lekarza (a zatem i posługiwanie się standardami aktualnej wiedzy medycznej) oceniać należy uwzględniając zawodowy charakter prowadzonej działalności, a w tym wypadku już nie wystarcza poprzestanie na minimalnym zakresie owej staranności. Niezależnie jednak od przyjętej koncepcji trzeba podkreślić, że lekarz wykonujący swój zawód powinien nie tylko mieć świadomość standardów postępowania, ale także wiedzę na temat tego, jak wygląda współczesna medycyna i jaka jest współczesna wiedza medyczna.

## 2. Aktualna wiedza medyczna

Powracając do określenia merytorycznego standardu wykonywania zawodu przez lekarza pojmowanego jako „postępowanie zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej", trzeba stwierdzić, iż standard ten będzie konkretyzowany w pierwszej mierze przez przepisy ustawy oraz akty prawa powszechnego wydane na podstawie upoważnienia zawartego w ustawie. Będą to zatem ustawy określające standardy postępowania oraz rozporządzenia ministra zdrowia wydane w ramach ustawowej delegacji[10]. Można wskazać dla przykładu następujące akty prawa powszechnego: ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o zakładach opieki zdrowotnej czy np. ustawę o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Akty te (a także inne niż przykładowo wymienione) zawierają zwykle następujące odesłanie: upoważnia się ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia zasad, powołania zespołu specjalistów w celu określenia kryteriów zasad postępowania w warunkach określonych w ustawie, etc. Jednocześnie należy wskazać, iż minister właściwy do spraw zdrowia ma generalną kompetencję do powoływania konsultantów w ramach poszczególnych dziedzin medycyny i farmacji. W świetle art. 4 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia[11] minister właściwy do spraw zdrowia może powołać konsultantów spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Art. 9 ustawy o konsultantach wylicza obowiązki konsultantów. Konsultanci różnych szczebli wykonują m.in. zadania opiniodawcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta; prowadzą nadzór nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia; biorą udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki

---

[10] L. Kubicki, *Opinia dotycząca stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/08/V z dnia 4.04.2008 r. w sprawie stosowania homeopatii*, niepublikowana, dostępna na stronie internetowej: www.homeopatia,pl – data wizyty 15.07.2009 r.

[11] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 419 ze zmianami).

zdrowotnej; sporządzają opinie dotyczące doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia; sporządzają opinie dotyczące realizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia w zakresie wynikającym z określonego programu kształcenia oraz sprawują nadzór nad ich merytoryczną realizacją.

W tym kontekście niezwykle istotnym dla dalszych rozważań jawi się przepis art. 10 pkt 6 wspomnianej ustawy. W jego świetle do zadań konsultantów krajowych, o których mowa w art. 4 oraz konsultantów wojewódzkich należy wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków.

Standardy postępowania medycznego w oparciu o aktualną wiedzę medyczną wypracowywane są także na podstawie autorytetu, który posiadają medyczne towarzystwa naukowe. Są to kolegialne gremia wypracowujące na podstawie współczesnej wiedzy medycznej oraz doświadczenia życiowego standardy postępowania medycznego, nadając im najczęściej kształt zaleceń, rekomendacji czy stanowisk. Mamy zatem w tym przypadku do czynienia z normami pozaprawnymi, często o charakterze norm moralnych oraz reguł zawodowych, według których oceniamy profesjonalizm (sztukę wykonywania zawodu) oraz sumienność, czyli staranność lekarza. Tego rodzaju zalecenia, rekomendacje czy stanowiska stanowią wyznacznik, wedle którego oceniać będziemy, czy lekarz dołożył staranności najwyższej w stosunkach danego rodzaju ze względu na aktualną wiedzę medyczną.

## 3. Staranność lekarza

W kontekście zachowania aktualnej wiedzy medycznej pojawia się problem staranności lekarza i jego postępowania w oparciu o aktualną wiedzę medyczną z należytą starannością. Użyte w art. 4 u.z.l. określenie „z należytą starannością" interpretować należy, w moim przekonaniu, podobnie jak użyte przez ustawodawcę określenie zawarte w art. 355 § 1 i § 2 Kodeksu cywilnego (k.c.), gdzie również posłużono się terminem należytej staranności. Wprawdzie ustawodawca w Kodeksie cywilnym użył tego określenia w odniesieniu do dłużnika, niemniej jednak przyjmuje się powszechnie, iż konstrukcja ta znajduje zastosowanie także na gruncie innych niż klasyczne zobowiązaniowe konstrukcje cywilistyczne. Chodzi ustawodawcy o to, iżby lekarz dołożył staranności wymaganej w stosunkach danego rodzaju. Należyta staranność nie oznacza zwykłego i ogólnego stopnia staranności, ale ze względu na wykonywaną działalność lekarza i stosunek zaufania łączący go z pacjentem oznacza staranność szczególną. Mowa tu o obiektywnie i abstrakcyjnie ujętym wzorcu staranności charakterystycznym dla konstrukcji cywilistycznych[12]. Przyjąć należy, że istotnym elementem rzutującym

[12] M. Safjan w: K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 765.

na stopień wymaganej podwyższonej staranności lekarza jest typ prowadzonej przez niego działalności opartej na istnieniu szczególnego rodzaju więzi zaufania między nim a pacjentem[13]. Zatem stopień staranności, którego wymagać możemy od lekarza, określić można nie tylko jako stopień należyty, ale najwyższy. Oznacza to, że lekarz obowiązany jest do wyższej niż przeciętna staranności[14]. Przesłankę zwiększonych wymagań w stosunku do lekarza stwarza także fakt, iż można mówić o jego staranności zawodowej w zakresie prowadzonej przezeń działalności. Kryterium staranności zawodowej podwyższa zakres wymagań odnoszących się do zachowania lekarza jako strony stosunku prawnego i prowadzi do zaostrzenia odpowiedzialności. W tym kontekście pojawia się problem miernika staranności lekarza. Otóż, oceny zawodowej staranności lekarza dokonywać będziemy na podstawie zestawienia zachowania lekarza z pewnym wzorcem postępowania. Konieczne jest zatem stworzenie abstrakcyjnego wzorca postępowania określanego jako „wzorzec dobrego, profesjonalnego lekarza". Oceny staranności lekarza dokonywać będziemy w oparciu o zobiektywizowany i zewnętrzny miernik staranności. Nie oznacza to jednak, że w ocenie tej podwyższonej staranności nie należy uwzględniać pewnych konkretnych okoliczności i uwarunkowań niezależnych od samego lekarza, w jakich musiał on podejmować swoje działania[15]. Przyjmuje się, iż należyta staranność w ramach staranności profesjonalnej określanej przy uwzględnieniu zawodowego charakteru działalności obejmuje także znajomość obowiązującego prawa oraz następstw z niego wynikających[16]. Przenosząc powyższe rozważania na grunt oceny staranności zawodowej lekarza, należy stwierdzić, iż oceny tej staranności dokonywać będziemy w pierwszej kolejności w oparciu o akty prawa powszechnego (ustawy, rozporządzenia) wyznaczające standardy aktualnej wiedzy medycznej, o czym była mowa wyżej, oraz w oparciu o akty korporacyjne. Warto zauważyć, że o obowiązku przeprowadzania postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego z należytą starannością mowa jest także w art. 8 k.e.l.[17] Zatem mamy do czynienia zarówno z cytowanymi zaleceniami czy rekomendacjami wyznaczającymi standardy aktualnej wiedzy medycznej, jak i z kodeksami etycznymi i zbiorami postępowania określającymi zasady wykonywania zawodu lekarza. Akty korporacyjne, kodeksy etyczne i zbiory obejmujące zasady wykonywania zawodu, choć nie stanowią aktów prawa powszechnego, mają jednak wpływ na ocenę działań lekarza. Akty korporacyjne określają zasady wykonywania zawodu lekarza, według nich oceniamy, czy działanie lekarza było czy też nie było zgodne ze sztuką lekarską. To środowisko (korporacja) wyznacza standardy postępowania, w oparciu o które oceniamy staranność lekarza. Jednocześnie nie sposób nie zauważyć, że sam ustawodawca w obo-

---

[13] Ibidem, s. 766.

[14] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 marca 2001 r., sygn. I ACa 124/01, „Przegląd Sądowy" 2002, nr 10, s. 130; Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2002 r., sygn. IV KKN 634/99, OSNKW 2003, nr 3–4, poz. 33; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 112; E. Zielińska (red.), E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, op. cit.

[15] M. Safjan, op. cit., s. 766.

[16] Ibidem, s. 769.

[17] E. Zielińska (red.), E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, op. cit.

wiązującej ustawie o izbach lekarskich ustanowił, iż członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Oznacza to, że lekarz może ponieść odpowiedzialność w trybie art. 42 u.i.l., jeżeli nie stosuje się do przepisów obowiązującego prawa powszechnego określającego zasady wykonywania zawodu lekarza (np. za postępowanie nie uwzględniające aktualnej wiedzy medycznej czy działanie bez zgody pacjenta), jak również wówczas, gdy narusza zasady etyki i deontologii zawodowej (np. za postępowanie sprzeczne z Kodeksem etyki lekarskiej czy określonymi przez korporację normami postępowania).

## 4. Deontologia lekarska

Ustawodawca określając zasady odpowiedzialności posługuje się terminem deontologii zawodowej. Jak zauważono, lekarz w świetle ustawy o izbach lekarskich może ponieść odpowiedzialność za postępowanie sprzeczne z zasadami deontologii zawodowej. Ustawodawca nie podejmuje jednak trudu wyjaśnienia, czym owa deontologia zawodowa jest. Spróbujmy zatem wyjaśnić znaczenie użytego w ustawie określenia. W pierwszej kolejności posłużymy się wykładnią językową powoływanego w przepisie pojęcia. Odwołując się do reguł znaczeniowych języka polskiego można przyjąć, iż pojęciem deontologii zawodowej zwykło się określać usystematyzowany zbiór zasad postępowania, akceptowany przez określoną osobę lub grupę osób. Pod pojęciem deontologii zawodowej rozumie się także zbiór zasad etycznych odnoszących się do pewnego, określonego aspektu działalności, głównie związanej z zawodem. W tym znaczeniu często zrównuje się znaczenie deontologii z etyką zawodową jako przyjętym i aprobowanym sposobem wykonywania danego zawodu, sposobem postępowania wobec osób, na których rzecz lub wobec których zawód jest wykonywany. Prawnicy posługują się także często określeniem tzw. „dobrej praktyki" bądź „dobrych obyczajów", które w przypadku lekarzy przyjmują często postać tzw. dobrej praktyki klinicznej. Taka praktyka występuje w prawie każdym zawodzie, a w przypadku zawodu lekarza jest ona nie tylko postulowana, ale także sankcjonowana. Warto zauważyć, że sankcja, o której tu mowa, występuje nie tylko w płaszczyźnie towarzyskiej. Ze względu na to, że normy deontologiczne w przypadku lekarzy nie pozostają wyłącznie w sferze nakazów moralnych, jest ona o wiele poważniejsza i może skutkować nawet pozbawieniem prawa wykonywania zawodu[18].

W ramach deontologii zawodowej lekarskiej określa się w sposób jeszcze bardziej precyzyjny obowiązki lekarza wobec chorego, wobec społeczeństwa, wobec nauk medycznych, wobec innych lekarzy oraz wobec innych podmiotów wykonujących zawody medyczne. Przyjmuje się, że deontologia lekarska formułuje także zasady odpowiedzialności wobec własnego sumienia lekarza. W tym aspekcie odpowiedzialność za naruszenie zasad deontologii zawodowej pozostaje w sprzeczności z obowiązkiem wy-

---

[18] P. Kostański, *Etyka zawodowa, Zbiór zasad etyki adwokackiej i godności zawodu – jako korporacyjny kodeks etyczny, a system prawa*, http://www.edukacjaprawnicza.pl.

konywania zawodu zgodnie z sumieniem, o czym mowa w art. 4 k.e.l. Zauważmy, że postęp nauki i rozwój medycyny dokonujące się w ostatnich dziesięcioleciach stwarzają coraz to nowe sytuacje, wobec których lekarz zmuszony jest samodzielnie i niekiedy działając pod presją czasu, zająć stanowisko. Praca lekarza i jego działania odbywają się nieraz bez niczyjej kontroli, jest on np. sam w trakcie pełnienia dyżuru i sam podejmuje ważkie dla pacjenta decyzje. Tu właśnie decydujące znaczenie ma poczucie odpowiedzialności wobec własnego sumienia[19]. Przypomnijmy, że w świetle art. 4 k.e.l. lekarz powinien zachować bliżej niesprecyzowaną przez autora Kodeksu swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Tu pojawia się problem sumienia lekarza, które wpisuje się w zasady wykonywania zawodu w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i z należytą starannością[20]. Nie znaczy to, że lekarz może działać wprawdzie „zgodnie z sumieniem", ale poza prawem bądź precyzyjniej ponad prawem, zwłaszcza wówczas, gdy jego postępowanie odbiega od zasad współżycia społecznego czy dobrych obyczajów przyjmowanych powszechnie w danej społeczności. Chodzi też o to, iż nie sposób wyznaczyć prawem wszelkich obszarów działalności lekarza i temu właśnie służyć ma swoboda postępowania zgodnie z sumieniem. Nie sposób jednak zapomnieć, że postępowanie zgodnie z sumieniem stanowi jedynie doprecyzowanie art. 4 u.z.l.[21]

## 5. Rola samorządu lekarskiego

W Kodeksie etyki lekarskiej przyjmuje się, że dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Obowiązek zapewnienia swobody działań zawodowych realizowany jest w pierwszej mierze przez samorząd lekarski. M.in. po to lekarze, podobnie jak przedstawiciele innych zawodów, których wykonywanie wiąże się z wymogiem szczególnego zaufania, tworzą samorządy zawodowe. Przynależność do samorządu lekarskiego jest obowiązkowa, a jego zadaniem jest formułowanie zasad etyki zawodowej, kontrolowanie jej przestrzegania przez członków samorządu, w tym sprawowanie sądownictwa i stosowanie odpowiednich sankcji w przypadku naruszenia tych zasad[22]. Chodzi o podejmowanie takich działań, które zapewnią członkom samorządu swobodę wykonywania zawodu określoną w Kodeksie etyki lekarskiej przy jednoczesnej kontroli legalności i staranności wykonywania zawodu. Zadania samorządu lekarskiego wskazano w art. 4 u.i.l. Przepis ten stanowi, że do zadań samorządu lekarskiego należy w szczególności: sprawowanie pieczy i nadzoru nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza, ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich prze-

---

[19] T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna" 2004, nr 5, s. 20–25.

[20] E. Zielińska, *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna" 2003, nr 13, s. 25.

[21] J. Baranowski, *Głos w dyskusji nad rolą i zadaniami Izby w nadzorowaniu wykonywania zawodu lekarza*, tekst dostępny na http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil75/gazeta/numery/n2002/n200203/n20020305 – data wizyty: 17.07.2009.

[22] P. Kostański, *Etyka zawodowa, Zbiór zasad etyki adwokackiej i godności zawodu – jako korporacyjny kodeks etyczny, a system prawa*, http://www.edukacjaprawnicza.pl.

strzeganie, współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą[23].

Nie jest zatem czysto teoretycznym problemem udzielenie odpowiedzi na pytanie o zakres działań samorządu lekarskiego i legalność podejmowanych przez niego aktów korporacyjnych. Organ samorządu lekarskiego, jakim jest Naczelna Rada Lekarska, wypowiedział się w kwestii stosowania, a przede wszystkim ordynowania pacjentom, produktów leczniczych homeopatycznych przyjmując, jak się wydaje, iż tego rodzaju działanie naruszać by miało standard aktualnej wiedzy medycznej. Rozważmy zatem sygnalizowany na wstępie problem stosowania produktów leczniczych homeopatycznych i roli samorządu lekarskiego w określeniu zasad wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną przy stosowaniu, a zwłaszcza ordynowaniu pacjentom przez lekarzy tego rodzaju produktów leczniczych. Naczelna Rada Lekarska w swoim stanowisku z dnia 4 kwietnia 2008 roku stwierdza, że „homeopatię zaliczać należy do nienaukowych metod, tzw. medycyny alternatywnej która proponuje stosowanie bezwartościowych produktów o niezweryfikowanym naukowo działaniu"[24]. Jako podstawę dla swych twierdzeń NRL powołuje art. 57 k.e.l. Przepis ten stanowi, że „lekarz nie może posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezweryfikowanymi naukowo. Nie może współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem a nie posiadającymi do tego uprawnień"[25]. W doktrynie przyjmuje się, że przepis art. 57 k.e.l. nie może być interpretowany jako usprawiedliwiający stosowanie przez lekarza metod lub środków uznanych w świetle aktualnej wiedzy medycznej za przestarzałe, nieskuteczne, nawet jeśli kiedyś w związku z dawnym stanem wiedzy medycznej były one uznawane za dopuszczalne, co więcej może nawet wchodziły do kanonu ówczesnej aktualnej wiedzy medycznej[26]. Na podstawie omawianego przepisu wyklucza się też stosowanie metod i środków starych i nierokujących lub gorzej rokujących, jeżeli są one powszechnie zastępowane innymi metodami leczenia[27]. Lekarz musi działać co najmniej zgodnie z minimalnymi wymogami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej.

Oceniając stanowisko NRL trzeba zauważyć w pierwszej kolejności, że omawiany dokument nie ma waloru stanowiska, rekomendacji czy zalecenia, o których była mowa wyżej w związku z działalnością towarzystw naukowych. Owszem, stanowiska tych ostatnich kształtują standardy aktualnej wiedzy medycznej, niemniej jednak organ

---

[23] Również w świetle art. 5 ustawy o izbach lekarskich w brzmieniu od 1 stycznia 2010 r. do zadań samorządu lekarskiego należeć będzie w szczególności: „1) ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie; 2) sprawowanie nadzoru nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza […]; 20) współdziałanie z organami administracji publicznej, związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami w kraju i za granicą w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i warunków wykonywania zawodu lekarza […]; 22) współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi, instytutami i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą […]".

[24] Stanowisko NRL nr 7/08/V z dnia 4 kwietnia 2008 roku w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach, op. cit.

[25] Zob. także stanowisko NRL nr 24/02/IV z dnia 8 listopada 2002 roku w sprawie medycyny alternatywnej.

[26] E. Zielińska (red.), E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, op. cit.

[27] Wyrok SN z dnia 28 października 1983 r., sygn. II CR 358/85, OSP 1984, z. 9, poz. 187, s. 467.

samorządu lekarskiego takim towarzystwem nie jest, a zatem i wydawane przez niego akty (pomimo tej samej nazwy) nie zyskują waloru aktu określającego standardy aktualnej wiedzy medycznej. Podzielam w tym zakresie stanowisko L. Kubickiego, który nie dostrzega podstaw prawnych dla zastąpienia towarzystwa naukowego władnego wydawać standardy postępowania zespołem składającym się z wybitnych profesorów medycyny powołanym jednak *ad hoc* przez NRL i to w konkretnym celu[28]. Organ samorządu lekarskiego ma współdziałać z medycznymi towarzystwami naukowymi. Podkreślić należy, że współdziałania owego nie sposób interpretować na gruncie obowiązującego prawa w ten sposób, że organ samorządu lekarskiego zastępuje towarzystwo, czy równa się z nim w uprawnieniach poprzez podejmowanie decyzji w zakresie uznania i wyznaczania standardów aktualnej wiedzy medycznej. Nie ma w obecnym stanie prawnym żadnych podstaw, by uznać, iż którykolwiek z organów samorządu lekarskiego posiada kompetencję do wyznaczania standardów aktualnej wiedzy medycznej. Nie miała takiej kompetencji Naczelna Rada Lekarska wydając stanowisko z kwietnia 2008 roku w sprawie stosowania homeopatii. Zatem z formalnego punktu widzenia stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nie wyznacza standardu aktualnej wiedzy medycznej.

Po wtóre, w świetle obowiązującego prawa lekarz może ordynować te produkty lecznicze i wyroby medyczne, które zostały dopuszczone do obrotu w Rzeczpospolitej Polskiej na zasadach określonych w przepisach odrębnych[29]. Nie ulega wątpliwości, że w świetle ustawy regulującej zasady oraz tryb dopuszczania produktów leczniczych do obrotu, tj. ustawy Prawo farmaceutyczne[30] produkty lecznicze homeopatyczne spełniają wymóg ustawowy. Przejście produktu przez procedury określone w ustawie daje podstawy, by uznać legalność jego stosowania. Oznacza to dalej także tyle, że ordynowanie przez lekarza produktu spełniającego formalne wymogi określone w ustawie Prawo farmaceutyczne jest dopuszczalne w świetle obowiązującego prawa oraz pozostaje w zakresie postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, nie stanowi zatem naruszenia art. 4 u.z.l.

Wydaje się, że na powyższym problemie legalności i określenia standardów aktualnej wiedzy medycznej w zakresie, w jakim zagadnienie dotyczy formalnych aspektów stosowania produktów leczniczych homeopatycznych, można by zakończyć przyjmując, iż *de lege lata* produkty te spełniają formalne wymogi uznania ich za zgodne z aktualną wiedzą medyczną oraz za legalnie dopuszczone do obrotu na terytorium RP. Stanowisko NRL uznać należałoby jako niewywołujące skutków prawnych w zakresie określenia standardów aktualnej wiedzy medycznej. Innego zdania jednak był minister zdrowia, który wprawdzie przyjął trafność prezentowanych argumentów formalnych przemawiających za legalnością i zgodnością z aktualnym stanem wiedzy medycznej produktów leczniczych homeopatycznych, niemniej jednak sformułował wniosek do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej o uchylenie lub zmianę cytowanego wcześniej stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych

---

[28] L. Kubicki, op. cit.

[29] Ibidem.

[30] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Tekst jednolity: Dz. U. 2008, Nr 45, poz. 271 ze zmianami).

metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach. Polemika ta, moim zdaniem, była zupełnie nieuzasadniona, zwłaszcza wobec braku zakładanych przez autora stanowiska skutków prawnych. W mojej opinii wystarczającym było po stronie ministra zdrowia wyrażenie stanowczego stanowiska, iż w obecnym stanie prawnym nadaje się produktowi leczniczemu homeopatycznemu „te same prawa, co innym produktom leczniczym przy dopuszczaniu do obrotu na terytorium RP, jak i w krajach członkowskich Unii Europejskiej", stąd ordynowanie takiego produktu przez lekarza nie może być traktowane jako posługiwanie się metodą uznaną za naruszającą standardy aktualnej wiedzy medycznej, a co za tym idzie bezprawną. Minister Zdrowia, jak zauważyliśmy wyżej, wdał się jednak w spór z NRL, kierując wniosek o uchylenie lub zmianę stanowiska z 2008 roku w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów. Konsekwencją tego było wydanie przez NRL, nieco łagodniejszego w wyrazie niemniej jednak nadal pozostającego poza zakresem kompetencji stanowiska nr 2/09/V z dnia 13 lutego 2009 roku w sprawie wniosku ministra zdrowia o uchylenie lub zmianę stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/08/V z dnia 4 kwietnia 2008 r. Naczelna Rada Lekarska stwierdza w swoim stanowisku, że nie ma podstaw prawnych do podjęcia uchwały w sprawie uchylenia stanowiska nr 7/08/V, czego w swoim wniosku domagał się minister zdrowia. Przyjmuje także, że stanowiska mają charakter opinii i nie tworzą prawa oraz, że nie podlegają zmianie na drodze uchwały. NRL powołuje ponadto argument formalny, z którego wynika, że ustawa o izbach lekarskich nie przewiduje możliwości uchylenia stanowiska na wniosek ministra zdrowia. Dalej, Naczelna Rada Lekarska nie znajduje podstaw merytorycznych do zmiany swojej opinii w przedmiocie homeopatii, wyrażonej w stanowisku nr 7/08/V. Przyjmuje, że stanowisko ministra zdrowia, w którym ten żądał zmiany linii argumentacyjnej przyjętej przez NRL, zostało podjęte na podstawie opinii zespołu ekspertów powołanego przez Naczelną Radę Lekarską. Wypada zgodzić się, iż w istocie nie ma podstaw do zmian stanowiska, jako że samo stanowisko nie wywołuje żadnych skutków prawnych w zakresie związania lekarza zasadami wykonywania zawodu.

Na koniec, Naczelna Rada Lekarska wyraża swoje przekonanie o braku istnienia jakichkolwiek dowodów naukowych świadczących o skuteczności leczenia tymi produktami, stwierdzając, iż jest do tego uprawniona na podstawie przepisów ustawy o izbach lekarskich. W tym zakresie należy zgodzić się z NRL, ale tylko o tyle, o ile chodzi o interpretację art. 4 ust. 1 u.i.l. i zajmowanie przez samorząd lekarski stanowiska w zakresie zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa czy organizacji ochrony zdrowia. Wydaje się, że podzielić należy stanowisko wyrażone w opinii L. Kubickiego, iż użycia przez ustawodawcę słów „w szczególności" w art. 4 u.i.l. określającego kompetencje samorządu lekarskiego nie należy interpretować w sposób nadmiernie rozciągliwy i stwarzać podstawy do wyznaczania nowych zadań tegoż samorządu[31].

I wreszcie na zakończenie w stanowisku z 2009 roku Naczelna Rada Lekarska nie neguje, że przepisy Prawa farmaceutycznego dopuszczają możliwość wprowadzenia

---

[31] L. Kubicki, op. cit.; por. art. 5 pkt 15 ustawy o izbach lekarskich w brzmieniu od 1 stycznia 2010 r.

do obrotu i stosowania produktów leczniczych homeopatycznych na drodze odmiennej niż pozostałych leków (tzn. bez konieczności udowodnienia ich skuteczności), ale wyraża wątpliwości co do takiego rozwiązania prawnego i postuluje po raz kolejny jego zmianę.

Podsumowując powyższe rozważania należy zauważyć, że lekarz ordynujący pacjentowi produkt leczniczy homeopatyczny dopuszczony do stosowania na terenie Rzeczpospolitej Polskiej nie narusza obowiązującego prawa. Zachowując swobodę wykonywania zawodu lekarza zgodnie z własnym sumieniem i zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną, winien jednak rozważyć, czy zastosowanie produktu leczniczego homeopatycznego będzie *in casu* rozwiązaniem najlepszym dla konkretnego pacjenta. Jedynie w tym zakresie doszukiwać się można pozytywnej oceny działań NRL, która prosi naukowców o zajęcie się problemem homeopatii. Skoro do zadań samorządu lekarskiego określonych w art. 4 u.i.l. należy w szczególności sprawowanie pieczy i nadzoru nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza, można ostrożnie przyjąć, że NRL chcąc zapewnić swobodę wykonywania zawodu lekarza, poddaje ocenie autorytetów profesorskich lecznicze produkty homeopatyczne. Ocena ta dokonana jest jednak wyłącznie w ramach współczesnej wiedzy medycznej. Tak więc lekarz powinien znać stanowisko NRL, gdyż wpisuje się ono w standard współczesnej wiedzy medycznej, o którym mowa w art. 4 k.e.l. i korzystając ze swobody wykonywania zawodu, po dokonaniu oceny *ad casu* zgodnie ze swoim sumieniem podjąć decyzję w sprawie ordynowania bądź nie konkretnego produktu konkretnemu pacjentowi. Nie ma natomiast formalnych barier, by taki lek zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie mógł być stosowany.

Nie ulega mojej wątpliwości, że zarówno działania lekarza, jak i działania samorządu lekarskiego powinny być podejmowane w interesie pacjenta. Gdy zaś chodzi o samorząd lekarski, trzeba zauważyć, że wszelkie działania formalne muszą mieścić się w granicach wyznaczonej kompetencji. W przeciwnym razie i przy innej interpretacji dochodzimy do swoistego paradoksu: mianowicie lekarz ordynujący środki lecznicze homeopatyczne działa zgodnie z prawem, niemniej jednak może zostać pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej za naruszenie Kodeksu etyki lekarskiej poprzez naruszenie zasad postępowania zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną. Nie ulega wątpliwości, że Naczelna Rada Lekarska uchwalając stanowisko, działała z naruszeniem przepisów ustawy o izbach lekarskich. Dlatego też, mimo iż NRL działała z intencją ochrony interesu pacjenta, z formalnego punktu widzenia jej inicjatywę należy ocenić jednoznacznie negatywnie.

**Summary**

**Current Medical Knowledge and the Application of Homeopathy**

The paper discusses medical practitioners' responsibility defined in Art. 4 of the Act on the Professions of Physician and Dentist in relation to Art. 4 of the Code of Medical Ethics. The responsibility concerns the doctor's acting in conformity with current medical knowledge, and this is examined in the context of prescribing homeopathic medicinal products. Thus the paper at-

tempts to answer the question whether prescribing the said products conforms to current medical knowledge. This is achieved by reviewing the regulations issued by the medical self-government on the application of selected medicinal products which in the self-government's opinion infringes the standards of current medical knowledge. Particular attention is devoted to the analysis of the position of the Supreme Medical Council no 7/08/V of April 4, 2008 on the application of homeopathy and related methods by medical practitioners and dentists and on training sessions organized in this respect as well as the position no 2/09/V of February 13, 2009 on the motion of the Minister of Health to revoke or change the Council's position no 7/08/V.

On the basis of findings discussed in the paper it is concluded that the SMC has passed a resolution which infringes on the regulations of the act on the chambers of physicians and dentists.

Jolanta ORŁOWSKA-HEITZMAN

# Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej

Odpowiedzialność zawodowa jest jednym z czterech rodzajów odpowiedzialności, jakiej podlega lekarz (poza odpowiedzialnością karną, cywilną i dyscyplinarną).

Sprawy odpowiedzialności zawodowej regulują następujące akty prawne:
- ustawa o izbach lekarskich z 1989 r.;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczące postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy z 1990 r.;
- Kodeks postępowania karnego, do którego przepisów można się odwołać w przypadku, gdy wcześniej wymienione akty prawne nie regulują pewnych kwestii.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej składa się z trzech etapów:
1) postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej;
2) postępowania przed sądem lekarskim;
3) postępowania wykonawczego, które prowadzi okręgowa rada lekarska.

Lekarz podlega odpowiedzialności zawodowej:
- za naruszenie ustaw regulujących wykonywanie zawodu;
- za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej;
- za postępowanie naruszające godność zawodu;
- za naruszenie uchwał organów izb lekarskich.

Postępowanie wyjaśniające wszczyna rzecznik odpowiedzialności zawodowej po uzyskaniu wiarygodnej informacji o popełnieniu wykroczenia zawodowego. Nie można wszcząć postępowania wyjaśniającego, jeśli od momentu popełnienia czynu upłynęły 3 lata, gdy skarga nie dotyczy lekarza, z zasady także, gdy skarga jest anonimem lub gdy skarga zawiera jedynie żądanie odszkodowania.

Postępowanie wyjaśniające prowadzone jest przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w I instancji, a odwołania rozpatruje w II instancji Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Reguły te nie dotyczą jednakże osób pełniących funkcje w samorządzie lekarskim, wymienionych w art. 46 ust. 3 pkt 2 ustawy o izbach lekarskich, czyli: członków Naczelnej Rady Lekarskiej, członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej, członków Naczelnego Sądu Lekarskiego i okręgowych sądów lekarskich, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców oraz okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców. Postępowania w sprawach ich dotyczących prowadzi Naczelny Rzecznik w I instancji, a odwołania rozpatruje w II instancji Naczelny Sąd Lekarski.

W czasie postępowania wyjaśniającego rzecznik rozpatruje wszelkie okoliczności czynu wskazanego w skardze. Rzecznik ma 3 miesiące na przeprowadzenie postępo-

wania. Może być ono przedłużone do 6 miesięcy przez NROZ lub NSL, a gdy i ten czas nie wystarcza, Naczelny Sąd Lekarski wyznacza termin zakończenia postępowania.

Najczęstsze pytanie kierowane do rzeczników brzmi: „Wpływa skarga i co dalej?".

Tak więc krótkie wyjaśnienie czynności, jakie musi rzecznik wykonać:

1) sprawdzenie, czy osoba wymieniona w skardze jest lekarzem z danej izby lekarskiej;
2) sprawdzenie, jaki czas upłynął od momentu popełnienia czynu wymienionego w skardze;
3) wystąpienie o pełną dokumentację lekarską, czasem również pielęgniarską lub też inne dokumenty ważne dla sprawy – z dokumentacji policyjnej lub prokuratorskiej;
4) podjęcie decyzji o wszczęciu lub odmowie wszczęcia postępowania.

W przypadku decyzji o wszczęciu postępowania:

1) nominacja zastępcy rzecznika, który będzie sprawę prowadził;
2) rozmowa ze skarżącym i lekarzami, których dotyczy skarga;
3) wysłuchanie świadków wskazanych zarówno przez lekarzy, jak i przez skarżącego;
4) podjęcie decyzji o powołaniu biegłego (w uzasadnionych przypadkach);
5) dokładna analiza całości zgromadzonego materiału – dokumentacji, protokołów przesłuchań, opinii biegłego;
6) podjęcie ostatecznej decyzji o sposobie zakończenia postępowania – umorzenie lub zamknięcie postępowania w celu przestawienia zarzutów lekarzowi.

Decyzje okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej nie są ostateczne, w ciągu 14 dni od otrzymania postanowienia można złożyć odwołanie do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za pośrednictwem okręgowego rzecznika. Naczelny Rzecznik wyznacza jednego ze swych Zastępców do rozpoznania odwołania. Sprawa ta jest analizowana podczas posiedzenia Kolegium Naczelnego Rzecznika, a następnie zostaje podjęta decyzja o utrzymaniu w mocy postanowienia okręgowego rzecznika lub uchyleniu tego postanowienia, ze wskazaniem zaleceń, jakie mają być zrealizowane przez okręgowego rzecznika w czasie ponownego rozpatrywania sprawy. W przypadku, gdy Naczelny Rzecznik utrzymuje w mocy postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania lub o umorzeniu postępowania, jego postanowienie jest ostateczne i nie podlega zaskarżeniu. Podobne procedury stosowane są przez Naczelny Sąd Lekarski, gdy rozpatruje on sprawy w II instancji.

Kolegium Naczelnego Rzecznika stanowią koleżanki i koledzy z zespołu Zastępców NROZ mający największe doświadczenie w rozpatrywaniu spraw, jest to grupa lekarzy powoływana na drodze uchwały przez Naczelnego Rzecznika na początku kadencji.

Zarówno okręgowy rzecznik, jak i Naczelny Rzecznik są to organy jednoosobowe i tylko oni mają prawo podpisywać wszelkie dokumenty i postanowienia.

Skargi kierowane są najczęściej na lekarzy internistów, chirurgów, położników i ginekologów, psychiatrów i dentystów. Dotyczą one przede wszystkim nieetycznego zachowania lekarza, wystąpienia powikłań po zastosowanym leczeniu, braku dostatecznej informacji o przewidywanych metodach diagnostyki, o planowanym leczeniu, o możliwości wystąpienia powikłań, jak również poświadczenia nieprawdy czy naruszenia praw chorych psychicznie. Rzecznik może zasięgnąć opinii biegłych, gdyż w tej roli nie może występować sam. Po zakończeniu wszczętego postępowania rzecznik umarza je lub kieruje wniosek o ukaranie do sądu lekarskiego. Całość postępowania odbywa się zgodnie z procedurą zawartą w przepisach i uprawnieniami okręgowego rzecznika

oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Na każdym etapie postępowania w wielu kwestiach rzecznicy sięgają po rady i pomoc swoich doradców prawnych, stąd też w każdym biurze rzecznika konieczne jest zatrudnienie prawnika, niezależnie od radców prawnych pracujących w izbach lekarskich.

Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej działają niezależnie od powszechnego wymiaru sprawiedliwości. Postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i odpowiedzialności karnej są prowadzone oddzielnie, ale dobrze byłoby, gdyby były prowadzone w tym samym czasie, aby organy prowadzące te postępowania mogły korzystać ze zgromadzonej dokumentacji, z opinii biegłych itp., co zapewne wpłynęłoby na obniżenie kosztów postępowań. Wszystko to oczywiście winno się toczyć z zachowaniem wszelkich zasad przewidzianych prawem dotyczących działania organów ścigania i rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Moje starania o podpisanie stosownego porozumienia z ministerstwem sprawiedliwości jak do tej pory nie znalazły zrozumienia u urzędników ministerstwa.

Wielokrotnie w trakcie postępowania używane jest słowo **BŁĄD**. Po zapoznaniu się z definicją błędu, należy rozważyć zawsze czy rozpatrywana skarga dotyczy błędu medycznego, czy też jest to przedstawienie zdarzeń niepożądanych, które mogą wystąpić w trakcie postępowania lekarskiego. Trzeba także rozpatrzyć, czy nie dotyczy ona powikłań, z jakimi też możemy mieć do czynienia, o których możliwości wystąpienia wcześniej pacjent nie był informowany albo był informowany tak, iż nie zrozumiał wyjaśnień lekarza. Błąd medyczny jest bardzo trudno jednoznacznie zdefiniować, bezsprzecznie w zakres błędów medycznych wchodzą błędy popełnione w trakcie diagnostyki czy też zastosowanej terapii, czyli błędy diagnostyczne i terapeutyczne. W wielu przypadkach odpowiedzialnością usiłuje się obciążać lekarzy za błędy techniczne (służb technicznych) czy też za błędy organizacyjne, które wynikają głównie z wadliwego **SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA** w Polsce lub organizacji pracy w samym miejscu zatrudnienia. Za błędne decyzje administracyjne i organizacyjne winni jednak odpowiadać ci, którzy są ich autorami.

Przygotowany przez samorząd lekarski projekt nowej ustawy o izbach lekarskich, a z pewnymi poprawkami przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia i rząd, obecnie skierowany do Podkomisji Komisji Zdrowia Sejmu, zmienia częściowo i bardziej uściśla zasady działania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Więcej poprawek dotyczy działalności sądów lekarskich niż rzeczników, ale o tych zmianach w następnym wydaniu „Medycznej Wokandy".

Dokładna statystyka spraw i prowadzonych postępowań znajduje się na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej, pod hasłem Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

**Summary**

**Professional Disciplinary Proceedings before the Professional Responsibility Ombudsman**

The paper outlines the essence and course of professional responsibility proceedings to go before the professional responsibility ombudsman. It points to the principal legal acts regulating the course of these proceedings. Its stages are identified and described, namely: preliminary investi-

gation, proceedings before the medical court and executory proceedings. The issue of the foundations of medical professional responsibility and medical error are also discussed. The paper indicates potential changes to make the proceedings in question more detailed and efficient. Such changes are possible as medical self-government is drafting a new act on the chambers of physicians and dentists.

Grzegorz WRONA, Jędrzej SKRZYPCZAK

# Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Uwagi *de lega lata*, postulaty *de lege ferenda* a rozwiązania przyjęte w nowej ustawie o izbach lekarskich

Na wstępie przypomnijmy, iż obecnie podstawy prawne postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy stanowią ustawa z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich[1] oraz wydane na podstawie delegacji ustawowej zamieszczonej w art. 58 tego aktu normatywnego rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy[2]. W dniu 23 października 2009 r. Sejm RP przyjął ustawę o izbach lekarskich, która w momencie przygotowywania tego artykułu była przekazana do Senatu RP[3]. Zmiany mają wejść w życie 1 stycznia 2010 r. Nie jest to tylko nowelizacja ustawy z 1989 r., a zupełnie nowa legislacja zastępująca stary akt normatywny. Problematyce odpowiedzialności zawodowej lekarzy poświęcono rozdział 5. Może jednak warto podkreślić w tym miejscu, że pomysłodawcą takich zmian była Naczelna Rada Lekarzy. W grudniu 2006 r. przygotowała ona własny projekt nowelizacji ustawy o izbach lekarskich[4], który następnie został przekazany Radzie Ministrów. Poniżej przedstawiono najważniejsze zagadnienia i instytucje prawne dotyczące odpowiedzialności zawodowej lekarzy z perspektywy obecnego stanu prawnego, projektu przygotowanego przez NRL oraz przyjętej ustawy[5].

Zgodnie z art. 41 obecnie obowiązującej wyżej przywołanej ustawy, członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Jak z powyższego wynika, postępowanie takie może być wszczęte i prowadzone w trzech przypadkach tzn. naruszenia: zasad etyki, deontologii zawodowej, przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Ogromne wątpliwości rodzą się przy analizie już pierwszej z wyżej wskazanych przesłanek, zwłaszcza podczas próby ewentualnego ustalenia konkretnego katalogu takich norm etycznych. Pewnym łącznikiem pomiędzy pierwszą a drugą przesłanką odpowiedzial-

---

[1] Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm.

[2] Dz. U. Nr 69, poz. 406.

[3] Tekst dostępny na stronach sejmowych www.sejm.gov.pl druk sejmowy nr 2151. Uchwalona ustawa została przekazana do Senatu RP. Trudno orzec w chwili obecnej z całkowitą pewnością, czy ostateczna wersja będzie identyczna z przedstawianą w artykule. Niemniej istnieje duże prawdopodobieństwo, że tak właśnie będzie. Wysoki stopień tego prawdopodobieństwa wynika przede wszystkim z faktu, że omawiany akt normatywny Sejm przyjął niemalże jednogłośnie.

[4] Tekst dostępny na stronach www.nil.org.pl.

[5] Nie sposób w tym momencie pokusić się o pełną ocenę, a tym bardziej poszerzony komentarz do nowej regulacji, jako że proces legislacyjny trwa.

ności jest art. 1 Kodeksu etyki lekarskiej, w którym stanowi się, że zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych i zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego, natomiast naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Wydawać się zatem mogłoby, że chodzi tu wyłącznie o zasady etyki, które zostały potwierdzone postanowieniami tego Kodeksu. Ale to jest już druga z wyżej określonych przesłanek odpowiedzialności. Opierając się na zasadzie racjonalności ustawodawcy, należy jednak twierdzić, że oprócz reguł deontologicznych lekarza obowiązują także zasady etyki. Wymaga jednak jednoznacznego rozstrzygnięcia, czy odpowiedzialność zawodowa może grozić także za postępowanie niezwiązane z wykonywaniem zawodu, jeżeli byłoby nieetyczne. I tu w praktyce orzeczniczej pojawiają się wątpliwości, jak daleko można ingerować w życie prywatne lekarzy. Sporną jest chociażby kwestia, czy sąd lekarski może karać lekarza, który wracając od znajomych z imienin będzie prowadził pojazd w stanie upojenia alkoholowego, co jest przecież przestępstwem.

Przypadki naruszenia zasad lekarskiej deontologii zawodowej dotyczą w zasadzie reguł określonych w Kodeksie etyki lekarskiej. Pamiętać jednak także należy o art. 76 k.e.l., zgodnie z którym w wypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie etyki lekarskiej należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie.

Natomiast odnośnie przesłanki naruszenia przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza, to w tym katalogu należy umieścić normy zawarte zarówno w ustawach, jak i rozporządzeniach określających zasady wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty np. w ustawach o zawodach lekarza i lekarza dentysty, o izbach lekarskich, zakładach opieki zdrowotnej, o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o ochronie zdrowia psychicznego itp. Wątpliwości pojawiają się jednak w przypadku, gdy w orzeczeniu sądu lekarskiego kwalifikacja prawna oparta jest wyłącznie na stosownym przepisie Kodeksu karnego np. nieumyślnego spowodowania śmierci pacjenta.

Dla porównania warto podać, że właściwie identycznie określony jest jedynie zakres odpowiedzialności zawodowej farmaceutów. Zgodnie bowiem z art. 45 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich[6] członkowie samorządu aptekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami aptekarskimi właśnie za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu aptekarza. Ale już w ustawie z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze[7] w art. 80 stanowi się, iż adwokaci i aplikanci adwokaccy podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za postępowanie sprzeczne z prawem, zasadami etyki lub godności zawodu bądź za naruszenie swych obowiązków zawodowych oraz za niespełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia. W istocie mowa jest tu także o zasadach etyki, ale zawodowej, czyli inaczej mówiąc o regułach deontologii. Z kolei art. 64 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych[8] przewiduje, że radca prawny i aplikant radcowski podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej:

---

[6] T.j. Dz. U. 2008, Nr 135, poz. 856 z późn. zm.
[7] T.j. Dz. U. 2009, Nr 146, poz. 1188 z późn. zm.
[8] T.j. Dz. U. 2002, Nr 123, poz. 1059 z późn. zm.

za zawinione, nienależyte wykonywanie zawodu radcy prawnego, za czyny sprzeczne ze ślubowaniem radcowskim lub z zasadami etyki radcy prawnego, za niespełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia. Także w ustawie z dnia 14 lutego 1991 r. Prawo o notariacie[9] art. 50 głosi, iż notariusz odpowiada dyscyplinarnie wyłącznie za przewinienia zawodowe, w tym za oczywistą i rażącą obrazę przepisów prawnych, uchybienia powadze lub godności zawodu, jak również za niespełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia. Wreszcie w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych[10] w art. 38 stanowi się, że członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami pielęgniarek i położnych za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Jak z powyższego zestawienia wynika, działanie sprzeczne z zasadami etyki będzie podstawą odpowiedzialności tylko lekarzy i farmaceutów.

Zgodnie z tekstem nowelizacji ustawy o izbach lekarskich przygotowanej przez Naczelną Radę Lekarską w grudniu 2006 r.[11], przepis art. 41 otrzymałby następujące brzmienie: „Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za zawinione naruszenie obowiązków, o których mowa w art. 15 ustawy, zwane dalej *przewinieniem zawodowym*". Z kolei zgodnie z projektowanym art. 15, członkowie izby lekarskiej są obowiązani: „1) przestrzegać zasad deontologii lekarskiej i etyki; 2) przestrzegać przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza; 3) stosować się do uchwał władz i organów izb lekarskich; 4) opłacać składki członkowskie". Jak widać, w pkt 1 i 2 powtarza się właściwie dotychczasowe rozwiązania, co niestety nie rozwiewa wyżej sygnalizowanych wątpliwości i zastrzeżeń. Natomiast przypadki określone w pkt 3 i 4 powitać należy z pełną aprobatą, bowiem w sposób jednoznaczny wyjaśniają przesłanki odpowiedzialności, które już właściwie dzisiaj można interpretować z zapisów Kodeksu etyki lekarskiej. Zupełnie inaczej tę kwestię reguluje nowa ustawa. Otóż zgodnie z art. 53, „Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej *przewinieniem zawodowym*". Wydaje się, że taka redakcja w pełni realizuje postulaty zgłaszane powyżej.

Podobnie jak w obecnym stanie prawnym uchwalony art. 54 stanowi, iż postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu. Oznacza to, iż przesłanki odpowiedzialności zawodowej są zupełnie odmienne od warunków odpowiedzialności karnej czy dyscyplinarnej[12]. Zgodnie z ust. 2 tego przepisu, „Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być zawieszone do czasu ukończenia postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile

---

[9] T.j. Dz. U. z 2008, Nr 189, poz. 1158 z późn. zm.

[10] Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.

[11] Tekst dostępny na stronach www.nil.org.pl. Jeden ze współautorów, G. Wrona był członkiem zespołu NRL, który przygotowywał projekt.

[12] Pewne wątpliwości pojawiały się w kwestii związania sądu lekarskiego orzeczeniem sądu karnego. Patrz szerzej J. Skrzypczak, G. Wrona, *Czy OSL jest związany wyrokiem sądu powszechnego?*, „Biuletyn WIL" 2009, nr 6(161), s. 10.

ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy".

Natomiast zupełną nowością w uchwalonej ustawie jest art. 55, według którego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje: 1) czynności sprawdzające[13]; 2) postępowanie wyjaśniające[14]; 3) postępowanie przed sądem lekarskim; 4) postępowanie wykonawcze.

Z pełnym uznaniem należy przywitać rozwiązanie przyjęte w art. 56 uchwalonej ustawy przyznające pokrzywdzonemu prawa strony[15]. Ciekawym i z pewnością przydatnym rozwiązaniem jest art. 60, który brzmi: „1. Jeżeli w postępowaniu w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarzy świadek, biegły lub specjalista bez usprawiedliwienia nie stawił się na wezwanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub na rozprawę przed sądem lekarskim albo bezpodstawnie odmawia zeznań, rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski może zwrócić się do sądu rejonowego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby wezwanej, o: 1) nałożenie kary za nieusprawiedliwione niestawiennictwo albo za odmowę zeznań; 2) przymusowe sprowadzenie świadka, biegłego lub specjalisty".

Kolejnym problemem jest katalog kar, jakimi dysponuje sąd lekarski. W aktualnym stanie prawnym, zgodnie z art. 42 ustawy o izbach lekarskich, można orzekać następujące kary: upomnienie, naganę, zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do trzech lat i pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Dla porównania warto odnotować, iż w innych korporacjach zawodowych katalog przewidzianych sankcji dyscyplinarnych jest szerszy. I tak w postępowaniu dyscyplinarnym adwokatów kary są następujące: upomnienie, nagana, kara pieniężna, zawieszenie w czynnościach zawodowych na czas od trzech miesięcy do pięciu lat, wydalenie z adwokatury. Obok kary nagany i kary pieniężnej można orzec dodatkowo zakaz wykonywania patronatu na czas od roku do pięciu lat, a obok kary zawieszenia w czynnościach zawodowych orzeka się dodatkowo zakaz wykonywania patronatu na czas od lat dwóch do lat dziesięciu. W tym przypadku kara nagany oraz kara pieniężna pociąga za sobą utratę biernego prawa wyborczego do organu samorządu adwokackiego na czas trzech

---

[13] Celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na lekarza.

[14] Celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu lekarskiego.

[15] W art. 57 ustawy definiuje się, iż pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Pokrzywdzony może ustanowić nie więcej niż dwóch pełnomocników spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. W razie śmierci pokrzywdzonego jego prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia, a kara zawieszenia w czynnościach zawodowych pociąga za sobą utratę biernego i czynnego prawa wyborczego do organu samorządu adwokackiego na czas sześciu lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. W samorządzie radców prawnych karami dyscyplinarnymi są: upomnienie, nagana z ostrzeżeniem, zawieszenie prawa do wykonywania zawodu radcy prawnego na czas od trzech miesięcy do pięciu lat, kara pieniężna nie niższa od połowy przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej za miesiąc poprzedzający datę orzeczenia dyscyplinarnego i nie wyższa od pięciokrotności tego wynagrodzenia, pozbawienie prawa do wykonywania zawodu radcy prawnego, a w stosunku do aplikantów radcowskich – wydalenie z aplikacji. Obok kary nagany z ostrzeżeniem i kary pieniężnej można orzec dodatkowo zakaz wykonywania patronatu na czas od roku do pięciu lat, a obok kary zawieszenia prawa do wykonywania zawodu radcy prawnego orzeka się dodatkowo zakaz wykonywania patronatu na czas od lat dwóch do lat dziesięciu. Notariusze dysponują następującymi sankcjami: upomnieniem, naganą, karą pieniężną do wysokości pięciokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, nie niższą od połowy tego wynagrodzenia, pozbawieniem prawa prowadzenia kancelarii. Wymierzenie kary nagany lub kary pieniężnej pociąga za sobą niemożność udziału ukaranego w organach samorządu notarialnego i w sądzie dyscyplinarnym przez okres 3 lat. Z kolei sąd pielęgniarek i położnych może orzec jedną z następujących kar: upomnienie, naganę, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia na okres od 1 do 5 lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres od 6 miesięcy do 3 lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Podobnie sąd aptekarski może orzekać: upomnienie; naganę; zawieszenie prawa wykonywania zawodu aptekarza na okres od trzech miesięcy do trzech lat; pozbawienia prawa wykonywania zawodu aptekarza.

Stąd też z uznaniem należy powitać pomysł zamieszczony w projekcie nowelizacji ustawy o izbach lekarskich, stanowiący załącznik do uchwały NRL nr 35/06/V w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich. W dokumencie tym zakłada się poszerzenie katalogu sankcji, którymi będzie mógł dysponować sąd lekarski. Zgodnie bowiem z art. 57h tego projektu, sąd lekarski może orzekać następujące kary: 1) upomnienie, 2) naganę, 3) karę pieniężną, 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w ochronie zdrowia na okres od jednego roku do pięciu lat, 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Dodatkowo – w przypadku orzeczenia kary przewidzianej w pkt 4–7 – sąd lekarski mógłby zarządzić opublikowanie w biuletynie okręgowej izby lekarskiej sentencji orzeczenia. Jest to propozycja kontrowersyjna, ale wydaje się, że należy powitać ją z pełną aprobatą. Przeciwnicy takiego rozwiązania podnoszą, iż w ten sposób umożliwia się łatwą identyfikację lekarza.

Warto pamiętać, iż orzeczenie kary nagany i zawieszenia prawa wykonywania zawodu przy obecnym kształcie „uchwały wyborczej" pozbawia lekarza biernego prawa wyborczego do organów izby. Projekt nowelizacji ustawy przewiduje natomiast, że ukaranie karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu pozbawiałoby lekarza czynnego prawa wyborczego, natomiast ukaranie którąkolwiek z powyższych kar – biernego

prawa wyborczego, a ponadto skutkowałoby wygaśnięciem mandatu członka organu izby lekarskiej w trybie natychmiastowym.

Dodatkowo warto przypomnieć, że nawet w aktualnym stanie prawnym do czasu zatarcia kary np. upomnienia, samorząd nie rekomenduje lekarza do zajmowania stanowisk ordynatora, konsultanta, biegłego itp., a inne podmioty coraz częściej nie nawiązują umów o pracę z ukaranymi lekarzami. Ponadto może to uniemożliwiać podjęcie wykonywania zawodu w innym kraju Unii Europejskiej. Wydaje się, że w projektowanej ustawie można takie konsekwencje wyraźnie ująć.

Ponadto sąd lekarski, orzekając kary wskazane w pkt 5 i 6, mógłby orzec dodatkowo zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w ochronie zdrowia. Kara pieniężna orzekana byłaby na cel społeczny związany z ochroną zdrowia w wysokości od 1-krotnego do 10-krotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę (przypomnijmy, że obecnie to 1317 zł). Byłaby to kara samoistna albo orzekana obok kar wymienionych w pkt 4–6. Natomiast orzekając karę ograniczenia zakresu czynności, sąd lekarski ustalałby szczegółowo, których czynności lekarz nie mógłby wykonywać.

W przyjętej ustawie katalog kar został opisany w art. 83. Zgodnie z ust. 1 tego przepisu, sąd lekarski może orzekać następujące kary: 1) upomnienie; 2) nagana; 3) kara pieniężna[16]; 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat; 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat; 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat[17]; 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Zgodnie z ust. 2 tego przepisu, sąd lekarski, orzekając karę przewidzianą w ust. 1 pkt 5 lub 6, mógłby dodatkowo orzec karę wymienioną w ust. 1 pkt 4. Ponadto w myśl art. 84 uchwalonej ustawy, w przypadku orzeczenia kary przewidzianej w art. 83 ust. 1 pkt 4–7, sąd lekarski może zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem.

Z kolei w art. 86 sprecyzowano, iż orzekając karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza, sąd lekarski powinien określić szczegółowo czynności, których lekarz nie może wykonywać.

Dodatkowo zgodnie z art. 93 uchwalonej ustawy, jeżeli rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski uzna, że przyczyną popełnienia przez lekarza przewinienia zawodowego było jego niedostateczne przygotowanie zawodowe lub stan zdrowia, występuje do właściwej okręgowej rady lekarskiej z wnioskiem o przeprowadzenie po-

---

[16] Zgodnie z art. 85 ustawy karę pieniężną orzeka się na cel społeczny związany z ochroną zdrowia w wysokości od jednej trzeciej do czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obowiązującego w chwili wydania orzeczenia w pierwszej instancji. Karę pieniężną orzeka się samoistnie albo obok kar wymienionych w art. 83 ust. 1 pkt 4–6.

[17] Przytoczyć w tym miejscu należy treść art. 87 uchwalonej ustawy: „1. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu orzeka się w miesiącach i latach. 2. Bieg kary rozpoczyna się z dniem uprawomocnienia się orzeczenia. 3. Na poczet kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu zalicza się okres tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu. 4. Na poczet kary ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza zalicza się okres tymczasowego ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza”.

stępowania przewidzianego w art. 11 lub 12 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Na marginesie może warto odnotować, iż zaskakującym rozwiązaniem w projekcie przygotowanym przez NIL był art. 57i, zgodnie z którym w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie stosuje się kary łącznej i orzeczenia łącznego. Zatem w sytuacji, kiedy lekarzowi sąd lekarski przypisze winę za kilka przewinień zawodowych, za każde z nich wymierzona zostanie odrębna kara. Przyjęta ustawa w ogóle nie przewidziała takiego rozwiązania.

Przyjęcie nowej ustawy o izbach lekarskich powitać należy z wielkim zadowoleniem. Przyjęta regulacja jest konsekwencją i wyrazem doświadczeń funkcjonowania organów odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Mijająca rocznica 20 lat funkcjonowania samorządu zawodowego lekarzy jest doskonałą okazją, aby takich zmian dokonać. Tym bardziej, że w przeszłości podnoszono wiele krytycznych uwag pod adresem przytoczonych regulacji. Wydaje się, że obecnie trafnym zabiegiem jest opisanie całej procedury postępowania przed sądami lekarskimi i rzecznikami odpowiedzialności zawodowej w akcie rangi ustawowej, a nie w rozporządzeniu, jak to jest w chwili obecnej. Utrącone zostaną w ten sposób zarzuty, iż aktem niskiej rangi reguluje się w istocie materię ustawową, bo dotyczącą praw i obowiązków obywateli. Z pewnością bardzo oczekiwane było przyznanie pokrzywdzonemu (a więc najczęściej pacjentowi) praw strony, poszerzenie katalogu kar, wprowadzenie kasacji do Sądu Najwyższego, a także zapewnienie jawności postępowania.

**Summary**

**The Legal Foundations of Professional Responsibility of Medical Practitioners. The Remarks *de lege lata*, the Demands *de lege ferenda* and the Solutions Adopted in the New Act on the Chambers of Physicians and Dentists**

The legal foundations of proceedings concerning the professional responsibility of medical practitioners are currently stipulated by the Act of May 17, 1989 on the chambers of physicians and dentists and a government order of the Minister of Health and Social Care of September 16, 1990 regarding proceedings concerning the professional responsibility of medical practitioners; the order is issued on the basis of a statutory delegation in Art. 58 of the above-mentioned Act. The Polish Parliament (*Sejm*) passed the Act on the Chambers of Physicians and Dentists on October 23, 2009. The changes shall become effective as of January 1, 2010. This act is not a mere amendment of that from 1989, but an utterly new legislative act to substitute the former one. Chapter 5 is devoted to the issue of the professional responsibility of medical practitioners.

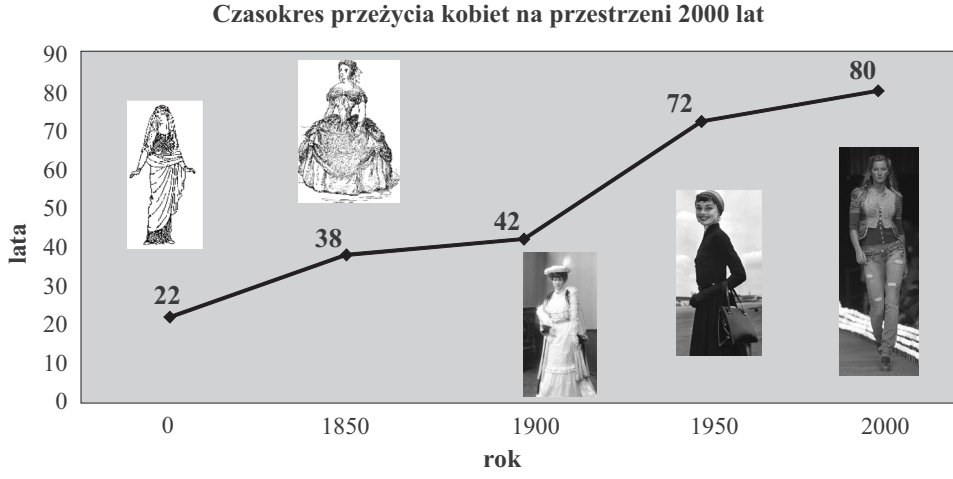
The paper presents the most significant changes introduced by the new legislative act. Its enactment is assessed as deserving approval, and the regulations are described as the outcome and expression of experience gathered with respect to the functioning of the organs for the professional responsibility of medical practitioners. The endeavors undertaken to describe the entire proceedings before medical courts and the professional responsibility ombudsmen in terms of a statutory act rather than a government order, as it is at present, are deemed appropriate. It is also observed that it was highly expected to grant the injured party (i.e. most frequently the patient) the rights of a party in the proceedings, to expand the catalogue of penalties, to introduce annulment by the Supreme Court, and to ensure the openness of proceedings.

Sławoj MACIEJEWSKI

# Prokreacja medycznie wspomagana – sukces medycyny czy porażka?

Artykuł niniejszy nie jest rozprawą naukową, ale zbiorem przemyśleń na kanwie toczących się dyskusji wśród polityków, w szeroko pojętych mediach, a także w społeczeństwie na temat rozrodu medycznie wspomaganego, określanego potocznie *in vitro*. Do podjęcia tego tematu upoważniają mnie w pewnym sensie zainteresowanie tą dziedziną od przeszło czterdziestu lat, traktowaną przeze mnie jako pasję, a także długoletnie członkostwo w International of Pediatric and Adolescens Gynecology i European Society of Human Reproduction & Embrology (ESHRE), jak również uczestnictwo w licznych konferencjach o tematyce niepłodnościowej. Wobec zainteresowania tematyką niepłodnościową, miałem wielokrotnie okazję zapoznania się z zasadami leczenia w krajach skandynawskich (Dania, Szwecja) i w Niemczech.

Aby dokładnie zrozumieć powagę sytuacji związanej z problemami niepłodności, należy przyjrzeć się kwestiom związanym z rozrodem od początku dziejów ludzkości. Od momentu pojawienia się *homo sapiens* ulegały one powolnym przemianom. Początkowo prokreacja stanowiła podstawę utrzymania rodzaju ludzkiego, następnie z wiekami, dążono do posiadania potomka najlepiej męskiego, dla przedłużenia dynastii, rodu, rodziny. Trudne warunki życia, duża śmiertelność, niski wiek przeżycia – powodowany w pierwszej kolejności epidemiami jak dżuma, ospa prawdziwa, cholera, po błahe infekcje, dalej brak umiejętności i możliwości niesienia pomocy w przypadku urazów lub zachorowań, liczne zgony wśród kobiet, w wyniku powikłań ciążowych czy porodowych, przyczyniły się do zahamowania wzrostu liczebności społeczeństwa. Dodatkowo, bardzo duża śmiertelność noworodków powodowała, że próby pozyska-



nia potomstwa podejmowano z chwilą wystąpienia u dziewcząt, dziś określanych jako małoletnie, możliwości zajścia w ciążę[1]. Stąd pełno historycznych informacji o wczesnym zamążpójściu. Takie postępowanie zwiększało śmiertelność młodocianych matek i noworodków. Wraz ze wzrostem wiedzy medycznej w szerokim pojęciu, pozyskanie ciąży opóźniano, co skutkowało zmniejszeniem śmiertelności obu stron. W tym kontekście pojawiło się również zagadnienie niemożności pozyskania potomstwa. Przez wiele wieków winą za ten stan obarczano kobietę, stąd pojawiło się wielożeństwo lub częste próby zmiany żon. Sztandarowym przykładem tego zjawiska był król Anglii Henryk VIII.

W medycynie niemożność zajścia w ciążę nazywa się ***niepłodnością*** – ***sterilitas***. Pośród zjawisk prokreacyjnych wyróżnia się jeszcze pojęcie ***infertilitas,*** co oznacza niemożność donoszenia ciąży.

Régnier de Graaf

Postępy w medycynie, kolejne odkrycia i bliższe poznanie tajemnic ciała ludzkiego, w tym odkrycie komórki jajowej w 1827 r. przez Carla Ernesta von Baera i jej zachowania w pęcherzyku jajnikowym w fazie przedowulacyjnej (od jego odkrywcy Regniera de Graafa, noszącego nazwę pęcherzyka Graafa) – wszystkie te osiągnięcia pozwoliły prowadzić dalsze badania we właściwym kierunku. Dokładna obserwacja cyklu miesiączkowego, dalej znalezienie czynnika męskiego koniecznego do uzyskania ciąży w postaci plemnika (Antonie van Leeuwenhoek XVII w.), spowodowały zwiększenie zainteresowań środowisk medycznych problemem niepłodności.

Dalsze badania i wynikające z nich wnioski, dotyczące szczególnie sfery hormonalnej, jak poznanie funkcji podwzgórza, przysadki mózgowej oraz jajnika i współzależności z innymi gruczołami hormonalnie czynnymi, powiększały zasób wiedzy. Największe odkrycia z dziedziny rozrodczości przypadają na drugą połowę dwudziestego wieku. Możliwość dokonania pomiarów hormonów i ich uzyskanie w postaci leków stymulujących gonady, pierwotnie jako urotropiny, a następnie w postaci rekombinatów gonadoliberyny i gonadotropin, pozwalają dzisiejszemu lekarzowi na monitorowanie i korygowanie procesu prokreacji. Duże znaczenie mają także odkrycia genetyczne, poznanie ludzkiego genomu, możliwość uniknięcia chorób dziedziczonych.

Ukoronowaniem medycznych zdobyczy w niesieniu pomocy niepłodnym małżeństwom jest pojawienie się możliwości wspomaganego medycznie rozrodu. To właśnie ten niesamowity postęp sprawił, że olbrzymia liczba małżeństw, dotychczas pozbawionych możliwości posiadania potomka, mogła otrzymać w darze wymarzone dziecko, będące często jedynym pragnieniem, życiowym celem. Ostatnio bardzo dużo mówi się na temat niepłodności i metod jej leczenia. Rozwój mediów i ich ogólna dostępność powoduje, iż dyskusje te są postrzegane jako autorytatywne. Niestety nikt nie bierze pod uwagę faktu, że często osoby w tych dyskusjach uczestniczące, politycy czy lekarze,

---

[1] Sł. Maciejewski, *Granice eksperymentu medycznego*, „Przegląd Zachodni" 2008, nr 3, s. 44.

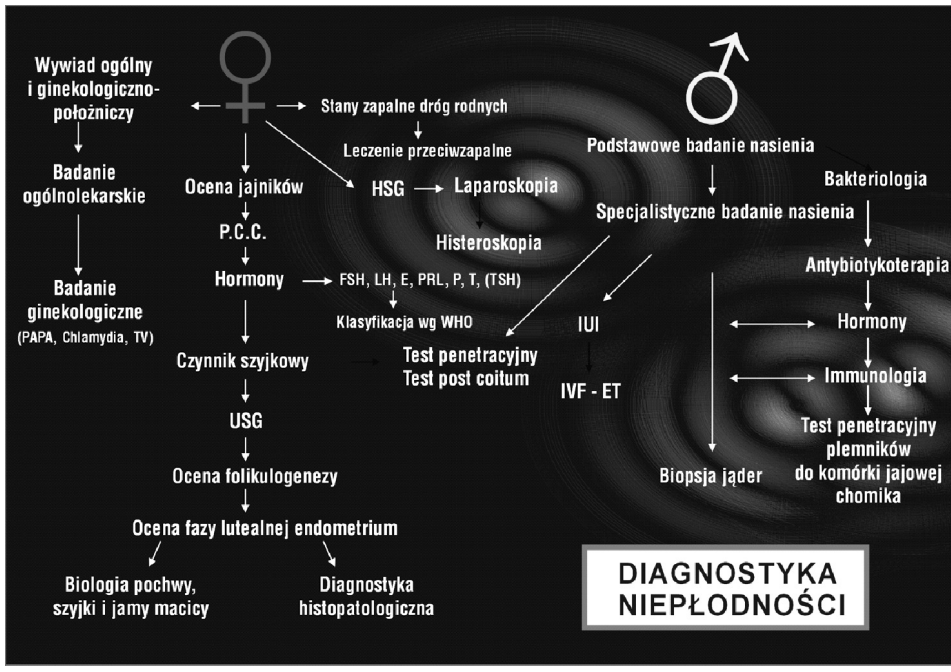
nawet ze specjalnością ginekologa-położnika, poruszają kwestie niepłodnościowe, bez znajomości wielu bardzo istotnych faktów. Praca ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu niepłodności małżeńskiej czy partnerskiej (tych drugich związków z każdym rokiem przybywa) polega na przeprowadzeniu dokładnej diagnostyki w celu znalezienia przyczyny braku ciąży. Uzyskanie ciąży podejmowane jest najprostszymi metodami, takimi jak: pomiar podstawowej ciepłoty ciała, ocena w USG momentu owulacji (szczególnie przydatne u kobiet nieregularnie miesiączkujących), monitoring hormonalny, próby korekcji czy eliminacji istniejących stanów zapalnych lub defektów zdrowotnych ogólnoustrojowych, hamujących prokreację. Wszystkie te działania są zgodne z lansowaną obecnie naprotechnologią.

Tak postępowali lekarze od dziesiątków lat, lecz wyniki tych działań nie zawsze były zadowalające. Dzisiaj sieje się zamęt wśród chcących posiadać dzieci, głosząc, iż rzekome sukcesy tzw. naprotechnologii sięgają do 80%. Tak postępują wszyscy leczący we wstępnym okresie, ale należy sobie zdać sprawę z faktu, że kobieca natura nie znosi czekania, bo z każdym dniem jej płodność maleje. „Odwlekanie procedur medycznego wspomagania wobec kobiet, to zbrodnia, dowód nieuctwa i lekarskiej niefrasobliwości", głosi słusznie prof. Marian Szamatowicz. Odmiennego jednak zdania bywają nawet lekarze ginekolodzy, powstaje tylko pytanie, jak wielkie jest ich doświadczenie zawodowe w leczeniu tej choroby społecznej – cytuję: „Podstawą NaPro-Technology jest pogłębione badanie podmiotowe, w wyniku którego uzyskujemy od pary małżeńskiej informacje dotyczące przebiegu cyklu kobiety, których w żaden inny, niż obserwacje Creighton Model FertilityCare System, sposób pozyskać nie można. Stanowi to przełom w możliwościach diagnostycznych również w zakresie badań przedmiotowych, ponieważ czas ich wykonania można dokładnie dopasować do fizjologicznego cyklu kobiety, co daje lekarzowi nieporównywalnie większe możliwości rozpoznawania przyczyn niepłodności i innych schorzeń kobiecych niż w tradycyjny sposób. Możliwości te wynikają właśnie z podmiotowego traktowania pary małżeńskiej zgłaszającej się do leczenia. To małżeństwo ma stać się ekspertem od własnej płodności, poznać swój własny rytm biologiczny, jego zaburzenia i przyczyny tych zaburzeń, aby umożliwić wspólną z lekarzem i instruktorem pracę".

Sztandarową informacją naprotechnologów są informacje o operacyjnych sukcesach leczenia niedrożnych jajowodów za pomocą mikrochirurgii i uzyskanych ciążach. Miałem możliwość bywać przed laty w Szczecinie i uczestniczyć przy tego rodzaju operacjach u prof. dr. hab. med. Stanisława Różewickiego (w latach 1970–1980 czołowy ośrodek mikrochirurgii w kraju). Po opuszczeniu kliniki pacjentki przebywały na rehabilitacji w sanatorium w Kamieniu Pomorskim przez okres 4 tygodni. Na owe czasy wyniki rewelacyjne, z perspektywy czasu niestety niezadowalające.

W tym miejscu jedno pytanie – a co z kobietami z usuniętymi jajowodami z powodu ciąży ekotopowej, ze zmianami endometrotycznymi w miednicy mniejszej? Są to zmiany nieodwracalne, których czas nie leczy, chyba, że menopauza?

Można wyliczać wiele takich pytań przemawiających za rozrodem medycznie wspomaganym, na które naprotechnologia nie udzieli niestety odpowiedzi. Zwrócę uwagę tylko na jeden fakt, o którym ww. metoda milczy, na czynnik męski w postaci azoospermii spowodowanej brakiem lub uszkodzonymi nasieniowodami czy kryptozoospermii.




Uproszczony schemat diagnostyki niepłodnościowej (opracowanie autora)

Leczenie niepłodności wywołuje sprzeciwy ze strony pewnych środowisk opiniotwórczych, jednak faktem jest, iż choć niejednokrotnie trudno jest zaakceptować ingerencję nauki i techniki w życie człowieka, to zjawisko to jest od zarania wpisane w rozwój ludzkości. Postęp w medycynie zawsze budził sprzeciw, czasami uznanie pewnych działań i praktyk za słuszne i pomocne wymagało wielu lat, a nawet wieków. Dla zobrazowania tej tezy przytoczę parę przykładów, wielu czytelnikom na pewno znanych.

Galen (130–200 n.e.), lekarz grecki urodzony w Pergamonie, dzisiejsza Turcja, jego poglądy wywarły znaczny wpływ na nauki medyczne w następnych stuleciach, dokonywał sekcji psów i małp, a nie ludzi, dlatego w wielu przypadkach wysunął fałszywe wnioski. Późniejsi lekarze przez setki lat mieli błędne wyobrażenie o ludzkiej anatomii. Nowe odkrycia były krytykowane, powodując głęboką stagnację w średniowieczu. Kolejnym filarem medycyny tamtych czasów był Rabbi Mosze ben Mamon, urodził się w Hiszpanii w Kordobie w 1136 roku zwany inaczej Majmonidesem. Do niego należą te słowa: „Dziś odsłaniają się przede mną rzeczy, o których znajomości wczoraj nawet nie śniłem, choć bowiem sztuka nie ma końca, to umysł ludzki niestrudzenie pogłębia jej znajomość”.

Edward Jenner (1749–1823), lekarz angielski, odkrył szczepionkę przeciw ospie prawdziwej, Jenner opisał swą metodę w pracy naukowej *Badania nad przyczynami i skutkami ospy krowiej* (*Inquiry into the Cause and Effects of the Variolae Vaccinae, a Disease Known by the Name of Cow Pox*) w 1798 r. Paradoksalnie, bardzo długo trwała wojna z ospą w ojczyźnie Jennera, ponieważ w odróżnieniu od większości

krajów europejskich, szczepienie było powszechnie krytykowane przez medyków angielskich[2].

Metoda ta, w niewielkim tylko stopniu zmieniona do czasów obecnych, była najskuteczniejszym środkiem zwalczania ospy.

Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865), austro-węgierski lekarz-położnik, który zaobserwował wśród położnic na swoim oddziale wzrost zachorowań na tzw. gorączkę połogową, z dużą śmiertelnością w pewnych okolicznościach.

Eksperymentalnie zalecił mycie rąk w wodzie chlorowanej (roztwór podchlorynu wapnia), co zapoczątkowało erę antyseptyki w położnictwie i chirurgii. Odkrycia Semmelweisa nie spotkały się niestety ze zrozumieniem wśród lekarzy, lecz z powszechną krytyką, co na pewno na jakiś czas powodowało dalsze zgony wielu pacjentów.

Była noc z 2 na 3 grudnia 1967 r., w medycynie – noc przełomu. Południowoafrykański chirurg Christiaan Nethling Barnard w szpitalu Grooteschuur w Kapsztadzie po raz pierwszy w historii przeszczepił serce ludzkie innemu człowiekowi[3]. Już sam fakt dokonania przeszczepu serca był wyjątkową sensacją. Analizując pierwsze przeszczepy serca, gdzie 60% operowanych umierało w ciągu 3 miesięcy, a 7% żyło dłużej niż rok, dr Manfred Kyber-Viscontii w liście z maja 1970 roku pisze: „Stanęliśmy przed zagadnieniem: Czy ma ona sens? Za wielu jednak zmarło w wyniku mrzonek lub ambicji osobistych". Dzisiaj po latach prób i doświadczeń przeszczepy serca stały się operacjami rutynowymi. W tym miejscu należy odnotować, odosobniony nie tylko moim zdaniem, ale i większości medycznego świata naukowego, głos prof. Bogusława Wolniewicza twierdzący, że transplantacja to jest „współczesny kanibalizm". Broniąc poglądów Wolniewicza, prof. Marian Kopania z Akademii Medycznej w Białymstoku twierdzi, iż medycyna utylitarnie traktuje ciało ludzkie po śmierci jako potencjalne źródło części zamiennych i że transplantacja, tak „entuzjastycznie" przyjęta przez Kościół, jest niczym innym jak „oczekiwaniem na użyteczną śmierć". Prof. dr hab. Jerzy Kopania (zbieżność nazwisk przypadkowa), w ramach filozoficznej refleksji nad prawem człowieka do wyznaczania dalszych kierunków ewolucji stwierdza, iż człowiek jest powołany do czynienia sobie ziemi poddanej i pomniejszenia sfery zła w świecie, celem przybliżania się – na ile to jest możliwe – do owego stanu idealnego, do obrazu raju. Wyznaczanie nowych kierunków ewolucji zawiera zatem w sobie trzy aspekty etyczne: a) czy dane działanie jest dobre samo w sobie, b) czy jest dobre ze względu na skutki, c) czy jest słuszne ze względu na intencje działania[4]?

Według Profesora, nawet, jeśli intencje podejmowanego działania są dobre, to często przecież nie jesteśmy w stanie przewidzieć skutków, zwłaszcza tych dalekosiężnych. Stale aktualną pozostaje pokusa zdobywania coraz większej wiedzy dotyczącej ulepszania ludzkiego życia. Czy jednak ulepszanie ludzkiego życia jest rzeczywiście wartością? Zdaje się, że naturalne pragnienie nie może przecież pozostać daremne.

Prof. zw. dr hab. med. Stefan Raszeja (specjalista medycyny sądowej) pisze: „Już dawno wiedziano, że eksperymenty [bo każde działanie lekarskie jest w pewnym sen-

---

[2] Na podstawie www.składak.jaw.pl.

[3] J. Thorwald, *Pacjenci*, Kraków 1955.

[4] Postępy biologii i medycyny – nadzieje i niepokoje *Wykłady otwarte (20–22 III 2001) UB. Katedra Teologii Katolickiej*.

sie eksperymentem – przykład od autora tekstu – odmienność reakcji ze strony chorego na identyczne postępowanie lekarskie, przy zastosowaniu leku znanego światu od przeszło stu lat. Lekarz z jakichś powodów np. dolegliwości bólowych głowy, stawów, temperatury, przeziębienia czy profilaktyki przeciwzakrzepowej, zleca tabletki z kwasem acetylosalicylowym, czyli popularną Aspirynę. Po zastosowaniu leku, jeden chory poczuje ulgę, dolegliwości bólowe zmalały lub ustąpiły, u drugiego infekcja ustępuje, u trzeciego wystąpiła wysypka swędząca na całym ciele, duszności, obrzęki, a nawet objawy wstrząsu uczuleniowego – anafilaktycznego, u kolejnego chorego krwawienie z przewodu pokarmowego. Dwaj ostatni chorzy muszą być hospitalizowani, bo ich życiu zagraża niebezpieczeństwo] niosąc postęp w metodach leczenia, dają olbrzymią nadzieję chorym, obiecują powrót do zdrowia, a zdrowym skuteczną ochronę przed jego utratą. **Zaniechanie dalszych eksperymentów medycznych doprowadziłoby do zahamowania postępu w leczeniu, a także w ich profilaktyce, tak nieustannie oczekiwanego przez rzesze chorych oczekujących każdego dnia nowych, niezawodnych metod wczesnego wykrywania i bardzo skutecznego leczenia**"[5]. W tej kwestii prof. Marek Safjan mówi: „Jeśli chodzi o badania dotyczące istoty ludzkiej, to wobec różnic, jakie dzielą środowiska uczonych, zwłaszcza lekarzy, przyjęliśmy zasadę nazwaną klauzulą sumienia. To znaczy, że jeśli naukowiec badacz (choć nie tylko, dotyczy to także praktyki klinicznej), a więc jeśli lekarz ze względu na swoje poglądy i zasady nie zgadza się z określonymi procedurami, to może ich nie wykonywać ani w nich nie uczestniczyć. To jest dość rzadki przypadek, że prawo dopuszcza klauzulę sumienia, wpisuje ją w tym przypadku do praktyki. To jest, moim zdaniem, dobre rozwiązanie, bo nie naraża lekarza na konflikty moralne, nie stawia go w sytuacjach bez wyjścia. Dopuszcza się, bowiem odmowę wykonania procedur, powstrzymania się od działania, które byłoby sprzeczne z wyznawanym światopoglądem. Za niemoralne uznaje się eksperymenty przeprowadzane na poczętym życiu ludzkim, które są obrazą godności osobowej człowieka. Do takich zalicza się *produkcję* embrionów metodą sztucznego zapłodnienia *in vitro* w celu użycia ich do doświadczeń"[6]. Tak więc dochodzimy w jednej sprawie do konsensusu etycznego, kto uważa zabiegi rozrodu medycznie wspomaganego za niezgodne z jego sumieniem, nie musi ich wykonywać a nawet informować o takich zabiegach, co jednak jest niezgodne z art. 38 pkt 2 Kodeksu etyki lekarskiej oraz art. 31 pkt 1 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Na zagadnienia rodzicielskie należy spojrzeć nie tylko z punktu widzenia medycznego, ale szerzej, także w ujęciu filozoficznym, psychologicznym i socjalnym, a także etycznym, zarówno od strony małżeństwa (partnerów), jak i lekarza. Bogata literatura, obejmująca wiele wieków i obszarów kulturowych ukazuje, jak wielkie znaczenie w życiu kobiety i mężczyzny mają uczucia macierzyństwa i ojcostwa. Zachwycamy się XVI-wiecznym trenem Jana Kochanowskiego z Czarnolasu, apoteozą ojcostwa, w którym pisze: „Wielkieś mi uczyniła pustki w domu moim,/ Moja droga Orszulo, tym zniknieniem swoim!".

Przyczynkiem do stanowienia prawa w kwestii prokreacji niech będzie zeznanie lekarza w procesie karnym, o podrobienie podpisu męża, w przypadku jego niepłodności,

---

[5] S. Raszeja, *Ocena etyczna eksperymentu medycznego*, „Gazeta Lekarska" 1999, nr 2.
[6] *Skalpele i paragrafy*, „Gazeta Lekarska" 2000, nr 9.

na inseminację z nasienia dawcy[7]: „Rodzina jest podstawową jednostką społeczną powołaną do przedłużenia rodzaju ludzkiego i poprawnego wychowania kolejnego pokolenia. Fakt ten i jakoby naczelny obowiązek jest głęboko *zakorzeniony w ludzkiej świadomości*".

Małżeństwa, po wieloletnich nieudanych próbach uzyskania potomka, szukają pomocy w medycynie. Zastanawiam się, jaka to siła pobudza małżeństwa do walki, bo to jest prawdziwa walka o potomstwo! W tej walce podstawową siłą jest kobieta, wytrwała, ofiarna, znosząca bezszmerowo ból i często upokorzenie. Godzi się na zabiegi, także bolesne, na obciążenia budżetowe, bo państwo polskie nie finansuje zabiegów medycznie wspomaganego rozrodu. Małżeństwa przemierzają czasami tygodniowo dziesiątki a nawet setki kilometrów. Jeśli już się powiedzie i uzyska się ciążę, to bycie w niej nie jest tak proste i mimo olbrzymiego postępu medycyny, pozostaje niepewność o jej los. Czy nie nastąpi poronienie lub poród przedwczesny, obumarcie wewnątrzmaciczne, ***bo są to ciąże wysokiego ryzyka.*** Przez cały czas towarzyszy lęk i niepewność.

Od momentu urodzenia spada przede wszystkim na kobietę troska o dziecko, to nieprzespane noce, to stała obawa o zdrowie i prawidłowy rozwój ukochanego potomka. Często rezygnują z kariery i przyjemności dnia codziennego dla dobra dziecka. Matką troskliwą i kochającą pozostaje nawet wtedy, kiedy owo dziecko ma już 50 i więcej lat. Przysłowie arabskie mówi: ***„Miłość matki nigdy nie wygasa"*** a rzymska sentencja: *„Mater semper certa est – Matka jest zawsze pewna"*. Czym jest miłość matczyna najlepiej oddają poetyckie strofy. O matce, przed laty pięknie śpiewał Mieczysław Fogg: ***„O Matce pieśń to pieśń przez łzy, to pieśń bez słów. To cały świat, dziecinnych lat".***

Chęć bycia matką jest tak silnie zakorzeniona w psychice prawie każdej kobiety, że uczyni ona wszystko, by nią zostać. W księgach procesowych odkąd zaistniały, znajdujemy opisy procesów gdzie oskarża się kobiety o kradzież – uprowadzenie dziecka. Czynią to, by choć przez chwilę poczuć się matką i móc maleństwo objąć ramionami i przytulić do serca, wiedząc, że grozi za to spalenie na stosie lub długoletnie więzienie.

Psychiatrzy dobrze znają przypadki psychoz u kobiet, po stracie dziecka, objawiające się nieprzyjmowaniem do wiadomości faktu zgonu (w USA po zgonie dziecka przy porodzie lub w innych okolicznościach, pozostawia się je przy matce przez 3 godz.) matka ta nosi je, tuli do piersi, gotuje posiłki, śpiewa kołysanki. Podobnie ma się sprawa z niektórymi psychozami u kobiet, które nie mogą doczekać się potomstwa. Wyobrażają sobie, że lalka lub jakiś przedmiot to ich dziecko i postępują podobnie.

W sprawie tutaj rozpatrywanej mamy znaczne podobieństwo. Kobieta walczy, poddaje się operacjom, a winowajcą braku potomstwa jest czynnik męski. Mężczyzna wie dokładnie o możliwościach swojej płodności. Kobieta nie zdradza męża, który na wieść o ciąży porzuca żonę i wytacza procesy". Mężczyzna wiedział o swej niepłodności i dążył do zerwania związku, aby ta przypadłość mu nie ciążyła.

Na temat takiej sytuacji wypowiadają się – na łamach fachowej literatury „Humen Reprotuction" księga 9 z 2004 r. – dr Jorgenesen i współautorzy tymi słowami: „Charakteryzując kobiety niepłodne, należy odwołać się do potrzeby sensu życia i mniejszej satysfakcji z życia. Obawiają się one o trwałość związku małżeńskiego i uczucie partnera.

---

[7] Sąd Rejonowy Poznań – Stare Miasto: (z uwagi na tajemnicę postępowania nr sprawy do wiadomości autora) 2006 r.

Inaczej manifestują się trudności z uzyskaniem potomstwa u mężczyzn. Objawiają się one przede wszystkim wzmożoną aktywnością socjalną i zawodową, a nawet seksualną, ale pozamałżeńską". I dalej czytamy: „W związkach małżeńskich, gdzie nie uzyskuje się potomstwa za przyczyną czynnika żeńskiego o rozwód występuje w Europie w krajach laickich do 70%, a katolickich 40–50% mężczyzn. Gdy odpowiedzialny jest czynnik męski, kobiety występują o rozwód odpowiednio 40 i poniżej 20%".

Stanowiąc prawo z zakresu medycznie wspomaganej prokreacji, należy rozważyć jej końcowe brzmienie pod wieloma aspektami w tym kwestię wiary i interesu państwa. Naród polski, jak podają różne statystyki w 75–92% jest wyznania katolickiego. Wiara katolicka uczy, „Co Bóg złączył człowiek niech nie waży się rozłączyć". Podstawą trwałej więzi małżeńskiej jest dziecko. Związek dzietny zapewnia państwu nowych obywateli, w rodzinach tych częściej panuje harmonia i zgoda.

Postępy medycyny spowodowały powstanie technik medycznego wspomagania rozrodu (*ART – Assisted Reproduction Technology*)[8].

**Najważniejsze techniki w dziedzinie rozrodu wspomaganego**

- *IUIH (Intrauterine Husband Isemination or Homologous) – sztuczna inseminacja homologiczna;*
- *IUID (Intrauterine Isemination Donor) – sztuczna inseminacja heterologiczna;*
- *DIPI (Direkt intraperitoneal Isemination) – podanie nasienia do jamy brzusznej;*
- *FIVET (Fecondation In Vitro – Embryo Transfer) – zapłodnienie in vitro i wszczepienie embrionu do łona matki;*
- *SM (Surrogate Mother) – zapłodnienie w łonie dawczyni komórki jajowej lub zapłodnienie in vitro i następnie przeniesienie embrionu po kilku dniach do innej kobiety;*
- *GIFT (Gametes Intra Fallopian Transfer) – dojajowodowe przeniesienie gamet – medycznie wspomagane zapłodnienie wewnątrzustrojowe;*
- *ZIFT zapłodnienie in vitro i przeniesienie zygoty do jajowodu matki.*
- *TUFT, POST, TET, CIVET.*

Powołanie ustawy regulującej postępowanie w procesie wspomaganego medycznie rozrodu, stawia przed jej twórcami niezmiernie trudne zadanie. Wymaga przede wszystkim wiedzy medycznej – wysublimowanej, wzięcia pod uwagę aspektów rodzinnych, socjalnych, bardzo szerokiego spektrum zagadnień natury psychologicznej.

W kwestii liczby uzyskanych zarodków, tak zawzięcie dyskutowanej, należy sobie zdawać sprawę, że prowadzący procedurę, nigdy nie zna liczby oocytów, jakie może

---

[8] L. Speroff, M. A. Fritz, *Kliniczna Endokrynologia Ginekologiczna i Niepłodnościowa*, medipage, Warszawa 2007, s. 1179–1470; Zb. Słomko (red.), *Ginekologia*, PZWL, Warszawa 2003, s. 598–658; Ch. Keck, Cl. B. Temper, J. N. Hugues, *Conservative Infertility Management*, infotma USA 2007.

uzyskać w czasie aspiracji. Nie jest mu znana ich jakość, tj. od dobrej komórki do całkowicie nieprzydatnej w dalszej procedurze. Oto przykłady: immature oocyte (nieprzydatna komórka jajowa), preovulatory oocyte (przydatna), mature oocyte (przydatna), luteinized oocyte (nieprzydatna) atrofic oocyte (nieprzydatna). Jak z tego prostego przykładu wynika, z uzyskanych 5-ciu komórek jajowych, tylko 2 nadają się do zapłodnienia, dalej obserwując procedurę mamy szanse na 2 zarodki, przy dużym szczęściu. Takich miejsc w procedurze jest wiele i tą stroną w opracowywaniu ustawy muszą się zajmować tylko i wyłącznie lekarze tej bardzo wąskiej specjalizacji.

Jest sporo punktów w tej sprawie wymagających analizy i opracowania przez prawników, ale tych, którzy stanowią doradztwo prawne centrów leczenia niepłodności. Wymienię tylko niektóre zagadnienia jak:

- zgoda na leczenie niepłodności;
- zgoda na przeprowadzenie procedury rozrodu medycznie wspomaganego;
- uznanie, kto może uczestniczyć w procesie wspomaganego medycznie rozrodu: małżeństwa, partnerzy żyjący w wolnych związkach (obowiązuje ich specjalna klauzula prawna), osoby samotne;
- zgoda na korzystanie z nasienia dawcy;
- kwestie użyczenia komórki jajowej, dawstwa nasienia, matek zastępczych;
- zakres odpowiedzialności lekarskiej za niepowodzenia, w kwestii powikłań możliwych do przewidzenia i niespodziewanych;
- kwestia liczby zarodków i ich przechowywania;
- kwestie prawne dysponowania oocytami, nasieniem, zarodkami po rozwodzie lub śmierci któregoś z małżonków.

W dniu 25 lipca 1978 roku, w Anglii przybyło na świat pierwsze dziecko z zapłodnienia pozaustrojowego – Louise Joy Brown. Od chwili tego niewątpliwego sukcesu medycznego na świat przyszło już przeszło 3 miliony noworodków. Prawdą jest też fakt, że wielokrotnie narusza się stosując ART podstawowe prawa etyczne, moralne i medyczne. Przytoczę tylko jeden taki element, to jest stosowanie zabiegu IVF u kobiet po menopauzie. Jak mi wiadomo, takiej procedury w Polsce w żadnym ośrodku leczenia niepłodności nie przeprowadzono.

Problemów do prawnego uregulowania jest bardzo wiele i wiele ich jeszcze wypłynie po upowszechnieniu nowoczesnego leczenia niepłodności, gdy stanie się ono ogólnie dostępną metodą leczenia przy finansowym wsparciu przez państwo. Parlament Europejski w dniu 21 lutego 2008 roku przyjął rezolucję, która głosi, że „wzywa Kraje Członkowskie do zapewnienia parom powszechnego dostępu do metod leczenia niepłodności". Dalej mówi, aby zapewnić odpowiednie leczenie niepłodności, poszczególne kraje powinny umożliwić dostęp do publicznie finansowanych ośrodków rozrodu wspomaganego medycznie (ART.)

Rozród medycznie wspomagany (ART – Assisted Reproduction Technology)[9] jest zatem wielkim osiągnięciem medycyny XX wieku, ostatecznym ratunkiem dla wielu

---

[9] L. Speroff, M. A. Fritz, *Kliniczna Endokrynologia Ginekologiczna i Niepłodnościowa*, medipage, Warszawa 2007; Zb. Słomko (red.), *Ginekologia*, Warszawa 2003, s. 598–658; Ch. Keck, Cl. B. Temper, J. N. Hugues, *Conservative Infertility Management*, infotma USA 2007.

bezdzietnych małżeństw i próba jego ograniczenia ośmieszyłaby nasz kraj na arenie międzynarodowej.

Mam nadzieję, że tak się nie stanie!

Cyceron: „Fakt, że nie wszyscy chorzy mogą być wyleczeni,
Nie znaczy wcale, że nie istnieje sztuka leczenia".

**Summary**

**Assisted Reproduction Technology – a Medical Success or Failure**

The paper is not a scientific treatise but rather a collection of thoughts stimulated by the discussions of politicians in the media as well as among society concerning assisted reproduction technology (ART), commonly referred to as *in vitro* reproduction.

The current potential for medical assistance in reproduction is a result of long-lasting research development. Owing to this progress many couples who would have previously been deprived of the possibility to have a child of their own can expect to have one now. For that reason ART should be considered a success. The act on this method of reproduction should therefore support further progress of this branch of medicine. The drawing up of such an act mainly requires sophisticated medical knowledge, as well as taking into consideration of the family, social and psychological aspects. The paper emphasizes that the success of so-called NaProTechnology should not be overestimated. It should be remembered that NaProTechnology delays the attempts of ART while a woman's biology opposes waiting, as her fertility decreases every day. Consequently, „delaying the procedures of medical assistance in women is a crime, a proof of ignorance and medical insouciance".

Bartosz PAWELCZYK

# Odpowiedzialność cywilna za szkodę wyrządzoną w związku z leczeniem[1]

*Salus aegroti suprema lex esto*

## 1. Uwagi wstępne

Każdy stojący u progu kariery zawodowej lekarz, kończąc etap kształcenia akademickiego, składa uroczyste przyrzeczenie, nawiązujące swą treścią do przysięgi, której autorstwo tradycyjnie przypisywane jest żyjącemu na przełomie V i IV wieku p.n.e. Hipokratesowi. Kodeks etyki lekarskiej, rozpoczynający się powyższym przyrzeczeniem, wśród zasad o znaczeniu najważniejszym wymienia w szczególności tę, iż najwyższym nakazem etycznym dla lekarza ma być dobro chorego[2]. Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem ma charakter szczególny. Na lekarzu spoczywa nie tylko obowiązek posiadania specjalistycznego wykształcenia, doświadczenia, ciągłego doskonalenia się w sztuce medycznej, ale także moralny obowiązek nienadużywania zaufania. Znaczenie tego obowiązku w sferze zawodów medycznych wypada uznać za wyjątkowo doniosłe, znacznie donioślejsze niż w jakiejkolwiek innej dziedzinie ludzkiej aktywności. Stwierdzenie to wydaje się tym bardziej trafne, gdy mowa o tych dyscyplinach medycyny, których specyfika wymaga szczególnej wrażliwości, oględności oraz zachowania taktu. Im większy zakres wymaganych kompetencji, im większa rola zaufania w relacjach pomiędzy podmiotami, tym większa jednak i skuteczniejsza musi być także ochrona sytuacji osoby powierzającej drugiemu swe wartości najwyższe: własne życie i zdrowie. Zapewnienie urzeczywistnienia przytoczonej powyżej sentencji – *salus aegroti suprema lex esto* – wymaga istnienia nie tylko norm moralnych, lecz również norm wyrażonych przepisami prawa.

Oczywistym jest, iż przestrzeganie przez lekarzy praw przysługujących pacjentom uznane musi być za szczególnie ważne. System prawny nie może wprawdzie zapewnić, że prawa te będą szanowane, tworzy natomiast mechanizmy pozwalające na skuteczne żądanie naprawienia szkód (krzywd) wynikających z faktu naruszenia praw. Prawa pacjentów mogą być egzekwowane w ramach odpowiedzialności cywilnej, zawodowej lub – jeżeli zachowanie lekarza wypełnia ustawowe znamiona czynu zabronionego pod groźbą kary – także w ramach procesu karnego. Najskuteczniejszą wszakże, gdyż

---

[1] Artykuł uwzględnia stan prawny na dzień 1.10.2009 r.

[2] Art. 2 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej, tekst jednolity z dnia 2.01.2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20.09.2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy – dostępny na stronie www.bibl.amwaw.edu.pl/kodeks_etyki_2004.htm, zwanego dalej: k.e.l.

dającą realną możliwość finansowego zrekompensowania doświadczonych przez pacjenta cierpień, wydaje się być droga odpowiedzialności cywilnoprawnej.

Poniższe rozważania poświęcone zostaną właśnie odpowiedzialności cywilnej za szkody (krzywdy) wyrządzone przy leczeniu, wynikające z dwojakiego rodzaju zdarzeń, tj. z naruszenia dóbr osobistych pacjenta oraz popełnienia błędu w sztuce lekarskiej.

## 2. Przesłanki odpowiedzialności cywilnej

Rozpoczynając rozważania natury prawnej oraz mając świadomość, iż Czytelnik nie musi dysponować specjalistyczną wiedzą z zakresu prawa cywilnego, autor prezentowanego opracowania uznał za stosowne poczynienie pewnych uwag wprowadzających. Odpowiedzialność cywilna pełni przede wszystkim funkcję odszkodowawczą, co oznacza, że ma na celu zapewnienie zrekompensowania szkody, jaką sprawca (w interesującym nas przypadku będzie to lekarz bądź inny podmiot wykonujący zawód medyczny) swoim zachowaniem (działaniem lub zaniechaniem) wyrządził innej osobie[3]. Osoba ta ma zatem możliwość żądania od sprawcy (bądź innego podmiotu ponoszącego odpowiedzialność za zachowanie sprawcy), aby ten naprawił wyrządzoną szkodę. Na wypadek zaś, gdyby podmiot odpowiedzialny uchylał się od dobrowolnego uczynienia zadość powyższemu obowiązkowi, przepisy prawa umożliwią poszkodowanemu dochodzenie swoich roszczeń na drodze sądowej.

Możliwość pociągnięcia podmiotu do odpowiedzialności cywilnej uzależniona jest od łącznego spełnienia trzech przesłanek: zaistnienia zdarzenia stanowiącego źródło szkody, powstania szkody oraz stwierdzenia normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem a wyrządzoną szkodą[4], a także – co do zasady – od możliwości przypisania sprawcy winy[5]. Z chwilą ziszczenia się powyższych przesłanek pomiędzy poszkodowanym a osobą ponoszącą odpowiedzialność za szkodę (obowiązaną do jej naprawienia) powstaje stosunek prawny określany mianem zobowiązania, w ramach którego poszkodowany nosi nazwę wierzyciela, zaś podmiot, na którym spoczywa obowiązek odszkodowawczy, określany jest dłużnikiem. Każda z powyższych przesłanek wymaga odrębnego omówienia.

Szkoda może stanowić następstwo rozmaitych, niezliczonego rodzaju zdarzeń prawnych (w tym w szczególności czynów człowieka, polegających na działaniu albo na zaniechaniu). Kodeks cywilny[6] nie podejmuje w związku z tym próby ich skatalogowania, poprzestając na wskazaniu typów zdarzeń prawnych, z którymi system prawny

---

[3] Por. Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2008, s. 98.

[4] Por. ibidem, s. 83; zob. także: Z. Banaszczyk, *Komentarz do art. 361 k.c.*, w: K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny*, t. I: *Komentarz*, Warszawa 2008, s. 978 i n.

[5] Odpowiedzialność cywilna w przeważającej większości przypadków opiera się na winie sprawcy. Tym niemniej przepisy szczególne opierają w określonych sytuacjach odpowiedzialność sprawcy na zasadzie ryzyka (np. art. $449^1$ k.c.) albo zasadach słuszności (np. art. $417^2$ k.c.). W ramach niniejszego artykułu rozważania ograniczone zostaną do przypadków, w których odpowiedzialność opiera się na zasadzie winy.

[6] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny (Dz. U. 196, Nr 16, poz. 93, ze zm.), w artykule zwana: „Kodeksem cywilnym" lub „k.c.".

łączy na ustalonych zasadach obowiązek naprawienia szkody. Wyróżnić można dwa zasadnicze typy zdarzeń: fakt niewykonania (lub nienależytego wykonania) istniejącego pomiędzy podmiotami uprzednio zobowiązania (najczęściej umowy) oraz tzw. czyn niedozwolony (delikt). Ze względu na to, który z powyższych typów zdarzeń stanowi źródło powstania odpowiedzialności, wyróżnia się również dwa rodzaje odpowiedzialności cywilnej, tj. odpowiednio odpowiedzialność kontraktową oraz odpowiedzialność deliktową[7]. Poniższe rozważania ograniczone zostaną wyłącznie do odpowiedzialności deliktowej[8].

Odpowiedzialność deliktowa (*ex delicto*) może mieć miejsce jedynie w sytuacji zaistnienia przywołanych wcześniej przesłanek, do których – przypomnijmy – należą: zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy, stanowiąca rezultat tegoż zdarzenia szkoda oraz związek przyczynowy. Zdarzeniem jest tutaj tzw. czyn niedozwolony (*delictum* – przestępstwo)[9]. Przez czyn niedozwolony rozumieć należy zarówno zachowanie niezgodne z przepisami prawa powszechnego (np. z ustawą, rozporządzeniem), jak i niezgodne z tzw. zasadami współżycia społecznego[10].

Nie budzi wątpliwości, że fakt naruszenia przez lekarza dóbr osobistych pacjenta, jak i popełnienie błędu w sztuce stanowią czyny niedozwolone w powyższym rozumieniu.

Spełnienie wskazanych przesłanek tylko wtedy skutkować będzie odpowiedzialnością cywilną, jeżeli sprawcy można przypisać winę. Celowe wydaje się w tym miejscu powołanie art. 415 k.c., który będzie podstawą dla dalszych rozważań. Przepis ten stanowi, iż kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. W doktrynie prawa cywilnego winę utożsamia się zwykle z możliwością postawienia sprawcy zarzutu naganności podjętej przez niego decyzji o dokonaniu bezprawnego czynu i łączy z koniecznością równoczesnego wystąpienia dwóch jej elementów: obiektywnego, czyli bezprawności zachowania oraz subiektywnego, zakładającego podstawy do postawienia sprawcy zarzutu z punktu widzenia powinności i możliwości przewidywania szkody oraz przeciwdziałania jej wystąpieniu[11].

---

[7] Odpowiedzialność kontraktowa stanowi konsekwencję niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania istniejącego pomiędzy wierzycielem i dłużnikiem (art. 471 i n. k.c.). Zobowiązanie to ma swoje źródło zazwyczaj w umowie łączącej powyższe podmioty (*contractus* – umowa). Jeżeli wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przez dłużnika wierzyciel poniósł szkodę, dłużnik (lub osoba ponosząca odpowiedzialność za jego zachowania) obowiązana jest do jej naprawienia.

[8] Odpowiedzialność lekarza może wprawdzie przybrać postać zarówno odpowiedzialności kontraktowej, jak i deliktowej. Jednakże z uwagi na ramy objętościowe niniejszej pracy, a zwłaszcza na fakt, że orzecznictwo Sądu Najwyższego i literatura przedmiotu chętniej sytuują odpowiedzialność za czyny lekarza w ramach reżimu deliktowego, autor zdecydował się poddać analizie wyłącznie ten rodzaj odpowiedzialności. Czytelnika chcącego zgłębić zagadnienia z zakresu odpowiedzialności cywilnej *ex contractu* odesłać należy do literatury prawniczej w tym zakresie. Por. np. K. Zagrobelny, *Komentarz do art. 471 k.c.*, w: E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 843 i n.; A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, W. Czachórski (red.), *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 2004, s. 128–190.

[9] Z. Banaszczyk, *Komentarz do art. 415 k.c.*, w: K. Pietrzykowski (red.), op. cit., s. 1208 i n.

[10] Zgodnie z tzw. normatywnym rozumieniem zasad współżycia społecznego, zasady te są mającymi uzasadnienie aksjologiczne normami moralnymi zawierającymi reguły postępowania w stosunkach między ludźmi oraz normami obyczajowymi, a zatem nieustanowionymi przez władzę państwową. Por. idem, K. Pietrzykowski, *Komentarz do art. 5 k.c.*, w: idem (red.), op. cit., s. 47–50.

[11] Por. Z. Radwański, A. Olejniczak, op. cit., s. 197–201.

Stanowiąca podstawową przesłankę odpowiedzialności cywilnej szkoda rozumiana jest jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych danego podmiotu, powstały wbrew jego woli, z którym ustawa wiąże powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej[12]. W zależności od przyjętego kryterium, przeprowadzić można jej rozróżnienie na szkodę na osobie i szkodę na mieniu (art. 435 § 1 k.c.) oraz na szkodę o charakterze majątkowym i niemajątkowym[13].

Szkody, jakie mogą zostać wyrządzone pacjentom, wynikające tak z naruszenia dóbr osobistych pacjenta, jak i błędu w sztuce, są w rozumieniu Kodeksu cywilnego wyłącznie szkodami na osobie, wobec czego tylko tego rodzaju szkody będą stanowiły przedmiot dalszej analizy.

Konieczną przesłankę odpowiedzialności cywilnej stanowi związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem oraz szkodą, która z niego wyniknęła. W myśl przepisu art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Przywołana regulacja wyraża zasadę przyczynowości, ograniczoną jednak do przypadków normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego[14]. Oznacza to, że sprawca ponosi odpowiedzialność jedynie za te skutki swojego działania albo zaniechania, które stanowią ich naturalne, typowe następstwo. Jeśli poszkodowany nie udowodni istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem sprawcy a powstałą szkodą, tego ostatniego nie można pociągnąć do odpowiedzialności cywilnej. Należy przy tym jednak zauważyć, że z uwagi na często występującą w praktyce trudność – lub wręcz brak możliwości – ścisłego udowodnienia w przypadku tzw. szkód medycznych istnienia związku przyczynowego, orzecznictwo dopuszcza ograniczenie zakresu obowiązku dowodowego powoda do wykazania wysokiego prawdopodobieństwa, że szkoda stanowi następstwo określonego zdarzenia[15].

---

[12] Ibidem, s. 91; T. Dybowski, w: Z. Radwański (red.), *System Prawa Cywilnego*, t. III, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1981, s. 214.

[13] Pierwszy z przywołanych powyżej podziałów dokonany jest w oparciu o kryterium dobra bezpośrednio naruszonego. Przez szkodę na mieniu rozumieć należy wszelkie uszczerbki powstałe w majątku poszkodowanego pozostające bez związku z jego osobą (np. strata finansowa wynikająca z uszkodzenia samochodu wskutek wypadku), zaś szkoda na osobie obejmuje uszczerbki wynikające z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia u człowieka (art. 444 § 1 k.c.). Z kolei podział na szkodę o charakterze majątkowym i niemajątkowym przeprowadzony jest na podstawie kryterium ekonomicznie negatywnych skutków, jakie nastąpiły w odniesieniu do poszkodowanego w rezultacie zachowania sprawcy. Szkoda na mieniu może występować wyłącznie jako szkoda majątkowa, zaś szkoda na osobie przybierać może postać zarówno majątkową, jak i niemajątkową. Niemajątkowa szkoda na osobie (zwana również krzywdą) stanowi konsekwencję naruszenia tzw. dóbr osobistych człowieka. Por. A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, W. Czachórski (red.), op. cit., s. 99–101.

[14] Z. Banaszczyk, *Komentarz do art. 361 k.c.*, w: K. Pietrzykowski, op. cit., s. 980–988.

[15] Zob. orzeczenie SN z dnia 11.01.1972 roku, sygn. I CR 516/71, OSN 1972, poz. 159; orzeczenie SN z dnia 5.07.1967 roku, sygn. I PR 74/67, OSN 2/1968. Omawiane zagadnienie widoczne jest szczególnie wyraźnie w odniesieniu do tzw. zakażeń szpitalnych, w przypadku których precyzyjne wykazanie związku przyczynowego pomiędzy szkodą poniesioną przez pacjenta a będącym jej źródłem konkretnym działaniem konkretnego członka personelu medycznego często obiektywnie graniczyłoby z niemożliwością. W tym kontekście zob. orzeczenie SA w Krakowie z dnia 21.03.2000 roku, sygn. I ACa 192/00, OSA 2002/1/3.

## 3. Odpowiedzialność cywilna za naruszenie dóbr osobistych pacjenta

Dobrami osobistymi nazywamy pewne uznane wartości ściśle związane z osobą człowieka, wysoko cenione stany rzeczy mające charakter niematerialny, niezbywalne i niepodlegające dziedziczeniu[16]. W myśl art. 23 k.c. do dóbr osobistych człowieka zalicza się, tytułem przykładu, zdrowie, wolność, cześć, swobodę sumienia, nazwisko czy tajemnicę korespondencji. Katalog dóbr osobistych ma jednak charakter otwarty, co pozwala potencjalnie na określenie tym mianem nieskończonej liczby wartości. Judykatura w drodze twórczej wykładni, korzystając także z kształtujących się w społeczeństwie poglądów, nieustannie powiększa kategorie tych dóbr[17]. W doktrynie prawa cywilnego zwykle wskazuje się, że status dóbr osobistych przysługuje również prawom pacjenta[18]. W znakomitej większości przypadków teza ta jest w pełni uzasadniona. Tym niemniej – moim zdaniem – w odniesieniu do niektórych praw pacjenta można jednak powziąć wątpliwość, czy ze względu na charakter dóbr osobistych status ten rzeczywiście powinien niektórym z tych praw przysługiwać. Mowa o tych spośród praw pacjenta, które wydają się nie być wartościami równie ściśle jak typowe dobra osobiste związanymi z osobą człowieka, lecz mającymi charakter bardziej „techniczny" czy proceduralny. Mam tu na myśli w szczególności prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec orzeczenia lekarza, prawo wymagania, by dokumentacja medyczna była przechowywana przez określony czas (jako element szerszego prawa dostępu do dokumentacji medycznej) czy prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Jako że w przeważającej większości sytuacji prawa pacjenta bez cienia wątpliwości pokrywają się jednak z dobrami osobistymi, pogwałcenie przez lekarza prawa przysługującego pacjentowi skutkować będzie zwykle możliwością pociągnięcia naruszyciela do odpowiedzialności przewidzianej przez ustawodawcę za naruszenie dóbr osobistych. Pewne różnice w sytuacji prawnej pacjenta związane z nieco odmiennie ukształtowaną kodeksową ochroną dóbr osobistych a pozakodeksową ochroną praw pacjenta zostaną przedstawione poniżej.

Prawa pacjenta wskazano w kilku aktach prawnych, spośród których największe znaczenie przypisać należy ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[19] i ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty[20], a także – choć w mniejszym zakresie – ustawie o zakładach opieki zdrowotnej[21]. Obserwacja praktyki udzielania świadczeń zdrowotnych pozwala, moim zdaniem, na postawienie tezy, iż za szczególnie zagrożone pogwałceniem uznać należy prawo pacjenta do informacji o swoim stanie

---

[16] Por. M. Pazdan, *Komentarz do art. 23 k.c.*, w: K. Pietrzykowski (red.), op. cit., s. 114.

[17] Z. Radwański, *Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2003, s. 156 i n.

[18] Zob. J. Haberko, *Wybrane aspekty prawne perinatologii i ginekologii*, w: G. H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka*, Poznań 2006, s. 1080 i n.; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 434–438.

[19] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417, ze zm.), zwana dalej: „ustawą o prawach pacjenta" lub „u.p.p.".

[20] Ustawa z dnia 5.12.1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2005, Nr 226, poz. 1943, ze zm.), zwana dalej: „u.z.l.".

[21] Ustawa z dnia 30.08.1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. 2007, Nr 14, poz. 89, ze zm.), zwana dalej: „u.z.o.z.".

zdrowia, do wyrażania (bądź niewyrażania) zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych (po uzyskaniu odpowiednich informacji), do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, a także do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych od pacjenta przy wykonywaniu przez lekarza czynności medycznych[22].

Działanie lekarza, poprzez które narusza on dobro osobiste pacjenta, stanowi zdarzenie prawne rodzące tzw. szkodę niemajątkową na osobie. Szkoda taka, zwana również krzywdą, utożsamiana jest z doznanymi cierpieniami, z bólem, stresem i innymi negatywnymi odczuciami emocjonalnymi. Naprawienie krzywdy może przybrać, wedle wyboru poszkodowanego pacjenta, formę niepieniężną lub pieniężną (tj. formę odszkodowania, zwanego w odniesieniu do krzywdy zadośćuczynieniem). Wymaga podkreślenia, że alternatywa przysługująca pacjentowi nie ma charakteru rozłącznego, co oznacza, że może on również jednocześnie (równolegle) poszukiwać ochrony prawnej wyrażającej się w formie niepieniężnej i pieniężnej. Zgodnie z treścią art. 24 k.c. ten, czyje dobro osobiste zostało bezprawnie zagrożone bądź naruszone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania i usunięcia jego skutków, w szczególności poprzez złożenie oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie (np. opublikowania przeprosin). Dla skuteczności tego typu żądań (o charakterze niemajątkowym) nie jest wymagane wykazanie winy sprawcy, wystarczy jedynie udowodnić, że dobro osobiste zostało naruszone i że naruszenie to miało charakter bezprawny[23]. Sytuacja zmienia się, gdy pokrzywdzony zamierza dochodzić pieniężnego zadośćuczynienia. Podstawę prawną takiego roszczenia stanowi przede wszystkim przepis art. 448 k.c. Zgodnie z jego brzmieniem, w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny. Zgodnie z przeważającym stanowiskiem doktryny (choć bez jednoznacznej regulacji prawnej), przyznanie przez sąd sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia uzależnione jest jednak od udowodnienia winy sprawcy[24].

Regulacje normujące zasady dochodzenia roszczeń pieniężnych w ramach odpowiedzialności cywilnej z tytułu naruszenia praw pacjenta zawiera również (niezależnie

---

[22] Por.: Raport: *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku" 2006*, Warszawa 2007, Fundacja Rodzić po Ludzku – dostępne na stronie www.rodzicpoludzku.pl.

[23] Należy zauważyć, że konstrukcja przepisu art. 24 k.c. ustanawia tzw. domniemanie bezprawności naruszenia dobra osobistego. Oznacza to, że powód (osoba dochodząca przed sądem ochrony swoich praw) zobligowana jest jedynie do udowodnienia, że przysługujące jej dobro osobiste zostało naruszone. Zwolniona jest natomiast z konieczności wykazania, że naruszenie to miało charakter bezprawny. Ustawodawca postanowił bowiem, że w razie udowodnienia faktu naruszenia, jego bezprawność domniemywa się, tzn. przyjmuje za udowodnioną bez konieczności dowodzenia. Jeżeli pozwany (osoba, od której powód żąda odszkodowania) kwestionuje bezprawność naruszenia, musi wykazać przed sądem, że naruszenie było zgodne z prawem (dokonuje się wówczas tzw. obalenie domniemania). Następuje tu zatem odwrócenie klasycznego sposobu rozkładu ciężaru dowodu poprzez zwolnienie powoda z konieczności udowodnienia przesłanki odpowiedzialności cywilnej pozwanego, jaką stanowi bezprawność działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda.

[24] Zob. A. Cisek, *Komentarz do art. 448 k.c.*, w: E. Gniewek (red.), op. cit., s. 804–805; K. Safjan, *Komentarz do art. 448 k.c.*, w: K. Pietrzykowski (red.), op. cit., s. 1461–1464.

od przedstawionych powyżej kodeksowych unormowań dotyczących dóbr osobistych) ustawa o prawach pacjenta. W pierwszej kolejności należy zauważyć, że przywołana ustawa (na co wskazuje art. 1 pkt 1 u.p.p.) określa prawa pacjenta, których przestrzeganie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2 u.p.p.). Analiza rozdziałów 2–11 cytowanej ustawy pozwala odtworzyć katalog praw pacjenta, obejmujący:

– prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej udzielanych z należytą starannością (w tym w szczególności prawo do odpowiedniej procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, prawo żądania konsultacji innego lekarza, prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia);
– prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, do informacji o prawach pacjenta oraz o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych przez dany podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych;
– prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem;
– prawo do wyrażenia (lub odmowy wyrażenia) zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
– prawo do poszanowania intymności i godności;
– prawo do dokumentacji medycznej;
– prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
– prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
– prawo do opieki duszpasterskiej;
– prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Ustawa o prawach pacjenta nie ogranicza się jednak wyłącznie do unormowania problematyki poszczególnych spośród tych praw, lecz zawiera także regulacje odnoszące się do odpowiedzialności cywilnoprawnej wynikającej z naruszenia praw pacjenta. Mianowicie, zgodnie z art. 4 ust. 1 u.p.p. w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Z kolei w myśl art. 4 ust. 2 u.p.p. w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c.

Warto odnotować, że przywołane regulacje nie są zupełnym *novum*, bowiem stanowią (art. 4 ust. 2 i 3 u.p.p.) prawie całkowicie wierne odzwierciedlenie uchylonego art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej[25]. O ile jednak na podstawie art. 19a upraw-

---

[25] Uchylenie przytoczonych przepisów u.z.o.z. nie oznacza oczywiście eliminacji przepisów regulujących ochronę praw pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej. Treść uchylonych przepisów została bowiem zawarta w regulacjach ustawy o prawach pacjenta, która ma zastosowanie również do wszelkiego rodzaju zakładów opieki zdrowotnej jako podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (zob. art. 2 u.p.p.). Różnice pomiędzy przywołanymi przepisami (uchylonym art. 19a u.z.o.z. i wprowadzonym art. 4 u.p.p.) sprowadzają się w szczególności do dwóch kwestii. Po pierwsze, art. 19a u.z.o.z. dotyczył węższej – w porównaniu z art. 4 u.p.p. – grupy praw pacjenta, wskazanych w art. 18 ust. 2 i ust. 3

nienia w nim wskazane dotyczyły jedynie świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładach opieki zdrowotnej, o tyle przeniesienie podstawy tych uprawnień do ustawy o prawach pacjenta rozszerza możliwość ich stosowania na wszelkie sytuacje udzielania świadczeń zdrowotnych, bez względu na rodzaj podmiotu ich udzielającego.

Istnienie regulacji prawnych dotyczących pieniężnego zadośćuczynienia w innej jeszcze ustawie oprócz Kodeksu cywilnego stanowi w doktrynie prawa, tak jak i stanowiło już na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przedmiot sporu. Podjęcie próby ustalenia wzajemnej relacji pomiędzy tymi kodeksowymi i pozakodeksowymi unormowaniami w przedmiocie zadośćuczynienia jest jednak konieczne z uwagi na potrzebę wskazania pacjentom i podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych czytelnych zasad ponoszenia odpowiedzialności cywilnoprawnej. W ramach powyższego sporu w piśmiennictwie przedstawiono wiele rozmaitych argumentów, w tym wskazujących, że taka podwójna regulacja stanowiła wyraz w pełni świadomej i celowej polityki legislacyjnej. W tym miejscu nie jest możliwe pełne i wyczerpujące przedstawienie wszystkich argumentów wypowiedzianych w tym kontekście przez przedstawicieli nauki, tym niemniej zasadne wydaje się zwrócenie uwagi na kilka spośród nich.

W piśmiennictwie podniesiono między innymi, że powyższy zabieg legislacyjny umożliwia dochodzenie zadośćuczynienia również w ramach reżimu kontraktowego, nie zaś jedynie – co wydaje się nakazywać wykładnia systemowa przepisów Kodeksu cywilnego – wyłącznie w ramach odpowiedzialności deliktowej. Umieszczenie przez polskiego ustawodawcę przepisów stanowiących podstawę dochodzenia zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych (w tym przepisu art. 448 k.c.) w tym rozdziale Kodeksu cywilnego, który dotyczy odpowiedzialności deliktowej, przez większość autorów traktowane jest jako koronny argument przemawiający za brakiem możliwości dochodzenia odpowiedzialności za doznane krzywdy w ramach reżimu kontraktowego. Tymczasem argument powyższy wydaje się wyraźnie tracić na sile wobec faktu, że ustawa o prawach pacjenta w zakresie podstaw odpowiedzialności cywilnej nie czyni rozróżnienia pomiędzy odpowiedzialnością deliktową oraz kontraktową. Tym samym nie sposób odwoływać się w tym przypadku do wykładni systemowej jako argumentu przemawiającego przeciwko dopuszczalności żądania zadośćuczynienia *ex contractu*. W związku z powyższym, w literaturze przedmiotu wypowiadane są trafne, w ocenie autora niniejszej pracy, poglądy o możliwości uczynienia przepisu art. 4 u.p.p. podstawą odpowiedzialności cywilnej nie tylko o charakterze deliktowym (co należy uznać za bezsporne), ale także kontraktowej[26].

---

pkt 1 u.z.o.z. oraz art. 19 ust. 1 pkt 1–4 i ust. 3 u.z.o.z. Po drugie, legitymacja do wystąpienia z żądaniem zapłaty określonej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny w przypadku naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, przysługiwała „najbliższemu członkowi rodziny, innemu przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu" pacjenta, podczas gdy na gruncie art. 4 ust. 2 u.p.p. została określona w sposób bardziej precyzyjny i przysługuje „małżonkowi, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawicielowi ustawowemu" pacjenta.

[26] Zob. M. Safjan, *Naprawienie krzywdy niemajątkowej w ramach odpowiedzialności „ex contractu"*, w: M. Pyziak-Szafnicka (red.), prawa te będę szanowane, tworzy natomiast mechanizmy pozwalające na skuteczne żądanie *Odpowiedzialność cywilna. Księga pamiątkowa ku czci Prof. Adama Szpunara*, Zakamycze 2004; M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna" 2005, nr 1, s. 12.

Trzeba także zauważyć, że przepis art. 4 u.p.p. formułuje dodatkową w stosunku do art. 448 k.c. przesłankę dopuszczalności zasądzenia zadośćuczynienia – w postaci winy. Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia tylko w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta. Powyższa odmienność w stosunku do regulacji kodeksowych wydaje się jednak w praktyce nie modyfikować znacząco kodeksowych zasad dochodzenia zadośćuczynienia, gdyż zgodnie z przeważającym w doktrynie prawa cywilnego stanowiskiem odpowiedzialność z art. 448 k.c. opiera się – choć nie zostało to wprost wskazane w treści przepisu – na zasadzie winy[27]. Tym samym art. 4 u.p.p., ustanawiający *explicite* zasadę zawinienia, potwierdza jedynie powszechnie uznawaną w nauce prawa interpretację art. 448 k.c.

Najpoważniejsza bodaj wątpliwość interpretacyjna odnosząca się do wzajemnej relacji kodeksowych i pozakodeksowych unormowań zadośćuczynienia za krzywdę wiąże się z pytaniem, czy art. 4 ust. 1 i 2 u.p.p. stanowi, czy też nie stanowi, *lex specialis* (przepis szczególny) względem art. 448 k.c. W piśmiennictwie formułowane były w tym zakresie zarówno argumenty mające przekonywać, że art. 4 ust. 1 u.p.p. (jako przepis szczególny) wyłącza zastosowanie art. 448 k.c. (jako przepisu ogólnego), jak i odmawiające słuszności takiemu stanowisku. Moim zdaniem, należy opowiedzieć się za stwierdzeniem, iż nie mamy w tym przypadku do czynienia z relacją przepisów uzasadniającą odwołanie się do zasady *lex specialis derogat legi generali* (przepis szczególny należy stosować przed przepisem ogólnym). Po pierwsze, przepis art. 4 u.p.p. odsyła wyraźnie do art. 448 k.c., nie może zatem stanowić samodzielnej podstawy zasądzenia zadośćuczynienia. W tym zakresie konieczne jest odwołanie się do regulacji kodeksowej i wypracowanych na jej tle w orzecznictwie i doktrynie kryteriów, od których zależy określenie kwoty zadośćuczynienia[28]. Po drugie, jak trafnie podnosi się w doktrynie, rozwiązanie takie mogłoby prowadzić do sytuacji, w której pacjent zostałby pozbawiony możliwości żądania zadośćuczynienia w razie naruszenia innych jego dóbr osobistych aniżeli prawa pacjenta chronione na podstawie art. 4 u.p.p. Wykładnia analizowanych przepisów dozwalająca na zawężenie zakresu dóbr będących przedmiotem ochrony w przypadku pacjentów w stosunku do zakresu dóbr osób nie będących pacjentami byłaby niedopuszczalna. W konsekwencji przyjąć należy, że art. 4 u.p.p. i art. 448 k.c. muszą być traktowane łącznie jako podstawa żądania zadośćuczynienia, a więc oba te przepisy służą skonstruowaniu (dekodowaniu) jednej normy prawnej, która znajdzie zastosowanie w odniesieniu do rozważanych sytuacji związanych z naruszaniem praw pacjenta[29].

Pokrzywdzony pacjent ma zatem możliwość dokonania wyboru pomiędzy oparciem swojego roszczenia wyłącznie o normę wyrażoną w art. 448 k.c. albo o normę prawną odtworzoną z łącznej analizy art. 4 u.p.p. i art. 448 k.c. Różnica w sytuacji prawnej pacjenta polegać będzie wówczas w szczególności na tym, że w pierwszym przypadku pacjent będzie zobligowany wykazać, że naruszone w sposób bezprawny dobro ma status dobra osobistego w rozumieniu Kodeksu cywilnego, w drugim zaś

---

[27] W tym zakresie autor odsyła do przypisu nr 24.

[28] Ibidem, s. 10.

[29] Ibidem, s. 10; M. Wałachowska, *Glosa do wyroku SN z dnia 29 maja 2007 roku*, V CSK 76/07, „Przegląd Sądowy" 2009, nr 5, s. 103.

przypadku będzie z takiego obowiązku zwolniony, gdyż ustawa o prawach pacjenta wprost przyznaje prawo żądania zadośćuczynienia w sytuacji naruszenia wartości zakwalifikowanej przez ustawę do praw pacjenta[30].

Konsekwencją przyjęcia, iż art. 4 u.p.p. nie stanowi przepisu szczególnego względem art. 448 k.c. musi być, moim zdaniem, również akceptacja tezy, że pacjent ma prawo domagać się zadośćuczynienia także w razie naruszenia praw pacjenta wyłączonych przez art. 4 ust. 3 u.p.p. spod regulacji art. 4 ust. 1 u.p.p. (tj. prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej, prawa do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych i prawa dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia). Podstawy prawnej roszczenia o zadośćuczynienie nie będzie mógł wówczas stanowić art. 4 ust. 1 u.p.p. (interpretowany łącznie z art. 448 k.c.), lecz jedynie sam art. 448 k.c. Skonstruowanie takiego roszczenia możliwe będzie jednak tylko w razie wykazania przed sądem, że naruszone prawo pacjenta jest dobrem osobistym, o którym mowa w art. 23 k.c. W moim przekonaniu, jak podniesiono to już we wcześniejszej części artykułu, wątpliwości budzi możliwość uznania za dobro osobiste np. prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej, natomiast status taki przysługuje, moim zdaniem, prawu pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej. Oceny w tym zakresie dokonuje jednak każdorazowo sąd, biorąc pod uwagę indywidualne okoliczności faktyczne konkretnej sprawy.

Należy też przyjąć, iż naruszenie praw pacjenta rodzi nie tylko odpowiedzialność o charakterze majątkowym, lecz również niemajątkowym. Podstawę prawną roszczeń niemajątkowych stanowi w tym przypadku art. 24 k.c.[31] Pacjent, podobnie jak każdy pokrzywdzony w związku z naruszeniem jego dóbr osobistych, ma oczywiście prawo wyboru żądanej przez siebie formy naprawienia krzywdy (majątkowa lub niemajątkowa), przy czym dopuszczalne jest także jednoczesne skorzystanie z obu tych form.

Wobec faktu, że art. 4 ust. 1 u.p.p. odczytywany literalnie w oderwaniu od art. 448 k.c. ogranicza – w stosunku do art. 448 k.c. – zakres roszczeń, jakie może formułować poszkodowany względem sprawcy krzywdy jedynie do zadośćuczynienia płatnego na rzecz tego poszkodowanego, uzasadniona jest wątpliwość, czy tym samym poszkodowany pacjent może zażądać od podmiotu odpowiedzialnego zapłaty sumy pieniężnej na wskazany przez siebie cel społeczny. Wydaje się, że wykładnia art. 4 ust. 1 u.p.p. odmawiająca poszkodowanemu takiej możliwości nie byłaby prawidłowa. Przywołany przepis wprost odsyła do art. 448 k.c., wobec czego norma stanowiąca podstawę żądania zadośćuczynienia musi być – jak już wcześniej wskazano – dekodowana jednocześnie zarówno z przepisu art. 4 ust. 1 u.p.p., jak i przywołanej regulacji kodeksowej. W konsekwencji należy opowiedzieć się za stanowiskiem przyznającym poszkodowa-

---

[30] W razie wystąpienia przez pacjenta z roszczeniem opartym o art. 4 u.p.p. bezprzedmiotowe staje się, z praktycznego punktu widzenia, rozważanie, czy prawa pacjenta chronione przez ten przepis zaliczają się do dóbr osobistych.

[31] Por. M. Kolasiński, *Ochrona dóbr osobistych w prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna" 2002, nr 11, s. 35; M. Rzewuski, *Glosa do wyroku SN z dnia 29 maja 2007 r.*, V CSK 76/07, „Państwo i Prawo" 2009, nr 8, s. 131.

nemu pacjentowi możliwość wyboru pomiędzy żądaniem zapłaty zadośćuczynienia na swoją rzecz lub na określony cel społeczny[32].

Na zakończenie tej części analizy trzeba zwrócić uwagę również na przepis art. 4 ust. 2 u.p.p. Zgodnie z jego brzmieniem, w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. Rozwiązanie to stanowi godne uwagi odstępstwo od przyjmowanej na gruncie prawa cywilnego reguły, zgodnie z którą uprawnionym do dochodzenia naprawienia szkody niemajątkowej na osobie (tj. uprawnionym do żądania zadośćuczynienia) jest wyłącznie podmiot, który doznał tej szkody. Przywołany przepis ustawy o prawach pacjenta przyznaje natomiast w tym zakresie legitymację czynną podmiotom innym aniżeli sam pokrzywdzony, który już sam – z uwagi na zakończenie życia – nie mógłby z roszczeniem takim w swoim imieniu wystąpić.

## 4. Odpowiedzialność cywilna za popełnienie błędu w sztuce

Błąd w sztuce lekarskiej stanowi najczęściej powoływaną w tzw. procesach lekarskich podstawę roszczeń odszkodowawczych kierowanych do lekarzy lub zakładów opieki zdrowotnej[33]. Termin ten nie jest jednak zaczerpnięty z języka ustawy, lecz stworzyła go doktryna wespół z orzecznictwem dla określenia pewnych typów zachowań członków personelu medycznego, których konsekwencję stanowi wyrządzenie pacjentowi szkody. Nie ma też w związku z powyższym jednej definicji błędu w sztuce. Zgodnie z dominującym obecnie stanowiskiem, pod pojęciem tym rozumieć należy postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami sztuki medycznej. Jest to kategoria obiektywna, niezależna od konkretnej osoby czy okoliczności, które istotne są jedynie dla ustalenia subiektywnego elementu winy[34]. Oznacza to, że o błędzie w sztuce mówić można zarówno wówczas, gdy ma on charakter zawiniony, jak i niezawiniony. Jednak odpowiedzialność za błąd w sztuce przypisać będzie można jedynie temu, kto dopuścił się go w sposób zawiniony.

W literaturze prawniczej oraz w orzecznictwie spotyka się różne klasyfikacje błędów w sztuce lekarskiej. Najczęściej formułowany podział wyróżnia błąd diagnostyczny, terapeutyczny i błąd prognozy. Przez błąd diagnostyczny (błąd rozpoznania) rozumieć należy mylne stwierdzenie przez lekarza nieistniejącej choroby albo – co zdarza się częściej – nierozpoznanie choroby rzeczywiście u pacjenta występującej[35]. Błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu) wyraża się z kolei w podjęciu przez lekarza

---

[32] Por. M. Safjan, *Kilka…*, op. cit., s. 20; J. Jończyk, *Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym*, „Przegląd Sądowy" 2003, nr 9, s. 32.

[33] Pojęcie tzw. błędu w sztuce lekarskiej funkcjonuje równolegle z innymi terminami, takimi jak: błąd lekarski, błąd w sztuce medycznej czy błąd medyczny. Wydaje się, że dwa ostatnie określenia są właściwsze, obrazują bowiem czytelnie, że „błędu w sztuce" dopuścić się może nie tylko lekarz, ale również inni członkowie personelu medycznego (np. pielęgniarka, ratownik medyczny).

[34] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2007, s. 187.

[35] Ibidem, s. 189.

niewłaściwej decyzji co do wyboru metody czy sposobu leczenia pacjenta[36]. Błąd prognozy polega natomiast na nieprawidłowej ocenie przez lekarza, możliwych do określenia w świetle aktualnej wiedzy medycznej, rokowań pacjenta, czyli przypuszczalnego przebiegu choroby, w tym szans na wyleczenie[37].

Błędy w sztuce lekarskiej niejednokrotnie prowadzą do uszkodzenia ciała pacjenta lub spowodowania rozstroju jego zdrowia, a zatem do okoliczności, które polski ustawodawca określa mianem szkody na osobie (art. 444 k.c.). W myśl art. 444 § 1–3 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego podmiot zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu[38]. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa. Ponadto, zgodnie z art. 447 k.c., sąd może z ważnych powodów na żądanie poszkodowanego przyznać mu zamiast renty lub jej części odszkodowanie jednorazowe. Dotyczy to w szczególności wypadku, gdy poszkodowany stał się inwalidą, a przyznanie jednorazowego odszkodowania ułatwi mu wykonywanie nowego zawodu.

Szczególne regulacje w tym zakresie odnoszą się do sytuacji, gdy wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego. Wówczas podmiot obowiązany do naprawienia szkody zobligowany jest zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je faktycznie poniósł (art. 446 § 1 k.c.). Osoba, względem której ciążył na zmarłym poszkodowanym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego

---

[36] Ibidem, s. 191.

[37] Błędy w sztuce nie omijają dziedzin medycyny takich jak ginekologia i położnictwo. Tytułem przykładu przywołać można błąd terapeutyczny zaistniały podczas porodu, który stał się podstawą procesu cywilnego zakończonego wydaniem przez Sąd Apelacyjny w Lublinie wyroku w dniu 10.01.2002 r. W komentowanym przypadku lekarz przeprowadzający poród, mimo stwierdzonych symptomów niedotlenienia płodu, podjął decyzję o kontynuowaniu porodu drogą naturalną. Interwencji chirurgicznej w postaci tzw. cesarskiego cięcia dokonał dopiero po kilku godzinach, co więcej – w sposób wadliwy. Skutkiem powyższego okazało się trwałe kalectwo matki, zaś u dziecka zaistnienie encefalopatii niedokrwienno-niedotleniowej pod postacią czterokończynowego porażenia mózgowego, padaczki i ślepoty. Por. wyrok SA w Lublinie z dnia 10.01.2002 roku, I ACa 576/01, OSP 2/2003, poz. 23, przywołany za: ibidem, s. 192.

[38] Opisany powyżej zakres obowiązku naprawienia szkody doznaje pewnej modyfikacji w związku z istnieniem powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Osoba, której sprawca wyrządził szkodę na osobie i która w związku z tym zdarzeniem zmuszona jest poddać się leczeniu, będzie zwykle (przynajmniej w pewnym zakresie) korzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych jej w ramach tegoż ubezpieczeniowego systemu opieki zdrowotnej. Sprawca nie będzie zatem musiał ponosić kosztów leczenia poszkodowanego, bowiem koszty te pokryje Narodowy Fundusz Zdrowia. Funduszowi zaś, co podkreślił Sąd Najwyższy, nie przysługuje roszczenie zwrotne do bezpośredniego sprawcy szkody (uchwała SN z dnia 27.04.2001 roku, sygn. III CZP 5/01, OSNC 2001, nr 11, poz. 161).

przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego (art. 446 § 2 k.c.). Sąd może ponadto przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej (art. 446 § 3 k.c.).

Jednocześnie należy zauważyć, że zawiniony błąd w sztuce lekarskiej może stanowić źródło nie tylko majątkowej szkody na osobie, lecz również szkody niemajątkowej. Uszkodzenie ciała pacjenta lub wywołanie u niego rozstroju zdrowia może bowiem równocześnie powodować naruszenie dóbr osobistych pacjenta, prowadząc tym samym do wyrządzenia temu ostatniemu krzywdy. Przepis art. 445 § 1 k.c. przesądza o tym, że w takiej sytuacji sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego. Nie budzi wątpliwości, że pacjent jest uprawniony do równoczesnego dochodzenia zarówno naprawienia wyrządzonej mu szkody majątkowej (na podstawie art. 446 k.c.) oraz szkody niemajątkowej (art. 445 k.c.). Natomiast nie jest w pełni jasna relacja zachodząca pomiędzy przywołanym art. 445 k.c. a analizowanym uprzednio art. 448 k.c. oraz art. 4 u.p.p. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na sformułowaną w orzecznictwie Sądu Najwyższego tezę, zgodnie z którą roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta (art. 19a u.z.o.z.) mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności sprawców za odrębne czyny bezprawne[39]. Z uwagi na bardzo bliskie podobieństwo pod względem treści regulacji z art. 4 u.p.p. do art. 19a u.z.o.z., pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w odniesieniu do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej można w pełni odnieść również do ustawy o prawach pacjenta. W uzasadnieniu cytowanego wyroku podkreślono, że odmienny jest przedmiot ochrony każdego z przywołanych roszczeń: art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, natomiast art. 19a u.z.o.z. chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Opowiadając się za trafnością takiego rozstrzygnięcia, należy jednocześnie przychylić się do stanowiska wyrażonego w piśmiennictwie, iż tym samym nie znajduje tu zastosowania zasada, oparta na założeniu jednolitości i niepodzielności szkody niemajątkowej, zgodnie z którą krzywda moralna i cierpienie fizyczne nie stanowią podstawy do przyznania dwóch odrębnych roszczeń[40].

## 5. Wnioski

Powyższa analiza sytuacji prawnej poszkodowanego pacjenta uzasadnia, moim zdaniem, trafność tezy, iż przepisy przyznają pacjentowi szeroki wachlarz środków służących dochodzeniu naprawienia szkody. Obserwacja tzw. procesów lekarskich wydaje się wskazywać, że dalece trudniejsze od poprawnego skonstruowania roszczenia

---

[39] Wyrok SN z dnia 29.05.2007 roku, sygn. V CSK 76/07, OSNC 2008/7-8/91.

[40] A. Górski, J. P. Górski, *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta*, „Palestra" 2005, nr 5–6, s. 87.

okazuje się natomiast udowodnienie w postępowaniu sądowym, że w konkretnej sprawie rzeczywiście doszło do naruszenia prawa pacjenta lub popełnienia zawinionego błędu w sztuce. Spowodowane trudnościami dowodowymi problemy związane z pociągnięciem lekarzy do odpowiedzialności muszą być z punktu widzenia ochrony pacjenta ocenione negatywnie. Tym niemniej nie można przy tym tracić z pola widzenia, iż nadmierna i często nieuzasadniona „roszczeniowość" ze strony pacjentów sprzyja niestety zjawisku tzw. medycyny defensywnej. Pacjent powinien mieć prawo uzyskania naprawienia szkody, jakiej doznał ze strony lekarza, lekarz jednak nie może równocześnie bać się leczyć, czując na plecach oddech prawników. Towarzysząca lekarzowi obawa przed podjęciem jakiegokolwiek ryzyka obracać się może bowiem przeciw samym pacjentom. Wszak lekarz nadto krępowany przepisami prawa, w tym prawa cywilnego, będzie wolał odmówić udzielenia ryzykownego, choć możliwe że skutecznego, świadczenia zdrowotnego, niż podjąć to ryzyko, narażając się na pociągnięcie do odpowiedzialności w przypadku niepowodzenia.

**Summary**

**Civil Responsibility for Damage Inflicted in Relation to Treatment**

The paper concerns civil responsibility for damages (harm) inflicted in the course of treatment as a result of two kinds of events, i.e. the infringement of a patient's personal interests and through medical error. In particular, the paper discusses the prerequisites of civil responsibility, the issue of responsibility for the infringement of a patient's personal interests as well as civil responsibility for professional error. It is also observed that on the basis of the analysis performed in the paper one can justify the statement that patients have at their disposal numerous legal instruments enabling them to seek reparation for such damage. Nevertheless, it is highlighted that in so-called medical trials drawing up a correct claim is relatively easy, whereas it is far more difficult to actually prove during court proceedings that in a given case the infringement of a patient's personal interests actually occurred, or that a culpable professional error was committed.

Katarzyna MIASKOWSKA-DASZKIEWICZ

# Prawne aspekty produktów leczniczych stosowanych w populacji pediatrycznej

## Uwagi ogólne

Prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej jest jednym z praw socjalnych dziecka, wyrażonym w art. 24 Konwencji o prawach dziecka[1]. Konwencja ta została ratyfikowana przez większość państw świata[2] i ustanawia status dziecka oparty na założeniu, że dziecko jest samodzielnym podmiotem, ale ze względu na swoją niedojrzałość psychiczną i fizyczną wymaga szczególnej opieki i ochrony prawnej. Również polskie rozwiązania prawne proklamują prawo do ochrony zdrowia, które zostało pozytywizowane w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP[3] i nie ma charakteru jedynie deklaratywnego[4]. Przychylić się należy do poglądu D. Góreckiego, że art. 68 ust. 1 to norma prawna, z której wynikają określone obowiązki władzy publicznej[5]. Sformułowanie, iż „każdy" ma prawo do ochrony oznacza, że Konstytucja wyklucza jakiekolwiek wyłączenia podmiotowe (choćby ze względu na wiek) z zakresu jej działania.

Przedmiotem rozważań zawartych w niniejszym opracowaniu są prawne warunki funkcjonowania produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania w populacji pediatrycznej. Zawężając nieco tę kwestię, wypada dodać, że w tekście przeanalizowano dostępne instrumenty prawne, które warunkują bezpieczeństwo stosowania produktów leczniczych w terapii dzieci i młodzieży. Przystępując do tak zakreślonego zadania, należy również zaznaczyć, że z prawa do ochrony zdrowia wynika prawo dostępu do najbardziej skutecznych, możliwie najbardziej bezpiecznych produktów leczniczych o odpowiedniej jakości.

Na podstawie projektu Komisji Europejskiej z września 2004 r. Rada wraz z Parlamentem uchwaliła Rozporządzenie (WE) NR 1901/2006 z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie produktów leczniczych stosowanych w pediatrii oraz zmieniające rozporządzenie (EWG) nr 1768/92, dyrektywę 2001/20/WE, dyrektywę 2001/83/WE

---

[1] Konwencję tę Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło 20 listopada 1989 r. Weszła ona w życie w 1990 r., z chwilą ratyfikowania jej przez 20 państw. Polska ratyfikowała Konwencję 7 lipca 1991 r. (Dz. U. Nr 120, poz. 526).

[2] Oprócz m.in. USA.

[3] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997, Nr 78 poz. 483 ze zm.), por. wyrok TK w sprawie 14/03 (Dz. U. 2004, Nr 5, poz. 37).

[4] Zob. np. H. Izdebski, *Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce*, „Zdrowie Publiczne" 2001, nr 5–6, s. 377.

[5] D. Górecki, *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej*, „Studia Prawno-Ekonomiczne" 1997, nr 56, s. 121 i n.

i rozporządzenie (WE) nr 726/2004[6]. Rozporządzenie to weszło w życie 26 stycznia 2007 r. i obowiązuje bezpośrednio we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej. Nie bez znaczenia pozostaje forma, jaką wybrała UE do realizacji celu poprawienia dostępności produktów leczniczych przebadanych do stosowania w pediatrii. Zadanie to może zostać bowiem lepiej wykonane na poziomie Unii, niż na poziomie regulacji krajowych – stąd forma rozporządzenia.

Rozporządzenie 1901/2006/WE pod pojęciem „populacji pediatrycznej" rozumie część społeczeństwa w wieku od urodzenia do ukończenia 18 roku życia[7]. Zakreślone w ten sposób granice wiekowe populacji pediatrycznej można uważać za pewną słabość rozwiązań Rozporządzenia. Tak przyjęta bowiem cezura powoduje nieuwzględnienie potrzeb terapeutycznych na etapie życia płodowego. Tymczasem aktualny stan wiedzy i techniki medycznej coraz częściej umożliwia zarówno terapię farmakologiczną dziecka w łonie matki, jak również poddawanie go innym procedurom medycznym. Szczególne znaczenie będzie miało tu stosowanie tzw. leków wywołujących „programowanie", które mogą powodować trwale niekorzystne reakcje, gdy poda się lek w określonym okresie ciąży („krytyczne okno").

Wskazane ograniczenie populacji pediatrycznej powoduje, że producenci produktów leczniczych przeznaczonych do terapii w fazie życia płodowego nie mogą skorzystać z wielu zachęt rozwojowych.

Interesującym rozwiązaniem w polskim porządku prawnym jest wskazanie temporalnego zakresu dzieciństwa, które na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka[8] obejmuje także czas przed urodzeniem dziecka, od jego poczęcia. Polskie rozwiązanie zainspirowane zostało brzmieniem przepisu art. 1 Konwencji o Prawach Dziecka, w myśl którego „dziecko oznacza każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono wcześniej pełnoletność". Niemniej ze względu na fakt, że regulacja unijna ma pierwszeństwo stosowania, dla potrzeb badań klinicznych produktów leczniczych z udziałem populacji pediatrycznej stosować należy definicję z Rozporządzenia 190/2006/WE.

Pojęciem, które obok pojęcia „populacji pediatrycznej" stoi w centrum niniejszych rozważań, jest pojęcie produktu leczniczego. Jest to pojęcie prawne. Prawo farmaceutyczne definiuje produkt leczniczy jako substancję lub mieszaninę substancji, której przypisuje się właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt, lub podawaną człowiekowi lub zwierzęciu w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia czy modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu ludzkiego lub zwierzęcego[9].

Produkty lecznicze stosowane w pediatrii można podzielić na trzy grupy.

Do pierwszej z nich zaliczymy produkty przeznaczone do terapii typowych, powszechnie występujących chorób dziecięcych, przy założeniu, że produkty te są dopuszczone do obrotu na podstawie badań klinicznych z udziałem małoletnich. Drugą

---

[6] Dz. Urz. UE z 27 grudnia 2006, Nr L 378, s. 1 i n.

[7] Por. art. 2 pkt 1 Rozporządzenia 1901/2006/WE.

[8] Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. 2000, Nr 6, poz. 69 ze zm.).

[9] Art. 2 ust. 32 Prawa farmaceutycznego, ustawy z dnia 6 września 2001 r., (t.j. Dz. U. 2008, Nr 45, poz. 271 ze zm.).

grupę stanowią produkty lecznicze przeznaczone do terapii chorób rzadkich. Stanowią one ok. 11% wszystkich tzw. *orphan drugs*, które regulowane są Rozporządzeniem 141/2000/WE[10] i przeznaczone są wyłącznie do stosowania w pediatrii[11]. Trzecią kategorię stanowią produkty lecznicze stosowane w leczeniu schorzeń pediatrycznych, lecz zarazem aplikowane poza wskazaniem zakreślonym podczas ich dopuszczania do obrotu (tzw. Off-Label-Use). Ponadto leki te na etapie badań klinicznych nie zostały przebadane na grupie pediatrycznej.

## Badania kliniczne produktów leczniczych z udziałem małoletnich

Przepisy prawa polskiego w zakresie badań klinicznych produktów leczniczych zostały włączone do ustawy Prawo farmaceutyczne[12].

Warto zauważyć, że rzeczone regulacje krajowe uwzględniają zarówno wymogi Dyrektywy 2001/20/WE[13], jak i wytyczne Międzynarodowej Konferencji ds. Harmonizacji ICH E-11[14]. Konferencja ta przyjęła założenia dotyczące badań klinicznych na populacji pediatrycznej. Założenia uzależniono od przynależności poddawanego badaniom do określonej grupy wiekowej w tej populacji: dzieci przedwcześnie urodzone, noworodki (do 27 dnia życia), niemowlęta (od 28 dnia życia do 23 miesiąca życia), dzieci *sensu stricte* (od 24 miesiąca do 12 roku życia) oraz młodzież (od 12 do 18 roku życia).

Oprócz przestrzegania ogólnych zasad prowadzenia badań klinicznych[15], Prawo farmaceutyczne zakłada, że badanie kliniczne z udziałem małoletnich może być prowadzone, jeżeli są spełnione łącznie dodatkowe warunki[16]. Pierwszym z nich jest uzyskanie świadomej zgody przedstawiciela ustawowego (a w pewnych warunkach także małoletniego) na zasadach określonych w art. 25 ustawy lekarskiej[17]. Odrębnym wymogiem jest posiadanie przez badacza lub osobę wskazaną przez niego doświadczenia

---

[10] Rozporządzenie (WE) Nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych (Dz. Urz. UE L 18, z dnia 22.1.2000, s. 1–5).

[11] A.-K. Heinemann, A. Tieben, *Die EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln*, „Arzneimittel&Recht" 2007, nr 2, s. 53.

[12] Zob. art. 37a–37 ustawy Prawo farmaceutyczne.

[13] Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/20/WE z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zbliżania przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich odnoszących się do wdrożenia zasady dobrej praktyki klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania przez człowieka (Dz. U. L 121, z 1.5.2001 r.).

[14] Wytyczne E11 Międzynarodowej Konferencji ds. Harmonizacji Clinical Investigation of Medicinal Products in the Pediatric Population, „Badania kliniczne produktów leczniczych w populacji pediatrycznej" (grudzień 2000) http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/ich/271199en.pdf z dnia 1 października 2009 r.

[15] Na ten temat zob. np. K. Miaskowska, *Zasady prowadzenia badań klinicznych produktów leczniczych*, „Społeczeństwo i Rodzina" 2006, nr 2, s. 120–131.

[16] Zob. art. 37h ustawy Prawo farmaceutyczne.

[17] Na temat aspektów wyrażania zgody na udział małoletniego dziecka w badaniu klinicznym przez rodziców zob. w szczególności H. Tuchołka, *Uregulowania prawne prowadzenia badań klinicznych w Polsce: wybrane aspekty*, w: M. Walter (red.), *Badania kliniczne. Organizacja. Nadzór. Monitorowanie*, Warszawa 2004, s. 340–341.

w postępowaniu z małoletnimi oraz udzielenie małoletniemu zrozumiałych dla niego informacji dotyczących badania klinicznego oraz związanego z nim ryzyka i korzyści. Badacz ma obowiązek zapewnić, że w każdej chwili uwzględni życzenie małoletniego, zdolnego do wyrażania opinii i oceny powyższych informacji, dotyczące jego odmowy udziału w badaniu klinicznym lub wycofania się z tego badania[18].

Badanie z udziałem małoletnich może być prowadzone, gdy grupa pacjentów potencjalnie odniesie bezpośrednie korzyści z badania klinicznego. Ponadto przeprowadzenie takiego badania klinicznego jest niezbędne dla potwierdzenia danych uzyskanych w badaniach klinicznych, których uczestnikami były osoby zdolne do wyrażenia świadomej zgody lub w badaniach klinicznych prowadzonych innymi metodami naukowymi.

Badanie kliniczne z udziałem małoletniego musi następnie dotyczyć bezpośrednio występującej u niego choroby lub jest możliwe do przeprowadzenia tylko z udziałem małoletnich. Ze względu na konieczność ochrony probantów badanie kliniczne powinno być zaplanowane w taki sposób, aby zminimalizować ból, lęk i wszelkie inne możliwe do przewidzenia ryzyko związane z chorobą i wiekiem pacjenta.

Zauważyć należy, że przepisy prawa farmaceutycznego przewidują wyraźnie możliwość, że w skład komisji bioetycznej wyrażającej opinię o badaniu, zanim minister właściwy do spraw zdrowia wyda nań pozwolenie, nie zostanie powołany lekarz pediatra[19]. Wówczas jednak, gdy badanie dotyczy małoletniego, komisja powinna zasięgnąć opinii pediatry. Należy się zastanowić, czy taki przepis jest sensowny w obliczu całości uregulowań mających na celu ochronę interesów wskazanych probantów. Przecież w przedstawionej sytuacji komisja zasięga tylko opinii lekarza określonej specjalności, nie uczestniczy on jednak w głosowaniu nad opinią dotyczącą całego badania. Powstaje więc wątpliwość, czy przez ten mechanizm polski ustawodawca rzeczywiście najpełniej chroni dobro dzieci.

Przepisy prawa farmaceutycznego w zakresie prowadzenia badań klinicznych na grupie pediatrycznej zostały uzupełnione przepisami wykonawczymi rozporządzenia ministra zdrowia, które określa sposób prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich. Uwzględnia ono w szczególności zasadność udziału małoletnich w badaniu klinicznym, sposoby zminimalizowania ryzyka w takich badaniach klinicznych, kolejność wykonywania badań klinicznych z uwzględnieniem wieku pacjentów, klasyfikację badań klinicznych ze względu na rodzaj i charakter schorzenia, harmonogram przeprowadzania badań klinicznych z udziałem małoletnich z uwzględnieniem stopnia zaawansowania badań klinicznych nad badanym produktem leczniczym, rodzaj wyko-

---

[18] Warto zwrócić uwagę na fakt, że wyrażanie opinii przez dziecko nie musi oznaczać przekazu werbalnego. P. Alderson i J. Montgomery wskazują, że nawet niemowlę za pomocą reakcji ciała jest w stanie wyrazić swoją niechęć do dalszych badań, co powinni uwzględniać lekarze je prowadzący, zob. P. Alderson, J. Montgomery, *Health Care Choices. Making Decisions with Children*, London 1996; P. Alderson, *The Autonomy of the Child. Children and their Decision-Making Capacity in the Medical Setting. Key-note-lecture*, Jahrestagung Akademie für Ethik in der Medizin, Tutzing, 2–4.10.2002; prawne uwzględnienie reakcji niemowlęcia odrzucają z kolei E. Deutsch, H. D. Lippert, R. Ratzel, K. Anker, *Kommentar zum Arzneimittelgesetz*, Berlin–Heidelberg 2001, § 40 Rdnrn. 21ff.

[19] Zob. art. 37t ustawy Prawo farmaceutyczne.

nywanych badań, rodzaj dokumentacji klinicznej wymaganej przed rozpoczęciem badań klinicznych z udziałem małoletnich[20].

W praktyce występuje jednak duża niechęć producentów farmaceutycznych do prowadzenia badań na populacji pediatrycznej. Istnieje kilka powodów braku aktywności przemysłu farmaceutycznego w zakresie rozwijania produktów leczniczych przeznaczonych dla dzieci. Dzieje się tak z jednej strony dlatego, że ze względu na mniejszy rynek, badania takie związane są z ograniczonym zyskiem. Z drugiej zaś strony przedsiębiorcy farmaceutyczni muszą liczyć się z wysokimi kosztami procedury dopuszczania do obrotu, a to ze względu na wieloetapowe badania kliniczne, ponieważ w rzeczywistości populacja pediatryczna składa się z szeregu podgrup. W związku z tym plan badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej powinien określać, które z podgrup populacji należy zbadać, jakimi sposobami i w jakim czasie. Kolejna przyczyna to fakt, że badania prowadzone u dzieci są postrzegane jako te, które niosą za sobą większe ryzyko niż te prowadzone u dorosłej populacji. Nie bez znaczenia jest również to, że badania te nastręczają większych problemów natury etycznej przy obchodzeniu się z probantami, którzy w sposób jednoznaczny nie potrafią określić swojego samopoczucia w trakcie badań. Dodatkowo bardzo często istnieją trudności z gotowością rodziców lub innych opiekunów prawnych do wyrażenia zgody na udział dzieci w badaniach. Za poważne ograniczenie należy też uznać braki w infrastrukturze niezbędnej do prowadzenia takich badań.

Wskutek wymienionych zjawisk w terapii dzieci i młodzieży stosuje się produkty lecznicze, które nigdy nie zostały przebadane na populacji pediatrycznej ani pod kątem ich bezpieczeństwa, ani skuteczności terapeutycznej.

## Off-Label-Use

Zgodnie z brzmieniem art. 3 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne, do obrotu dopuszczone są produkty lecznicze, które uzyskały pozwolenie potwierdzające, że dany produkt leczniczy może być przedmiotem obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wnioski o wydanie pozwolenia podmiot odpowiedzialny składa do ministra właściwego do spraw zdrowia. Do wniosku dołącza się (art. 10 ust. 2 pkt 11) charakterystykę produktu leczniczego, która zawiera m.in. zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 4 lit. a wskazania do stosowania tego produktu. Zatem dopuszczeniu do obrotu na terytorium RP podlegają produkty z określonymi wskazaniami do ich stosowania (tzw. wskazania rejestracyjne).

Istniejąca praktyka lekarska, zgodnie z którą podaje się dzieciom nieprzebadane na nich i niedopuszczone dla nich produkty lecznicze, nie budziłaby poważniejszych wątpliwości, gdyby preparat stosowany u dorosłych musiał być jedynie dozowany odpowiednio do wagi ciała dziecka lub miał przyjazną dla niego postać, np. syropu o smaku truskawkowym zamiast gorzkiej pigułki. Organizmy dzieci nie są jednakże jedynie mniejszymi organizmami dorosłych, lecz na różnych stopniach rozwoju reagują

[20] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. 2004, Nr 104, poz. 1108).

w zupełnie swoisty sposób. Z medycznego punktu widzenia może istnieć poważne ryzyko, że specyfika dziecięcego organizmu nie zostanie uwzględniona zwłaszcza w aspekcie farmakokinetyki zaaplikowanego produktu leczniczego. Dla przykładu noworodki, szczególnie te urodzone przed terminem nie dysponują wszystkimi enzymami, które są niezbędne do procesów farmakokinetycznych po zaaplikowaniu produktu leczniczego. Oznacza to, że w pierwszych miesiącach życia dziecka niektóre produkty lecznicze będą wydalane przez nie zdecydowanie dłużej aniżeli przez osobę dorosłą. Może to tym samym doprowadzić do niebezpiecznego nagromadzenia w dziecięcym organizmie substancji czynnej i niepożądanych, niebezpiecznych działań ubocznych w przyszłości.

Stosowanie produktów leczniczych poza ich wskazaniem rejestracyjnym wzbudza nie tylko wątpliwości natury medycznej. Z praktykami tymi wiąże się również problematyka odpowiedzialności lekarzy, którzy prowadzą terapię o charakterze Off-Label-Use. Ordynowanie produktów leczniczych należy uznać za świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[21], ponieważ mieści się w zakresie sformułowania „leczenie i rehabilitacja chorych". Ze względu na powyższy fakt, w sytuacji podejmowania decyzji o terapii farmakologicznej zastosowanie ma art. 4 ustawy lekarskiej. Nakłada on na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Lekarz może ordynować te produkty lecznicze, które są dopuszczone do obrotu na terytorium RP[22], na podstawie dostępnych procedur rejestracyjnych.

Wskazania do stosowania produktu leczniczego (leku) zawarte w Charakterystyce Produktu Leczniczego mają charakter podstawowy. Jednakże, poza wymienioną sytuacją, możliwe jest także stosowanie leku zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Powyższe oznacza, iż lekarz, przepisując konkretną terapię, powinien w pierwszej kolejności korzystać z leków, które mają zarejestrowane, pożądane w danej sytuacji działanie. W przypadku braku odpowiedniego leku lub stwierdzenia jego nieskuteczności, lekarz może korzystać z innych leków, o ile ich stosowanie jest zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Natomiast za stosowanie zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej należy uznać takie stosowanie, gdy spełniona jest jedna z następujących przesłanek: terapia jest oparta na produktach leczniczych posiadających odpowiednie wskazania, lub terapia jest oparta na wieloletniej i ugruntowanej praktyce klinicznej opisanej w aktualnych podręcznikach z zakresu farmakologii lub danej specjalności medycznej, lub terapia jest oparta na wiarygodnych dowodach naukowych opublikowanych w uznanych czasopismach naukowych, potwierdzających skuteczność i zasadność wybranego postępowania. Należy się przychylić do poglądu, że mówiąc o aktualnym stanie wiedzy medycznej, wypada przyjąć, że są to wiedza i metody stosowane w kraju, a nie np. w danym zakładzie opieki zdrowotnej[23].

---

[21] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. 2008, Nr 136, poz. 857 ze zm. – w artykule tym określana również jako „ustawa lekarska").

[22] Art. 45 ustawy lekarskiej.

[23] Tak np. S. Poździoch, *Prawo zdrowia publicznego*, Kraków 2004, s. 130 i n.

Lekarz, podejmując więc decyzję o terapii na podstawie swojej wiedzy oraz medycznego doświadczenia, może sięgnąć po produkty lecznicze zgodnie z ich wskazaniem rejestracyjnym lub też wykroczyć poza to wskazanie. W pewnych sytuacjach powinien nawet zastosować produkt leczniczy poza jego wskazaniem rejestracyjnym, aby nie narazić się na zarzut poważnego zaniechania[24].

Sięgając w terapii dziecięcej po produkt leczniczy nieprzebadany na populacji pediatrycznej[25], stykamy się także z problemem niewłaściwej informacji o dawkowaniu leku. Informacja taka może prowadzić do zwiększonego ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, łącznie ze śmiercią. Innym efektem może być nieskuteczna terapia z powodu stosowania niewystarczających dawek leku. Dodać należy, że dane o bezpieczeństwie stosowania leków w populacji pediatrycznej nie mogą być ekstrapolowane z danych odnoszących się do dorosłych, ponieważ część niepożądanych działań leku można obserwować tylko u populacji dziecięcej. Z powodu dojrzewania, dzieci mogą być wrażliwe na leki zaburzające wzrost i rozwój. Można u nich również zaobserwować odległe w czasie niepożądane działania leku, których nigdy nie stwierdzimy u dorosłych.

Decyzja lekarza o zastosowaniu produktu leczniczego poza wskazaniem rejestracyjnym ma także związek z problematyką natury administracyjno-finansowej. Powstaje bowiem pytanie o refundację terapii prowadzonej z użyciem produktu leczniczego poza jego wskazaniami rejestracyjnymi. Odpowiadając na nie, należy stwierdzić, że refundacja możliwa jest tylko o tyle, o ile lekarz proceduje według prawem przewidzianej kolejności[26].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że Off-Label-Use nie stanowi już wyjątkowej sytuacji, a wręcz staje się regułą[27]. W Europie ponad 50% produktów leczniczych stosowanych u dzieci nie jest dopuszczonych do stosowania ze wskazaniem dla populacji pediatrycznej lub jest stosowana w inny sposób niż jest to przewidziane w dokumentach rejestracyjnych.

## Obowiązek przeprowadzenia badań klinicznych na populacji pediatrycznej

Należy zastanowić się, w jaki sposób można stymulować rozwój i zwiększyć tym samym dostępność produktów leczniczych bezpiecznych dla populacji pediatrycznej. Niewątpliwie cel ten można osiągnąć poprzez wprowadzenie zmian do procedur dopuszczania produktów leczniczych do obrotu na terytorium UE[28]. Zmiany mogą doty-

---

[24] Zob. wyrok OLG Köln z dnia 30 maja 1990, Az.: 27 U 169/87, w którym lekarz został uznany winnym poważnego błędu w sztuce lekarskiej, gdyż nie zastosował produktu leczniczego poza jego wskazaniem rejestracyjnym.

[25] Czy to po ordynacji lekarza, czy też w sytuacji tzw. samoleczenia, kiedy sięgamy po produkt leczniczy dostępny bez recepty.

[26] Zob. pismo MZ-PLO-460-3361-15/SS/02 z dnia 20 listopada 2006 r., w którym zawarte zostało stanowisko Ministerstwa Zdrowia dotyczące finansowania ze środków publicznych terapii lekami poza wskazaniami rejestracyjnymi.

[27] A. K. Heinemann, A. Tieben, *Die EU-Verordnung zu Kinderarzneimittelen*, „Arzneimittel&Recht" 2007, nr 2, s. 54.

[28] Por. art. 7 Rozporządzenia 1901/2006/WE.

czyć czy to procedury krajowej, czy to unijnej. Aktualnie pierwszą przeprowadza się na podstawie regulacji państwa członkowskiego zharmonizowanej z Dyrektywą Rady i Parlamentu Europejskiego 2001/83/WE z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi[29] wraz z jej najistotniejszą nowelizacją, Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/27/WE z dnia 31 marca 2004 roku[30]. Procedurę unijną natomiast uregulowano Rozporządzeniem Komisji 726/2004/WE z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiającym wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków[31]. Obie procedury opierają się na ustanowieniu dla podmiotu odpowiedzialnego obowiązku dołączenia do wniosku o dopuszczenie do obrotu jednego z następujących dokumentów: wyników wszystkich przeprowadzonych badań oraz szczegółów wszystkich informacji zebranych zgodnie z zatwierdzonym planem badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej; decyzji Europejskiej Agencji Oceny Leków o przyznaniu zwolnienia dla określonego produktu; decyzji Europejskiej Agencji Oceny Leków o przyznaniu zwolnienia dla określonej klasy produktów lub decyzji Europejskiej Agencji Oceny Leków o przyznaniu odroczenia.

Jednym z celów rozporządzenia 1901/2006/WE, jak wskazuje się w literaturze[32], jest zapewnienie rozwoju produktów leczniczych stosowanych w terapii pediatrycznej poprzez niewątpliwie etyczne prace badawcze.

Przeprowadzenie badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej odbywa się na podstawie zatwierdzonego przez Europejską Agencję Oceny Leków planu badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej (Paediatric Investigation Plan – PIP). Na uwagę zasługuje fakt, że obowiązek uzyskania zatwierdzenia PIP jest niezależny od obowiązku uzyskania pozwolenia ministra zdrowia na przeprowadzenie badania klinicznego[33].

Obowiązkiem przeprowadzenia badań klinicznych w oparciu o PIP objęci są przedsiębiorcy składający wniosek w odniesieniu do produktu leczniczego, który w dniu wejścia w życie Rozporządzenia 1901/2006/WE[34] nie był dopuszczony do obrotu.

Plan badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej określa terminy oraz środki proponowane w celu dokonania oceny jakości, bezpieczeństwa i skuteczności stosowania produktu leczniczego we wszystkich podgrupach populacji pediatrycznej, których może on dotyczyć. Ponadto plan zawiera opis wszelkich działań mających na celu zaadaptowanie postaci produktu leczniczego w taki sposób, aby jego stosowanie

---

[29] Dz. Urz. UE z 28 listopada 2001 r., Nr L 311, s. 67.

[30] Dz. Urz. UE z 30 kwietnia 2004 r., Nr L 136, s. 1.

[31] Dz. Urz. UE z 30 kwietnia 2004 r., Nr L 136, s. 1, na temat centralnej procedury dopuszczania produktów leczniczych do obrotu. Zob. K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Reglamentacja działalności gospodarczej przez Komisję Europejską na przykładzie wspólnotowego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego*, w: W. Szwajdler, H. Nowicki (red.), *Konstytucyjna zasada wolności gospodarczej*, Toruń 2009, s. 297–322.

[32] Por. W. Kügel, *§ 9 Die Grundzüge des Arzneimittel- und Medizinprodukterechts*, w: M. Terbille (red.), *Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht*, 1. Auflage, München 2009, Rn 24.

[33] Art. 37l ustawy Prawo farmaceutyczne.

[34] 26 stycznia 2007 r.

było w większym stopniu zadowalające, dogodniejsze, bezpieczniejsze lub skuteczniejsze dla różnych podgrup populacji pediatrycznej. Podmiot odpowiedzialny ma obowiązek złożyć w Europejskiej Agencji Oceny Leków wniosek o zatwierdzenie planu badań w stosownym czasie poprzedzającym złożenie wniosku o pozwolenie na dopuszczenie do obrotu. Przedsiębiorca farmaceutyczny, składając wniosek o zatwierdzenie planu powinien uwzględnić czas, jaki ma Agencja na dokonanie tej czynności oraz okres zaplanowanych badań klinicznych.

Procedura w samej Agencji jest dość długotrwała. Agencja w ciągu 30 dni od dnia otrzymania wniosku przekazuje go Komitetowi Pediatrycznemu[35], który ma 60 dni na jego zaopiniowanie i przesłanie do Agencji[36]. Uruchamia to etap, na którym Agencja, w ciągu 10 dni od otrzymania opinii od komitetu, przekazuje ją wnioskodawcy[37]. Jeżeli po upływie 30 dni od otrzymania opinii Komitetu Pediatrycznego wnioskodawca nie zwraca się o ponowne przeanalizowanie opinii, uznaje się, że opinia Komitetu jest ostateczna[38]. Wówczas Agencja podejmuje ostateczną decyzję o zatwierdzeniu planu w terminie nieprzekraczającym 10 dni od daty wydania ostatecznej opinii Komitetu[39], o czym pisemnie zawiadamia wnioskodawcę. Zatwierdzony w ten sposób plan badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej jest wiążący dla podmiotu odpowiedzialnego. W przypadku przeprowadzenia badań niezgodnie z PIP, produkty lecznicze dopuszczone do obrotu na podstawie danych uzyskanych z badań klinicznych niezgodnych z planem wyłączone są spod systemu zachęt przewidzianych w Rozporządzeniu 1901/2006/WE[40].

Obowiązek przedłożenia właściwym organom wydającym decyzję o pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu wyników wszystkich przeprowadzonych badań oraz informacji zebranych zgodnie z zatwierdzonym planem badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej nie jest absolutny. Rozporządzenie 1901/2006/WE przewiduje, iż można od niego odstąpić w trzech sytuacjach. Po pierwsze, gdy prawdopodobne jest, iż dany produkt leczniczy lub klasa produktów leczniczych są nieskuteczne lub nie są bezpieczne dla części lub całości populacji pediatrycznej. Po drugie, gdy choroba lub stan, do leczenia których dany produkt leczniczy lub klasa produktów jest przeznaczony, występuje tylko w populacjach dorosłych. W trzecim przypadku, gdy dany produkt leczniczy nie przedstawia znaczącej korzyści terapeutycznej w porównaniu z obecnymi sposobami leczenia pacjentów pediatrycznych[41].

Europejska Agencja Oceny Leków prowadzi wykaz wszystkich zwolnień. Wykaz ten jest regularnie uaktualniany (co najmniej raz w roku) i podawany do publicznej wiadomości[42].

Oprócz przypadków zwolnienia z przeprowadzenia badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej, prawodawca unijny przewidział możliwość odroczenia, na

---

[35] Art. 16 ust. 2 Rozporządzenia 1901/2006/WE.
[36] Art. 17 ust. 1 Rozporządzenia 1901/2006/WE.
[37] Art. 25 ust. 1 Rozporządzenia 1901/2006/WE.
[38] Art. 25 ust. 4 Rozporządzenia 1901/2006/WE.
[39] Art. 25 ust. 5 Rozporządzenia 1901/2006/WE.
[40] Art. 24 Rozporządzenia 1901/2006/WE.
[41] Zob. art. 11 w zw. z art. 7 Rozporządzenia 1901/2006/WE.
[42] Art. 14 Rozporządzenia 1901/2006/WE.

wniosek podmiotu odpowiedzialnego, rozpoczęcia lub zakończenia niektórych działań objętych zatwierdzonym planem. Takie odroczenie musi być uzasadnione przyczynami naukowymi i technicznymi lub związanymi ze zdrowiem publicznym[43].

Odroczenie zostaje przyznane w każdym przypadku, gdy właściwe będzie przeprowadzenie badań na dorosłych przed rozpoczęciem badań z udziałem populacji pediatrycznej lub gdy badania na populacji pediatrycznej potrwają dłużej niż badania na dorosłych.

Mechanizm odroczeń ma z jednej strony na celu ochronę populacji pediatrycznej przed niepotrzebnymi badaniami i umożliwia odniesienie do wyników z odpowiednich faz badań z udziałem populacji dorosłej. Z drugiej strony instytucję tę stosuje się w przypadku, gdy badania na populacji pediatrycznej trwałyby dłużej niż badania na dorosłych. W takiej sytuacji brak odroczenia spowodowałby blokadę lub opóźnienie dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego dla innej populacji[44].

Regulacja Rozporządzenia 1091/2006/WE odnosi się nie tylko do prewencyjnej kontroli bezpieczeństwa produktów leczniczych realizowanej na etapie badań klinicznych. Rozporządzenie proponuje także instrumenty prawne mające na celu zapewnienie możliwie najbezpieczniejszej terapii już dopuszczonymi do obrotu produktami.

Omawiany akt normatywny określa dodatkowe mechanizmy nadzoru. Zobowiązuje wnioskodawcę ubiegającego się o dopuszczenie leku do obrotu do wskazania sposobu, w jaki zamierza on zrealizować długotrwałe obserwacje działań niepożądanych[45].

Dodatkowo, jeżeli istnieje uzasadnienie merytoryczne, udzielenie pozwolenia może zostać powiązane z wymogiem opracowania i wprowadzenia przez wnioskodawcę systemu zarządzania ryzykiem lub prowadzenia konkretnych badań już po wprowadzeniu produktu do lecznictwa. Ocenę skuteczności systemu zarządzania ryzykiem oraz wyników przeprowadzonych badań należy zamieszczać w okresowym raporcie o bezpieczeństwie. Organ kontroli leków może wezwać do złożenia dodatkowego raportu oceniającego skuteczność systemu minimalizacji ryzyka oraz wyników badań przeprowadzonych w tym zakresie.

## Gwarancje instytucjonalne – Komitet Pediatryczny i jego kompetencje

Rozporządzenie 1901/2006/WE[46] ustanawia Komitet Pediatryczny, który staje się częścią systemu administracyjnego Europejskiej Agencji Oceny Leków (EMEA)[47].

---

[43] Por. art. 20 Rozporządzenia 1901/2006/WE.

[44] Por. 14 motyw Rozporządzenia 1901/2006/WE.

[45] Art. 34 Rozporządzenia 1901/2006/WE.

[46] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie produktów leczniczych stosowanych w pediatrii oraz zmieniające rozporządzenie (EWG) nr 1768/92, dyrektywę 2001/20/WE, dyrektywę 2001/83/WE i rozporządzenie (WE) nr 726/2004 (Dz. Urz. UE z 27 grudnia 2006, Nr L 378, s. 1 i n.).

[47] EMEA jest agencją zdecentralizowaną, utworzoną na podstawie Rozporządzenia Komisji 726/2004/WE z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiającego wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków (Dz. Urz. UE z 30 kwietnia 2004, Nr L 136, s. 1).

Komitet Pediatryczny złożony jest z osób posiadających fachową wiedzę i kompetencje w zakresie opracowywania i oceny wszelkich aspektów produktów leczniczych stosowanych w leczeniu populacji pediatrycznych. W skład Komitetu wchodzi pięciu członków Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi, po jednym członku wyznaczonym przez każde państwo członkowskie, po trzech członków wyznaczonych przez Komisję po konsultacjach z Parlamentem Europejskim – będących przedstawicielami pracowników służby zdrowia oraz stowarzyszeń pacjentów. Komitet powoływany jest na okres 3 lat. Jego członkowie podlegają przepisom Rozporządzenia 726/2004/WE, nakazującym im niezależność i bezstronność w działaniu. Członkowie Komitetu Pediatrycznego nie powinni zatem uzyskiwać od przemysłu farmaceutycznego jakichkolwiek korzyści finansowych lub innych, które mogłyby wpłynąć na ich bezstronność. Powinni podejmować działania w interesie publicznym oraz w sposób niezależny, a także powinni corocznie sporządzać oświadczenie majątkowe. Komitet Pediatryczny jest przede wszystkim odpowiedzialny za naukową ocenę i zatwierdzanie planów badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej oraz za system zwolnień od obowiązku prowadzenia badań klinicznych na populacji pediatrycznej i odroczeń badań klinicznych.

Komitet Pediatryczny, oprócz wydawania opinii w zakresie zatwierdzenia PIP, zwolnienia lub zawieszenia, pełni jednocześnie funkcję centralną w przypadku różnych działań wspierających rozwój i poprawę dostępności produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania w pediatrii.

Główną jego rolą w tym zakresie jest przygotowywanie informacji na temat potrzeb terapeutycznych w populacji pediatrycznej.

Na podstawie informacji uzyskanych od państw członkowskich, Komitet Pediatryczny ustala spis potrzeb terapeutycznych, w szczególności z zamiarem określenia priorytetów badawczych w dziedzinie produktów leczniczych ze wskazaniem pediatrycznym. Raporty Komitetu Pediatrycznego[48] ustalają wykaz potrzeb terapeutycznych i uwzględniają: częstotliwość występowania stanów chorobowych w populacji pediatrycznej, ciężkość stanów podlegających leczeniu, dostępność i stosowność leczenia alternatywnego tych stanów w populacji pediatrycznej, a także profil skuteczności i działań niepożądanych tych sposobów leczenia, łącznie z wszelkimi zagadnieniami bezpieczeństwa charakterystycznymi dla pediatrii oraz wszelkimi danymi wynikającymi z badań przeprowadzanych w państwach trzecich[49]. Spis potrzeb terapeutycznych populacji pediatrycznej ma niezwykle ważne znaczenie dla przedsiębiorców farmaceutycznych, stanowi bowiem swoisty wynik badań rynku. Ułatwia im zatem identyfikację szans i zagrożeń związanych z pracami nad danym produktem leczniczym.

Komitet Pediatryczny funkcjonujący w ramach Europejskiej Agencji Oceny Leków wykonuje także funkcję doradczą. Doradztwo to dotyczy projektowania i prowadzenia różnych testów i badań niezbędnych do wykazania jakości, bezpieczeństwa i skuteczności stosowania produktu leczniczego w populacji pediatrycznej. Komitet doradza również w kwestii projektowania i prowadzenia nadzoru nad monitorowaniem bezpie-

---

[48] Aktualny raport można odnaleźć na stronie internetowej Europejskiej Agencji Oceny Leków http://www.emea.europa.eu/htms/human/paediatrics/inventory.htm, z dn. 1 października 2009.

[49] Art. 43 ust. 2 Rozporządzenia 1901/2006/WE.

czeństwa stosowania produktu leczniczego i systemów zarządzania ryzykiem. Poradnictwo w zakresie rozwijania produktów leczniczych dla populacji pediatrycznej odbywa się bezpłatnie.

## System zachęt dla przedsiębiorców farmaceutycznych

Prawodawca unijny usiłuje niwelować wysokie nakłady, jakie przemysł farmaceutyczny ponosi w toku rozwoju pediatrycznych produktów leczniczych. W konsekwencji rozszerzono prawa ochronne dla tych produktów.

W przypadku produktów leczniczych chronionych patentem lub dodatkowym świadectwem ochronnym, regulacja unijna przewiduje możliwość przedłużenia ochrony o sześć miesięcy. Przesłanką dla takiej wydłużonej ochrony jest przeprowadzenie wszystkich badań na podstawie zaakceptowanego PIP, dopuszczenie do obrotu we wszystkich państwach członkowskich oraz podanie w informacji o produkcie (CHPL czy ulotce) najważniejszych wyników przeprowadzonych badań[50].

Natomiast inne udogodnienie dotyczy grupy produktów nieobjętych ochroną patentową ani dodatkowym świadectwem ochronnym. Mianowicie utworzono zupełnie nowy typ dopuszczenia do obrotu, mianowicie dopuszczenie ze wskazaniem do stosowania w pediatrii (Paediatric Use Marketing Authorisation – PUMA). Posiadacze takiego dopuszczenia objęci są 10-letnią ochroną danych[51]. Ten nowy rodzaj dopuszczenia do obrotu może prowadzić do faktycznej wyłączności rynkowej producenta. Wynika to z założenia, że Komitet Pediatryczny w ograniczonym zakresie będzie zezwalał na dalsze badania dotyczące nowych możliwości zastosowania danego produktu. Zezwolenia takie będą udzielane tylko w przypadku prawdopodobieństwa, że nowe stosowanie poskutkuje znaczącymi dodatkowymi korzyściami.

Zaznaczyć jednakże należy odrębność regulacji dotyczącej produktów leczniczych już dopuszczonych do obrotu w dniu wejścia w życie Rozporządzenia 1901/2006/WE. W odniesieniu do nich prawodawca unijny zrezygnował bowiem z obowiązkowych badań klinicznych na grupie pediatrycznej.

Jeżeli produkt leczniczy został wpisany do wspólnotowego rejestru sierocych produktów leczniczych[52] i jest dopuszczony do obrotu na terenie całej Unii Europejskiej[53], to zgodnie z art. 8 Rozporządzenia 41/2000/WE sponsor takiego leku uzyskuje 10-letni okres wyłączności rynkowej dla tego produktu leczniczego. W czasie trwania tej fazy właściwe organy są zobowiązane do tego, że „nie przyjmą innego wniosku o pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, nie wydadzą pozwolenia, ani nie przyjmą wniosku o przedłużenie, istniejącego pozwolenia, dla tego samego wskazania terapeutycznego, w odniesieniu do podobnego produktu leczniczego". Podobieństwo oznacza w tym

---

[50] Zob. art. 36 Rozporządzenia 1901/2006/WE.

[51] Por. wyrok ETS z dnia 29 kwietnia 2004 w sprawie Novartis Pharmaceuticals UK Spr. C-106/01.

[52] Zgodnie z Rozporządzeniem 41/2000/WE.

[53] Bądź to na podstawie pozwolenia wydanego zgodnie z Rozporządzeniem 726/2004/WE lub gdy wszystkie Państwa Członkowskie wydały pozwolenia o dopuszczeniu do obrotu zgodnie z procedurami wzajemnego uznawania, zob. art. 19 ustawy Prawo farmaceutyczne.

przypadku podobną strukturę molekularną, identyczny mechanizm działania i taki sam zakres zastosowania[54].

Rozporządzenie 1901/2006/WE wydłuża okres wyłączności rynkowej dla sierocych produktów leczniczych z 10 do 12 lat, jeżeli wszystkie etapy badań klinicznych zostały przeprowadzone zgodnie z zatwierdzonym planem badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej[55]. W przypadku *orphan drugs*, unijny prawodawca zrezygnował z możliwości zastosowania sześciomiesięcznego wydłużenia prawa ochronnego, aby nie dublować zachęt. Warto zauważyć, że bonus 12-letniej wyłączności rynkowej stosowany jest także w sytuacji, gdy badania przeprowadzone na populacji pediatrycznej nie doprowadzą do dopuszczenia ze wskazaniem pediatrycznym. W tym przypadku jednakże wyniki takich badań powinny zostać zamieszczone w dokumentach informacyjnych dotyczących tego produktu leczniczego, w szczególności na ulotce dołączonej do opakowania.

Dodatkowo, oprócz korzystnych mechanizmów z zakresu własności przemysłowej, Rozporządzenie 1901/2006/WE otwiera możliwości bezpośredniego wsparcia finansowego. Mogą o nie ubiegać się producenci pediatrycznych produktów leczniczych, które nie są objęte ochroną patentową czy dodatkowym świadectwem ochronnym. Wsparcie takie dokonuje się przez unijne programy ramowe w zakresie badań naukowych, rozwoju technologicznego i demonstracji lub wszelkie inne inicjatywy wspólnotowe na rzecz finansowania badań.

Kolejnym mechanizmem wprowadzonym na podstawie Rozporządzenia 1901/2006/WE i wspierającym rozwój i badania nad produktami leczniczymi ze wskazaniem pediatrycznym jest upublicznienie danych z prowadzonych badań klinicznych.

Europejska baza danych (EudraCT[56]) utworzona na mocy art. 11 Dyrektywy 2001/20/WE zawiera, poza badaniami klinicznymi, o których mowa w art. 1 i art. 2 tej dyrektywy, badania kliniczne przeprowadzane w państwach trzecich przewidziane w zatwierdzonym planie badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej. W przypadku badań klinicznych przeprowadzanych w państwach trzecich, adresat wydanej przez Agencję decyzji w sprawie planu badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej wprowadza do bazy danych szczegółowe dane wymienione w art. 11 tej dyrektywy.

Na zasadzie odstępstwa od przepisów art. 11 dyrektywy 2001/20/WE, Agencja podaje do publicznej wiadomości szczegółowe dane dotyczące wyników wszystkich badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej wprowadzonych do EudraCT i to bez względu na to, czy badania zostały zakończone przedwcześnie.

Wskazany mechanizm ma zmniejszyć powielanie zbędnych badań klinicznych z udziałem dzieci, jak również umożliwić korzystanie z wyników już uzyskanych w toku podobnych procedur badawczych[57].

---

[54] Ch. Hiltl, *Orphan Drugs – Zwischenbilanz und Konfliktfelder*, „PharmaRecht" 2001, nr 10, s. 309.

[55] Zob art. 37 Rozporządzenia 1901/2006/WE.

[56] Dostęp do bazy przez stronę: https://eudract.emea.europa.eu/index.html z dnia 5 października 2009.

[57] Por. 4 oraz 31 motyw wydania Rozporządzenia 1901/2006/WE.

## Podsumowanie

Odpowiedź na pytanie, czy regulacje unijne przyczynią się do rozwoju i zwiększenia dostępności produktów leczniczych przebadanych na grupie pediatrycznej, wiąże się z gotowością państw członkowskich do podjęcia działań, które w praktyce umożliwią realizację założeń Rozporządzenia 1901/2006/WE[58]. Po stronie właściwych organów państw członkowskich leży wykształcenie lekarzy wyspecjalizowanych w przeprowadzaniu badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej, aby nie dochodziło do przenoszenia projektów badawczych do innych państw posiadających niezbędne zaplecze naukowe. Kolejnym wyzwaniem dla państw członkowskich jest szczególna pozycja prawna dzieci, za które zgodę na udział w badaniach klinicznych wyrażają ich rodzice lub inni opiekunowie prawni. Zjawiskiem blokującym możliwość prowadzenia badań jest brak zgody opiekunów prawnych dziecka na jego udział w badaniach klinicznych. Decyzja ta podejmowana jest najczęściej w imię „dobra dziecka". W konsekwencji państwa członkowskie powinny stworzyć procedury, które uświadomią rodzicom, że udział w badaniach jest tak samo lub nawet mniej ryzykowny dla zdrowia i życia dziecka od terapii Off-Label-Use.

**Summary**

**The Legal Aspects of Medicinal Products Applied in the Pediatric Population**

The paper concerns the legal requirements of medicinal products intended for the pediatric population. It includes the analysis of legal instruments providing for the safety of medicinal products applied in the therapy of children and young people. The line of argument concentrates on Regulation (EC) No 1902/2006 of December 20, 2006 on medicinal products for pediatric use and amending Regulation (EEC) No 1768/92, Directive 2001/20/EC, Directive 2001/83/EC and Regulation (EC) No 726/2004. This Regulation entered into force on January 26, 2007 and is directly binding in all EU Member States. The paper presents and assesses the solutions introduced by the legal act in question with respect to clinical tests on medicinal products involving minors, off-label use, the requirement to conduct clinical tests on the pediatric population, the Pediatric Committee and its power, as well as the incentive system for pharmaceutical entrepreneurs.

---

[58] Na zasadzie lojalnej współpracy, por. art. 4 ust. 3 Traktatu o Unii Europejskiej po zmianach dokonanych Traktatem z Lizbony.

Julita JABŁOŃSKA

# Prawo pacjenta do ochrony danych osobowych

## 1. Wprowadzenie

Nie powinien dziwić fakt, że jednostce przysługuje cały wachlarz instrumentów prawnych wzmacniających ochronę danych osobowych. W dobie błyskawicznego przesyłania informacji i umożliwienia technicznego dostępu do nich nieograniczonej liczbie nieuprawnionych podmiotów, a także tworzenia baz danych oraz możliwości ich przetwarzania szczególnie intensywna ochrona jednostki przed nadużyciami jest po prostu nieodzowna.

Ochrona danych osobowych stała się przedmiotem międzynarodowych i europejskich aktów prawnych. Również na gruncie uregulowań krajowych prawo do ochrony danych osobowych wyodrębniono z prawa do prywatności[1] i jako prawo samoistne[2] zostało ono podniesione do rangi konstytucyjnej. Zgodnie z art. 51 Konstytucji nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby. Poza tym władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym. Wreszcie każdy ma prawo dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych oraz do żądania sprostowania oraz usunięcia informacji nieprawdziwych, niepełnych lub zebranych w sposób sprzeczny z ustawą. W prawie polskim jest nią odrębna ustawa o ochronie danych osobowych[3].

W trakcie postępowania medycznego uzyskuje się i gromadzi informacje dotyczące pacjenta, których przetwarzania nie można uniknąć ze względu na zapewnienie prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia. Zagwarantowaniu poufności tychże danych sprzyja instytucja tajemnicy lekarskiej, którą niekiedy określa się jako najstarszą formę ochrony danych osobowych[4]. Pacjent dysponuje jednak również instrumentami prawnymi, które wynikają z generalnej ochrony danych osobowych i zapewniają mu prawo do kontroli przepływu informacji, które go dotyczą. Należy stwierdzić, że kontrola ta ma w dużej mierze charakter czynny, gdyż pacjent może ingerować w treść informacji zarówno nieprawdziwych, jak i choćby niepełnych, czy zebranych w sposób sprzeczny z ustawą. Autonomia informacyjna pacjenta będzie więc chroniona dopiero wtedy, gdy gwarancje związane z obowiązkiem lekarza do zachowania tajemnicy le-

---

[1] Por. Wyrok TK z dnia 19 maja 1998 r. (OTK 1998, nr 4, poz. 46).

[2] Por. Wyrok TK z dnia 19 lutego 2002 r. (OTK 2002, nr 1A, poz. 3).

[3] Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002, Nr 101, poz. 926), dalej: u.o.d.o.

[4] Por. B. Beyerle, *Rechtsfragen medizinischer Qualitätskontrolle. Eine rechtsdogmatische und rechtsvergleichende Untersuchung zu Haftung, Datenschutz, Sanktionen und prozessualer Verwertbarkeit*, F.C. Müller Verlag, Heidelberg 2004, s. 126.

karskiej zostaną uzupełnione przez prawo pacjenta do ochrony danych osobowych, w tym ich szczególnej kategorii, jakimi są dane medyczne.

## 2. Przetwarzanie danych osobowych pacjenta – główne założenia

Każdy ma prawo do ochrony dotyczących go danych osobowych, za które uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej[5]. Są nimi również dane medyczne, obejmujące informacje odnoszące się do przeszłego, obecnego i przyszłego stanu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego osoby, której te dane dotyczą[6]. Pojęcie danych medycznych nie zostało zdefiniowane ustawowo. Jest ono więc różnie rozumiane w literaturze przedmiotu. Zdaniem A. Mednis należy je utożsamiać z ustawowym pojęciem danych o stanie zdrowia[7]. Z tym stanowiskiem polemizuje natomiast M. Jackowski, który twierdzi, że pojęcie danych medycznych ma szerszy zakres, obejmujący nie tylko informacje bezpośrednio informujące o stanie zdrowia jednostki, ale i informacje, z których można je wyprowadzić[8]. Uważam, że takie zdefiniowanie pojęcia danych medycznych jest bardziej adekwatne w stosunku do dalszych rozważań. Myślę, że można się również zgodzić z tym, że sformułowanie art. 27 u.o.d.o. nie stanowi przeszkody w przyjęciu, iż część danych o kodzie genetycznym, życiu seksualnym oraz nałogach mieszczą się również w pojęciu danych medycznych[9].

Przetwarzanie tzw. „zwykłych" danych osobowych jest dopuszczalne ze względu na dobro publiczne, dobro osoby, której dane dotyczą lub dobro osób trzecich. Zgodnie z definicją ustawową pojęcie przetwarzania danych ma szeroki zakres i obejmuje jakiekolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych[10].

Zasady jakości przetwarzania danych osobowych zostały wskazane w art. 26 u.o.d.o. Należą do nich: zasada legalności, czyli przetwarzania zgodnego z prawem, zasada celowości przetwarzania, zasada poprawności i adekwatności danych oraz zasada ograniczenia czasowego przechowywania danych[11].

Trzeba pamiętać, że dane dotyczące zdrowia są danymi szczególnie wrażliwymi i jako takie podlegają zakazowi przetwarzania[12]. Jednakże przetwarzanie danych oso-

---

[5] Jest nią, zgodnie z art. 6 ust. 2 i 3 u.o.d.o. osoba, której tożsamość można określić bezpośrednio lub pośrednio, w szczególności przez powołanie się na numer identyfikacyjny albo jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe lub społeczne, chyba że uzyskanie informacji umożliwiających określenie tożsamości wymagałoby nadmiernych kosztów, czasu lub działań.

[6] Por. M. Jackowski, *Ochrona danych medycznych*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2002, s. 27.

[7] Ibidem, s. 28.

[8] Ibidem, s. 28.

[9] Ibidem, s. 27. W tym najszerszym znaczeniu będzie używane pojęcie danych medycznych w dalszej części rozważań.

[10] Art. 7 pkt 2 u.o.d.o.

[11] Szerzej zob. M. Jackowski, *Ochrona*, s. 123 i n.

[12] Art. 27 ust. 1 u.o.d.o.

bowych pacjentów jest nieuniknione ze względu na prawidłowe funkcjonowanie służby zdrowia. Pacjent nie pozostaje bezbronny wobec tych procedur. Z jednej strony chronią go zasady postępowania przy przetwarzaniu danych osobowych, z drugiej natomiast przysługują mu określone prawa podmiotu, którego dane podlegają przetwarzaniu.

Wyjątki od zakazu przetwarzania danych medycznych zostały enumeratywnie wskazane w art. 27 ust. 2 u.o.d.o. Jest ono dopuszczalne, gdy osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to pisemną zgodę[13]. Należy jednak pamiętać, że uzyskanie zgody pacjenta nie jest wymagane, gdy zostanie spełniony inny warunek dopuszczający przetwarzanie danych medycznych.

Natomiast bez zgody pacjenta można przetwarzać dane, które go dotyczą, jeśli przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony[14]. Należy zwrócić uwagę, że przepis szczególny musi być zawarty w akcie prawnym o randze ustawy. Przetwarzanie danych medycznych nie może być zatem dozwolone na mocy aktu wykonawczego. Przykładem takiego przepisu szczególnego jest art. 100 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej[15], zgodnie z którym w zakresie niezbędnym do przyznawania i udzielania świadczeń z pomocy społecznej można przetwarzać dane osób ubiegających się i korzystających z tych świadczeń dotyczące m.in. stanu zdrowia. Regulacje dopuszczające przetwarzanie danych medycznych w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego przez ministra zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia zostały również zawarte w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[16].

Przetwarzanie danych medycznych dopuszcza się także, gdy jest niezbędne do wykonania zadań administratora danych odnoszących się do zatrudnienia pracowników i innych osób, a zakres przetwarzanych danych jest określony w ustawie[17].

Zakaz przetwarzania nie dotyczy sytuacji, w której przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych[18].

Jeżeli pacjent podaje do wiadomości publicznej dotyczące go dane medyczne, ich przetwarzanie jest również dopuszczalne[19].

Można także przetwarzać dane medyczne, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia badań naukowych, w tym do przygotowania rozprawy wymaganej do uzyskania dyplomu ukończenia szkoły wyższej lub stopnia naukowego, pod warunkiem, że publikowa-

---

[13] Art. 27 ust. 2 pkt 1 u.o.d.o.
[14] Art. 27 ust. 2 pkt 2 u.o.d.o.
[15] Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz. U. 2004, Nr 64, poz. 593).
[16] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135).
[17] Art. 27 ust. 2 pkt 6 u.o.d.o.
[18] Art. 27 ust. 2 pkt 7 u.o.d.o.
[19] Art. 27 ust. 2 pkt 8 u.o.d.o.

nie wyników badań naukowych nie nastąpi w sposób umożliwiający identyfikację osób, których dane zostały przetworzone[20].

## 3. Dokumentacja medyczna jako zbiór danych osobowych

Dokumentacja medyczna stanowi niewątpliwie zbiór danych. Jest nim bowiem, w rozumieniu art. 7 pkt 1 u.o.d.o., każdy posiadający strukturę zestaw danych o charakterze osobowym, dostępnych według określonych kryteriów, niezależnie od tego, czy zestaw ten jest rozproszony lub podzielony funkcjonalnie. Należy podkreślić, że zasadom ochrony danych osobowych podlegają nie tylko dane medyczne w zbiorach prowadzonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Zgodnie bowiem z art. 3 oraz art. 7 pkt 4 u.o.d.o. przez administratora danych rozumie się podmioty decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych.

Pod to pojęcie podlegają organy państwowe, organy samorządu terytorialnego, państwowe i komunalne jednostki organizacyjne, podmioty niepubliczne realizujące zadania publiczne, osoby fizyczne i osoby prawne oraz jednostki organizacyjne nie będące osobami prawnymi, jeżeli przetwarzają dane osobowe w związku z działalnością zarobkową, zawodową lub dla realizacji celów statutowych i które mają siedzibę albo miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, albo w państwie trzecim, o ile przetwarzają dane osobowe przy wykorzystaniu środków technicznych znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Oznacza to, że ochroną są objęte również dane medyczne gromadzone przez lekarza prowadzącego indywidualną lub specjalistyczną praktykę prywatną.

## 4. Obowiązki informacyjne administratora danych

Na administratorze danych medycznych spoczywają określone obowiązki informacyjne. Zgodnie z art. 24 ust. 1 u.o.d.o. w przypadku zbierania danych osobowych od osoby, której one dotyczą, administrator danych jest obowiązany poinformować tę osobę o adresie swojej siedziby i pełnej nazwie, a w przypadku gdy administratorem danych jest osoba fizyczna – o miejscu swojego zamieszkania oraz imieniu i nazwisku, celu zbierania danych, a w szczególności o znanych mu w czasie udzielania informacji lub przewidywanych odbiorcach lub kategoriach odbiorców danych, prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a także o dobrowolności albo obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej.

Obowiązek informacyjny administratora danych medycznych powstaje również w stosunku do osób, których dane dotyczą, gdy nie są one zbierane bezpośrednio od niej samej. Administrator musi poinformować tę osobę bezpośrednio po utrwaleniu zebranych danych o adresie swojej siedziby i pełnej nazwie, a w przypadku gdy administratorem danych jest osoba fizyczna – o miejscu swojego zamieszkania oraz imieniu i nazwisku, celu i zakresie zbierania danych, a w szczególności o odbiorcach lub kate-

[20] Art. 27 ust. 2 pkt 9 u.o.d.o.

goriach odbiorców danych, źródle danych, prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a także o prawie wniesienia, w określonych przypadkach, pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych[21].

Obowiązek ten nie istnieje, gdy zgodnie z art. 25 ust. 2 pkt 3 u.o.d.o. dane te są niezbędne do badań naukowych, dydaktycznych, historycznych, statystycznych lub badania opinii publicznej, ich przetwarzanie nie narusza praw lub wolności osoby, której dane dotyczą, a spełnienie wymagań dotyczących poinformowania wymagałoby nadmiernych nakładów lub zagrażałoby realizacji celu badania.

## 5. Pozostałe obowiązki administratora danych

Administrator, przetwarzając dane, jest zobowiązany na mocy art. 26 u.o.d.o. również do dołożenia szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą. W szczególności powinien zapewnić, żeby dane te były przetwarzane zgodnie z prawem, zbierane dla oznaczonych, zgodnych z prawem celów i nie poddawane dalszemu przetwarzaniu niezgodnemu z tymi celami, a także merytorycznie poprawne i adekwatne w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane, oraz przechowywane w postaci umożliwiającej identyfikację osób, których dotyczą, nie dłużej niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania.

Zgodnie z art. 26 ust. 2 u.o.d.o. przetwarzanie danych w celu innym niż ten, dla którego zostały zebrane, jest dopuszczalne, jeżeli nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą oraz następuje w celach badań naukowych, dydaktycznych, historycznych lub statystycznych i ma miejsce z zachowaniem zasad dopuszczalności przetwarzania (art. 23 u.o.d.o.) oraz obowiązków informacyjnych w stosunku do osób, których dane dotyczą, a które nie były źródłem informacji (art. 25 u.o.d.o.).

Na administratorze danych medycznych spoczywają również obowiązki związane z zabezpieczeniem tychże danych, określone w rozdziale 5 u.o.d.o.[22] Przede wszystkim, jest on zobowiązany, zgodnie z art. 36 ust. 1 u.o.d.o., zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, odpowiednie do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności powinien zabezpieczyć dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zebraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Administrator danych musi prowadzić dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych oraz środki zabezpieczające, a także wyznaczyć administratora bezpieczeństwa informacji, nadzorującego przestrzeganie zasad ochrony, o ile sam nie wykonuje

---

[21] Art. 25 ust. 1 u.o.d.o.

[22] Regulacje dotyczące tej materii znajdują się również w rozporządzeniu ministra spraw wewnętrznych i administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. 2004, Nr 100, poz. 1024).

tych czynności. Spoczywa na nim również obowiązek kontrolowania, jakie dane osobowe, kiedy i przez kogo zostały do zbioru wprowadzone oraz komu są przekazywane (art. 38 u.o.d.o.) oraz ewidencjonowania osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych (art. 39 u.o.d.o.).

Administrator zbioru danych medycznych nie ma natomiast obowiązku zgłoszenia go do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych[23], jeżeli dane dotyczą osób korzystających z usług medycznych administratora[24]. Jednakże zgodnie z twierdzeniem E. Kuleszy należy odczytywać ten przepis literalnie i trzeba przyjąć, że zwolnienie z obowiązku rejestracji dotyczy wyłącznie podmiotów przetwarzających dane w związku z udzielaniem przez te podmioty usług medycznych[25]. Jednakże już podmioty zarządzające udzielaniem usług czy podmioty administracji publicznej prowadzące rejestry usług medycznych są zobowiązane do zgłoszenia zbiorów danych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych. Brak wywiązania się z obowiązków ciążących na administratorze danych grozi mu poniesieniem odpowiedzialności karnej[26].

## 6. Uprawnienia kontrolne pacjenta związane z uzyskaniem informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych

Pacjentowi przysługuje szereg uprawnień kontrolnych, określonych w rozdziale czwartym ustawy o ochronie danych osobowych. Dopiero dzięki nim zostaje w pełni urzeczywistnione prawo pacjenta do ochrony danych osobowych.

---

[23] Jest to organ ochrony danych osobowych, którego kompetencje zostały określone w rozdziale drugim ustawy o ochronie danych osobowych. Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (dalej: GIODO) powołuje i odwołuje Sejm za zgodą Senatu na czteroletnią kadencję. Kandydat musi być obywatelem polskim, stale zamieszkiwać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wyróżniać się wysokim autorytetem moralnym, posiadać wyższe wykształcenie prawnicze oraz odpowiednie doświadczenie zawodowe oraz nie może być karany za przestępstwo. Do zadań GIODO należy w szczególności kontrola zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych osobowych, wydawanie decyzji administracyjnych i rozpatrywanie skarg w sprawach wykonania przepisów o ochronie danych osobowych. W celu ich wykonywania GIODO, jego zastępca lub upoważnieni przez niego inspektorzy mają określone uprawnienia kontrolne. W kompetencji GIODO leży także prowadzenie rejestru zbiorów danych oraz udzielanie informacji o zarejestrowanych zbiorach, opiniowanie projektów ustaw i rozporządzeń dotyczących ochrony danych osobowych, inicjowanie i podejmowanie przedsięwzięć w zakresie doskonalenia ochrony danych osobowych oraz uczestniczenie w pracach międzynarodowych organizacji i instytucji zajmujących się problematyką ochrony danych osobowych. W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych GIODO z urzędu lub na wniosek osoby zainteresowanej, w drodze decyzji administracyjnej, nakazuje przywrócenie stanu zgodnego z prawem, a w szczególności może nakazać usunięcie uchybień, uzupełnienie, uaktualnienie, sprostowanie, udostępnienie lub nieudostępnienie danych osobowych, zastosowanie dodatkowych środków zabezpieczających zgromadzone dane osobowe, wstrzymanie przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego, zabezpieczenie danych lub przekazanie ich innym podmiotom, jak również usunięcie danych osobowych.

[24] Art. 43 ust. 1 pkt 5 u.o.d.o.

[25] E. Kulesza, *Ochrona danych o stanie zdrowia w świetle ustawodawstwa europejskiego i polskiej ustawy o ochronie danych osobowych*, „Prawo i Medycyna" 2000, nr 5 (vol. 2), s. 111.

[26] Przepisy karne zostały zawarte w rozdziale ósmym ustawy o ochronie danych osobowych.

Zgodnie z art. 32 ust. 1 u.o.d.o. każdej osobie przysługuje prawo do kontroli przetwarzania danych, które jej dotyczą, zawartych w zbiorach danych. W jego ramach pacjent jest uprawniony do uzyskania wyczerpującej informacji, czy taki zbiór istnieje oraz do ustalenia administratora danych, adresu jego siedziby i pełnej nazwy, a w przypadku gdy administratorem danych jest osoba fizyczna – jej miejsca zamieszkania oraz imienia i nazwiska.

Ma on również prawo do uzyskania określonych informacji, m.in. dotyczących celu, zakresu i sposobu przetwarzania danych zawartych w takim zbiorze. Obejmują one również źródło, z którego pochodzą dane pacjenta, chyba że administrator danych jest zobowiązany do zachowania w tym zakresie tajemnicy państwowej, służbowej lub zawodowej.

Pacjent jest także uprawniony do poznania sposobów udostępniania danych, a w szczególności informacji o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane te są udostępniane. Ma również prawo do uzyskania informacji, od kiedy przetwarza się w zbiorze dane go dotyczące oraz poznania treści tych danych w powszechnie zrozumiałej formie.

Pacjent może zażądać przedstawienia mu przesłanek podjęcia rozstrzygnięcia w jego sprawie, jeżeli zostało ono podjęte wyłącznie w wyniku operacji na danych osobowych, prowadzonych w systemie informatycznym podczas zawierania lub wykonywania umowy i uwzględniających wniosek pacjenta. Należy jednak pamiętać, że jeżeli dane są przetwarzane dla celów naukowych, dydaktycznych, historycznych, statystycznych lub archiwalnych, administrator danych może odstąpić od informowania osób o przetwarzaniu ich danych w przypadkach, gdy pociągałoby to za sobą nakłady niewspółmierne z zamierzonym celem.

Na wniosek pacjenta, którego dane dotyczą, administrator danych jest obowiązany, w terminie 30 dni, poinformować o przysługujących mu prawach oraz udzielić informacji, a w szczególności podać w zrozumiałej formie, jakie dane osobowe zawiera zbiór, w jaki sposób zebrano dane, w jakim celu i zakresie dane są przetwarzane, a także w jakim zakresie oraz komu dane zostały udostępnione. Informacji tych należy udzielić pisemnie, jeżeli wnioskuje o to pacjent. Może on skorzystać z prawa do informacji jednak nie częściej niż raz na 6 miesięcy.

## 7. Uprawnienia kontrolne pacjenta związane z ingerencją w treść danych osobowych

Oprócz prawa do uzyskania informacji związanych z przetwarzanymi danymi, pacjent może również czynnie ingerować w treść tych danych. Mianowicie może on żądać uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania danych osobowych, czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia, jeżeli są one niekompletne, nieaktualne, nieprawdziwe lub zostały zebrane z naruszeniem ustawy albo są już zbędne do realizacji celu, dla którego zostały zebrane. Prawo to wynika bezpośrednio z Konstytucji, gdyż zgodnie z art. 51 ust. 4 każdy ma prawo do żądania sprostowania oraz usunięcia informacji nieprawdziwych, niepełnych lub zebranych w sposób sprzeczny z ustawą.

Jeżeli przetwarzanie danych jest dopuszczalne w granicach określonych w u.o.d.o., mimo iż przetwarzanie nie narusza praw i wolności pacjenta, może on jednak wnieść pisemne, umotywowane żądanie zaprzestania przetwarzania danych ze względu na swoją szczególną sytuację. W przypadku wniesienia żądania administrator danych zaprzestaje przetwarzania kwestionowanych danych osobowych albo bez zbędnej zwłoki przekazuje żądanie GIODO, który wydaje stosowną decyzję.

Nawet jeżeli przetwarzanie danych nie narusza praw i wolności pacjenta, ma on również prawo sprzeciwić się przetwarzaniu jego danych, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania danych osobowych innemu administratorowi. W razie wniesienia sprzeciwu dalsze przetwarzanie kwestionowanych danych jest niedopuszczalne. Administrator danych może jednak pozostawić w zbiorze imię lub imiona i nazwisko osoby oraz numer PESEL lub adres wyłącznie w celu uniknięcia ponownego wykorzystania danych tej osoby w celach objętych sprzeciwem.

Natomiast w sytuacji, gdy doszło do ostatecznego rozstrzygnięcia, będącego wyłącznie wynikiem operacji na danych osobowych, prowadzonych w systemie informatycznym, w sprawie pacjenta, może on wnieść do administratora danych o ponowne, indywidualne rozpatrzenie jego sprawy.

Jeżeli pacjent wykaże, że dotyczące go dane osobowe są niekompletne, nieaktualne, nieprawdziwe lub zostały zebrane z naruszeniem ustawy albo są zbędne do realizacji celu, dla którego zostały zebrane, administrator danych jest obowiązany, bez zbędnej zwłoki, do uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania danych, czasowego lub stałego wstrzymania przetwarzania kwestionowanych danych lub ich usunięcia ze zbioru, chyba że dotyczy to danych osobowych, w odniesieniu do których tryb ich uzupełnienia, uaktualnienia lub sprostowania określają odrębne ustawy.

W razie niedopełnienia przez administratora danych tego obowiązku, pacjent może się zwrócić do GIODO z wnioskiem o nakazanie dopełnienia tego obowiązku. Poza tym administrator danych jest obowiązany poinformować bez zbędnej zwłoki innych administratorów, którym udostępnił zbiór danych, o dokonanym uaktualnieniu lub sprostowaniu danych.

Należy stwierdzić, że polska ustawa o ochronie danych osobowych, choć niedoskonała i podlegającą już nowelizacjom zasadniczo chroni pacjenta. Niestety stosowanie zapisów ustawowych w praktyce pozostawia wiele do życzenia. Wciąż brakuje odpowiednich zabezpieczeń technicznych przetwarzania danych medycznych. Wydaje się również, że w świadomości społecznej prawo do ochrony danych osobowych nie zostało jeszcze docenione i odgrywa drugorzędną rolę. Zdarza się bowiem, że pacjentów, którzy próbują egzekwować ochronę swoich danych, traktuje się jako osoby przewrażliwione na własnym punkcie.

## 8. Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że każde przetwarzanie danych medycznych stanowi ingerencję w autonomię informacyjną pacjenta, która podlega ochronie prawnej. Jak już wspomniano, takie naruszenie jest dopuszczalne jedynie w drodze ograniczenia korzystania z konstytucyjnego prawa pacjenta do ochrony danych osobowych.

Ograniczenie zostało prawnie usprawiedliwione na mocy art. 31 ust. 3 Konstytucji, zgodnie z którym jedną z przesłanek dopuszczających, przedmiotowe ograniczenie jest konieczność jego ustanowienia w demokratycznym państwie dla ochrony zdrowia. Trzeba jednak również pamiętać, że ograniczenie nie może naruszać istoty prawa pacjenta do ochrony danych osobowych oraz, że wolno je wprowadzić jedynie na mocy aktu prawnego o randze ustawy. Ze względu na sprzeczną z ustawą o ochronie danych osobowych praktykę przetwarzania danych medycznych dopuszczaną przez akty niższego rzędu Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 19 maja 1998 r.[27] wyraźnie wskazał, że przetwarzanie danych medycznych jest dopuszczalne jedynie wtedy, gdy tak stanowi ustawa. Natomiast trzeba pamiętać, że podmiot naruszający bezprawnie autonomię informacyjną pacjenta będzie ponosił odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną.

Realizując cel ochrony zdrowia obywateli żyjących w demokratycznym państwie prawa, trzeba przyznać, że przetwarzanie danych medycznych jest nieuniknione. Należy jednak pamiętać, że ani uzasadnione wyjątki od generalnego zakazu przetwarzania danych medycznych, ani wyjątki od zachowania tajemnicy lekarskiej obejmującej również dokumentację medyczną nie mogą całkowicie pozbawić pacjenta prawa do ochrony danych osobowych. Stanowią one jedynie konieczne ograniczenie korzystania z tego prawa i nie mogą naruszać jego istoty. Przepływ danych medycznych, oczywiście w granicach wyznaczonych prawem i odpowiednio zabezpieczony technicznie, wpływa bowiem również na jakość opieki medycznej, co leży przecież w interesie pacjenta.

**Summary**

**A Patient's Right to Protection of Personal Data**

The paper presents legal solutions serving the purpose of the protection of a patient's personal data. The study demonstrates that the health service obtains and collects information on individuals which is indispensable for its appropriate functioning. The doctor-patient confidentiality principle helps in maintaining the confidentiality of these data and is sometimes described as the oldest form of personal data protection. However, the patient has at his disposal certain legal instruments provided by the principles of general personal data protection which ensure the right to monitor the flow of relevant information. This monitoring is to a considerable extent active in nature, as the patient can intervene when the content of the information is untrue or incomplete, or collected in a manner violating the law. These conclusions are supported by the analysis of regulations on the processing of patients' personal data, medical documentation as a collection of personal data, the responsibilities of data administrator as regards information management and other tasks, patients' rights to obtain the information related to personal data processing and their intervention in the content of such information.

[27] Wyrok TK z dnia 19 maja 1998 r. (OTK 1998, nr 4, poz. 46).

# ORZECZNICTWO ORAZ GLOSY

Jędrzej SKRZYPCZAK

## Wykładnia art. 52 KEL w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego i Europejskiego Trybunału Praw Człowieka

Treść art. 52 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej[1] przez lata wzbudzała ogromne emocje i kontrowersje i to nie wśród pacjentów. Jak poniżej zostanie wykazane, sprzeciw wobec tego zapisu formułowali także niektórzy przedstawiciele samorządu zawodowego lekarzy. Wprowadzenie przywołanego uregulowania do lekarskiego kodeksu deontologicznego oznaczało związanie lekarzy zasadą lojalności zawodowej. Takie rozwiązanie postrzegane było przez niektórych jako wyraz źle pojmowanej solidarności środowiska lekarskiego. Twierdzono nawet, że przyjęta zasada utrudniać ma krytykę, czy wręcz kneblować usta, zwłaszcza w przypadku dostrzeżenia błędów medycznych. Z drugiej strony regulacja ta porządkowała wzajemne relacje pomiędzy lekarzami i wprowadzała standardy okazywania sobie wzajemnego szacunku.

Sprawa stała się na tyle nabrzmiała, że w kwestii tej wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z dnia 23 kwietnia 2008 r.[2] Co ciekawe, przepis ten doczekał się także komentarza Europejskiego Trybunału Praw Człowieka[3], który rozpatrywał skargę jednego z lekarzy na fakt ukarania go przez sąd lekarski. Wykładnia zaprezentowana w tych orzeczeniach winna mieć z pewnością istotny wpływ na praktykę orzeczniczą sądów lekarskich. Ponadto we wspomnianych stanowiskach judykatury pojawiły się wątki poboczne, które jednak także mają istotne znaczenie dla postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Stąd też zdecydowano się je zaprezentować[4].

Na wstępie należy podnieść, iż w przeszłości pojawiały się pewne obawy dotyczące tego, czy Trybunał Konstytucyjny przy aktualnym stanie prawnym, może podjąć się oceny Kodeksu z uwagi na treść art. 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym[5]. W dotychczasowej praktyce również okręgowe sądy lekarskie rozważały taką możliwość. Rozpatrując tę kwestię, zwracano między innymi uwagę na art. 3 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym, który zezwala każdemu sądowi na przedstawie-

---

[1] Kodeks etyki lekarskiej, uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991 r., a następnie zmieniony na III Krajowym Zjeździe Lekarzy w grudniu 1993 r., a wreszcie na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy w dniu 20 września 2003 r. Dalej skrótowo nazywany k.e.l.

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

[3] Orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 16 grudnia 2008 r., w sprawie Frankowicz przeciwko Polsce, sygn. 53025/99. Tekst dostępny na stronie http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/portal.asp?sessionId=35078206&skin=hudoc-en&action=request.

[4] Patrz także J. Skrzypczak, *Wolność wypowiedzi i prawo do krytyki a lojalność wobec członków samorządu zawodowego. Rozważania na tle orzeczenia TK w sprawie art. 52 KEL*, „Środkowoeuropejskie Studia Polityczne" 2008, nr 1, s. 111–123.

[5] Dz. U. Nr 102, poz. 643 z późn. zm.

nie Trybunałowi pytania prawnego, co do zgodności aktu normatywnego z Konstytucją, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi lub ustawą, jeżeli od odpowiedzi na pytanie prawne zależy rozstrzygnięcie sprawy toczącej się przed sądem. Pojawiały się bowiem wątpliwości, czy organy izb lekarskich są sądem w rozumieniu wyżej przytoczonego przepisu.

Przypomnieć w tym miejscu należy, że na gruncie poprzedniej Konstytucji, Trybunał wypowiadał się już w kwestii możliwości oceny Kodeksu etyki lekarskiej. Otóż w postanowieniu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r.[6] zamieszczono tezę, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego nie może być sama norma etyczna, a jedynie norma prawna, którą norma etyczna dookreśla. W rozpatrywanej sprawie uznano, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego w niniejszej sprawie były przepisy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich[7], dookreślone przez normy k.e.l.

Z kolei w uchwale Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 1993 r.[8] (sygn. akt W 16/1992) sformułowano tezę, że art. 41 w związku z art. 15 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich nie ma zastosowania w zakresie, w jakim zachowanie się lekarza jest zgodne z nakazem lub zakazem albo upoważnieniem obowiązującej ustawy.

Natomiast w uzasadnieniu przywołanego już powyżej wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r. wskazano, że możliwa jest kontrola normy ustawowej dookreślonej następnie przez treść konkretnego postanowienia aktu uchwalonego przez organ samorządu zawodowego. Stąd też uznano, że przedmiotem kontroli TK może być art. 52 ust. 2 k.e.l. w związku z art. 15, 41 i 42 ustawy o izbach lekarskich. Wyjaśniono natomiast, że poza zakresem merytorycznej kontroli Trybunału pozostaje przyrzeczenie lekarskie. Argumentowano, że przysięga taka nie stanowi integralnego fragmentu k.e.l. (brzmienie zostało bowiem ustalone odrębną uchwałą Krajowego Zjazdu Lekarzy, bez wyraźnej podstawy prawnej), ponadto jedynie uogólnia normy zawarte w k.e.l. W tym samym orzeczeniu podkreślono, że w trybie skargi konstytucyjnej nie można badać zgodności kwestionowanych aktów normatywnych z umowami międzynarodowymi[9].

---

[6] Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 października 1992 r. sygn. akt 1/92likowane w: OTK 1992, nr 2, poz. 38.

[7] Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm. Powyższe uwagi zachowują aktualność pod rządem ustawy z dnia 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708).

[8] Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 1993 r. (sygn. akt W 16/1992).

[9] Warto przy okazji niejako odnotować, że w tym samym wyroku (w uzasadnieniu) TK analizował zarzut naruszenia art. 17 ust. 1 Konstytucji. Podobnie jak w sprawie o sygn. akt P21/02 TK argumentował, iż unormowanie „art. 17 ust. 1 Konstytucji upoważnia samorządy zawodów zaufania publicznego do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów. Ma być ona sprawowana – z wyraźnego nakazu ustrojodawcy – w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Sformułowanie to, po pierwsze precyzuje cel i granice sprawowanej pieczy nad wykonywaniem zawodów. Cel ten to przestrzeganie właściwej jakości – w sensie merytoryczny i prawnym – czynności składających się na wykonywanie zawodów. Po wtóre sformułowanie art. 17 ust. 1 wyznacza ramy i ukierunkowanie sprawowanej pieczy. Ramy te determinuje interes publiczny. [...] W analizowanym wypadku dotyczy to zarówno procesów stanowienia korporacyjnych norm deontologicznych, jak i ich wykładni oraz stosowania przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Organy samorządu zawodowego nie mogą nie uwzględniać treści art. 17 Konstytucji w toku wykonywania swoich ustawowych oraz statutowych kompetencji. Ustrojodawca, zezwalając na powierzenie organom samorządu zawodowego określonych zadań z zakresu administracji publicznej i wprowa-

W pierwotnym brzmieniu k.e.l. przepis, który formułował wspomnianą powyżej regułę (art. 52 k.e.l.), uzyskał następujące brzmienie: „1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. 2. Lekarz nie powinien wypowiadać wobec chorego i jego otoczenia, a także wobec personelu asystującego lub publicznie, niekorzystnej oceny działalności zawodowej innego lekarza lub dyskredytować go w jakikolwiek sposób. 3. Wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przede wszystkim przekazać zainteresowanemu lekarzowi. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie godzi w zasady solidarności zawodowej".

Jak z powyższego wynika, w tej wersji tego przepisu zakazywano wypowiadania publicznie jakiejkolwiek niekorzystnej oceny działalności innego lekarza[10]. Dodatkowo piętnowano tu przypadki jego dyskredytowania.

Jak już wyżej wspomniano, na Krajowym Zjeździe Lekarzy w 2003 r. dokonano istotnej zmiany k.e.l., w tym także art. 52. I tak od 1 stycznia 2004 r. obowiązuje on w następującym brzmieniu: „1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom. 2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób. 3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja ta okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etycznych powodują poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej. 4. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki. 5. Jeżeli popełniony błąd przez innego lekarza ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków".

Najwięcej kontrowersji budzi jednak nadal ust. 2 art. 52 k.e.l. Jak z powyższego wynika, redakcja tego przepisu uległa „złagodzeniu". Mowa jest w nim obecnie o konieczności zachowania szczególnej ostrożności w prezentowaniu sądów o innych członkach samorządu lekarskiego, ale już nie zabrania się wypowiadania o innych kolegach. Ciągle natomiast przepis uniemożliwia dyskredytowanie innych lekarzy. Wyjaśnić tu należy, iż pojęcie dyskredytowania należy rozumieć jako „pomniejszanie czyjegoś autorytetu, czyjeś wartości, podważanie zaufania do kogoś lub czegoś[11]" albo jako skompromitowanie, zdyskwalifikowanie[12] lub psucie komuś opinii. Za dyskredytujące będzie zapewne uchodzić np. określenie „mieć drewniane ręce" użyte pod adresem innego lekarza[13]. Jeżeli takie sformułowanie zastosuje się na dodatek w odniesieniu do

---

dzając przymus przynależności do korporacji zawodowej, podnosi interes publiczny do rangi uzasadnienia i ostatecznego celu wyposażenia organów samorządu zawodowego w wymienione atrybuty. [...] Praktyka orzecznicza sądów lekarskich, polegająca na nadaniu przepisowi art. 52 ust. 2 k.e.l. treści, która abstrahuje od nakazanego konstytucyjnie wartościowania, jest więc nieuzasadniona i wzmacnia zarzut naruszenia art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji".

[10] A. Gubiński, *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, s. 182.

[11] E. Sobol (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 2002, s. 258.

[12] Ibidem, s. 167.

[13] Tak przedstawiał się stan faktyczny w jednej ze spraw rozpatrywanych przez sądy lekarskie.

operatora, to nie można mieć wątpliwości, iż będzie ono miało charakter kompromitujący, dyskwalifikujący daną osobę jako fachowca, pomniejszający autorytet tej osoby, psujący jej opinię. Zarazem określenie „publiczny" użyte w art. 52 k.e.l. należy rozumieć w taki sposób, jaki temu pojęciu nadaje doktryna i judykatura na gruncie art. 216 k.k. Zatem przesłanka publicznego zdyskredytowania będzie spełniona wówczas, gdy „wypowiedź lub gest [...] może być rzeczywiście odebrany przez bliżej nieokreśloną liczbę osób[14]".

Jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z 23 kwietnia 2008 r., zakresy znaczeniowe pojęcia „dyskredytować" i krytykować" krzyżują się, ale nie pokrywają. Wskazano tam, że „krytyka w ścisłym znaczeniu tego słowa zakłada zawsze element analizy i oceny prawidłowości zachowania podmiotu krytykowanego, co z kolei umożliwia późniejszą, obiektywną ocenę jej prawidłowości i prawdziwości. Krytyka nie musi ponadto – przynajmniej z pojęciowego punktu widzenia – angażować uwagi osób trzecich, ale może ograniczać się do wymiany poglądów pomiędzy krytykującym a krytykowanym. Tymczasem istota *dyskredytacji* [...] wiąże się ze skutkiem w postaci podważenia autorytetu, spowodowania ujemnej oceny postawy lub działalności określonej osoby w oczach innych. Wskazany negatywny skutek może być związany z obiektywną uzasadnioną albo nieuzasadnioną, albo w każdym razie weryfikowalną – oceną czyjegoś działania, albo ze sposobem traktowania danej osoby"[15]. Podsumowując ten wątek TK stwierdził, iż dyskredytacją będzie „krytyka dla samej krytyki" albo też reakcja nieadekwatna do wytkniętego błędu oraz zamierzonych, pozytywnych skutków społecznych[16].

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

---

[14] A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna, Komentarz do k.k.*, t. II, Kraków 1998, s. 668.

[15] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 r. (sygn. akt Sk 16/07), opublik. M.P. Nr 38, poz. 342.

[16] Ibidem.

mi i wydana w sposób bezstronny" oraz w art. 42 "Lekarz powołany do wydania urzędowej opinii o postępowaniu innego lekarza powinien dokładnie zapoznać się ze wszystkimi materiałami i okolicznościami koniecznymi do wyjaśnienia sprawy, a swą opinię kształtować i wyrażać w sposób obiektywny i ostrożny. Opinie te powinny być w miarę możności opracowywane kolektywnie z udziałem właściwych specjalistów"[17].

Z kolei podobne europejskie zbiory zasad deontologii lekarskiej zawierają inne rozwiązania. I tak w art. 28 Europejskich zasad etyki lekarskiej z 6 stycznia 1987 r. stanowi się: „obowiązujące lekarzy reguły koleżeństwa są ustanowione w interesie pacjentów i mają na celu zapobieżenie sytuacji, w której pacjenci staną się ofiarami nieuczciwej konkurencji między lekarzami", a w art. 30 „Nie uchybia obowiązkowi koleżeństwa zgłoszenie przez lekarza właściwemu organowi zawodowemu faktu uchybienia regułom etyki lekarskiej i uprawnień zawodowych o których lekarz się dowiedział, natomiast w punkcie B6 załącznika do tego dokumentu „lekarz może uczestniczyć w reportażach publicznych w prasie, radiu i telewizji w zakresie, w jakim służą one informowaniu społeczeństwa w dziedzinie zdrowia. Lekarz, który uczestniczy w akcji informowania opinii publicznej o charakterze edukacyjnym lub bez względu na środek komunikacji, powinien powoływać się jedynie na potwierdzone dane, wykazywać ostrożność i troskę o konsekwencje swoich wypowiedzi do opinii publicznej"[18].

Przy tej okazji warto podkreślić, że oprócz oczywiście Konstytucji Rzeczpospolitej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (art. 54 – Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), prawo do krytyki i wolność wypowiedzi gwarantują także akty rangi międzynarodowej. Wymienić tu należy chociażby Powszechną Deklarację Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych, Ekonomicznych i Socjalnych z 16 grudnia 1966 r. ratyfikowany przez Polskę 3 marca 1977 r.[19], czy wreszcie Europejską Konwencję Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r. ratyfikowaną przez Polskę 15 grudnia 1992 r.[20]

Przypomnieć w tym miejscu należy, że zgodnie z art. 54 ust. 1 Konstytucji „Każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji. Zarówno w doktrynie, jak w judykaturze panuje ugruntowany pogląd, iż przepis ten normuje trzy odrębne, choć powiązane ze sobą wolności, a mianowicie wolność rozpowszechniania informacji, wolność wyrażania poglądów oraz wolność pozyskiwania informacji. Przy czym, jak wielokrotnie definiował to TK, pod pojęciem «pogląd» [...] «w rozumieniu art. 54 ust. 1 Konstytucji rozumie się nie tylko wyrażanie osobistych ocen co do faktów i zjawisk we wszystkich przejawach życia, ale również prezentowanie opinii, przypuszczeń, prognoz, ferowania ocen w sprawach kontrowersyjnych, a także informowanie o faktach tak rzeczywistych, jak i domniemanych»"[21]. Przy czym – jak słusznie zauważył TK w cytowany wyroku „[...] swoboda wypowiedzi i prawo krytyki ma najszersze granice w sferze życia politycznego [...]. Zwłaszcza w tej sferze swoboda wypowiedzi jest jednym z fundamentów społeczeń-

---

[17] Patrz także uzasadnienie wyroku TK z 23 kwietnia 2008 r. (sygn. akt Sk 16/07).

[18] Ibidem.

[19] Dz. U. Nr 38, poz. 167 załącznik.

[20] Dz. U. 1993, Nr 61, poz. 284 wraz z protokołami.

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

stwa demokratycznego, warunkiem jego rozwoju i samorealizacji jednostek. Wolność słowa obejmuje jednak i inne przejawy życia publicznego oraz sferę prywatną. Linia orzecznicza TK jest w tym punkcie zgodna z judykaturą ETPC, która podkreśla szczególne znaczenie, jakie wolność słowa ma dla kształtowania się postaw i opinii w sprawach budzących publiczne zainteresowanie i zatroskanie. Nie ulega zaś wątpliwości, że problematyka ochrony zdrowia i funkcjonowania służby zdrowia – zwłaszcza w zakresie, w jakim dotykają kwestii istotnych dla bezpieczeństwa pacjentów – należą do tego typu spraw"[22].

Przypomnieć w tym miejscu należy, że zgodnie z kolei z treścią art. 5 ustawy z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe (Dz. U. Nr 5, poz. 24 z późn. zm.) „każdy obywatel, zgodnie z zasadą wolności słowa i prawem do krytyki, może udzielać informacji prasie. Nikt nie może być narażony na uszczerbek lub zarzut z powodu udzielania informacji prasie, jeżeli działał w granicach prawem dozwolonych". W doktrynie wskazuje się, iż krytyka jest „publiczną oceną, opartą na konfrontacji jakiegoś stanu rzeczywistego z przyjętymi założeniami. Zadaniem krytyki jest wzbogacenie wiedzy i świadomości, a nie wymierzanie sprawiedliwości"[23]. Choć w języku polskim temu terminowi nadaje się jednoznacznie pejoratywne znaczenie, tym niemniej krytyka to analiza i ocena, która może przybierać postać dezaprobaty, ale też pochwały. Przy czym przedmiotem krytyki może być każdy przejaw życia społecznego[24].

Doceniając role i zadania krytyki, zwłaszcza prasowej, ustawodawca jako przestępstwo traktuje próby ograniczania i tłumienia samej krytyki, jak też zbierania materiałów krytycznych (tak art. 44 prawa prasowego). Należy jednocześnie zaznaczyć, że wolność słowa i prawo do krytyki nie są wartościami nieograniczonymi. Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji „Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw". Na tle tego przepisu TK wielokrotnie podkreślał, że „oceniając konstytucyjność regulacji ustanawiającej ograniczenie konstytucyjnej wolności lub prawa, należy rozważyć, czy spełnia ona kryteria formalne – tj. przesłankę ustawowej formy ograniczenia (przy czym wzgląd na fundamentalną rolę wolności słowa w demokratycznym państwie prawnym nakazuje szczególnie surowo kontrolować precyzję przepisów ustaw wprowadzających ograniczenia w korzystaniu z tej wolności [...], a w razie pozytywnej odpowiedzi na to podstawowe pytanie przeprowadzić tzw. test proporcjonalności. Zgodnie z ustalonym na tle art. 31 ust. 2 Konstytucji orzecznictwem TK, zarzut braku proporcjonalności wymaga udzielenia odpowiedzi na trzy pytania dotyczące analizowanej normy: 1) czy jest ona w stanie doprowadzić do zamierzonych przez ustawodawcę skutków (przydatność normy); 2) czy jest ona niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest powiązana (konieczność podjęcia przez ustawodawcę działania); 3 czy jej efekty pozo-

---

[22] Ibidem.
[23] J. Sobczak, *Ustawa prawo prasowe, Komentarz*, Warszawa 1999, s. 90 i n.
[24] Ibidem, s. 96.

stają w proporcji do nałożonych przez nią na obywatela ciężarów lub ograniczeń (proporcjonalność *sensu stricto*)"[25]. Jednocześnie TK pokreślił, że „[...] przekazanie upoważnienia do ingerencji w pewne konstytucyjne wolności osób wykonujących zawód zaufania publicznego samorządom zawodowym może być w określonych warunkach uzasadnione, a nawet uznane za zgodne z potrzebami należytego wykonywania zawodów reglamentowanych. Upoważnienie to nie może jednak mieć charakteru blankietowego. [...] Przystąpienie przez daną osobę – po spełnieniu ustawowo określonych warunków – do określonej korporacji zawodowej [...] jest równoznaczne z wolicjonalnym poddaniem się przez nią pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu, a tym samym stanowi dobrowolne poddanie się unormowaniom wewnątrzkorporacyjnym"[26]. Jednak w ocenie TK „wystarczającym powodem uzasadniającym tę szczególną regulację (tj. możliwość ograniczenia wolności słowa – przyp. J.S.) nie może być ochrona godności i dobrego imienia innego (krytykowanego lekarza)"[27]. Choć jednocześnie TK przyznał, że „dopuszczenie w tych warunkach nieograniczonej krytyki, której zasadność miałaby być weryfikowana wyłącznie *ex post*, w postępowaniu przed sądem, prowadziłoby do skutków społecznie szkodliwych zarówno w wymiarze powszechnym, jak i indywidualnym"[28].

Należy zatem z całą mocą podkreślić, iż granicami legalności krytyki jest rzetelność i zgodność z prawem i zasadami współżycia społecznego. Przy czym rzetelność należy rozumieć jako odpowiedzialny sposób relacji, zgodny z zasadami sztuki, nie stosujący niedozwolonych wybiegów[29]. Nie będzie zatem uchodzić za dopuszczalną krytykę postępowanie, które wypływa z chęci zniesławienia lub naruszenia godności osoby napiętnowanej[30]. W doktrynie podkreśla się przy tym zasadnie, iż przyznanie prawa do krytyki nie oznacza zwolnienia z konieczności dochowania odpowiedniej formy krytyki. Krytyka winna zatem być rzetelna i zgodna z zasadami współżycia społecznego. Dlatego też niezasadnym wydaje się pogląd zakładający, iż krytyka niezgodna z prawdą pozostaje w ramach dozwolonych przez prawo. Podawanie bowiem nieprawdy, zwłaszcza w sposób świadomy i celowy, na pewno nie może uchodzić za postępowanie zgodne z zasadami współżycia społecznego, a zarazem będące rzetelnym. Granice dozwolonej krytyki prasowej wyznaczają: Konstytucja, prawo prasowe, normy prawa cywilnego, karnego, a wreszcie zasady współżycia społecznego[31]. W ramach tak ukształtowanego katalogu wymienić należy reguły deontologii zawodowej zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej. Dla potwierdzenia tej tezy warto też przywołać tu poglądy judykatury. W wyroku Sądu Najwyższego z 3.12.1986 r.[32] wyrażono stanowisko, iż

---

[25] Patrz szerzej uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 r.

[26] Ibidem.

[27] Ibidem.

[28] Ibidem.

[29] J. Sobczak, op. cit., s. 96 [jeśli zmiana w przypisie 23, to tutaj też zmiana – B.H.].

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

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

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

„[...] obszar dopuszczalnej krytyki prasowej nie może wykraczać poza granice zgodnego z prawdą relacjonowania faktów. Spełnienie nakreślonych w art. 41 prawa prasowego przesłanek powoduje uchylenie bezprawności takiego działania. Brak bezprawności czynu z uwagi na dopuszczalne wyrażenie negatywnych ocen działalności publicznej czy zawodowej nie dotyczy sytuacji, gdy owa negatywna opinia przekracza powszechnie dopuszczalne granice”[33].

Zważywszy na powyższe, należy podkreślić, że w obecnym kształcie art. 52 k.e.l. piętnuje tylko publiczne dyskredytowanie innego lekarza, a więc pomniejszanie, podważanie czyjegoś autorytetu, kompromitowanie kolegi z korporacji zawodowej. Przy czym, co należy z całą mocą stwierdzić, przewiduje jednocześnie stosowny tryb zmierzający do wykrycia i ukarania błędów w postępowaniu innego lekarza. Stąd też obowiązek poinformowania organów izby lekarskiej. Analogicznie, mimo istnienia art. 54 Konstytucji, kodeks karny penalizuje zniesławienie i znieważenie.

W konsekwencji Trybunał Konstytucyjny w wielokrotnie tu cytowanym wyroku z dnia 23 kwietnia 2008 r. podkreślił, iż „Trybunał uznaje potrzebę istnienia pewnych ograniczeń wolności słowa i prawa do krytyki w relacjach pomiędzy lekarzami, ze względu na konieczność ochrony zaufania pacjentów do służby zdrowia, niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania tej profesji jako całości, specyfikę relacji pacjent–lekarz, opartej na zaufaniu pacjenta do lekarza, wreszcie specyfikę decyzji diagnostycznych i terapeutycznych, podejmowanych z reguły w warunkach braku pełnego rozeznania wszelkich uwarunkowań danego przypadku. Uzgodnieniu tych konkurujących ze sobą wartości służy procedura informacyjna usytuowana w art. 52 ust. 3 k.e.l. Nie znaczy to jednak, że opisany tam mechanizm zawsze będzie wystarczający i dostatecznie skuteczny, aby zapewnić ochronę wartości podstawowej w analizowanym zakresie – tj. zdrowia i życia pacjentów. *In casu*, w granicach podyktowanych ochroną tej wartości oraz – co oczywiste – prawdziwością formułowanych twierdzeń, może zaistnieć konieczność wystąpienia z publiczną krytyką innego lekarza. Interpretacja zakwestionowanego art. 52 ust. 2 k.e.l. zgodna z aprobowanym konstytucyjnie systemem wartości nie może zatem zmierzać w kierunku uznania całkowitej niedopuszczalności publicznej krytyki lekarza przez innego lekarza i zwolnienia sądów lekarskich z przeprowadzania dowodu prawdy przy dokonywaniu ocen wartościujących konkurujące ze sobą w konkretnym wypadku interesy”[34].

Warto w tym miejscu odnotować, że w innych samorządach zawodowych zasady krytyki dokonywanej pomiędzy członkami samorządu zostały uregulowane w różny sposób. I tak w Kodeksie etyki adwokackiej[35] stanowi się jedynie ogólnie, iż adwokat powinien przestrzegać w stosunku do kolegów zasad uprzejmości, lojalności i koleżeństwa, a nadto, iż adwokat zobowiązany jest do najwyższej lojalności wobec kolegów współpracujących w ramach kancelarii lub spółki i powstrzymywania się od

---

[33] Por. G. Rejman, *Odpowiedzialność w prawie prasowym*, „Palestra” 1984, nr 3–4, s. 34; J. Sobczak, *Prawo prasowe w działalności prasy lokalnej*, Poznań 1993; idem, *Prawo prasowe. Komentarz*, Warszawa–Poznań 1992.

[34] Ibidem.

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

jakichkolwiek działań naruszających taką lojalność również po zakończeniu współpracy. Zgodnie z § 39 tego dokumentu w razie sporu między adwokatami, należy wyczerpać przede wszystkim możliwości jego polubownego rozstrzygnięcia lub skorzystać z pośrednictwa właściwych władz adwokatury. W przypadku kolizji między zasadami koleżeństwa a uzasadnionym interesem klienta, należy dać pierwszeństwo interesom klienta.

Z kolei w art. 38 Kodeksu etyki radcy prawnego stanowi się już wyraźnie, iż „niedopuszczalne jest wypowiadanie przez radcę prawnego wobec osób trzecich negatywnej opinii o pracy zawodowej innego radcy prawnego. Radca prawny, do którego zwrócono się o wydanie opinii o innym radcy prawnym, obowiązany jest wysłuchać opiniowanego radcę prawnego, a przy sporządzaniu opinii opierać się na dokumentach, znanych mu faktach oraz zachować obiektywizm i rzeczowość. Wydanie negatywnej opinii o radcy prawnym, także co do jego pracy zawodowej, jest dopuszczalne, jeżeli opinia taka jest oparta na faktach, a potrzeba albo obowiązek jej wydania wynikają z zadań lub uprawnień służbowych bądź samorządowych”[36].

W Kodeksie etyki notariuszy[37] w § 25 zapisano, iż notariusz powinien kierować się zasadą lojalności, życzliwości i szacunku w stosunku do innych notariuszy, zachowując wszakże prawo do oceny ich pracy, a zarazem wystrzegając się jakichkolwiek form nieuczciwej konkurencji zawodowej. Z kolei zgodnie z § 28 informacji o notariuszach udzielać mogą środkom przekazu tylko organy samorządu notarialnego. Notariusz winien jest wcześniej informować Radę Izby Notarialnej o swym udziale bądź współpracy z jakimkolwiek środkiem przekazu publicznego. Natomiast w § 31 przewidziano zakaz krytykowania wobec klientów czynności dokonanych przez innych notariuszy. Gdy istnieje zatarg między notariuszami, mogą oni wystąpić w sporze sądowym po uprzednim przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego przez Radę Izby Notarialnej (§ 33 Kodeksu etyki notariuszy).

W Kodeksie etyki pielęgniarek i położnych podkreślono, że pielęgniarka nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich. Z kolei w regułach 4.13. Kodeksu etyki architektów[38] przewiduje się, iż członkowie tego samorządu zawodowego nie krytykują złośliwie lub nieuczciwie ani nie dyskredytują w ten sposób pracy innych architektów.

Wreszcie wracając na grunt k.e.l., trzeba odwołać się raz jeszcze do przywoływanego już orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 r. (sygn. akt SK 16/07). TK przesądził tu, że art. 52 k.e.l. w zakresie, w jakim zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi publicznych na temat działalności zawodowej innego lekarza, jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji oraz nie jest niezgodny z art. 63 ustawy zasadniczej. Zatem – co należy wyraźnie podkreślić – stwierdzono, że norma art. 52 k.e.l.

---

[36] Załącznik do uchwały nr 5 VII Krajowego Zjazdu Radców prawnych z dnia 11 listopada 2007 r.

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

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

w zw. z art. 15[39] i 41[40] ustawy o izbach lekarskich jest obarczona wadliwością konstytucyjną tylko w pewnej części i to przy określonym sposobie rozumienia. Stąd też – zdaniem Trybunału – nie ma konieczności zmiany ani aktów normatywnych ani k.e.l. Jak stwierdził TK, „osiągnięcie pożądanego rezultatu może nastąpić przez zmianę wykładni art. 52 ust. 2 k.e.l., dokonywanej w orzecznictwie sądów lekarskich, [...] tj. uznania, że pojęcie «dyskredytowanie» oznacza publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą lub bez związku z ochroną interesu publicznego, wyłącznie lub przede wszystkim w celu podważenia autorytetu (zaufania do) innego lekarza"[41].

Z kolei 16 grudnia 2008 r. kwestią zgodności art. 52 k.e.l. z art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności zajmował się Europejski Trybunał Praw Człowieka[42]. Sprawa została wytoczona Polsce przez dra Frankowicza – ginekologa, prezesa Stowarzyszenia Ochrony Praw Pacjenta (dane osobowe są tu jawne). Lekarz ten wydał na zlecenie pacjenta w 1996 r. krytyczną pisemną opinię o postępowaniu innego lekarza. Stwierdził w niej, że szpital w Tarnowie przyczynił się do pogorszenia stanu zdrowia osoby występującej o opinię. Zdaniem dra Frankowicza, w szpitalu tym lekarz niesłusznie odmówił wykonania biopsji, przez co w porę nie zdiagnozowano, że pacjent cierpi na marskość wątroby i w konsekwencji nie rozpoczęto prawidłowego leczenia. Obwiniony lekarz został ukarany przez sądy lekarskie (I i II instancji) karą nagany, co jego zdaniem uniemożliwiło mu przez kilka lat możliwość awansu zawodowego. ETPCz podkreślił wprawdzie w swym uzasadnieniu, iż relacja lekarza z pacjentem powinna bazować na wzajemnym zaufaniu, co może się wiązać z koniecznością zachowania solidarności członków samorządu zawodowego lekarzy. Jednakże pacjent ma prawo do informacji o opinii na temat postępowania lekarskiego, które jego dotyczyło. Podkreślono, iż nie można za rzetelne opinie o postępowaniu innego lekarza karać, bo w ten sposób odstraszy się innych lekarzy od wydawania opinii o rzeczywistym stanie zdrowia i prawidłowości leczenia pacjenta. Zdaniem ETPCz, opinia wydana przez lekarza była rzetelna (choć był ginekologiem, a wypowiadał się o postępowaniu innego specjalisty) i nie była publicznym dyskredytowaniem, ponieważ sporządził ją na zlecenie pacjenta i przekazał mu bezpośrednio, a nie podał do wiadomości publicznej. Nie miał przy tym na celu dyskredytowania lekarzy i działał w obronie interesu publicznego, a sąd lekarski nawet nie zbadał słuszności opinii sporządzonej przez lekarza. Stąd też ukaranie lekarza za taką opinię stanowi naruszenie art. 10 Europejskiej Konwencji. ETPCz w rezultacie zasądził 3000 euro od Polski na rzecz dra Frankowicza.

Na tle tej sprawy należy poczynić jednak dwie uwagi. Mianowicie badany w niej stan faktyczny dotyczył roku 1996 r., kiedy to obowiązywało „stare", nieaktualne już

---

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

[40] Zgodnie z art. 41. „Członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza".

[41] Patrz wyrok TK z 23 kwietnia 2008 r.

[42] Orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka 16.12.2008, Frankowicz v. Polska, nr 53025/99, tekst orzeczenia dostępny na stronie www.echr.

dziś brzmienie k.e.l. Druga kwestia wydaje się być jednak znacznie istotniejsza. Mianowicie Trybunał nie podzielił zarzutu skarżącego, że postępowanie przed sądem lekarskim nie spełnia wymogów prawa do rzetelnego sądu. I to stwierdzenie ETPCz ma dla sądów lekarskich ogromne znaczenie. W ten sposób Europejski Trybunał przesądził w istocie legalność funkcjonowania tego „lekarskiego wymiaru sprawiedliwości", co niektórzy przecież w Polsce kwestionowali.

Należy zatem stwierdzić, iż w każdej tego typu sprawie sądy lekarskie powinny prowadzić wnikliwe postępowania dowodowe na okoliczność, czy podnoszone zarzuty będące przedmiotem skargi są prawdziwe. Ponadto winny one przyjąć taką wykładnię art. 52 ust. 2 k.e.l., która zakłada, że pojęcie „dyskredytowanie" oznacza publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą lub bez związku z ochroną interesu publicznego, wyłącznie lub przede wszystkim w celu podważenia autorytetu innego lekarza.

**Summary**

**The interpretation of Art. 52 of the Code of Medical Ethics in the Decisions of the Constitution Tribunal and the European Court of Human Rights**

The paper concerns the controversy that over the years has grown around the content of Art. 52, section 2, of the Code of Medical Ethics. The introduction of this regulation into the medical deontological code has bound doctors to the principle of professional loyalty. Some considered this solution expressed a misunderstood solidarity of medical circles. On the other hand, this regulation structured mutual relations between medical practitioners and set standards of mutual respect. The paper analyzes how this controversial regulation is seen in the light of the rulings of the Constitutional Tribunal and the European Court of Human Rights. The outcome of this analysis is support for such interpretation of the regulation as says that in cases involving this article, medical courts should conduct a thorough investigative procedure to reveal whether the accusations in the complaint are true. It is also stated that the interpretation of Art. 52, section 2, of the Code of Medical Ethics should assume that the notion of 'discrediting' shall signify a public statement which defies the truth or is not related to the protection of public interest, and its only or main purpose is to subvert the authority of another medical practitioner.

Jędrzej SKRZYPCZAK, Krzysztof KORDEL

# Przegląd orzecznictwa Naczelnego Sądu Lekarskiego w 2007 r.

## 1. Wstęp

Przedmiotem niniejszego opracowania jest analiza wybranych orzeczeń wydanych przez NSL w roku 2007. Choć oczywiście decyzje NSL nie wiążą wszystkich OSL, a jedynie sądy orzekające w danej sprawie, to stanowią one bardzo cenny materiał poglądowy w kwestii wykładni przepisów dotyczących postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Ponadto należy pamiętać także o treści art. 76 Kodeksu etyki lekarskiej, zgodnie z którym w wypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie. Przepis ten odnosi się jedynie do kwestii deontologii zawodowej. Tym niemniej wydaje się, że właściwe będzie także nakreślenie linii orzeczniczej NSL, aby uniknąć w praktyce orzeczniczej OSL-ów istotnych błędów. Dodatkowo należy podkreślić, że wszystkie dane osobowe (zarówno stron, jak i pokrzywdzonych, a nawet miejsca ze stanów faktycznych oraz daty wydania orzeczeń) zostały zmienione. Nie chodzi nam o to, aby po raz kolejny piętnować obwinionego lekarza albo błędy popełnione przez dany OSL. Ważne są nakreślenie problemu i nauka na cudzych pomyłkach.

## 2. Wymogi formalne wniosku o ukaranie

Wymogi formalne wniosku o ukaranie były przedmiotem analizy sprawy o sygn. NSL Rep. 27/07. NSL podzielił uwagę obrońcy dotyczącą braku określenia miejsca i czasu popełnienia wykroczenia, zarówno we wniosku Rzecznika o ukaranie, jak i w sentencji orzeczenia OSL. W dniu 23.02.2007 r. OSL w K. wydał postanowienie, w którym sprostował ww. orzeczenie w zakresie czasu i miejsca popełnienia wykroczenia. NSL uważa, iż niedopatrzenie to nie ograniczyło prawa obwinionego do obrony. Zarzut obrońcy dotyczący oddalenia wniosków dowodowych zgłoszonych przez obrońcę był zdaniem NSL bezpodstawny, zwłaszcza, iż Sąd I instancji – wbrew temu, co twierdzi odwołujący się – w sposób wszechstronny i wnikliwy przeprowadził postępowanie dowodowe, zaś jego decyzja o nieprzeprowadzaniu kolejnych dowodów, zgłaszanych przez obrońcę, nie miała wpływu na treść zaskarżonego orzeczenia.

## 3. Wniosek o wyłączenie ze składu orzekającego członka OSL

Sprawa o sygn. akt NSL Rep. 71/07 dotyczyła następującego problemu. Postanowieniem z dnia 28 czerwca 2007 r., sygn. akt OSL-15/2006, OSL w Gdańsku, wydanym na

posiedzeniu niejawnym uznał za bezprzedmiotowy wniosek mec. PB, działającego jako pełnomocnik obwinionego dr n. med. TK, o wyłączenie od rozpatrywania sprawy całego zespołu orzekającego, zaś wniosek o wyłączenie ze składu orzekającego jego Przewodniczącego, prof. ZB uznał za bezzasadny. Od tego postanowienia OSL obrońca wniósł odwołanie, zarzucając błąd w ustaleniach faktycznych polegający na bezpodstawnym przyjęciu, że: – fakt przyjmowania w Klinice Położnictwa AM porodu u córki prof. ZB nie wpływa na bezstronność zespołu orzekającego, podczas, gdy w rzeczywistości prof. ZB może kierować się wdzięcznością wobec pokrzywdzonego prof. JE, który był operatorem podczas operacji cesarskiego cięcia u córki prof. ZB, a to z uwagi na prawidłowy jej przebieg i szczęśliwe zakończenie zagrożonej ciąży, niewzięcie pod uwagę przez Sąd, iż w składzie orzekającym zasiadają w większości lekarze zatrudnieni w AM w G., która uznała dra TK winnym popełnienia tożsamego z rozpatrywanym przez OSL przewinienia dyscyplinarnego. Skarżący wniósł o uwzględnienie odwołania i przekazanie sprawy dra TK do innego okręgowego sądu lekarskiego lub o wyłączenie prof. ZB ze składu orzekającego. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego zażalenie nie było zasadne. Zauważyć należy, że wnioski mec. PB o wyłączenie członków składu orzekającego zostały złożone podczas posiedzenia OSL w dniu 27 czerwca 2007 r., tj. na piątym terminie rozprawy. Tymczasem zgodnie z treścią § 32 ust. 2 rozporządzenia, wniosek o wyłączenie może być złożony w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o terminie rozprawy. Jeżeli zaś przyczyna wyłączenia doszła do wiadomości strony później, termin ten liczy się od chwili powzięcia wiadomości o tej przyczynie. W toczącym się przewodzie sądowym, w którym odbyły się wcześniej 4 rozprawy (w dniach 14 i 21 września 2006 r. oraz w dniach 26 lutego 2007 i 19 marca 2007 r.), ani podczas tych rozpraw, ani w pismach procesowych pełnomocnika obwinionego dra TK nie pojawiły się wcześniej jakiekolwiek zarzuty dotyczące stronniczości, a treść protokołów rozpraw świadczy, w ocenie NSL, o bezstronności tych przewodów. W świetle przywołanej regulacji i przebiegu dotychczasowego postępowania uznać należy, że złożony wniosek jest spóźniony, ponieważ okoliczności wskazywane przez skarżącego musiały być mu znane od początku postępowania, co najmniej zaś wcześniej niż 7 dni przed złożeniem wniosku o wyłączenie. Zatem formalnie wniosek o wyłączenie mógł zostać pozostawiony bez rozpoznania na podstawie art. 41 § 2 k.p.k. w związku art. 57 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich (dalej zwana ustawą). Podjęto jednak decyzję o ich rozpatrzeniu na posiedzeniu sądowym w innym składzie, co jest dodatkowym przejawem bezstronności członków składu orzekającego. Naczelny Sąd Lekarski podkreślił, że członkowie organów odpowiedzialności zawodowej, którzy pracują społecznie z ogromnym poświęceniem, są wybierani przez swoich kolegów, a więc cieszą się nienaganną opinią w swoim środowisku. Już z tego względu stawianie zarzutu o stronniczość ze względu na fakt zatrudnienia w tej samej jednostce czy też uczestniczenia w procesie leczenia lub porodu osoby bliskiej członka składu orzekającego, jak miało to miejsce w przedmiotowej sprawie, powinny być formułowane z ogromną rozwagą i poparte wskazaniem konkretnych okoliczności dostatecznie uzasadniających zarzut bezstronności, czego w niniejszej sprawie zabrakło. Jeśli chodzi o podnoszoną okoliczność przyjmowania porodu córki prof. ZB, sąd odwoławczy zgadza się ze stanowiskiem sądu I instancji, że była to sytuacja, w której 6 lat temu córka prof. ZB była normalną pacjentką kliniki i brak podstaw, aby z tego

faktu wywodzić podejrzenia o stronniczości. W przeciwnym wypadku doszlibyśmy do swoistego absurdu polegającego na tym, że osoby bliskie lekarzom – członkom składów orzekających byłyby faktycznie ograniczone w wyborze placówki medycznej i w efekcie ponosiliby negatywne skutki zasiadania swoich bliskich w sądach lekarskich. Nie stanowi podstawy do uwzględnienia zarzutu skarżącego również okoliczność pracy niektórych członków składu orzekającego OSL w Akademii Medycznej w G., której organ w postaci komisji dyscyplinarnej dla nauczycieli akademickich orzekł w przedmiocie odpowiedzialności dyscyplinarnej obwinionego w innym postępowaniu. NSL stwierdził bowiem, że zarzut stronniczości wysnuty na tej podstawie nie może się ostać, ponieważ skład osobowy obu branych pod uwagę organów orzekających w niezależnych sprawach dyscyplinarnych nie pokrywa się. Na marginesie niejako, NSL wskazał, że bardziej właściwym od zastosowanego sposobem redakcji sentencji postanowienia OSL w przedmiocie wniosku o wyłączenie, który został oceniony jako bezzasadny, byłoby posłużenie się przez OSL sformułowaniem: „oddala wniosek […]". Błąd ten jednak nie jest takiej wagi, aby powodował konieczność uchylenia zaskarżonego postanowienia.

## 4. Postępowanie dowodowe

Wydaje się, że analizując orzeczenia sądów I instancji, NSL najczęściej wytykał uchybienia w prowadzonym przez OSL-e postępowaniu dowodowym. I tak w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 4/07 wskazano, iż na etapie postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez rzecznika lek. med. WM został przesłuchany w sprawie jako świadek. Po sformułowaniu zarzutów obwiniony lekarz powinien zostać ponownie przesłuchany do protokołu na okoliczność tych zarzutów. Tymczasem w protokole przesłuchania lekarza, którego sprawa dotyczy, WM w dalszym ciągu dwukrotnie określony został jako świadek. W aktach sprawy znajduje się obszerne oświadczenie obwinionego, które wpłynęło do OROZ po przedstawieniu zarzutów. Nie wiadomo, czy lekarz orientował się, że nie jest już świadkiem w sprawie. Zeznania obwinionego złożone w charakterze świadka nie mogą być dowodami w sprawie, zatem nie mogą stanowić podstawy orzeczenia. Ma to istotne znaczenie z punktu widzenia prawa obwinionego do obrony. Dodatkowo zauważono, że OSL w zaskarżonym orzeczeniu błędnie przytoczył treść zarzutu, o który obwiniony był lekarz. We wniosku o ukaranie zarzut brzmiał, że „nie skontrolował wyniku badania", natomiast w orzeczeniu, że „nie skonsultował wyniku badania". Przyjąć zatem należy, że rzecznik uznał, że lekarz wyniku badania nie widział, zaś OSL oceniał zarzut, że elektrokardiogram widział, ale nie skonsultował (z innym lekarzem). Potwierdza to treść uzasadnienia orzeczenia. Jeżeli OSL zamierzał zmienić opis czynu, powinien zachować wszelkie tego wymogi określone w art. 399 k.p.k. mającego zastosowanie w związku z art. 57 ustawy. Jeżeli zaś niezgodność wynikła zwykłej omyłki, powinna zostać wyeliminowana przy ponownym rozpoznawaniu sprawy. Z powyższych względów Naczelny Sąd Lekarski uchylił zaskarżone orzeczenie w stosunku do obwinionego lekarza i skierował sprawę do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji.

Jak podkreślono w sprawie o sygn. 66/07, jednym z najistotniejszych naruszeń jest oparcie przez OSL rozstrzygnięcia na dowodach nieujawnionych w toku rozprawy.

Stanowi to naruszenie § 40 ust. 1 rozporządzenia, które miało wpływ na treść rozstrzygnięcia. Konstatacja ta wynika z faktu, iż obwiniony nie miał możliwości odniesienia się na rozprawie do wszystkich dowodów, na których podstawie OSL dokonał ustaleń faktycznych i orzekł o jego winie i tym samym naruszone zostało prawo obwinionego od obrony. Uchybienie to stanowi wystarczającą podstawę do uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

## 5. Opinia biegłych

Wielokrotnie problemy proceduralne stwarzał OSL-om dowód z opinii biegłego. I tak w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 12/07 NSL podzielił przekonanie obwinionej o konieczności wyjaśnienia kwestii, z jakiego materiału wykonane zostały sporne uzupełnienia protetyczne, warunków ich przechowywania i higieny oraz warunków pola protetycznego. Bezpośrednią przyczyną skierowania sprawy do OROZ był fakt stwierdzenia przez nieustalonego lekarza stomatologa, iż sporne protezy zębowe nie są wykonane z nylonu, tj. z materiału, za jaki pacjentka zapłaciła. Zdaniem NSL, fakt ten winien być wyjaśniony już w trakcie postępowania wyjaśniającego, a najpóźniej w trakcie przewodu sądowego. Tak się jednak nie stało, dlatego doszło do uchybienia przepisowi § 34 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26.09.1990 r. w sprawie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (dalej zwane rozporządzeniem). Zgodnie z przywołanym zapisem, sąd lekarski jest obowiązany dążyć do wszechstronnego zbadania wszystkich istotnych okoliczności sprawy i w tym celu może dopuszczać z urzędu wszelkie dowody, jeśli uzna, że są potrzebne do uzupełnienia materiału. OSL dopuścił jako dowód w sprawie (ujawnił na rozprawie) i przyjął za podstawę rozstrzygnięcia opinię dr. n. med. JG z Katedry Protetyki Instytutu Stomatologii AM w W. Zważywszy na niedochowanie wymogów przepisów 193–195 k.p.k. oraz art. 200–201 k.p.k. mających w sprawie zastosowanie w związku z art. 57 ust. 1 ustawy uznać to należy za oczywisty błąd procesowy, jak słusznie zauważyła obwiniona w pkt 3 i 4 swojego odwołania. Przywołane przepisy jasno precyzują tryb powoływania biegłych, formę i treść opinii. Zgodnie z art. 193 k.p.k. w związku z art. 57 ust. 1 ustawy o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego wydaje się postanowienie, w którym należy wskazać:

1) imię, nazwisko i specjalność biegłego lub biegłych, a w wypadku opinii instytucji, w razie potrzeby, specjalność i kwalifikacje osób, które powinny wziąć udział w przeprowadzeniu ekspertyzy;
2) przedmiot i zakres ekspertyzy ze sformułowaniem, w miarę potrzeby, pytań szczegółowych;
3) termin dostarczenia opinii.

Opinia biegłego powinna, zgodnie z art. 200 § 2 k.p.k. zawierać:

1) imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność i stanowisko zawodowe biegłego;
2) imiona i nazwiska oraz pozostałe dane innych osób, które uczestniczyły w przeprowadzeniu ekspertyzy, ze wskazaniem czynności dokonanych przez każdą z nich;
3) w wypadku opinii instytucji – także pełną nazwę i siedzibę instytucji;

4) czas przeprowadzonych badań oraz datę wydania opinii;
5) sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski;
6) podpisy wszystkich biegłych, którzy uczestniczyli w wydaniu opinii.

Jeżeli zaś opinia jest niepełna lub niejasna albo gdy zachodzi sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej samej sprawie, można wezwać ponownie tych samych biegłych lub powołać innych (art. 201 k.p.k.). Zgodnie zaś z § 35 ust. 1 rozporządzenia, sąd lekarski może wzywać i przesłuchiwać świadków i biegłych. Powyższe wymogi nie zostały dochowane, choć na brak postanowienia o powołaniu biegłego wskazywała obwiniona już w złożonych wyjaśnieniach i wnioskach dowodowych w trakcie toczącego się postępowania wyjaśniającego przed Okręgowym Rzecznikiem w dniu 18 kwietnia 2006 r., a następnie 28 października tegoż roku. Niezależnie zatem od wartości merytorycznej opinii biegłego OSL winien ją w całości odrzucić ze względu na nieprawidłowość powołania i przeprowadzenia dowodu z tej opinii, co mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Nie zostały bowiem wyjaśnione kwestie wymagające wiadomości specjalnych, wymienione na wstępie rozważań. Naprawienie powyższych uchybień – podkreślił NSL – powinno być dokonane w postępowaniu, które zostanie ponownie przeprowadzone, na skutek uchylenia zaskarżonego orzeczenia. Oczywiście pan dr G. może być biegłym sądowym z dziedziny protetyki stomatologicznej, wpisanym na listę Okręgowego Sądu Lekarskiego, jednakże w każdej nowej sprawie winien być powołany oddzielnym postanowieniem. Co więcej Rzecznik lub OSL winny zadać powołanemu biegłemu pytania szczegółowe, do których powinien się on ustosunkować w wydanej opinii. Trudno też zgodzić się z zasadnością opinii OSL wyrażoną w uzasadnieniu, że kolejny biegły na dodatkowe okoliczności wskazywane przez obwinioną nie powinien być powoływany przez wzgląd na zasadę ekonomii procesowej. Jak już wyżej wskazywano, OSL winien przede wszystkim dogłębnie zbadać wszystkie okoliczności sprawy mające znaczenie dla jej rozstrzygnięcia.

W sprawie o sygn. 63/07 NSL nie podzielił zarzutu dotyczącego braku całkowitej bezstronności opinii biegłego prof. FG. Fakt dłuższego czasu oczekiwania na opinię czy drobna nieścisłość co do przebiegu drugiej wizyty, nie mająca istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia (odnośnie możliwości pojenia dziecka) nie stanowią wystarczających podstaw odmowy opinii obiektywizmu i mocy dowodowej. Opinia biegłego jest jednym z licznych, możliwych do otrzymania w procesie dyscyplinarnym środków dowodowych, dlatego organ procesowy dokonując oceny jej przydatności w konkretnej sprawie czyni to na tle całokształtu okoliczności ujawnionych w toku postępowania. Kryteria oceny wyników pracy biegłego opierają się na weryfikacji wiedzy, kompetencji i rzetelności biegłego oraz jasności i zupełności jego opinii. W kwestii uznania opinii za jasną i pełną w rozumieniu art. 201 k.p.k. decydujące znaczenie ma ocena sądu, a nie stron. Podstawowym czynnikiem kształtującym wewnętrzne przekonanie organu procesowego będzie przede wszystkim – w szerokim tego słowa znaczeniu – „jakość" samych środków dowodowych, a także dostarczająca je osoba (źródło dowodowe) czy nawet sposób ich przedstawienia. O wartości opinii biegłego dla postępowania decydować więc będzie jej poziom merytoryczny i formalny, jak również wiedza i doświadczenie wykonawcy ekspertyzy. Swoboda organu procesowego w ocenianiu przeprowadzonych dowodów odnosi się zarówno do oceny wiarygodności źródła dowodowego i przeka-

zywanych przez nie informacji, jak również do wyprowadzenia wniosków z tak otrzymanego środka dowodowego (por. wyrok S.A. w Gdańsku z dnia 24.04.2003, II AKa 104/03, Apel. Gd. 2003/2/125). Dopuszczone w sprawie opinie biegłych Sąd I instancji miał prawo ocenić według własnego przekonania, nie będąc zobligowanym do przyjęcia ich w całości i bez zastrzeżeń. Opinia biegłego podlega ocenie na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami wiedzy medycznej, logicznego rozumowania, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Swoistość tej oceny polega na tym, że nie chodzi tu o kwestie wiarygodności, jak przy dowodzie z zeznań świadków i stron, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania biegłego zawartego w opinii i uzasadnienie dlaczego pogląd biegłego trafił do przekonania sądu. Z jednej strony konieczna jest więc kontrola pod kątem zasad logicznego rozumowania i źródeł poznania, z drugiej strony istotną rolę odgrywa stopień zaufania do wiedzy reprezentowanej przez biegłego. Powołani w sprawie biegli, których opinie sąd odwoławczy podzielił, nie przesądzili o bezwzględnej wadliwości postępowania lekarskiego obwinionego wobec pacjenta, w szczególności nie stwierdzili jednoznacznie popełnienia przez obwinionego błędów diagnostycznych i leczniczych mogących skutkować ciężkim przebiegiem choroby. Dla uniewinnienia obwinionego znaczenie miał zwłaszcza brak związku pomiędzy zleceniem podania leków przeciwhistaminowych a wystąpieniem biegunki i wymiotów. Zlecenie w czasie pierwszej wizyty w dniu 22.03.2004 r. równoczesnego podania clemastinu i claritiny nie jest zalecane, ale wg biegłych nie miało negatywnego wpływu na dalszy przebieg choroby. Ponadto, ocena przeprowadzonych w sprawie dowodów, skłania sąd odwoławczy do przyjęcia, że podczas drugiej wizyty stan dziecka nie uzasadniał skierowania go do szpitala celem nawodnienia. Lekarz PK jest pediatrą, specjalistą neonatologiem o ponad dwudziestoletniej praktyce zawodowej. Można założyć, że jest w stanie szybko zauważyć cechy odwodnienia u małego dziecka i z pewnością zauważenie takich objawów skłoniłoby go do skierowania dziecka do leczenia szpitalnego. W czasie drugiej wizyty w dniu 24.03.2007 r., pomimo sygnalizowania przez matkę wymiotów i biegunki w wywiadzie, badaniem przedmiotowym lekarz PK ocenił stan dziecka jako zadowalający i zlecił podanie nifuroksazydu, lakcidu, diphergan, zastosowanie diety oraz częste pojenie niemowlęcia. Badanie to, jak wynika z zapisów dokumentacji medycznej i wyjaśnień obwinionego na rozprawie, prowadzone było także pod kątem rozpoznania ewentualnego odwodnienia. Dopiero po ponad 30 godzinach wezwane Pogotowie Ratunkowe przekazało dziecko do szpitala w stanie bardzo ciężkim, z cechami wstrząsu oligowolemicznego i zaburzeń wielonarządowych. W tym czasie rodzice mogli zareagować dużo wcześniej, tym bardziej, że są doświadczonymi rodzicami trójki dzieci. Poza tym, nie można pomijać, że w takiej sytuacji stan dziecka może się dramatycznie zmienić w ciągu zaledwie kilku godzin. NSL podzielił też przekonanie, że rodzice trójki dzieci w dużym mieście z pewnością są zorientowani, gdzie mogą uzyskać pomoc lekarską o każdej porze dnia i nocy. Poza tym jednak kwestia winnego za brak informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy lekarskiej, jako nieobjęta treścią postawionego zarzutu, nie ma znaczenia w sprawie. Sąd odwoławczy doszedł więc do wniosku, że zgromadzone materiały dowodowe potwierdzają zasadność uniewinnienia lekarza PK, dlatego utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie sądu I instancji.

W sprawie 65/07W został powołany biegły prof. nadzw. dr hab. med. JD. W swojej opinii podkreślił on, że brak istotnych zdjęć rentgenowskich nie pozwolił na precyzyjną odpowiedź na zadane mu przez Rzecznika pytania. Opinia ta została dopuszczona i jak wynika z treści uzasadnienia OSL – stanowiła podstawę skazania. Należy jednak zwrócić uwagę, że brak precyzji w stanowisku biegłego, na etapie postępowania przed Sądem I instancji potraktowany być musiał nie inaczej jak zachodzące w sprawie wątpliwości, które to OSL obowiązany był usunąć za pomocą dostępnych mu środków dowodowych. Można tego było dokonać np. przez zgromadzenie pełnej dokumentacji radiologicznej ze wszystkich polskich ośrodków, w których leczona była pacjentka i ewentualnie dopuszczenie uzupełniającej opinii biegłego. Tymczasem Sąd I instancji, pomimo iż brakująca dokumentacja została w pewnym zakresie uzupełniona przez obwinionego, nie uczynił tego, a nieobecny na rozprawie biegły nie mógł się z nią zapoznać i wydać choćby ustnej, uzupełniającej opinii. Postąpienie OSL jest przy tym przejawem niekonsekwencji, która w działalności orzeczniczej sądów dyscyplinarnych nie powinna mieć miejsca. Sąd ten wezwał bowiem biegłego na rozprawę, jednakże wobec niemożności stawiennictwa zrezygnował z jego przesłuchania, pomimo że biegły mógł w opinii ustnej wiele do sprawy wnieść. Sąd ten nie przerwał jednak rozprawy i na kolejny jej termin nie wezwał ponownie biegłego. Jednocześnie, opierając się wyłącznie na opinii pisemnej, przy zawartych w niej zastrzeżeniach co do kompletności materiału dowodowego i zachodzących w tym zakresie wątpliwościach, OSL nie zastosował zasady wynikającej z art. 5 § 2 k.p.k. która mówi, że nie dające się usunąć wątpliwości należy rozstrzygać na korzyść oskarżonego – co ma zastosowanie również przed sądami lekarskimi. Tymczasem w uzasadnieniu orzeczenia OSL opinia biegłego jest przytoczona i szeroko analizowana, stanowiąc tym samym podstawę do wydania ostatecznego werdyktu – dla lek. GA niekorzystnego. Art. 7 k.p.k. – mający poprzez art. 57 ust. 1 ustawy zastosowanie także w niniejszym postępowaniu – stanowi, że organy postępowania kształtują swe przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Jak stwierdził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 12 lipca 2006 r., II KK 12/06 LEX nr 193084 (oraz licznych, wcześniejszych judykatach), przekonanie sądu o wiarygodności jednych dowodów i niewiarygodności innych pozostaje pod ochroną przepisu art. 7 k.p.k., jeśli tylko: – jest poprzedzone ujawnieniem w toku rozprawy głównej całokształtu okoliczności sprawy, – stanowi wyraz rozważenia wszystkich okoliczności przemawiających zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść oskarżonego.

Problem z właściwą oceną dowodu z opinii biegłego pojawił się także w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 74/07. W tym przypadku NSL podzielił stanowisko Sądu I instancji, który dopatrzył się ewidentnych nieprawidłowości w postępowaniu diagnostycznym obwinionej lekarki wobec pacjentki MK. Oceniając prawidłowość zaskarżonego rozstrzygnięcia Sądu I Instancji, NSL wziął pod uwagę wszystkie przeprowadzone w sprawie dowody. Zasadność wydanego przez OSL rozstrzygnięcia potwierdza zwłaszcza opinia biegłego prof. dr hab. n. med. JR oraz opinia Komitetu Referencyjnego Epidemiologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Tarczycy. Opinia prof. dr hab. n. med. JR stwierdza nie tylko błędne rozpoznanie, ale wskazuje na brak morfologicznych, a zwłaszcza cytomorfologicznych cech raka brodawkowatego tarczycy. Druga opinia

zdefiniowana przez Komitet Referencyjny Epidemiologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Tarczycy również wyklucza rozpoznanie raka brodawkowatego tarczycy. Dowody te nie budzą, w ocenie sądu odwoławczego, wątpliwości jako podstawa uznania winy obwinionej lekarki. Wnioski obu opinii są ze sobą zbieżne. Zatem zasadnie Sąd I instancji oparł swe rozstrzygnięcie przede wszystkim na opiniach dwóch uznanych autorytetów z dziedziny Anatomii Patologicznej. W myśl art. 201 k.p.k. w związku z art. 57 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, jeżeli opinia jest niepełna lub niejasna albo gdy zachodzi sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej samej sprawie, można wezwać ponownie tych samych biegłych lub powołać innych. Zatem jeżeli opinia jest pełna, jasna i niesprzeczna wewnętrznie i z innymi opiniami w sprawie, sąd nie ma obowiązku wzywać biegłego na rozprawę celem przesłuchania. Przepisy o postępowaniu nie upoważniają do wartościowania opinii biegłych w zależności od podmiotu, który opinię przygotował, natomiast precyzuje wymagania pod adresem biegłych. Kryteria oceny wyników pracy biegłego opierają się na weryfikacji wiedzy, kompetencji i rzetelności biegłego oraz jasności i zupełności jego opinii. W razie przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego zagadnienie zasięgania kolejnych opinii normuje w całości art. 201 k.p.k. i nie powinno się tu stosować art. 170 § 2 k.p.k., gdyż prowadziłoby to do sytuacji, że strona niezadowolona z opinii biegłego mogłaby raz po raz żądać kolejnych biegłych, aż któryś z nich złożyłby opinię wykazującą to, co strona zamierza udowodnić. W kwestii uznania opinii za jasną i pełną w rozumieniu art. 201 k.p.k. decydujące znaczenie ma ocena sądu, a nie stron. Art. 201 k.p.k. pozostawia organowi procesowemu prawo wyboru drogi wyjaśnienia podnoszonej w toku postępowania niepełności czy niejasności opinii, wobec czego ograniczenie się do uzupełnienia opinii przez tych samych biegłych i niezasięgnięcie opinii nowej nie stanowi samo w sobie obrazy prawa procesowego. Jeżeli w ocenie organu procesowego (lecz nie stron) ujawnią się okoliczności wymienione w art. 201, organ ten obowiązany jest dążyć do ich wyjaśnienia (zob. wyrok SN z 3 lipca 1987 r. – III KR 235/87, OSNKW 1988, nr 1–2, poz. 12). Opinia biegłego jest jednym z licznych, możliwych do otrzymania w procesie dyscyplinarnym środków dowodowych, dlatego organ procesowy dokonując oceny jej przydatności w konkretnej sprawie czyni to na tle całokształtu okoliczności ujawnionych w toku postępowania. Podstawowym czynnikiem kształtującym wewnętrzne przekonanie organu procesowego będzie przede wszystkim – w szerokim tego słowa znaczeniu – „jakość" samych środków dowodowych, a także dostarczająca je osoba (źródło dowodowe) czy nawet sposób ich przedstawienia. O wartości opinii biegłego dla postępowania decydować więc będzie jej poziom merytoryczny i formalny, jak również wiedza i doświadczenie wykonawcy ekspertyzy. Swoboda organu procesowego w ocenianiu przeprowadzonych dowodów odnosi się zarówno do oceny wiarygodności źródła dowodowego i przekazywanych przez nie informacji, jak również do wyprowadzenia wniosków z tak otrzymanego środka dowodowego (por. wyrok S.A. w Gdańsku z dnia 24.04.2003, II AKa 104/03, Apel. Gd. 2003/2/125). Mając powyższe na uwadze, NSL podziela stanowisko Sądu I Instancji, który rozstrzygnięcie swe oparł przed wszystkim na opinii prof. dr hab. n. med. JR, albowiem dowód ten w pełni realizował wskazane wyżej kryteria. Podkreślić należy, że stosownie do treści § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej leka-

rzy, członkowie sądów lekarskich orzekają na podstawie swego przekonania opartego na swobodnej ocenie całokształtu dowodów zebranych w toku postępowania, uwzględniając okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść obwinionego lekarza. Oparcie przekonania o popełnieniu przez obwinioną błędu diagnostycznego bez wątpienia mieści się w granicach swobody ocen orzekających. Nie budzi też wątpliwości sądu odwoławczego, że w sytuacji trudnego obrazu histopatologicznego z jednej strony, jak również rozpoznania raka brodawkowego z drugiej strony, jak to miało miejsce w niniejszej sprawie, staranność diagnostyczna nakazywała skorzystać z konsultacji Komitetu Referencyjnego, co pozwoliłoby, biorąc pod uwagę ostateczne, prawidłowe rozpoznanie, zaoszczędzić rodzinie pokrzywdzonej stresu związanego z błędną diagnozą rozpoznania nowotworu. Za nietrafny należy też uznać zarzut obwinionej wskazującej, że nie wyjaśniono wszystkich okoliczności związanych z chorobą pacjentki, ponieważ zdaniem NSL na interpretację obrazu histopatologicznego nie mają wpływu okoliczności zabiegu operacyjnego ani inne okoliczności podmiotowe. Obowiązkiem lek. IC było zachowanie należytej staranności przy postawieniu rozpoznania histopatologicznego niezależnie od stanu zdrowia MK oraz podjętej wcześniej operacji wycięcia części tarczycy. To, że błędne postawienie przez obwinioną rozpoznania histopatologicznego nie miało znaczenia dla przywołanych okoliczności (nie miało z nimi związku), nie wyklucza jej zawinienia wobec ewidentnie błędnego rozpoznania. Z tego też względu, wobec jednoznacznej rozbieżności rozpoznania postawionego przez obwinioną z ostatecznym rozpoznaniem Komitetu Referencyjnego, sąd I instancji nie przeprowadzając dowodów wnioskowanych przez obrońcę obwinionej z powodu uznania ich za niemające znaczenia dla rozstrzygnięcia lub zmierzające do przedłużenia postępowania, nie naruszył przepisów postępowania, w stopniu mogącym mieć wpływ na wynik sprawy. Ta ostatnia przyczyna dotyczyła dowodu z opinii kolejnego biegłego – jak wyżej wyjaśniono, sam fakt, że strona jest niezadowolona z opinii, nie powoduje konieczności powoływania kolejnego biegłego.

## 6. Definicja czynu ciągłego

Z kolei pojęcie czynu ciągłego próbowano zdefiniować w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 6/07. Stan faktyczny przedstawiał się następująco. Otóż OSL uniewinnił lekarza AB obwinionego o to, że działając czynem ciągłym w okresie od 12 października 2001 r. do 9 listopada 2004 r., pełniąc dyżur w ambulatorium Izby Wytrzeźwień w W. u trzech pacjentów wskutek niestarannego lub nieprzeprowadzonego badania lekarskiego nie wykrył i nie opisał w karcie pobytu ewidentnych obrażeń ciała, i tak: 1. u pacjenta X w dniu 12 października 2004 r. nie rozpoznał złamania szyjki kości udowej prawej, czym naraził pacjenta na opóźnienie leczenia i niepotrzebne cierpienia; 2. u pacjenta Y w dniu 25 października 2004 r. nie stwierdził i nie opisał urazu okolicy ciemieniowo-potylicznej w postaci rany tłuczonej po stronie prawej, narażając pacjenta na utratę zdrowia, a następnie nie wcześniej niż 26 października 2004 r. po dostrzeżeniu błędu diagnostycznego i nieodnotowaniu obrażeń pacjenta bezprawnie dokonał wstecznego wpisu ww. faktu (rozpoznanie + opis) na str. 2 i 3 historii choroby pacjenta; 3. u pacjenta Z. w dniu 9 listopada 2004 r. nie stwierdził i nie opisał urazu okolicy oczodołu prawe-

go oraz objawów neurologicznych, narażając pacjenta na utratę zdrowia, tj. popełnił przewinienie zawodowe z art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i § 5 ust. 3, § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w ZOZ, sposobu jej przeprowadzania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Sąd odwoławczy zwrócił uwagę na błędne przyjęcie w opisie czynu kwalifikacji zarzucanych obwinionemu zachowań jako czynu ciągłego. Definicję czynu ciągłego zawiera art. 12 Kodeksu karnego, zgodnie z którym dwa lub więcej zachowań, podjętych w krótkich odstępach czasu w wykonaniu z góry powziętego zamiaru, uważa się za jeden czyn zabroniony; jeżeli przedmiotem zamachu jest dobro osobiste, warunkiem uznania wielości zachowań za jeden czyn zabroniony jest tożsamość pokrzywdzonego. Nawet jeśli uznać, że przepis ten ma zastosowanie do orzekania w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (co może budzić wątpliwości zważywszy na brak odesłania do Kodeksu karnego w przepisach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy), w danej sprawie o czynie ciągłym nie może być mowy. Po pierwsze, nie zostało wykazane działanie przez obwinionego w wykonaniu z góry powziętego zamiaru. Po drugie zaś, warunkiem uznania wielości zachowań za jeden czyn zabroniony jest tożsamość pokrzywdzonego, co w niniejszej sprawie ewidentnie nie miało miejsca.

## 7. Uprawnienia pokrzywdzonego

W sprawie o sygn. akt NSL 61-07 rozważano zarzuty skarżących dotyczące odmowy im statusu strony w postępowaniu przed sądem lekarskim. Zdaniem NSL nie naruszało przepisów postępowania uniemożliwienie pokrzywdzonym, występującym w charakterze świadków, udziału w rozprawie, w części wykraczającej poza ich zeznania w charakterze świadków. W świetle przepisów rozporządzenia, pokrzywdzony w postępowaniu przed OSL nie jest stroną procesową, a zatem nie może uczestniczyć w rozprawie przed tym sądem. Nie może być również w takim charakterze reprezentowany przez pełnomocnika. Pokrzywdzony może być natomiast przesłuchany jako świadek. Art. 57 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich wskazuje bowiem, że w postępowaniu przed sądami lekarskimi przepisy k.p.k. stosuje się odpowiednio, w sprawach nieuregulowanych we wskazanej ustawie. Natomiast ustęp 2 art. 57 zawiera normę odsyłającą, upoważniającą ministra zdrowia i opieki społecznej do określenia w drodze rozporządzenia szczegółowych przepisów o organizacji i składzie sądów lekarskich, trybie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, prawach i obowiązkach stron świadków, trybie wykonywania kar oraz kosztach postępowania. Obecnie wszystkie te kwestie uregulowane są szczegółowo w powołanym wyżej rozporządzeniu MZiOZ z dnia 26.09.1990 r. § 18 tego rozporządzenia w sposób wyraźny i pełny reguluje przy tym uprawnienia pokrzywdzonego w toku postępowania. Ani sąd lekarski, ani rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie mają obowiązku, ani uprawnienia do doręczenia pokrzywdzonemu wniosku o ukaranie. Pokrzywdzony może się z takim wnioskiem zapoznać w ramach przeglądania akt sprawy. Należy także wskazać, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy – pomimo odpowiedniego stosowania przepisów k.p.k. – nie jest postępowaniem *quasi*-karnym, a jego zasadniczym

zadaniem jest badanie i rozstrzyganie kwestii związanych z merytorycznymi bądź etycznymi aspektami postępowania lekarza. Inna jest zatem pozycja procesowa osoby pokrzywdzonej, albowiem celem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza nie jest – w przeciwieństwie do procesu karnego – ewentualne zadośćuczynienie ofierze czynu zabronionego. Swoje uprawnienia w tym zakresie osoba pokrzywdzona realizować może w ewentualnym procesie cywilnym bądź karnym, gdzie występować może w charakterze strony procesowej. Ponadto należy zaznaczyć, że autonomicznie ukształtowana jest pozycja pokrzywdzonego przed NSL, gdyż jako podmiot, który może wnieść odwołanie od orzeczenia Sądu I instancji, pokrzywdzony ma prawo uczestniczyć w rozprawie odwoławczej i popierać odwołanie. Analizą tego samego problemu zajął się NSL także w sprawie 62/07. Sąd odwoławczy nie stwierdził jednak naruszeń przepisów postępowania, które mogłyby mieć wpływ na wynik sprawy, a przez to powodowały konieczność uchylenia zaskarżonego orzeczenia. Jak podkreślono, sąd Lekarski orzekający w I instancji, doręczając pokrzywdzonej odpis orzeczenia z uzasadnieniem, nie miał obowiązku doręczać jej dowodów, w oparciu o które zapadało orzeczenie. Fakty, przyjęte za podstawę orzeczenia oraz dowody, na których się oparł, wskazane są w uzasadnieniu orzeczenia. Zapoznanie się z treścią dowodów w sprawie przez pokrzywdzonego jest możliwe z jego inicjatywy poprzez prawo przeglądania akt sprawy (§ 18 ust. 2 rozporządzenia).

## 8. Prawo do obrony

W sprawie o sygn. akt 67/07 poruszono problem prawa do obrońcy. NSL podkreślił, że art. 53 ustawy wyraźnie mówi, iż obrońcą lekarza w Sądzie Lekarskim może być lekarz lub adwokat, co było wyartykułowane także na zawiadomieniu skierowanym do obwinionej o terminie rozprawy przed OSL. Całkowitą winę za wysłanie osoby nieuprawnionej do obrony, tzn. radcy prawnego, ponosi kancelaria adwokacka, która celem pełnienia obowiązków obrończych przed Sądem Lekarskim, wysłała radcę prawnego.
W uzasadnieniu orzeczenia o sygn. akt NSP Rep 88/07 podkreślono, iż w ocenie sądu odwoławczego prawo obwinionej do obrony nie zostało naruszone poprzez brak pouczenia jej, że może składać wnioski dowodowe, zadawać pytania świadkom, składać oświadczenia, itp. Podkreślić należy, że przy przedstawieniu jej zarzutów została ona zapoznana z przysługującymi jej prawami, co obwiniona potwierdziła swoim podpisem, a ponadto była reprezentowana przez profesjonalnego obrońcę. Podniesiony przez obrońcę obwinionej zarzut dotyczący braku ujawnienia dowodów na rozprawie, słusznie wskazuje na istotne naruszenie przez OSL przepisów postępowania. Zgodnie bowiem z treścią § 40 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, Sąd Lekarski orzeka na podstawie materiału dowodowego ujawnionego w toku postępowania. Słusznie zatem adwokat obwinionej podnosi, że Sąd I instancji powinien był uzyskać zgodę stron na ujawnienie materiału dowodowego bez odczytywania, lub go odczytać na rozprawie. Sąd odwoławczy stwierdza jednakże, że dotyczyłoby to głównie dokumentacji medycznej w sprawie, ponieważ w pozostałym zakresie dowody, na których Sąd oparł swoje rozstrzygnięcie, będące, co należy pod-

kreślić, wystarczające do jego wydania, zostały przeprowadzone bezpośrednio na rozprawie (wyjaśnienia obwinionej, zeznania pokrzywdzonej). Wytykając sądowi I instancji z całą stanowczością powyższy błąd, NSL jednocześnie pragnie zauważyć, że sądy lekarskie, to sądy korporacyjne (branżowe), nie zaś karne i choć procedura postępowania w nich jest dość ściśle uregulowana – także poprzez odpowiednie stosowanie przepisów k.p.k., to orzeczenia w nich zapadające winny być przede wszystkim sprawiedliwe, jak również uwzględniające dość krótkie terminy przedawnienia czynów z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Te uwarunkowania skłoniły Sąd odwoławczy w niniejszej sprawie do zdroworozsądkowego procedowania i takiego ukształtowania postępowania, aby zapadło orzeczenie uwzględniające wszystkie okoliczności sprawy oraz dowody, także te, które OSL pominął, „zapominając" o ich ujawnieniu na rozprawie. Nie zasługują na uwzględnienie zarzuty nieodnotowania w protokole rozprawy, że przebieg rozprawy był utrwalany na urządzeniu nagrywającym i niezałączeniu taśmy bądź innego nośnika z tej czynności, podobnie jak zarzut niesporządzenia protokołu rozprawy zgodnie z nagraniem audio, ponieważ nie miały one jakiegokolwiek wpływu na wynik sprawy. Posługiwanie się urządzeniem nagrywającym dźwięk nie ma zastępować protokołu, lecz służy jego sporządzeniu o treści możliwie dokładnie odzwierciedlającej przebieg rozprawy. Obwiniona składając wniosek o sprostowanie protokołu nie wskazała żadnych nieścisłości pomiędzy jego treścią a rzeczywistym przebiegiem rozprawy. W przekonaniu NSL nie miało wpływu na wynik sprawy zaniechanie przesłuchania przed sądem świadków przesłuchiwanych w postępowaniu przygotowawczym, albowiem sądząc po treści tych zeznań złożonych w postępowaniu wyjaśniającym, nie wnieśliby oni do sprawy istotnych okoliczności. Słusznie OSL pominął, na korzyść obwinionej zresztą, zeznania świadka PR, uznając je za niewiarygodne. Jednocześnie, podczas rozprawy przed sądem I instancji, strony, w tym obwiniona, nie wnosiły o uzupełnienie postępowania dowodowego, przeprowadzenie go w szerszym zakresie, oświadczając do protokołu, że uznają je za wystarczające. Sąd Lekarski nie ma obowiązku przeprowadzania z urzędu w każdej sprawie dowodu z opinii biegłego – zachodzi to tylko w takiej sytuacji, gdy do rozstrzygnięcia sprawy potrzebne są wiadomości specjalne, którymi Sąd nie dysponuje. W danej zaś sprawie Sąd Lekarski, który jest „najwyższym biegłym" miał prawo uznać, że potrafi samodzielnie ocenić prawidłowość postępowania medycznego obwinionej.

Z kolei w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 89/07 zauważono, iż przepisy k.p.k., mającego, poprzez art. 57 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, zastosowanie także w niniejszym postępowaniu, stoją na straży określonych standardów procesu, wśród których na plan pierwszy wysuwa się zasada prawa do obrony. Jej realizacja odbywa się za pomocą różnych środków; począwszy od prawa do korzystania z pomocy obrońcy, poprzez prawo swobodnego wypowiedzenia się w ramach składanych wyjaśnień, prawo do zadawania pytań świadkom, jak i wyrażania własnych stanowisk w procesie. Określonym standardom, gwarantującym uczciwy proces, podlega również postępowanie dowodowe, zwłaszcza zaś dowód z przesłuchania świadków. Zasadą jest, że świadkowie w postępowaniu przed sądem przesłuchiwani są po pouczeniu ich o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, co nie tylko odpowiedzialność tę warunkuje, lecz również stanowi element dyscyplinujący tych uczestników postępowania i nadający dowodowi z przesłuchania świadków określoną rangę. Uchybienia OSL w tym

zakresie doprowadziły do sytuacji, w której zeznający w sprawie świadkowie nie byli świadomi rygoru prawnego ich wypowiedzi, a zatem reżim sądowy, w jakim przeprowadzane były te dowody, został rozluźniony. Jak wynika bowiem z protokołów rozpraw, żaden ze świadków nie został pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Brak również jakiejkolwiek informacji, dlaczego Sąd odstąpił od odebrania przyrzeczenia od świadków, gdy tymczasem zasadą jest również składanie zeznań przez świadków po odebraniu od nich przyrzeczenia, a wyjątkowo tylko, za zgodą obecnych stron można od tego odstąpić. Stosownie do treści § 38 rozporządzenia MZiOS w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, po zakończeniu postępowania dowodowego rozprawę kończą przemówienia stron, przy czym ostatni głos przysługuje obwinionemu lekarzowi. Końcowe przemówienia stron stanowią w postępowaniu dyscyplinarnym nie mniej ważny jego element, niż złożenie przez obwinionego wyjaśnień lub odczytanie przez oskarżyciela wniosku o ukaranie. Realizacja prawa do obrony w postępowaniu przed sądem lekarskim doznaje ograniczenia wszędzie tam, gdzie obwinionemu lub jego obrońcy uniemożliwia się zajęcie stanowiska co do całokształtu przeprowadzonych dowodów. Niewątpliwie w postępowaniu przed Sądem I instancji powyższy przepis został naruszony, bowiem obrońca nie miał możliwości wygłoszenia przemówienia końcowego. Tym samym obwiniony pozbawiony został możliwości wypowiedzenia się przez swojego obrońcę, co do przeprowadzonych dowodów i kompleksowego przedstawienia argumentów przemawiających na jego korzyść. Pogorszyło to sytuację procesową obwinionego i ograniczyło jego prawo do obrony. Ponadto Sąd przystąpił do narady bez wysłuchania stanowiska strony obwinionej, wbrew dyspozycji § 39 Rozporządzenia MZiOS w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, co w sposób oczywisty może nasuwać podejrzenie, że OSL miał ugruntowany pogląd na sprawę jeszcze przed zakończeniem postępowania dowodowego i pozostał zamknięty na argumentację obrony, co znalazło wyraz w niezapewnieniu możliwości wygłoszenia przemówienia końcowego. Wskazane wyżej uchybienia przepisom postępowania musiały doprowadzić do uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

## 9. Zasada swobodnej oceny dowodów

Zasada swobodnej oceny dowodów była przedmiotem analizy w orzeczeniu NSL o sygn. akt NSL Rep. 19/07. W uzasadnieniu podkreślono, iż ustalenia OSL w tej sprawie dotyczące stanu faktycznego były w ocenie NSL prawidłowe, staranne i rzetelne, i brak jest podstaw do ich skutecznego zakwestionowania. NSL podzielił stanowisko Sądu I instancji, iż opinie biegłych wydane w sprawie są materiałem dowodowym wartościowym, który w sposób kompletny, zrozumiały i spójny w kwestiach kluczowych dla wyrokowania należy uznać za wystarczający dla rozstrzygnięcia w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obwinionych lekarzy. Stosownie do treści § 2 ust. 2 rozporządzenia członkowie sądów lekarskich orzekają na podstawie swego przekonania opartego na swobodnej ocenie całokształtu dowodów zebranych w toku postępowania, uwzględniając okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść

obwinionego lekarza. Powinni przy tym kierować się zasadami prawidłowego rozumowania oraz wskazaniami wiedzy i doświadczenia życiowego. Zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów, przekonanie Sądu o wiarygodności jednych dowodów i niewiarygodności innych pozostaje pod ochroną tego przepisu, gdy:

a) jest poprzedzone ujawnieniem w toku rozprawy głównej całokształtu okoliczności sprawy;
b) stanowi wyraz rozważenia wszystkich okoliczności przemawiających zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść obwinionego;
c) jest zgodne ze wskazaniami wiedzy i doświadczenia życiowego, a nadto zostało wyczerpująco i logicznie uargumentowane w uzasadnieniu orzeczenia.

W ocenie NSL Sąd I instancji nie uchybił żadnej ze wskazanych powyżej dyrektyw, rozpoznając sprawę rzetelnie, odnosząc się do wszystkich, ujawnionych w toku rozprawy głównej dowodów i nie dopuszczając się dowolności na żadnym z etapów oceny materiału dowodowego. Dotyczy to także oceny zeznań RJ – przekonanie OSL o ich wiarygodności mieści się w granicach swobody ocen orzekających i zostało wystarczająco umotywowane w uzasadnieniu orzeczenia.

## 10. Orzeczenia

Natomiast w uzasadnieniu orzeczenia o sygn. akt NSL Rep. 103/07 podkreślono, iż zaskarżone orzeczenie zawiera wadę powodującą brak możliwości utrzymania zaskarżonego orzeczenia w obrocie prawnym. Mianowicie zaskarżone orzeczenie nie zawiera rozstrzygnięcia co do winy a jedynie co do kary, która w takiej sytuacji jest bezprzedmiotowa – nie wiadomo do czego się odnosi. Tym samym rozstrzygnięcie skazujące sądu lekarskiego, o którym mowa w § 43 ust. 1 pkt 5 i ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia, obejmuje dokładne określenie przewinienia zawodowego przypisanego obwinionemu lekarzowi przez sąd lekarski oraz rozstrzygnięcie co do kary. Brak w sentencji stwierdzenia o uznaniu winy z przywołaniem opisu czynu stanowi samoistną przesłankę uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji.

## 11. Wymiar kary

W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 29/07 analizował uzasadnienie dotyczące wymiaru kary. Podkreślono tu, że za okoliczności obciążające nie może być uznane nieprzyznanie się obwinionego do winy, czy próba zrzucenia odpowiedzialności na personel szpitala w G., ponieważ postawa taka wynika z przyjętej linii obrony. Tym samym zaostrzenie kary z tego powodu byłoby ewidentnym naruszeniem prawa obwinionego do obrony. W ocenie NSL orzeczenie kary zawieszenia prawa do wykonywania zawodu, uzasadnione także tragicznymi następstwami czynu, było prawidłowe także przy pominięciu powyższych okoliczności, które błędnie zostały przyjęte za obciążające. A zatem, z punktu widzenia kontroli instancyjnej, można uznać, że to uchybienie OSL nie miało wpływu na treść rozstrzygnięcia i wymiar kary. Najkrótszy z możliwych

okres zawieszenia prawa wykonywania zwodu, tj. 6 miesięcy jest wyrazem uwzględnienia przez OSL zachodzących w sprawie okoliczności łagodzących, obejmujących: – szybkie rozpoznanie zaistniałego powikłania i wydobycie żywego płodu, wyrażenie przez obwinionego żalu i okazanie pokory wobec zaistniałej sytuacji na rozprawie przed OSL.

## 12. Przedawnienie

W postępowaniu o sygn. NSL Rep. 8/07 rozważano zarzut przedawnienia, bowiem OSL w W. w dniu 21 grudnia 2006 r. umorzył postępowanie ze skargi pani D.H. o czyn popełniony 30 sierpnia 2001 r. Przyczyną umorzenia było upłynięcie terminu karalności zgodnie z par. 29 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia, w związku z art. 17 par. 1 pkt 6 k.p.k. w związku z art. 51 ust. 4 ustawy. Zażalenie na postanowienie OSL do NSL wniosła w terminie skarżąca, wskazując, że zarzuty stawiane lekarzowi w postaci fałszerstwa dokumentów, oszustw, wykorzystywania stanowiska publicznego, praktyk korupcyjnych i zatajenia prawdy mają charakter przestępstw. NSL zauważył jednak, że czyn karalny może być uznany za przestępstwo dopiero po prawomocnym wyroku sądu powszechnego i wtedy okres przedawnienia w sprawach dyscyplinarnych jest równy przedawnieniu w sprawach karnych. We wszystkich innych przypadkach postępowania dyscyplinarnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nie można wszcząć po upływie 3 lat i należy je zakończyć przed upływem 5 lat od momentu popełnienia czynu będącego przedmiotem postępowania. Po upływie tego czasu sprawa musi zostać umorzona ze względu na przedawnienie okresu karalności niezależnie od tego, czy znajduje się na etapie postępowania wyjaśniającego czy w sądzie. Jak wynika z akt sprawy, zarzucane lekarzowi przewinienie zawodowe zaszło 30 sierpnia 2001 r. i od tego czasu upłynęło ponad 5 lat. Z powyższych względów Naczelny Sąd Lekarski oddalił zażalenie pokrzywdzonej na postanowienie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie i postanowił utrzymać w mocy postanowienie Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Podobne stanowisko NSL zajął w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 26/07. W ocenie sądu odwoławczego nie może budzić wątpliwości, że sąd lekarski ani rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie są władni dokonywać oceny, czy czyn zarzucany lekarzowi zawiera znamiona przestępstwa. Do takiej oceny uprawniony jest jedynie sąd powszechny i prokurator. Przemawiają za tym następujące względy. Jak słusznie wskazał OSL, z Konstytucji RP da się wywieść zasadę, w myśl której do orzekania w zakresie odpowiedzialności karnej powołany jest wyłącznie sąd powszechny, zaś warunkiem przypisania takiej odpowiedzialności jest uznanie, że czyn nosi znamiona przestępstwa. Tworzenie zaś teorii, że sąd lekarski, nie mając kompetencji do orzekania w przedmiocie odpowiedzialności karnej, miałby uprawnienie do dokonywania ocen prawnokarnych na potrzeby orzekania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, nie zasługuje na aprobatę. Słabość tego poglądu wyraża się w praktycznych konsekwencjach uznania go za obowiązujący. Nie należy tu pomijać aspektów praktycznych, które ewidentnie sprzeciwiają się przyjęciu poglądu zaprezentowanego przez OSL. Jednym z takich aspektów jest niemożność zaakceptowania sytuacji, w której sąd lekarski, przyjmując dłuższy, 10-letni termin przedawnienia, uznałby lekarza win-

nym i ukarał go, podczas gdy w później zakończonym postępowaniu karnym lekarz zostałby uniewinniony z tego powodu, że czyn nie zawiera znamion przestępstwa. Sytuacja taka byłaby rażąco niesprawiedliwa. Ponadto nie należy pomijać, że w składach sądów lekarskich nie zasiadają prawnicy, lecz lekarze, dlatego nie wydaje się wolą racjonalnego ustawodawcy, aby do rozstrzygania kwestii, w których jest niewątpliwie potrzebna wiedza prawnicza, powoływał członków samorządu lekarskiego, wiedzy takiej nieposiadających. Z drugiej strony, orzeczenie przez sąd powszechny w przedmiocie odpowiedzialności karnej lekarza i uznanie, że czyn zawiera znamiona przestępstwa nie stoi na przeszkodzie wszczęciu, także ponownemu – w razie uprzedniego umorzenia postępowania z powodu upływu 5-letniego terminu przedawnienia karalności – postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i orzekaniu przez sąd lekarski w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przed upływem 10 lat od popełnienia czynu.

Interesujące są także wskazówki poczynione w uzasadnieniu sprawy NSL Rep. 93/07. Podkreślono tu, iż zgodnie z treścią § 17 ust. 2 rozporządzenia MZOS postępowanie może (a zatem nie musi) być zawieszone, jeżeli o ten sam czyn, który stanowi przewinienie zawodowe, toczy się postępowanie karne lub dyscyplinarne, którego ustalenia lub wynik mogą mieć istotne znaczenie dla orzeczenia. Jednocześnie art. 51 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich stanowi, że nie można wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata, który to termin w niniejszej sprawie upłynął – skarga została złożona po upływie 3 lat od dnia porodu, którego datę należy uznać za końcową w zakresie opieki medycznej przez obwinionych lekarzy nad ciężarną MW. Dlatego fakt, w jakim terminie pokrzywdzona dowiedziała się o diagnozie stanu zdrowia dziecka KW, nie ma znaczenia, a postępowanie wszczęte po upływie powyższego terminu kwalifikuje się do umorzenia – brak bowiem podstaw do rozważania, czy w niniejszej sprawie wchodzi w grę wydłużony okres przedawnienia karalności, w sytuacji, gdy nie zostało prawomocnie przesądzone, czy czyn zawiera znamiona przestępstwa.

## 13. Wznowienie postępowania

Problem przesłanek wznowienia postępowania pojawił się w sprawie o sygn. akt NSL. Rep. 72/07. Otóż OSL w Ł. orzekł karę upomnienia w sprawie p-ko lek. WZ, uznając go winnym zarzucanego przewinienia zawodowego zawartego we wniosku o ukaranie. Od wydanego orzeczenia ukarany lekarz nie złożył odwołania do Naczelnego Sądu Lekarskiego, tym samym uprawomocniając orzeczenie Sądu I instancji. W dniu 5 października 2006 r. lek. WZ złożył do OSL wniosek o wznowienie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. W załączeniu lekarz przedłożył kserokopie wyroku Sądu Rejonowego – Wydział Grodzki dla Ł., który, jak sam argumentuje w uzasadnieniu wniosku, uniewinnił go od postawionych zarzutów. OSL w dniu 27 listopada 2006 r. wydał postanowienie oddalające wniosek o wznowienie postępowania. Korzystając z przysługującego prawa, lekarz złożył zażalenie do Naczelnego Sądu Lekarskiego na postanowienie Sądu I instancji. W argumentacji zażalenia podnosi, że orzeczenie OSL zostało wydane w dniu 16 listopada 2005 r., tj. przed zakończeniem

sprawy prowadzonej przez Sąd Rejonowy. Zdaniem NSL, zażalenie nie jest zasadne. Podkreślono, że przesłanki wznowienia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w oparciu o nowe fakty, które mogą być materiałem dowodowym, stosowane są bardzo rygorystycznie. Przepis art. 540 § 1 pkt 2 k.p.k. mającego odpowiednie zastosowanie poprzez art. 57 ust. 1 ustawy o izbach stanowi: postępowanie sądowe zakończone prawomocnym orzeczeniem wznawia się, jeżeli po wydaniu orzeczenia ujawnią się nowe fakty lub dowody nieznane Sądowi przed wydaniem orzeczenia i wskazujące na to, że: a) skazany nie popełnił czynu albo czyn jego nie stanowił przewinienia zawodowego lub nie podlegał karze, b) skazano go za przewinienie zagrożone karą surowszą, albo nie uwzględniono okoliczności zobowiązujących do nadzwyczajnego złagodzenia kary lub też błędnie przyjęto okoliczności wpływające na nadzwyczajne obostrzenie kary, c) sąd umorzył lub warunkowo umorzył postępowanie błędnie przyjmując popełnienie przez oskarżonego zarzucanego mu czynu. Argumentując złożenie wniosku o wznowienie postępowania wyjaśniającego, obwiniony lekarz podnosi fakt uprawomocnienia się wyroku Sądu Rejonowego Wydział Grodzki dla Ł. Według materiału dowodowego załączonego w aktach OSL Sąd Rejonowy w sprawie lek. WZ Zgody w 9-cio punktowym akcie oskarżenia umorzył 8 zarzutów Prokuratury z powodu przedawnienia, uniewinniając z 1 zarzutu Prokuratury. Okręgowy Sąd w Ł. umorzył postępowanie apelacyjne (po wycofaniu apelacji Prokuratury) w dniu 3 lipca 2006 r. tj. już po wydaniu orzeczenia przez OSL. Nadmienić jednak należy, że zgodnie z art. 41 ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. członkowie samorządu lekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. OSL w uzasadnieniu postanowienia słusznie podkreśla, że przedmiotem postępowania karnego był zarzut narażenia pacjentów na niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia poprzez pełnienie obowiązków służbowych w stanie nietrzeźwości. W orzeczeniu wymierzającym karę upomnienia OSL ocenił postawę lekarza, która według Sądu naruszała obowiązujące zasady Kodeksu etyki lekarskiej oraz podważyła zaufanie do zawodu lekarza. NSL podkreślił, że zapis art. 48 wyżej wymienionej ustawy o izbach lekarskich stanowi, iż postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego. Może ono jedynie zostać zawieszone do czasu ukończenia tego postępowania. Żaden przepis nie mówi jednak ani o tym, jak kształtować się mają losy takiego postępowania w zależności od orzeczenia w sprawie karnej, zwłaszcza od rodzaju orzeczenia tj. skazania, uniewinnienia lub umorzenia postępowania, ani tym bardziej o tym, jaka ma być relacja kar orzeczonych w postępowaniu przed sądem lekarskim do kar orzeczonych przed sądem karnym lub wręcz odstąpienia przez sąd lekarski od orzeczenia kary. Mając powyższe na względzie, Naczelny Sąd Lekarski orzekł, jak w sentencji wydanego postanowienia.

## 14. Koszty postępowania

Z kolei w sprawie o sygn. akt 99/07 dotknięto problematyki kosztów postępowania. Jak zauważył NSL, przepisy rozporządzenia nie regulują zasad ponoszenia kosztów postę-

powania w sytuacji uznania winy w zakresie jednego i uniewinnienia w zakresie drugiego zarzutu w jednym orzeczeniu. Sąd odwoławczy podziela jednak podniesiony przez obwinionego argument, że w sytuacji uniewinnienia go od jednego z dwóch stawianych mu zarzutów nie powinien być on obciążany w tym zakresie kosztami postępowania w sprawie. Jednakże zważywszy na niemożność precyzyjnego przełożenia zakresu uniewinnienia na wysokość kosztów w sprawie, sąd odwoławczy uznał, że zasadnym i sprawiedliwym będzie zmiana rozstrzygnięcia o kosztach postępowania za I instancję w ten sposób, że obwiniony zostanie obciążony połową tych kosztów, a druga połowa tych kosztów obciąży Skarb Państwa. W ocenie sądu II instancji takie rozstrzygnięcie jest racjonalną wykładnią uzupełniającą lukę wynikającą z treści § 63 powoływanego rozporządzenia.

## 15. Zakończenie

Analiza orzecznictwa sądów lekarskich w 2007 r. przekonuje, iż poziom orzecznictwa nieustannie wzrasta. I choć zdarzają się ciągle istotne błędy, większość rozstrzygnięć dobrze się broni.

**Summary**

**A Review of Supreme Medical Court Decisions in 2007**

The paper reviews the decisions of the Supreme Medical Court in 2007. The selected verdicts are treated as case studies in the interpretation of regulations on proceedings pertaining to the professional responsibility of medical practitioners. The verdicts presented in the paper concern such issues as the formal requirements of an application for penalty, the motion to exclude an SMC member from the panel, investigative proceedings, the opinion of expert witnesses, the definition of continued offence (*delictum continuatum*), the rights of the injured party, the right of defense, the principle of free appraisal of evidence, faulty verdicts, penalties, the statute of limitations, and the reopening of a case and its costs. An analysis of the verdicts allows us to conclude that the standards of SMC decisions are rising. Although erroneous verdicts are given, the majority of SMC verdicts are issued correctly.

Grzegorz WRONA, Jędrzej SKRZYPCZAK

# Odpowiedzialność zawodowa lekarzy ratownictwa medycznego. Przegląd wybranych spraw w Okręgowym Sądzie Lekarskim Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

## I. Statystyka orzeczeń Okręgowego Sądu Lekarskiego

Okręgowy Sąd Lekarski wybrany na pierwszym sprawozdawczo-wyborczym Okręgowym Zjeździe Lekarzy i ukonstytuowany na pierwszym zgromadzeniu rozpoczął swoją działalność w 1990 r. Autorzy dokonali analizy repertorium Sądu, na podstawie której powstała zamieszczona niżej tabela. Dokonano podsumowania liczby rozpatrywanych spraw w poszczególnych latach. Nie wszystkie z tych spraw zakończyły się w roku ich rozpoczęcia. Czas ich rozpatrywania wynosił od jednego do kilkunastu miesięcy i był zależny od szeregu czynników, w tym liczby rozpraw głównych, podczas których Sąd zapoznawał się ze zgromadzonymi i przedstawianymi dowodami, w tym, co szczególnie należy podkreślić, w sprawach z zakresu medycyny ratunkowej, opiniami biegłych, liczbą zeznań składanych przez nie zawsze łatwo osiągalnych dla sądu lekarskiego świadków, składanymi odwołaniami do Naczelnego Sądu Lekarskiego działającego w II instancji itp. Należy podkreślić, że praca w organach samorządu lekarskiego jest społeczna. Ponadto lekarze orzekający, oskarżający oraz uczestniczący w rozprawach w charakterze świadków muszą godzić pracę w sądzie ze swymi obowiązkami zawodowymi.

W kolejnej kolumnie tabeli przedstawiono liczbę spraw rozpatrywanych z wniosku o ukaranie złożonego przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lub zastępcę Rzecznika dotyczących uchybień w postępowaniu w medycynie ratunkowej. W kolejnej kolumnie umieszczono liczbę uniewinnionych lub ukaranych lekarzy, z odniesieniem do wysokości kary, jeśli taką orzeczono. W zasadzie orzeczenia uprawomocniały się w związku z niezłożeniem przez uprawnione podmioty odwołania od orzeczenia lub w wyniku podtrzymania orzeczenia przez Naczelny Sąd Lekarski. Tylko w jednym przypadku dotyczącym medycyny ratunkowej Naczelny Sąd Lekarski uchylił (uniewinniające) orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego i przekazał do ponownego rozpatrzenia, wskazując uchybienia w pierwszym postępowaniu. Inny skład orzekający w tej sprawie po ponownym przeprowadzeniu przewodu orzekł winę i karę upomnienia. Dla porządku należy dodać, że uprawnionymi do złożenia odwołania od orzeczenia sądu lekarskiego pierwszej instancji są obwiniony lekarz i okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej w każdym przypadku, a także pokrzywdzony, ale tylko od orzeczenia uniewinniającego lekarza. Zatem w sytuacji, kiedy okręgowy sąd lekarski orzeka winę i ustala karę, odwołanie pokrzywdzonemu (pacjentowi lub jego rodzinie) nie przysługuje nawet, jeśli kara orzeczona przez sąd jest przez pokrzywdzonego uznawana za nieadekwatną.

| Rok | Liczba spraw ogółem | W tym liczba spraw w dziedzinie medycyna ratunkowa | Orzeczenia w sprawach w dziedzinie medycyna ratunkowa |
|---|---|---|---|
| 1990 | 9 | 1 | 1 x upomnienie |
| 1991 | 7 | 0 | |
| 1992 | 4 | 0 | |
| 1993 | 11 | 0 | |
| 1994 | 3 | 0 | |
| 1995 | 8 | 0 | |
| 1996 | 10 | 1 | 1 x uniewinnienie |
| 1997 | 9 | 0 | |
| 1998 | 10 | 1 | 2 lekarzy w tym 1 x upomnienie |
| 1999 | 21 | 2 | 1 x upomnienie i 1 x nagana |
| 2000 | 25 | 4 | 1 x umorzenie (przedawnienie karalności), 3 x uniewinnienie |
| 2001 | 34 | 1 | 1 x nagana |
| 2002 | 31 | 7 | 2 x uniewinnienie, 3 x upomnienie, 2 x nagana |
| 2003 | 35 | 4 | 1 x umorzenie, 1 x uniewinnienie, 2 x upomnienie |
| 2004 | 51 | 2 | 1 x uniewinnienie, 1 x nagana |
| 2005 | 40 | 4 | 1 x uniewinnienie, 2 x upomnienie, 1 sprawa w toku |
| 2006 | 59 | 5 | 6 lekarzy: 3 x uniewinnienie, 2 x upomnienie, 1 x nagana |
| 2007* | 19 | 1 | sprawa w toku |
| Suma | 386 | 33 | 13 x uniewinnienie, 12 x upomnienie, 6 x nagana, 2 x umorzenie |

* Ilość spraw, które wpłynęły do dnia 31 marca 2007 r.

Należy zwrócić uwagę, że Okręgowy Sąd Lekarski orzekając winę lekarza w postępowaniu w medycynie ratunkowej ani razu nie orzekł kary zawieszenia ani pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Tu trzeba podkreślić, że tylko w ostatnich trzech latach orzeczono pięciokrotnie karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu w innych sprawach. Analizując wszystkie uzasadnienia, stwierdzić należy, że Sąd bierze pod uwagę nie tylko skutek przebiegu schorzenia i udzielanej w jego trakcie lekarskiej pomocy – ten skutek w medycynie ratunkowej to nierzadko zgon chorego. Sąd analizując przebieg zdarzenia uwzględnia wszelkie okoliczności, w szczególności dowody pod postacią opinii powołanych biegłych, ale także specyfikę miejsca udzielania świadczenia, emocji towarzyszących zachorowaniu, możliwości uzyskania pełnego wywiadu, ograniczonego arsenału środków diagnostycznych i terapeutycznych i wiele innych bardzo indywidualnych dla każdej ze spraw. Sąd wielokrotnie podkreślał jednoosobowość działań lekarza medycyny ratunkowej i niemożność uzyskania dostępu do konsultacji innego, być może bardziej doświadczonego lekarza. Wielokroć też poddawał krytyce odraczanie takiej konsultacji na czas późniejszy.

## II. Przegląd wybranych orzeczeń Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL

### *Sprawa A*

Lek. AB w dniu xx.yy.19zz pełnił funkcję lekarza dyżurnego Działu Pomocy Doraźnej ZOZ w C. Około godz. 20.00 DE telefonicznie wezwała lekarza do swojego sąsiada KK. Powodem wezwania pomocy lekarskiej był fakt, że KK tego dnia skarżył się na ból głowy, położył się do łóżka i ciężko oddychał oraz zanieczyścił się. Lek. AB wyjaśnił, że po przybyciu na miejsce miał duże trudności w zebraniu wywiadu od obecnych na miejscu matki pacjenta LK oraz sąsiadki. Wyjaśnił, że trwały poszukiwania dokumentacji lekarskiej z wcześniejszego leczenia pacjenta. Podał, że po zbadaniu pacjenta, w tym również po przeprowadzeniu badania neurologicznego, doszedł do przekonania, że ma do czynienia z przypadkiem schizofrenii i dlatego zdecydował się na podanie fenactilu. Wyjaśnił, że podczas dokładnego i pełnego badania lekarskiego nie stwierdził żadnych objawów mogących przemawiać za stanem zagrożenia życia pacjenta. Jego zdaniem, wizyta trwała około 15 minut. Wyjaśnił, że nie stwierdzał sztywności karku, a objawy Kerniga i Brudzińskiego były ujemne. Pacjent w jego ocenie nie był agresywny, był raczej spowolniały; spełniał polecenia. Do wysunięcia rozpoznania, które zostało wpisane do kary wyjazdowej „schizofrenia paranoidalna urojeniowa podejrzenie" skłonił go wywiad zebrany od matki chorego. Z zeznań KL, osoby bardzo źle słyszącej wynika, że KK nie chorował psychicznie, a na schorzenia takie cierpiał jego brat. Zeznała, że KK od około pół roku źle się czuł i skarżył się na bóle głowy. Czas badania pacjenta został określony na 10–15 minut przez pozostałych członków zespołu wyjazdowego. W swoich zeznaniach stwierdzili oni, że czas podany w karcie wyjazdowej należy traktować orientacyjnie, bowiem nie pamiętają czy wypełniona była ona bezpośrednio po powrocie do bazy, czy też po pewnym czasie. Świadek MN stwierdził, że lekarz przeprowadził rutynowe badanie lekarskie oraz pamiętał, że trwały poszukiwania jakiejś dokumentacji lekarskiej, której nie odnaleziono. Po odjeździe karetki stan chorego wzbudził obawy i około godziny później sąsiadka zdecydowała się na ponowne wezwanie karetki Pogotowia Ratunkowego. Lek. AB wyjaśnił, że podawane w telefonicznej rozmowie przez panią DE objawy obserwowane u chorego uznał za działanie leku uspokajającego i zalecił inne ułożenie chorego oraz pojenie go łyżeczką. Z uwagi na konieczność przyjęcia trzech oczekujących w ambulatorium pacjentów zalecił, że gdyby stan chorego nie poprawił się, to należy go o tym powiadomić telefonicznie. Brak ponownego wezwania upewnił go, że z pacjentem jest wszystko w porządku. Pani DE zeznała, że w rozmowie telefonicznej poinformowała lekarza, że pacjent jest nieprzytomny, a lekarz twierdził, iż KK śpi po otrzymanym zastrzyku, natomiast sam AB jest zajęty. W nocy doszło do zgonu chorego KK. Przyczyną zgonu KK, co ustalono podczas przeprowadzonej sekcji zwłok, była wzmożona ciasnota wewnątrzczaszkowa. Biegli z Zakładu Medycyny Sądowej przyjęli, że zgon KK spowodowany był przewlekłym procesem chorobowym. Biegli nie stwierdzili istnienia związku przyczynowego pomiędzy działaniem lek. AB a zgonem pacjenta, natomiast postępowanie lekarza ocenili jako nieprawidłowe. Podobnie postępowanie fachowe lekarza AB ocenił inny biegły. Sąd przyjął opinie biegłych za w pełni spójne i pełne, przyjmując brak związku pomiędzy postępowaniem zawodowym lek. AB a zgonem pacjenta KK. Zda-

niem Sądu, wyjaśnienia obwinionego lekarza o szczegółowym i dokładnym badaniu pacjenta podczas wizyty należy uznać za mało wiarygodne, bowiem czas wizyty wynikający z zeznań świadków jest zbyt krótki, aby tak wszechstronne badanie mogło być przeprowadzone. Jako pewnego rodzaju usprawiedliwienie można uznać trudności w zebraniu wywiadu od obecnych na miejscu zdarzenia matki pacjenta i sąsiadów. Złe wnioski wyciągnięte z tak zebranego wywiadu spowodowały postawienie błędnej diagnozy oraz zaordynowanie pacjentowi leku fenactil, który w tym przypadku nie był zasadnie użyty. Zdaniem Sądu, przy wątpliwościach dotyczących diagnozy, co znalazło swoje uzasadnienie w postawieniu tejże o brzmieniu „podejrzenie schizofrenii paranoidalnej urojeniowej", przy ponownym telefonicznym wezwaniu lekarz winien udać się ponownie do pacjenta. Nie można uznać za wystarczające tłumaczenia, że w tym czasie AB przyjmował trzech pacjentów w ambulatorium. Objawy opisywane przez ponownie wzywającą pomocy sąsiadkę winny spowodować wątpliwości, co do prawidłowości diagnozowania i lekarz powinien udać się z ponowną wizytą do chorego po przyjęciu pacjentów ambulatoryjnych. Brak podjęcia działania, przy istniejących, co sam lekarz przyznał, wątpliwościach co do postawionej diagnozy, po ponownym wezwaniu do chorego KK trzeba uznać za brak należytej staranności w postępowaniu wobec pacjenta. Należy stwierdzić, że sposób prowadzenia dokumentacji lekarskiej w przypadku KK jest daleko odbiegający od zasad – jest ona nieczytelna oraz brak w niej odnotowania w jakiejkolwiek formie faktu udzielenia przez lekarza porady telefonicznej.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uznał lekarza AB za winnego przewinienia zawodowego popełnionego w ten sposób, że w trakcie pełnienia dyżuru w Oddziale Pomocy Doraźnej udzielając pomocy choremu KK, poprzez niezareagowanie na ponowne wezwanie do pacjenta, przy niepostawieniu w czasie pierwszego wezwania pewnej diagnozy, wykazał się brakiem należytej staranności. Czynem swym naruszył art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej i za to na podstawie art. 42 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich wymierzył karę upomnienia;
2) kosztami postępowania obciążył ukaranego lekarza na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej.

***Sprawa B***

W dniu xx.yy.19zz r. po urazie szyi i barku ojciec z dzieckiem WW (lat 3) zgłosili się do Szpitala Dziecięcego na ostry dyżur chirurgiczny. Dziecko zostało przyjęte i zbadane przez lek. AB. Lekarz dokonał oględzin dziecka, stwierdzając stłuczenie okolicy szyi. Na sugestię rodzica, aby wykonać dodatkowo zdjęcie rtg stłuczonej okolicy, lekarz stwierdził, że nie widzi takiej potrzeby i zapisał dziecku środki przeciwbólowe i maść rozgrzewającą na skórę szyi (kserokopia wpisu do książki dyżuru). W związku z utrzymującymi się dolegliwościami w dniu następnym rodzice udali się z dzieckiem do innego szpitala, gdzie stwierdzono po badaniu i wykonaniu zdjęcia rtg złamanie obojczyka. Z uwagi na brak chirurga dziecięcego rodzice udali się ponownie do Szpitala Dziecięcego, gdzie wykonano u dziecka opatrunek elastyczny unieruchamiający obręcz barkową. W czasie wizyty kontrolnej w Poradni Chirurgicznej dziecko zostało

przyjęte przez lek. AB, który nie badając dziecka polecił pielęgniarce skontrolować stan opatrunku i polecił usunięcie tegoż po okresie 2 tygodni.

Po 8 dniach od urazu zdjęto opatrunek w Klinice Chirurgii Dziecięcej Instytutu Pediatrii i wykonano kontrolne zdjęcie rtg, które wykazało częściowy zrost obojczyka.

Obwiniony lekarz w trakcie zeznań złożonych przed OROZ, jak również podczas rozprawy przed OSL potwierdził, że badał dziecko, ale nie widział wskazań do wykonania badań pomocniczych, zwłaszcza rtg obręczy barkowej. Tłumaczył to młodym wiekiem dziecka oraz tym, że nie w każdym przypadku tego typu badanie jest konieczne. Lekarz zaprzeczył, że jego stosunek do dziecka był lekceważący.

Powołany w sprawie biegły jednoznacznie stwierdził, że lekarz badający dziecko w Izbie Przyjęć powinien wykonać zdjęcie rtg obręczy barkowej, aby mieć pewność, co do rozległości urazu oraz stwierdził, że postępowanie i podjęte leczenie przez obwinionego z pominięciem tego badania mogło mieć istotny wpływ na ewentualne wystąpienie powikłań i mogło wydłużyć okres leczenia.

W trakcie rozprawy obrońca obwinionego (współpracownik obwinionego – chirurg dziecięcy) na pytanie Sądu, czy „gdyby obrońca znalazł się w sytuacji obwinionego uwzględniłby badanie radiologiczne obojczyka", odpowiedział „tak".

Sąd odrzucił zarzut nieudzielenia pomocy poszkodowanemu dziecku, ale stwierdził, że obwiniony nie dołożył wszelkich starań i nie przeprowadził należytego postępowania diagnostycznego mogącego postawić prawidłowe rozpoznanie urazu.

Okręgowy Sąd Lekarski, oceniając wszystkie okoliczności sprawy, jednomyślnie stwierdził, że obwiniony swoim postępowaniem naruszył art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej.

Na niekorzyść obwinionego przemawiał dodatkowo fakt, że w trakcie kontrolnej wizyty dziecka w Poradni Chirurgicznej, wiedząc że dziecko ma złamany obojczyk, nie badając dziecka, polecił sprawdzenie opatrunku utrwalającego – pielęgniarce.

Na korzyść obwinionego przemawia dotychczasowa niekaralność oraz brak należytego doświadczenia zawodowego.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uznał lekarza AB za winnego przewinienia zawodowego określonego we wniosku o ukaranie i za to na podstawie art. 42 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich wymierzył karę upomnienia;
2) kosztami postępowania obciążył ukaranego lekarza na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej.

***Sprawa C***

W dniu xx.yy.19zz r. skierowano skargę dotyczącą niewłaściwego postępowania lek. AB, udzielającego pomocy lekarskiej chorej MM. Z pisma skarżącego męża chorej LM wynika, że w dniu xx-45.yy.19zz r. u MM wystąpiły bóle w klatce piersiowej i to stało się powodem zgłoszenia do lekarza w Wiejskim Ośrodku Zdrowia. Z dokumentacji lekarskiej WOZ wynika, że pacjentka skarżyła się na ból w klatce piersiowej trwający do 5 minut z przerwami. W trakcie wizyty dolegliwości bólowe nie ustępowały. W oparciu o przeprowadzone badanie fizykalne oraz po wykonaniu badania ekg lek. SB rozpoznał stabilną dusznicę bolesną i zaordynował leki: nitroglicerynę, polopirynę i sorbonit. Za-

lecono pacjentce również badanie kontrolne. Z pisma skarżącego wynika, że w krytycznym dniu chora odczuwała bóle, dwukrotnie zażywała nitroglicerynę, a następnie około godziny 11 wraz z mężem i córką pojechała do stacji pogotowia ratunkowego, w której dyżur pełnił lek. AB. Przesłuchana w trakcie postępowania przez OROZ świadek córka MM – zeznała, że była obecna podczas badania matki przez lekarza AB. Świadek zeznała, że podczas badania była również obecna pielęgniarka. Według świadka matka w wywiadzie podała badającemu ją lekarzowi rodzaj i lokalizację dolegliwości bólowych; mówiła mu, iż ból występuje od wczoraj, pokazała zapis wykonanego ekg oraz leki, które zlecił lek. SB. Świadek stwierdziła, że matka była badana jedynie palpacyjnie po ułożeniu się na kozetce i po podciągnięciu bluzki. Podczas uciskania matka mówiła, że boli ją i ból promieniuje w kierunku ramion. Według świadka nie było osłuchiwania stetoskopem i nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Matce podano domięśniowo zastrzyk i wypisano receptę na ketonal w tabletkach. Po upływie około 30 minut lek. AB zapytał matkę czy dolegliwości zmniejszyły się i zalecił udanie się do domu. Świadek zeznała, że prosiła lekarza o kontrolne wykonanie badania ekg, lecz po ponownym obejrzeniu wcześniejszego zapisu ten stwierdził, że nie ma takiej konieczności. Zalecił również odstawienie wcześniej zapisanych przez dra SB leków. Z przesłuchania męża pacjentki wynika, że po powrocie do domu jego żona była senna i spała do godziny 15, po obudzeniu się poszła do ubikacji znajdującej się na podwórku, gdzie straciła przytomność. Wezwano karetkę Pogotowia Ratunkowego, którą przyjechał lek. AB. Pacjentka została przewieziona do szpitala, w którym nie odzyskawszy przytomności zmarła po dwóch dobach. Podobnie przebieg zdarzenia opisał świadek podczas rozprawy. Z historii choroby leczenia MM w oddziale intensywnej opieki medycznej wynika, że rozpoznano u niej stan po resuscytacji oddechowo-krążeniowej, śmierć pnia mózgu oraz zawał mięśnia sercowego. W Izbie Przyjęć u pacjentki stwierdzano migotanie komór. Przez cały okres hospitalizacji chora była nieprzytomna. W pierwszej dobie wystąpiło pogorszenie stanu chorej, a w badaniu ekg stwierdzano cechy niedokrwienia w części przednio-przegrodowej mięśnia sercowego. W drugiej dobie nastąpił zgon pacjentki. Badania pośmiertnego nie przeprowadzono, przychylając się do pisemnej prośby rodziny.

Z wyjaśnień lek. AB złożonych przed OROZ wynika, że pacjentka zgłosiła się skarżąc na dolegliwości bólowe w klatce piersiowej występujące od kilku dni, ból o niezbyt dużym nasileniu w okolicy mostka, nasilający się przy oddychaniu. Ból ten zlokalizowany był również w okolicach żeber i w rzucie obu stawów barkowych. Lekarz wyjaśnił, że pacjentka okazała mu zrobione poprzedniego dnia badanie ekg, w którym nie stwierdził cech choroby niedokrwiennej serca. Lek. AB stwierdził, że ciśnienie pacjentki było w normie, tętno było prawidłowe, a w badaniu osłuchowym serca i płuc nie stwierdził nieprawidłowości. W swoich wyjaśnieniach na rozprawie stwierdził, że nie opisał tych czynności w dokumentacji medycznej, bowiem nie stwierdzał odchyleń od stanu normy. Rozpoznał u pacjentki nerwoból międzyżebrowy i zalecił lek przeciwbólowy ketonal w iniekcji oraz ten sam lek w tabletkach. Jako dowód na okoliczność przeprowadzonego badania przedłożył oświadczenie pielęgniarki, z którego wynika, że była obecna podczas badania chorej i badanie to przebiegało rutynowo.

Sąd uznał, że sposób przeprowadzenia badania lekarskiego pacjentki w czasie udzielania pomocy może budzić zastrzeżenia, a w szczególności spornym jest, czy zo-

stało istotnie przeprowadzone badanie osłuchowe serca i płuc oraz pomiar ciśnienia krwi. Zeznania świadków w tej kwestii są różne, a brak jest opisu tej czynności w dokumentacji medycznej sporządzonej przez obwinianego lekarza, co może przemawiać za tym, że badań tych istotnie nie przeprowadził lub też, że dokumentacja medyczna była przez niego prowadzona nieprawidłowo. Przyjmując, że badanie fizykalne również zawierało te czynności, należy uznać, iż błędem było ich nieodnotowanie, bowiem stwierdzenie prawidłowych wyników nie zwalnia lekarza od odnotowania ich w dokumentacji.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uznał winnym lek. AB zarzucanego przewinienia zawodowego popełnionego w miejscu i w czasie określonym we wniosku o ukaranie w ten sposób, że nie wykorzystał wszystkich możliwości diagnostycznych w różnicowaniu bólów klatki piersiowej u pacjentki MM, nie skorzystał z możliwości skonsultowania pacjentki z innym lekarzem, a tym samym bez dostatecznych podstaw zmienił rozpoznanie i zaordynowane leczenie przez innego lekarza. Stanowi to naruszenie art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i art. 20 Kodeksu etyki lekarskiej i za to na podstawie art. 42 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich wymierzył karę nagany;
2) kosztami postępowania obciążył ukaranego lekarza na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej.

***Sprawa D***

Obwiniona lek. AB pełniła dyżur xx.yy.19zz r. w Oddziale Pomocy Doraźnej w W. O godz. 22.34 otrzymała wezwanie do chorej EE z powodu bólów w klatce piersiowej. Po zbadaniu pacjentki stwierdziła, że dolegliwości mają podłoże nerwicowe, zleciła pyralginę i hydroxyzynę. Stan ogólny pacjentki nie wskazywał na poważną chorobę: pacjentka przytomna, chodząca, ciśnienie w normie, wcześniejsza konsultacja kardiologa, przy podobnych dolegliwościach wykluczyła zawał serca. Podczas drugiej wizyty w tym samym dniu obwiniona AB, realizując ponowne wezwanie do chorej o godz. 23.37, stwierdziła śmierć kliniczną i niezwłocznie wspólnie z lekarką mieszkającą w sąsiedztwie podjęła czynności reanimacyjne: pacjentka została zaintubowana, prowadzono oddech zastępczy przy pomocy aparatu Ambu, założono wkłucie do żyły szyjnej i podawano leki adrenalinę, efedrynę i hydrokortizon. Czynności reanimacyjne tj. oddech zastępczy i masaż serca prowadzono około 20 minut. Podczas akcji reanimacyjnej nie uzyskano tętna na dużych tętnicach, utrzymywały się szerokie źrenice. Podczas reanimacji nie zastosowano defibrylacji elektrycznej, ponieważ karetka na wyposażeniu nie posiadała defibrylatora. Jedyny defibrylator będący na wyposażeniu Pogotowia Ratunkowego został w tym czasie zabrany przez drugą karetkę udzielającą pomocy w wypadku, który miał miejsce w odległej miejscowości. Powyższy stan faktyczny OSL ustalił na podstawie wyjaśnień obwinionej, opinii biegłego, zeznań świadków, w tym kierownika Działu Pomocy Doraźnej oraz dokumentacji medycznej zleceń wyjazdu.

OSL powyższe dowody uznał za wiarygodne, jako że są spójne i wzajemnie się uzupełniające.

OSL zważył, co następuje:

Po przeprowadzeniu postępowania dowodowego OSL uznał, iż zarzuty stawiane obwinionej nie mogą się ostać, stąd też należało lek. AB uniewinnić od zarzucanych przewinień zawodowych.

Odnosząc się do zarzutu, iż nie wykorzystała wszystkich możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, podkreślić należy, iż obwiniona starannie zbadała pacjentkę i na podstawie objawów nie znalazła wskazań do przewożenia chorej do szpitala. Jeszcze raz zwrócić uwagę należy, iż pacjentka w tym momencie była przytomna, chodząca i podobne dolegliwości zgłaszała od wielu miesięcy. Odnośnie niewykorzystania wszystkich możliwości leczniczych podczas drugiej wizyty podnieść należy, że obwiniona skorzystała z wszystkich jej dostępnych w tym momencie metod i środków, ponieważ defibrylator będący na wyposażeniu Działu Pomocy Doraźnej został zabrany przez drugą karetkę do odległej miejscowości.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uniewinnił lek. AB od zarzucanego przewinienia zawodowego;
2) kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa.

***Sprawa E***

W dniu xx.yy.19zz r. ok. godz. 4 rano 47 letni ZZ przebywający w swoim domu zasłabł, a upadając rozbił sobie głowę, krwawił i utracił przytomność. Małżonka chorego wezwała pogotowie ratunkowe. Gdy pogotowie przez dłuższy czas nie przyjeżdżało, poprosiła swojego syna, aby poszedł po pomoc do sąsiada, lekarza kardiologa AB. W tym czasie żona i córka próbowały ratować nieprzytomnego, robiąc sztuczne oddychanie. Syn kilkaset metrów postanowił pojechać po lekarza samochodem. Przez domofon poinformował lekarza, że jego ojciec przewrócił się i krwawi, ma rozciętą głowę. Podał też, że rodzina wezwała karetkę pogotowia. W krótkiej rozmowie przez domofon nie wspomniał, że ZZ chorował wcześniej na serce i że jest nieprzytomny. W odpowiedzi lekarz stwierdził, że nie ma potrzebnych instrumentów medycznych i należy czekać na przyjazd karetki pogotowia. Dom obwinionego lekarza usytuowany jest w okolicy nieoświetlonej, a proszący o pomoc nie był znany lekarzowi. Świadek wrócił do domu i poinformował rodzinę, że lekarz odmówił udzielenia pomocy. W związku z powyższym ponownie kontaktowano się z pogotowiem. Przybyły karetką reanimacyjną na miejsce zdarzenia lekarz rozpoznał oznaki śmierci, przystąpił do długotrwałej akcji ratunkowej. Jednak ok. godziny 5 stwierdził zgon pacjenta.

Okręgowy Sąd Lekarski zważył, co następuje.

Postępowanie dowodowe w sposób jasny pozwoliło ustalić przebieg zdarzeń stanowiących przedmiot niniejszej sprawy. Rozbieżności, które pojawiły się dotyczyły godziny, o której doszło do rozmowy przez domofon obwinionego lekarza i świadka oraz jej przebiegu. OSL dał wiarę wyjaśnieniom lekarza, iż rozmowa ta miała miejsce ok. godz. 4 nad ranem i że został poinformowany przez nieznajomego mężczyznę, iż jego sąsiad upadł i ma rozciętą głowę. Należało tak uczynić, zważywszy na całokształt materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie, a zwłaszcza ze względu na dowody zebrane i wykorzystanie w postępowaniu prokuratorskim. Niezbicie tam dowiedziono, iż rozmowa została przeprowadzona o tej właśnie godzinie. Podczas rozprawy przed OSL zeznania świadka i wyjaśnienia lek. AB właściwie nie różniły się.

Obaj potwierdzili fakt przeprowadzenia niezwykle krótkiej rozmowy, w której świadek podał tylko, iż ZZ upadł i rozbił głowę. W tym zakresie zeznania małżonki zmarłego nie mogły być przydatne, jako że nie była ona świadkiem tej rozmowy. W pozostałej części opisującej przebieg zdarzenia, za wyjątkiem fragmentu dotyczącego godziny przedmiotowego zdarzenia, trudno podważać zeznania żony. Pokreślić należy jednak rozbieżności w zeznaniach tego świadka na okoliczność właśnie czasu całej akcji, co podważa zaufanie do wiarygodności tych twierdzeń. Wprawdzie rzeczą zrozumiałą jest, iż tak dramatyczne wydarzenia, toczące się w domu świadka i dotyczące osoby najbliższej, mogły zakłócić poczucie czasu, ale różnica dwóch godzin rodzi pewne podejrzenia, zważywszy, iż całe wydarzenia rozgrywały się ok. godz. 4 w błyskawicznym tempie. Pozostałe dowody postępowania, a w szczególności zgromadzone w aktach sprawy dokumenty nie były kwestionowane przez żadną ze stron, nie wzbudziły także wątpliwości OSL, co do ich autentyczności. Okręgowy Sąd Lekarski w tym miejscu przywołał treść art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, gdzie zobowiązuje się lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych niecierpiących zwłoki okolicznościach. Podkreślić jednak należy, iż powyżej opisany obowiązek aktualizuje się jedynie wówczas, gdy lekarz ma świadomość zagrożenia życia pacjenta. Podobnie należy ocenić dyspozycję art. 162 § 1 k.k., która wymaga dla spełnienia znamion czynu zabronionego świadomości istnienia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia. Wreszcie odwołać należy się do art. 7 Kodeksu etyki lekarskiej, zgodnie z którym w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Okręgowy Sąd Lekarski stwierdził ponad wszelką wątpliwość, iż kluczowa dla oceny tej sprawy rozmowa pomiędzy świadkiem a obwinionym lekarzem była niezwykle lapidarna. Świadek wyjawił na rozprawie przed OSL: „powiedziałem, że ojciec się przewrócił i krwawi, ma głowę rozciętą". Poinformował nadto, iż zostało wezwane pogotowie. Zdaniem tutejszego Sądu, relacja świadka nie oddawała dramatyzmu i ciężkości stanu pacjenta. W rezultacie obwiniony nie miał świadomości ciężkiego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, zaś fakt wezwania przez rodzinę pogotowia ratunkowego mógł jego zdaniem wyczerpywać możliwości udzielenia pomocy zmarłemu. Pamiętać także należy, iż zgłoszenie tego tragicznego przypadku nastąpiło nad ranem, w okolicy, która mogła wzbudzać obawy o bezpieczeństwo obwinionego i jego rodziny. Mimo, że uczestnicy zdarzenia zamieszkiwali w stosunkowo bliskiej odległości, nie znali się osobiście. Lekarz, po uzyskaniu informacji jedynie o upadku i rozbitej głowie, poradził wezwać pogotowie ratunkowe. Tym bardziej uspokoił się, gdy poinformowano go, że pomoc już wezwano, tylko długo nie nadjeżdża. Z takiego opisu przedmiotowej rozmowy nie wynikał rzeczywisty stan zagrożenia, a okoliczności, w których miała ona miejsce nie budziły konieczności dokonania dodatkowych czynności. W tej sytuacji poinformowanie o konieczności wezwania pogotowia czyniło zadość powinności udzielenia pomocy, z tym zastrzeżeniem, iż lekarz dysponował tylko fragmentaryczną wiedzą w oparciu o relację wzywającego pomocy.

Okręgowy Sąd Lekarski:
1) uniewinnił lek. AB od zarzucanego przewinienia zawodowego;
2) kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa.

***Sprawa F***

Z notatki służbowej sporządzonej przez asesor GA oraz z jej przesłuchania wynika, że w dniu xx.yy.20zz podczas prowadzonej przez nią rozprawy pełnomocnik jednej ze stron, radca prawny SS, nagle zasłabł – oparł głowę o stół, nie reagował na pytania i głośno „charcząco" oddychał. Świadek postanowiła udać się do telefonu i do znajdującego się dwa piętra niżej gabinetu lekarza zakładowego. O zasłabnięciu radcy GA powiadomiła Pogotowie Ratunkowe i udała się na salę rozpraw, by stwierdzić co się dzieje z chorym. Po przybyciu na salę rozpraw stwierdziła, że radca nie oddycha i ma woskową cerę. GA ponownie udała się po pomoc i po wejściu do gabinetu lekarskiego poinformowała lek. AB o tym, że na sali rozpraw umiera człowiek. Zeznała, że lekarz była tą informacją zdenerwowana, zachowała się chaotycznie i nie wiedziała co ma ze sobą zabrać, a w końcu wzięła ze sobą stetoskop i aparat do mierzenia ciśnienia i udała się na salę rozpraw. W czasie drogi na salę rozpraw lek. AB mówiła świadkowi, że nie jest ubezpieczona od takich sytuacji, a po przyjściu na salę zbadała tętno na szyi radcy i stwierdziła jego zgon.

OSL uznał zeznania tego świadka za spójne logiczne i bardzo wiarygodne.

Inna świadek w swoich zeznaniach potwierdziła fakt nagłego zasłabnięcia na sali rozpraw radcy prawnego SS oraz fakt udania się po pomoc do gabinetu lekarskiego sędziego. Zeznała, że od czasu wyjścia sędziego do przybycia lekarza mogło upłynąć około 10 minut. Świadek ta nie była obecna podczas interwencji lekarskiej. Zdaniem OSL zeznania tego świadka zasługują na wiarę.

Z zeznań kolejnego świadka wynika, że był on lekarzem zespołu wyjazdowego, który przybył do budynku Sądu niezwłocznie po otrzymaniu wezwania i po wejściu na salę rozpraw stwierdził u pacjenta stan nieprzytomności, brak akcji serca i brak tętna na obwodzie. Świadek nie potrafił sobie przypomnieć, czy w chwili przybycia zespołu pacjent miał odsłoniętą klatkę piersiową. Chorego udało się zresuscytować i został on przewieziony do Szpitala. Fakty przedstawione przez tego świadka znajdują swoje potwierdzenie w dokumentacji medycznej zawartej w aktach sprawy i potwierdzają jego zeznania.

Lek. AB wyjaśniła, że w dniu xx.yy.20zz r. przyjmowała pacjentów w gabinecie lekarza zakładowego, gdy do gabinetu weszła pani sędzia i poinformowała ją o fakcie zasłabnięcia na sali rozpraw. Nie odmówiła udzielenia pomocy lekarskiej, chociaż jej zdaniem nie należy to do zakresu jej obowiązków. Przyznała, że na salę rozpraw nie zabrała zestawu do udzielania pierwszej pomocy, który znajdował się w szafie, a który został zakupiony na jej wniosek. Przyznała, że po przyjściu na salę stwierdziła brak tętna na tętnicy szyjnej i stwierdziła brak czynności serca u leżącego na ławce mężczyzny. Nie potrafiła powiedzieć, dlaczego nie podjęła akcji reanimacyjnej, choć sama przyznała, że ukończyła kurs doskonalący w zakresie reanimacji. Wyjaśniła, że wezwania na salę rozpraw do zasłabnięć zawsze były dla niej stresujące, a w dniu zdarzenia czuła się bardzo źle, co jej zdaniem wynikało z wyziewów kuchennych ze stołówki znajdującej się bezpośrednio pod gabinetem lekarskim oraz z jej stanu zdrowia.

Lek. AB przyznała, że jej postępowanie było niewłaściwe, lecz nie potrafiła podać innych niż wyżej przytoczone argumentów na swoją obronę.

Okręgowy Sąd Lekarski stwierdził, że sytuacja „przerosła" lek. AB, która zachowywała się w tej konkretnej sytuacji zupełnie irracjonalnie, czego potwierdzeniem jest niezabranie na salę rozpraw najbardziej potrzebnego, a dostępnego w gabinecie, zestawu do reanimacji. Zdaniem Sądu, zachowanie na sali rozpraw tj. stwierdzenie zgonu w oparciu o badanie tylko niektórych jego objawów, a zwłaszcza nie podjęcie czynności reanimacyjnych świadczy jednoznacznie o braku należytej staranności w jej postępowaniu wobec pacjenta. Takiego postępowania w żaden sposób usprawiedliwić nie można. Nie może być uznane za okoliczność łagodzącą, że lek. AB pracuje jako lekarz zakładowy, do którego zadań należy jedynie profilaktyka i leczenie pracowników sądów, a w swojej karierze zawodowej od wielu lat jedynie tym się zajmowała. Zasady stwierdzania zgonu, jak również zasady reanimacji są w kanonie wiedzy medycznej niezbędnej dla pracy każdego lekarza, niezależnie od posiadanej przez niego specjalizacji czy też stanowiska pracy.

Zdaniem OSL wina lekarza nie budzi żadnej wątpliwości, dlatego też Sąd postanowił uznać ją winną zarzucanego czynu.

Na wymiar kary miał wpływ fakt przyznania się przez AB do stawianych jej zarzutów, jej skrucha oraz fakt, że kończy już swoją karierę zawodową, podczas której nie było do jej postawy zastrzeżeń. Zdaniem Sądu, jako okoliczność łagodzącą można uznać fakt złego jej samopoczucia w dniu zdarzenia, co mogło doprowadzić do takiego stanu, iż doszło do wystąpienia braku opanowania psychicznego, który spowodował nieprawidłowe postępowanie, a który to stan sama obwiniona określiła „psychika mnie zawiodła".

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uznał lek. AB winną przewinienia zawodowego opisanego w punkcie 1 wniosku o ukaranie, tj. naruszenia treści art. 8 k.e.l. oraz art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i za to na podstawie art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. wymierzył karę nagany;
2) kosztami postępowania obciążył ukaraną lekarz na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej.

### *Sprawa G*

Obwiniony lek. AB w dniu xx.yy.20zz r. pełnił dyżur w Oddziale Ratownictwa Medycznego. Wówczas około godziny 20 zgłosiła się pani JK wraz ze swoim synem KK, wtedy dziewięcioletnim chłopcem, który złamał lewą rękę. Obwiniony zbadał chłopca i zlecił wykonanie zdjęcia rtg. Na podstawie wykonywanego zdjęcia stwierdził złamanie przynasadowe kości przedramienia lewego i unieruchomił kończynę w opatrunku gipsowym. Obwiniony zaniechał wówczas wykonania ponownie zdjęcia rtg. Lekarz wydał wówczas zalecenie na piśmie, aby matka dziecka zgłosiła się z małym pacjentem następnego dnia do lekarza rodzinnego, a po czterech tygodniach do Poradni Chirurgicznej. Kolejnego dnia skarżąca zaprowadziła dziecko do lekarza rodzinnego, gdzie uzyskała szczegółowe informacje dotyczące dalszego postępowania z dzieckiem. Z uwagi jednak na występujący w kolejnej nocy ból ręki i obrzęk dłoni lewej rano

matka ponownie udała się do lekarza rodzinnego, gdzie uzyskała skierowanie do Poradni Chirurgii Dziecięcej. Po zbadaniu stwierdzono złamanie obu kości przedramienia lewego z przemieszczeniem i skierowano na Oddział Chirurgii Dziecięcej, w celu wykonania repozycji odłamów. Wykonano ponownie zdjęcie rtg, podano mieszankę lityczną w dawce stosownej do wieku, odczekano 40 min., zdjęto opatrunek gipsowy i dokonano ręcznej repozycji ustawienia kości przedramienia lewego oraz ponownie unieruchomiono opatrunkiem gipsowym ramienno-dłoniowym. Dziecko pozostawiono na Oddziale Chirurgii Dziecięcej. Podczas obserwacji stwierdzono ukrwienie, czucie i ruchy palców prawidłowe. Dalsze leczenie na Oddziale przebiegało bez powikłań. Następnie zalecono dalsze leczenie u lekarza rodzinnego oraz wizyty kontrolne w Poradni Chirurgicznej. Obwiniony jest lekarzem medycyny, ortopedą traumatologiem, ze specjalizacją l, pracującym jako asystent Oddziału Ortopedycznego.

Okręgowy Sąd lekarski zważył, co następuje.

Obwiniony przyznał się do popełnienia przewinienia zawodowego polegającego na niewykonaniu repozycji odłamów kostnych. W opinii OSL zaniechanie repozycji odłamów kostnych ocenić należy jako niedochowanie określonej, wymaganej przez aktualną wiedzę medyczną, staranności. Potwierdzają to zgromadzone w aktach sprawy opinie biegłych. Po pierwsze, Sąd odwołał się w tym miejscu do opinii biegłego, która okazała się w pełni przydatna w rozstrzyganiu tej sprawy. W konkluzji jednoznacznie stwierdza się „właściwym rozwiązaniem było doraźne nastawienie złamania", co dopiero uczyniono na Oddziale Chirurgii Dziecięcej. Podobnie Sąd oparł się o opinię sporządzoną przez kolejnego biegłego. Zawarto tu tezę, że „złamanie przynasadowe z kątowym, grzbietowym ugięciem odłamu dalszego kości promieniowej o ok. 20° u dziecka wymagało repozycji odłamów złamania". Wprawdzie autorka dodaje, „że wśród niektórych traumatologów panuje pogląd, że w podobnych złamaniach kątowych można wybrać również metodę leczenia bez repozycji ręcznej, licząc na przebudowę kośćca w miarę dalszego rozwoju osobniczego dziecka i samoistnej regresji osi kończyny, ale według opinii Pani profesor taki pogląd jest nieuzasadniony". Okręgowy Sąd Lekarski w pełni podzielił wyżej przytoczone wywody i konkluzje.

Zeznania skarżącej w zasadzie również ocenić należy za wiarygodne. Natomiast odczucia matki, co do nietaktownego traktowania należy ocenić jako subiektywne, choć można założyć, że odczucia matki zestresowanej nagłą sytuacją i cierpieniem jej dziecka mogły być w tym przypadku negatywne i w pełni zrozumiałe. Ponadto matka przyznała, że otrzymała od lekarza jakąś karteczkę, choć nie udało jej się odnaleźć i przedstawić jako materiału dowodowego. Z wyjaśnień obwinionego lekarza wynika jednak, że matka powinna zgłosić się następnego dnia do lekarza rodzinnego. Zeznania świadka dr CD nie budzą wątpliwości, co do ich wiarygodności, są bowiem zgodne z pozostałym materiałem dowodowym w tej sprawie zgromadzonym.

Wymierzając karę upomnienia, Okręgowy Sąd Lekarski kierował się przede wszystkim młodym wiekiem obwinionego, brakiem doświadczenia, dotychczasową niekaralnością oraz faktem, że na skutek ponownej interwencji medycznej zlikwidowano wszystkie niekorzystne skutki postępowania dla nieletniego pacjenta. Ponadto należało uwzględnić okoliczność, iż obwiniony przyznał się do błędu wynikającego z pochopnej decyzji dotyczącej postępowania leczniczego, a co równie ważne, okazał w związku z powyższym skruchę.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uznał lek. AB winnym przewinienia zawodowego opisanego we wniosku o ukaranie, czym naruszył art. 4 ustawy z dnia 5.12.1996 roku o zawodzie lekarza i za to na podstawie art. 42 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich wymierzył karę upomnienia;
2) kosztami postępowania obciążył ukaranego lekarza na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej.

***Sprawa H***

W dniu xx.yy.20zz r. w wyniku wypadku samochodowego, do którego doszło na trasie A15 obrażeń doznała pasażerka samochodu KK lat 48. Na miejsce wypadku przybył wezwany lekarz pogotowia CD. Po wydostaniu pacjentki z wraku samochodu pacjentka została przeniesiona na nosze, założono unieruchomienia na kończyny oraz kołnierz ortopedyczny. Lekarz zbadał stan źrenic, brzuch i ciśnienie krwi. Rozpoznał złamania kończyn i podejrzewał złamanie kręgosłupa. Podał domięśniowo 100 mg dolarganu, jednak nie zabezpieczył kontaktu z żyłą. Podczas jazdy do szpitala wykonywał pomiary ciśnienia krwi. Lek. CD przewiózł chorą do Izby Przyjęć Szpitala w F., bowiem był to najbliżej miejsca wypadku położony szpital. Wówczas drugi z obwinionych AB, lekarz dyżurny przejął pacjentkę. Z dokumentacji Izby Przyjęć wynika, że drugi obwiniony rozpoznał złamanie ramienia prawego, uda i podudzia prawego, podejrzenie złamania kręgosłupa lędźwiowego. Pacjentka była wówczas przytomna, a kontakt z nią był łatwy. Podano dożylnie płyn Ringera i 0,9% NaCI oraz 100 mg dolarganu. W tym czasie lek. CD wykonał USG, na podstawie którego nie stwierdził wolnego płynu w jamie otrzewnowej, śledziona jego zdaniem nie była uszkodzona. Założono cewnik do pęcherza moczowego, wypływający mocz nie był krwisty. Obwiniony lek. AB dokonywał kilkakrotnego pomiaru ciśnienia (RR 90/70, tętno 92). Zrezygnował z dalszej diagnostyki radiologicznej, gdyż postanowił przekazać chorą do szpitala referencyjnego, jako że wielomiejscowe złamania, które rozpoznał w trakcie badania, powinny być leczone na oddziale urazowym. Obwiniony lek. AB przetoczył płyny i unieruchomił złamanie. Stan chorej w tym czasie był stabilny. O godzinie 9.41 zlecił przewiezienie, co uprzednio uzgodnił z zastępcą Ordynatora Oddziału Chirurgicznego swojego szpitala i Ordynatorem Oddziału Ortopedycznego w szpitalu w G. Po przyjęciu do szpitala w G. o godz. 10.05 stwierdzono złamanie otwarte uda prawego, złamanie otwarte podudzia prawego, zwichnięcie stawu biodrowego lewego ze złamaniem panewki, złamanie miednicy, złamanie kości ramiennej lewej, uraz brzucha, klatki piersiowej. Oceniono stan ogólny jako średni. Zmierzono tętno (92/min) i ciśnienie (100/60). Pobrano krew do badań. Zlecono wykonanie badań rtg. O godz. 11.20 nastąpił nagły spadek ciśnienia. Wówczas wezwano lekarzy z OIT. Stan pacjentki zaczął się gwałtownie pogarszać – brak kontaktu słownego, stwierdzono narastającą niewydolność oddechową. Z powodu narastającego wstrząsu chorą przewieziono do OIT. Rozpoczęto akcję reanimacyjną. W czasie pobytu na tym oddziale wykonano badania moczu, gazometrię, mocznik, kreatyninę, elektrolity, grupę krwi, wskaźnik protrombinowy, morfologię. Przeprowadzono konsultację chirurgiczną. W trakcie reanimacji, brzuch był wzdęty bez oporów, wykonano diagnostyczną punkcję jamy otrzewnowej. W wyniku

tego uzyskano niewielką ilość treści krwistej, wypływ gazów. O godz. 12.25 stwierdzono zgon pacjentki. W wyniku badania pośmiertnego stwierdzono uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuc, uraz brzucha ze stłuczeniem i pęknięciem wątroby, stłuczenie jelita krętego i rozerwanie krezki, złamanie kości ramieniowej prawej, złamanie otwarte uda prawego, złamanie podudzia prawego, złamanie miednicy ze zwichnięciem w obrębie stawu biodrowego lewego, wstrząs pourazowy.

Mając powyższe na uwadze, Okręgowy Sąd Lekarski zważył, co następuje.

Pani KK zmarła na skutek wstrząsu pourazowego w wyniku urazu wielonarządowego. Według opinii biegłych tak duży uraz stanowił znaczne zagrożenie życia niezależnie nawet od prawidłowego postępowania lekarskiego. Od urazu do utraty przytomności upłynęło 3,5 godziny, a po natychmiastowej, nieskutecznej akcji reanimacyjnej zgon nastąpił w ciągu pół godziny. Nadto na podstawie wyników badań można stwierdzić, że miała miejsce również niedokrwistość. Lek. CD, udzielając pomocy na miejscu wypadku, w opinii OSL, nie rozpoznał wstrząsu pourazowego, ponieważ stan pacjentki był względnie dobry. W rezultacie tego błędu diagnostycznego nie zastosował w pełni postępowania przeciwwstrząsowego („kontakt z żyłą"), co tłumaczył małą odległością od szpitala. Z drugiej strony, lek. CD wykonał badania USG pacjentki w szpitalu w F. mimo, iż nie wchodziło to w zakres jego obowiązków. Podjął się jednak transportu ze szpitala w F. do szpitala w G. bez odpowiedniego zabezpieczenia aparaturowego (karetka wypadkowa) nie do końca zdiagnozowanej pacjentki. To w ocenie OSL było decyzją ryzykowną, choć pamiętać należy, że na taki transport miał zlecenie lek. AB.

W opinii OSL obwiniony naruszył art. 8 k.e.l., nakazujący lekarzowi przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością. Z powodów wyżej opisanych taki brak należytej staranności temu obwinionemu można zarzucić.

Potwierdza to także teza zawarta w opinii biegłej powołanej przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, zgodnie z którą „ponieważ podstawową zasadą leczenia wstrząsu urazowego jest intensywne wyrównywanie hipowolemii, dlatego obowiązuje wkłucie do dużej żyły lub dwóch dużych żył i natychmiastowe przetoczenie płynu krwiozastępczego jak HAES, Ringer czy sól fizjologiczna". Brak takiego postępowania biegły ocenił jako błąd. Również inny zespół biegłych w swojej opinii wykonanej na zlecenie Prokuratury Rejonowej stwierdził, że „ograniczenie zwalczania wstrząsu do podania środka przeciwbólowego i ogrzewania pacjentki należy uznać za niewystarczające, a postępowanie lekarza za nieprawidłowe".

W ocenie OSL nie można jednak w tym przypadku mówić o naruszeniu art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, czyli obowiązku udzielania pomocy, jako że obwiniony pomocy udzielił i to natychmiast, a nawet podjął się wykonania niektórych czynności poza swoimi obowiązkami.

Z kolei drugi z obwinionych lek. AB będąc lekarzem dyżurnym szpitala w F, podejrzewając wstrząs pourazowy nie wykonał wszystkich możliwych i dostępnych w tej sytuacji badań i nie zażądał pomocy anestezjologa, a tylko, jak sam podaje, uzyskał zgodę ustną na decyzję o transporcie do K. od zastępcy ordynatora oddziału chirurgii. Wytknąć można obwinionemu zwłaszcza to, że nie do końca skorzystał z możliwości konsultacji zwłaszcza z lekarzem anestezjologiem i badań diagnostycznych (wyniki badań

radiologicznych, badań krwi) w szpitalu w F. Z drugiej jednak strony, stan ogólny pacjentki był średni i stabilny, wykluczano krwawienie do jamy brzusznej i uraz nerki. W postępowaniu kierował się zasadą możliwie szybkiego przekazania i wszechstronnego udzielenia pomocy w oddziale urazowym szpitala referencyjnego. W ocenie OSL postępowanie obwinionego lek. AB narusza art. 10 k.e.l., zgodnie z którym lekarz nie powinien wkraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Zgodnie z dalszą częścią tego przepisu, nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego. Biegli postępowanie obwinionego lek. AB uznali także za niewłaściwe, zarzucając zwłaszcza brak konsultacji z lekarzem anestezjologiem, podjęcie decyzji o transporcie w takim stanie pacjentki nieodpowiednio wyposażoną karetką. W tym przypadku nie można także przypisać postępowaniu obwinionego naruszenia art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, bowiem obwiniony tej pomocy udzielił, choć niezgodnie z przyjętymi zasadami.

W ocenie OSL dokumenty zgromadzone w toku postępowania nie budzą wątpliwości, co do ich wiarygodności, tym bardziej, że żadna ze stron nie kwestionowała ich autentyczności. Podobnie należy ocenić zeznania występujących w niniejszej sprawie świadków. Także wyjaśnienia obwinionych zasługują na wiarę, są bowiem w zasadzie zgodne z pozostałym materiałem dowodowym. Wreszcie za w pełni przydatne w rozstrzyganiu niniejszej sprawy, należy uznać opinie zgromadzone w toku postępowania, są bowiem kompetentne, rzetelne a nadto wnikliwie i rzeczowo udzielają odpowiedzi na zadane przez zleceniodawcę pytania.

Okręgowy Sąd Lekarski, wymierzając karę lek. CD, wytknął mu wskazaną wyżej niestaranność, która wystąpiła pomimo natychmiastowego udzielenia pomocy. Wymierzając z kolei karę lek. AB, uwzględnił okoliczność, że podejmowana w dobrej wierze decyzja o przewiezieniu do Szpitala w K. bez odpowiedniego zdiagnozowania, skonsultowania i zabezpieczenia mogła być nadto w przedmiotowych okolicznościach ryzykowana dla pacjentki.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uznał lek. AB winnym przewinienia zawodowego popełnionego w sposób wyżej opisany, czym naruszył art. 10 Kodeksu etyki lekarskiej i za to na podstawie art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich wymierzył karę nagany;
2) uznał lek. CD winnym przewinienia zawodowego popełnionego w sposób opisany we wniosku o ukaranie, czym naruszył art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej i za to na podstawie art. 42 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 o izbach lekarskich wymierzył karę upomnienia;
3) kosztami postępowania obciążył obwinionych w częściach równych na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej.

***Sprawa I***

Lek. AB został obwiniony o to, że udzielając pomocy lekarskiej pacjentce ZZ w dniu xx.yy.20zz r. w szkole, nie wykonał osobiście ani też nie polecił wykonać czynności,

które mogły zwrócić uwagę na zmieniający się stan pacjenta, a w szczególności nie zlecił monitorowania oraz nie podał leków po rozpoznaniu utraty przytomności u pacjentki w następstwie ataku padaczki. Zdaniem Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, postępowanie to nosi znamiona niestaranności, czym obwiniony naruszył art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej. Skargę na niewłaściwe postępowanie obwinionego lekarza złożył TZ, ojciec dziecka. W przeprowadzonym postępowaniu dowodowym Sąd ustalił, że obwiniony lek. AB przyjechał do szkoły jako lekarz karetki „R", wezwanej przez personel szkoły w celu udzielenia pomocy 9-letniej pacjentce ZZ, która nagle utraciła przytomność. Na podstawie badania przedmiotowego i wywiadu zebranego od nauczycieli AB postawił rozpoznanie napadu padaczkowego jako przyczyny stanu chorobowego dziecka, zdecydował o przewiezieniu dziecka do szpitala i wykonał transport pacjentki do Oddziału Dziecięcego Szpitala. Zdaniem Sądu, postępowanie lekarskie lek. AB nie ma znamion niestaranności: powyższe rozpoznanie kliniczne było uzasadnione i najbardziej prawdopodobne, lekarz sam zaniósł dziewczynkę do karetki, cały czas był razem z pacjentką, podczas transportu siedział obok niej, mając możność stałej obserwacji i kontaktu słownego, zawiadomił Szpital drogą radiową o transporcie pacjentki, wybrał najlepszą jego zdaniem drogę przeniesienia pacjentki z karetki na noszach do Oddziału Dziecięcego, przekazał pacjentkę lekarzom Oddziału Dziecięcego w sposób właściwy. Sąd nie dopatrzył się także opóźnienia w działaniach zespołu karetki „R". Zarzut niepodania leków (jakich?) nie jest zasadny, gdyż w stanie po napadzie padaczkowym podawanie leków neurotropowych nie jest zalecane, a stwierdzony i kontrolowany stan dziecka nie wymagał podania innych leków. Zarzut braku monitorowania też nie jest zasadny, ponieważ w opisanym stanie klinicznym pacjentki, po postawieniu rozpoznania ataku padaczki i stwierdzeniu prawidłowej czynności układów krążenia i oddychania, lek. AB przez cały czas transportu obserwował pacjentkę, czyli monitorował jej czynności życiowe w sposób wystarczający. Zdaniem Sądu, w opisanej sytuacji klinicznej nie było bezwzględnych wskazań do monitorowania biofizycznego, dostępnego w karetce „R". W opublikowanych zaleceniach i standardach postępowania lekarskiego w padaczce dziecięcej nie ujmuje się monitorowania biofizycznego jako istotnego elementu postępowania. Przesłuchanie świadka – skarżącego ojca dziecka – wykazało, że obwinienie przez niego lek. AB za postępowanie prowadzące do śmierci dziecka, było nieuzasadnione i wynikało przede wszystkim z następujących powodów: braku informowania lub niewłaściwego informowania obojga rodziców dziecka przez lekarzy Szpitala, zarówno o stanie dziecka po przyjęciu na Oddział Dziecięcy, jak i po zgonie (wypowiedź ojca: „... nikt z nami nie rozmawiał..."), niewłaściwej interpretacji przez skarżącego opisu pomocy lekarskiej przez personel szkoły, braku do dnia rozprawy ustalenia przyczyny śmierci dziecka (przede wszystkim z powodu braku wyników badań histopatologicznych). W rezultacie, skarżący od dnia śmierci córki domagał się znalezienia winnego, uważał, że śmierć dziecka była spowodowana przede wszystkim przez zaniedbania lekarza karetki „R" oraz lekarzy Oddziału Dziecięcego, a w swojej skardze i podczas rozprawy uznał, że winnym jest lek. AB. Na rozprawie ustalono, że w czasie udzielania pomocy obwiniony lek. AB nie widział się ze skarżącym i rodziną zmarłego dziecka.

Po ustaleniu powyższych faktów Sąd uznał, że postępowanie lek. AB podczas udzielania pomocy lekarskiej pacjentce ZZ w szkole i podczas transportu pacjentki do

Szpitala nie nosi znamion niestaranności, czyli naruszenia art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej. W opinii Sądu, ustalenia poczynione podczas sądowego postępowania dowodowego z wykorzystaniem dokumentów zgromadzonych w toku postępowania przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, łącznie z zeznaniami skarżącego, uzasadniają w sposób należyty orzeczenie.

W postępowaniu sądowym Sąd ograniczył się, zgodnie z treścią zarzutu umieszczonego we wniosku o ukaranie, do zbadania postępowania obwinionego lek. AB w zakresie zgodności z zasadami sztuki medycznej. Postępowanie przed Sądem Lekarskim w niniejszej sprawie nie może zastąpić rzetelnej analizy zgonu ZZ, która powinna być przeprowadzona z udziałem lekarzy, którzy opiekowali się pacjentką (lekarz rodzinny, lekarz laryngolog konsultujący chorą, lek. AB, ordynator i lekarze Oddziału Dziecięcego, lekarze uczestniczący w reanimacji), lekarza anatomopatologa i wojewódzkiego konsultanta ds. pediatrii, po otrzymaniu wyników badań histopatologicznych. Ustalenie przyczyny zgonu prawdopodobnie pozwoli na oddalenie zarzutów ojca dziecka o niewłaściwe działania personelu lekarskiego w obliczu ciężkiego stanu dziecka, nie umniejszy jednak zarzutu nieinformowania obojga rodziców.

Wyjaśnienia obwinionego są konsekwentne, logiczne oraz korespondujące z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w niniejszej sprawie. Stąd w opinii OSL uchodzić muszą za wiarygodne. Zeznania skarżącego ojca zmarłej dziewczynki są nacechowane zrozumiałym w takim przypadku subiektywizmem. Pamiętać także należy, że sam przebieg zdarzenia był relacjonowany przez ojca na podstawie twierdzeń innych osób, bo przecież nie był on obecny w szkole, kiedy miało miejsce przedmiotowe zdarzenie. Dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach sprawy nie budzi wątpliwości, nie była bowiem kwestionowana przez strony postępowania, a Sąd nie dopatrzył się powodów, aby uczynić to z urzędu. Tak samo należy ocenić pozostałe dokumenty załączone do akt sprawy.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uniewinnił obwinionego od zarzucanego we wniosku o ukaranie przewinienia zawodowego;
2) kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa.

***Sprawa J***

Lekarz AB, wchodząc w skład zespołu wyjazdowego Pogotowia Ratunkowego, został wezwany w dniu xx.yy.20zz r. o godz. 9.07 do chorej FF, urodzonej w 1951 r. Powód wezwania: bóle w klatce piersiowej, zasłabnięcie. Na miejsce wezwania zespół przybył o godz. 9.35. Czas wyjazdu z miejsca wezwania godz. 9.40. Czas poświęcony na czynności lekarskie wyniósł 5 min. Dolegliwości podane przez chorą w oparciu o kartę wyjazdową, którą wypełnia lekarz, były następujące: duszność, bóle w klatce piersiowej, drętwienie lewej ręki. W czasie przesłuchań przed Okręgowym Rzecznikiem, a następnie przed Okręgowym Sądem Lekarskim, wymieniona triada objawów była przez lek. AB zaprzeczona. Według wyjaśnień lekarza, po przybyciu na miejsce stwierdził dobry stan chorej, a po jej zbadaniu i zmierzeniu ciśnienia tętniczego uznał, że przyczyną dolegliwości jest nerwica wegetatywna, podłożem jej wystąpienia było domowe nieporozumienie. Zalecił podać domięśniowo ampułkę pyralginy, ampułkę aminophylliny

oraz 1 tabl. relanium 5 mg. Po uzyskaniu informacji, jak zeznaje lek. AB, że chora czuje się lepiej, zespół opuścił mieszkanie, informując męża pacjentki, że w razie braku poprawy należy udać się do lekarza rodzinnego. Jak wynika z wyjaśnień męża, dolegliwości zaczęły się od godzin rannych i były dla chorej tak przykre, że zmuszony był pomóc jej przy ubieraniu, mając w planie wyjazd do wnuka. W oczekiwaniu na pogotowie usadowił żonę przy otwartym oknie, mimo pory zimowej, ze względu na zgłaszany brak powietrza. Żona była blada, wystraszona. Po przybyciu lekarza i po zebraniu informacji o chorobie nadciśnieniowej i przebytej operacji okulistycznej lekarz dokonał pomiaru ciśnienia tętniczego – RR 130/80 mmHg. Następnie obwiniony wydał dyspozycje pielęgniarzowi, celem wykonania zastrzyku domięśniowego w okolicę pośladkową. Odjeżdżając zalecił udać się do lekarza rodzinnego w razie braku poprawy. Z wizyty lekarskiej, z badania lekarskiego, rozpoznania choroby i wydanych zaleceń „obwiniony AB nie pozostawił żadnej pisemnej informacji", czyli obowiązującej karty informacyjnej.

Mając powyższe na uwadze OSL zważył, co następuje.

Zarówno Rzecznik, kierując wniosek o ukaranie do Sądu, jak i Sąd Lekarski nie dali wiary wyjaśnieniom obwinionego. OSL stwierdził bez wątpliwości, że w czasie 5 minut jest rzeczą niemożliwą zebrać wywiad od męża pacjentki, zadać choć jedno pytanie chorej, kazać rozebrać się do badania osobie z dusznością i bólami w klatce piersiowej, a następnie przeprowadzić badanie lekarskie, pozwolić na ponowne ubranie się, przygotować iniekcję domięśniową zleconych leków i ją wykonać, uzyskać informację o poprawie stanu ogólnego pacjentki i poinformować męża, że w razie braku poprawy należy udać się do lekarza rodzinnego. Sąd Lekarski stanął na stanowisku, że informacje męża o wykonaniu li tylko badania ciśnienia tętniczego oraz zlecenia leków i ich podania są prawdziwe. Adnotacja w dokumentacji wyjazdowej zespołu mówiąca o przeprowadzonym badaniu jest w ocenie OSL nieprawdziwa i niewiarygodna. W każdym akademickim podręczniku, niezależnie od roku jego ukazania się, autorzy nakazują postawić podejrzenie zawału mięśnia sercowego, o ile wystąpi wymieniona triada objawów: duszność, ból w klatce piersiowej i drętwienie kończyny górnej. Biegły występujący w niniejszej sprawie w wydanej opinii tak pisze: „lekarz popełnił błąd nie zabierając do szpitala p. FF przynajmniej w celu skonsultowania jej". Dalej pisze „objawy, u 50-letniej obciążonej nadciśnieniem kobiety, mogły nasuwać podejrzenie zawału".

Okręgowy Sąd Lekarski po zapoznaniu się ze zgromadzoną dokumentacją w postępowaniu wyjaśniającym i przeprowadzeniu postępowania procesowego stwierdził niezbicie, że udzielona pomoc lekarska była niezgodna w wielu punktach z przyjętymi zasadami etycznymi i obowiązującą ustawą o zawodzie lekarza. Wezwanie pogotowia ratunkowego wiąże się zawsze z cierpieniem, bólem, zagrożeniem życia. Dlatego społeczność, jak i środowisko lekarskie, poprzez przepisy deontologiczne, wymaga od lekarza niosącego pomoc w nagłych wypadkach, szczególnej dbałości, staranności i sumienności, a także wiedzy i dużej dozy ostrożności. Ograniczenie czynności lekarskich do pomiaru ciśnienia, podania leków i kontaktu z potrzebującym pomocy do 5 minut jest zaprzeczeniem wszystkich wyżej wymienionych elementów, wymaganych od każdego lekarza. Także wybór leków jest niezrozumiały, jeśli występuje ból, to należy podać środek przeciwbólowy. W tym wypadku podano aminophylinę, która jest

przeciwwskazana w świeżym zawale serca. Konsekwencją takiego postępowania lekarskiego był zgon młodej, bo zaledwie 49-cio letniej kobiety. OSL nie miał żadnych wątpliwości, iż postępowanie obwinionego należy ocenić jako diagnostyczny i terapeutyczny błąd w sztuce lekarskiej.

W ocenie OSL swoim postępowaniem obwiniony naruszył zasady art. 8 k.e.l. Bowiem zgodnie z tym pierwszym przywołanym przepisem, lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze, zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Swoim postępowaniem obwiniony w sposób rażący naruszył także art. 4 ustawy o zawodzie lekarza, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością.

Okręgowy Sąd Lekarski, orzekając wobec obwinionego karę nagany wziął pod uwagę na korzyść obwinionego stwierdzenia biegłego w wydanej opinii „prawidłowa ocena tak częstego objawu jak bóle w klatce piersiowej, zwłaszcza u kobiet, nastręcza dużych trudności". Nie można jednak zapominać o konsekwencjach błędu w sztuce obwinionego lekarza, które okazały się tragiczne dla pokrzywdzonej. Przed wymierzeniem kary surowszej, tzn. zawieszenia prawa wykonywania zawodu powstrzymał OSL fakt dotychczasowej niekaralności obwinionego.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) uznał lek. AB winnym przewinienia zawodowego opisanego we wniosku o ukaranie, czym naruszył art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej i art. 4 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i za to na podstawie art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich wymierzył karę nagany;
2) kosztami postępowania obciążył ukaranego lekarza na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej.

***Sprawa K***

Obwiniony lek. AB stanął przed zarzutem, iż w dniu xx.yy.20zz r. pełniąc dyżur lekarza Pogotowia Ratunkowego podczas interwencji u pacjenta KK, pomimo rozpoznawania u chorego zagrażającego nowego udaru mózgu, podjął decyzję o pozostawieniu chorego w domu, co jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. W dniu xx.yy.20zz r. w godzinach rannych chory lat 70, poczuł się źle. Stąd też skarżąca żona przed godz. 6 rano zadzwoniła do lekarza rodzinnego lek. MM, która poinformowała pogotowie ratunkowe o godz. 6.06 o podejrzeniu udaru mózgu. Do chorego przybył o godz. 6.20 obwiniony lek. AB. Uzyskał w wywiadzie od żony informacje o przebytym przez chorego poprzednim udarze mózgu z lewostronnym porażeniem. W dokumentacji medycznej odnotował „[...] od wczoraj minimalne pogorszenie siły lewej ręki, nie można wykluczyć, że mowa jest nieco zaburzona, ale pacjent nie widzi takich zmian, LKG osłabienie siły mm., lekki przykurcz palców LKD osłabione mowa wyraźna, RR 110/70, Cor miarowy 72, płuca pojedyncze furczenia, bez objawów oponowych". Obwiniony osłuchał chorego, zmierzył ciśnienie RR 110/70 ustalił rozpoznanie insultus cerebri peractus, po czym zalecił odpoczynek i leczenie oraz kontrolę u lekarza rodzinnego. Jednocześnie obwiniony ocenił wówczas, co też zaznaczył w dokumentacji pogotowia

ratunkowego, że wezwanie nie było uzasadnione, nie stwierdził bowiem bezpośredniego zagrożenia życia. Decyzję taką uzasadnił cyt. „wywiadem od wczoraj", co oznacza, iż złe samopoczucie trwało od dwóch dni. Jednocześnie ustalił możliwość zagrażającą nowym udarem i stąd zalecił konieczność kontroli u lekarza rodzinnego. Rodzina o godz. 7.03 ponownie wezwała karetkę pogotowia, informując dyspozytora o podejrzeniu udaru. Przybyły do mieszkania chorego o godz. 7.10 lek. JW zdecydował o przewiezieniu chorego na Szpitalny Oddział Ratunkowy, zlecając zabezpieczenie drogi żylnej u pacjenta. W Szpitalu przyjmując na oddział ustalono następujące rozpoznanie: insultus cerebri secundus cum hemiparesi sin., hyperlipidaemia, mixta nicotinismus, arteriosc1erosis generalisata, wykonano badania morfologiczne krwi, moczu, rtg płuc, ekg. Podano leki. Chory przebywał na oddziale do dnia xx+9.yy.20zz r.

Mając powyższe na uwadze OSL zważył, co następuje.

Zarzut postawiony obwinionemu sugerował naruszenie przez obwinionego ustawy o zawodzie lekarza, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. W opinii OSL obwiniony lekarz swoim postępowaniem w przedmiotowym przypadku nie naruszył treści powyższej normy. Lekarz AB, zbadał chorego dokładnie i w momencie badania nie stwierdził pogorszenia stanu chorego. Sąd ustalił, co miało niezwykle istotne znaczenia dla oceny postępowania obwinionego, że taki stan chorego trwał od dwóch dni. Chory uskarżał się na niesprawność ręki, a ponadto nie podawał żadnych innych dolegliwości poza złym samopoczuciem. Inne objawy podawała rzeczywiście żona chorego, ale sam pacjent ani obserwacja lekarska tych spostrzeżeń w momencie badania nie potwierdzały. Nie bez znaczenia jest także fakt, że obwiniony doskonale znał tego pacjenta i jego żonę, bowiem od wielu lat leczył pana KK. Zaobserwowane przez żonę objawy około godz. 6 mogły być tak zwanym „chromaniem mózgowym", które występuje np. przy zaburzeniach w krążeniu, ale szybko również ustępuje. Natomiast następny wezwany lekarz przewiózł chorego do szpitala, ale nie ze względu na ciężki stan zagrażający życiu, lecz na panujący w pogotowiu zwyczaj, że podczas drugiego wezwania przewozi się chorego do szpitala. Ponadto należy zauważyć, iż postawione rozpoznanie na oddziale chorób wewnętrznych nie zostało potwierdzone badaniem tomografii komputerowej mózgu, ponieważ stan chorego tak się poprawił, że nie uznano tego za konieczne. W opinii OSL wyjaśnienia obwinionego zasługują na wiarę, są spójne, logiczne, konsekwentne i znajdują potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy. Na marginesie należy zauważyć, iż Sąd wytknął podczas rozprawy obwinionemu, iż diagnoza postawiona przez niego była, jak to określił „na wyrost". Zeznania świadka lek. JW niewiele wniosły do sprawy, a to z tego powodu, że nie pamiętał on szczegółowo wydarzenia – co jest zupełnie zrozumiałe, zważywszy na upływ czasu od chwili przedmiotowego zdarzenia, a opierał się jedynie na zapisach w dokumentacji medycznej. Z kolei zeznania skarżącej OSL uwzględnił tylko częściowo. Są one subiektywne i emocjonalnie, co jest o tyle zrozumiałe, że dynamiczny i niepokojący przebieg zdarzeń mógł wywołać atmosferę zagrożenia i nerwowości. Ponadto podkreślić należy, że zeznania skarżącej właściwie potwierdzają wersję zdarzeń obwinionego, a różnią się co do oceny, czy postępowanie obwinionego było staranne, czy też nie.

Także dokumentacja medyczna nie budzi wątpliwości co do jej wiarygodności. Okoliczność ta nie była kwestionowana przez żadną ze stron, a i OSL nie dopatrzył się powodu, aby uczynić to z urzędu.

Natomiast ustosunkowując się do opinii biegłego, należy zaznaczyć, że słuszne skądinąd wnioski w niej zawarte oparte są na założeniu, iż w przedmiotowej sprawie wystąpił udar mózgu. I rzeczywiście przy takim założeniu, wniosek postawiony przez biegłego, a mianowicie konieczność hospitalizacji, jest w pełni podzielany przez OSL. Jednak z całokształtu materiału dowodowego, a zwłaszcza zeznań złożonych przez świadka panią lek. JN tj. lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, czyli lekarza przyjmującego chorego na oddział wynika, że udar w istocie nie wystąpił. Dlatego też opinia biegłego okazała się nieprzydatna dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Okręgowy Sąd Lekarski:

1) na podstawie art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza uniewinnił lek. AB od zarzucanego przewinienia zawodowego;
2) kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej.

## IV. Wnioski

1. Pomimo uwag składanych przez pokolenia lekarzy, jednoznacznych wymogów stawianych w aktach normatywnych, tworzona przez lekarzy dokumentacja medyczna nadal pozostawia wiele do życzenia. Zastrzeżenie to dotyczy również lekarzy ratownictwa medycznego, co wynika z analizy orzeczeń zapadłych w OSL, a w szczególności zostało uwidocznione w uzasadnieniach do tych orzeczeń. Problem udokumentowania zebranego wywiadu, dokonanego badania, wykonanych czynności i zabiegów, ale także zgody chorego i przekazania informacji o stanie zdrowia, o możliwych komplikacjach, zaleceń co do dalszego sposobu postępowania, to problem ciążący na lekarzu. W tym zakresie ustawodawca odwrócił role. To lekarz powinien dowieść, że określone czynności wykonał, a nie chory ma dowodzić, że czynności te nie zostały dopełnione. Stąd wielka rola dokumentacji medycznej będącej najpewniejszym śladem prawidłowości naszych działań. Dowód pod postacią prawidłowo prowadzonej dokumentacji zazwyczaj był wystarczającym dla Sądu, aby dać wiarę lekarzowi i uwolnić go od stawianych zarzutów.

2. W świadczeniach ratownictwa medycznego dużą rolę gra funkcja czasu udzielania pomocy. W wybranym orzecznictwie OSL co najmniej kilka razy czas ten został oceniony jako niewystarczający do postawienia rozpoznania i wdrożenia prawidłowego leczenia, stąd orzeczenia o naruszeniu zasady należytej staranności określonej w powiązaniu z czasem w artykule 8 Kodeksu etyki lekarskiej. Lekarze ratownictwa medycznego podejmujący działanie w sytuacjach zagrożenia życia, pod presją emocji i uciekającego czasu, szczególnie w pierwszej fazie udzielania pomocy mniejszą wagę przywiązują do dokładności badania chorego. Tę dokładność „nadrabiają" w trakcie badania wtórnego, najczęściej w ambulansie podczas transportu chorego do szpitala. Niestety ten standard postępowania stosowany w sytuacji zagrożenia życia często przenosimy na inne interwencje, te z pogranicza medycyny ratunkowej i medycyny rodzin-

nej. Wówczas pojawiające się powikłanie może być i było w orzeczeniach OSL wiązane z nieprawidłowością postępowania lekarza, który w każdych warunkach musi dołożyć wystarczającej staranności.

3. Ratownictwo medyczne to nie tylko instytucja, to też misja każdego wykonującego zawód lekarza. OSL oceniał więc również postępowania lekarzy niewykonujących funkcji i niebędących specjalistami ratownictwa medycznego, którzy znaleźli się nie z własnej woli w roli takich lekarzy.

4. Orzekając winę, Sąd jest zarazem zobowiązany orzec adekwatną do przewinienia karę. Surowość orzeczeń sądów korporacyjnych od dawna była i jest w dalszym ciągu poddawana społecznej krytyce. Należy pamiętać, że postępowanie przed sądem lekarskim dotyczy odpowiedzialności zawodowej, nie jest postępowaniem karnym i nie jest postępowaniem cywilnym, które mogą toczyć się i najczęściej równolegle toczą, przed sądami powszechnymi. Zapadłe przed sądem lekarskim orzeczenie winy może być często pomocne do skrócenia postępowania cywilnego zasądzającego na rzecz poszkodowanego stosowne odszkodowanie lub zadośćuczynienie. Należy jednak podkreślić, że środowisko lekarskie stawia sobie coraz wyższe wymagania, coraz częściej doprecyzowuje wymagane standardy postępowania. Ponadto dostęp do wiedzy o tych standardach jest powszechny, również dla zainteresowanych chorych, stąd sądy lekarskie coraz częściej sięgają do orzekania kar zawieszenia prawa zawodu. Kara ta stanowi często dla lekarza ruinę jego zawodowej kariery, o czym nie wolno zapominać.

**Summary**

**The Professional Responsibility of EMS Medical Practitioners. A Review of Selected Cases in the District Medical Court of the Wielkopolska Section of the Chamber of Physicians and Dentists**

The paper analyzes a selection of cases brought before the District Medical Court of the Wielkopolska Section of the Chamber of Physicians and Dentists. It contains a statistical examination of verdicts, which covers both the total number of cases conducted by this court and the number of cases and verdicts reached in the field of emergency medicine services. Each analysis of the 11 verdicts selected in the paper comprises the factual state investigated by the court and the verdict issued. The analysis of the verdicts shows that medical documentation still leaves much to be desired. At the same time, though, the evidence, in the form of appropriately completed documentation, was usually sufficient for the Court to believe the doctor and clear him or her of the charges. In verdicts concerning medical emergency cases it was frequently crucial to determine whether the patient's diagnosis and implementation of the suitable therapy were conducted at the appropriate time. Some verdicts also demonstrate that the DMC assessed the conduct of medical practitioners who were neither carrying out their responsibilities nor were specialists in medical emergency services but found themselves fulfilling such tasks against their will. The review of the penalties imposed by the District Medical Court demonstrates that every year medical practitioners increase the requirements and standards binding for representatives of this profession.

Jędrzej SKRZYPCZAK

# Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 25 sierpnia 2009 r. sygn. akt III Apo 2/09

Postanowieniem z dnia 25 sierpnia 2009 r. w sprawie z odwołania Elżbiety S. od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 18 lutego 2009 r. (sygn. akt NSL Rep. 93/08) o uchylenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 6 miesięcy, Sąd Apelacyjny w Łodzi w III Wydziale Pracy i Ubezpieczeń Społecznych odwołanie odrzucił.

Taką decyzję podjęto w oparciu o następujący stan faktyczny. Naczelny Sąd Lekarski w Warszawie orzeczeniem z dnia 18 lutego 2009 r. utrzymał w mocy orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Poznaniu z dnia 17 listopada 2008 r., w którym lek. Elżbieta S. została uznana winną zarzucanego jej przewinienia zawodowego w postaci naruszenia art. 64 Kodeksu etyki lekarskiej i wymierzono obwinionej karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 6 miesięcy.

W dniu 28 maja 2009 r. lek. Elżbieta S. złożyła do Sądu Apelacyjnego za pośrednictwem NSL odwołanie od odrzeczenia tegoż Sądu, wnosząc o zmianę zaskarżonego orzeczenia i wymierzenie łagodniejszej kary, ewentualnie o uchylenie orzeczenia i ponowne rozpoznanie sprawy.

Jak podkreślił Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu, odwołanie obwinionej podlegało odrzuceniu z uwagi na niedopuszczalność drogi sądowej, która wyklucza rozpatrywanie przedmiotowej sprawy przez Sąd. Podkreślono, że stosownie do art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich[1], lekarzowi ukaranemu przez NSL w drugiej instancji karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do trzech lat albo karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu, przysługuje prawo wniesienia odwołania do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania obwinionego sądu apelacyjnego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem.

Zdaniem SA treść powołanego powyżej przepisu została zinterpretowana już wcześniej przez Sąd Najwyższy, który w postanowieniu z dnia 12.02.1997 r.[2] stwierdził, iż tylko od orzeczenia NSL, który orzekając w II instancji wymierzył obwinionemu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres przekraczający sześć miesięcy do trzech lat, przysługuje obwinionemu lekarzowi prawo wniesienia odwołania.

Stąd też w opinii Sądu Apelacyjnego odwołanie, o którym mowa w art. 42 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich, nie przysługuje w sytuacji, gdy NSL, po rozpoznaniu odwo-

---

[1] Dz. U. 1989, Nr 30, poz. 158. Przepis ten obowiązywał do 31.12.2009 r. kiedy to został uchylony ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708).

[2] Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 12 lutego 1997 r. III SZ 7/96 LexPolonica nr 324309 OSNAPiUS 1997/22 poz. 451.

łania od orzeczenia OSL, jedynie utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie, w którym sąd I instancji wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarskiego. Zdaniem tegoż Sądu w tym stanie rzeczy została zrealizowana zasada co najmniej dwuinstancyjnego postępowania, zaś obwinionej zapewniono możliwość obrony jej praw, poprzez zaskarżenie orzeczenia wydanego w pierwszej instancji, z czego skorzystała wnosząc odwołanie do NSL. Na marginesie dodano, iż złożone przez obwinioną odwołanie powinno zostać skontrolowane pod względem jego dopuszczalności przez NSL i to właśnie ten organ już na etapie wstępnej kontroli przedmiotowego odwołania powinien, w drodze postanowienia, odmówić jego przyjęcia jako niedopuszczalnego.

Taka wykładnia art. 42 ust. 2 ustawy o izbach, zaprezentowana przez Sąd Apelacyjny w cytowanym postanowieniu, wydaje się jednak kontrowersyjna. Przyjmuje ona, że prawo odwołania się do Sądu Apelacyjnego przysługiwałoby ukaranemu lekarzowi tylko wówczas, gdy sąd I instancji wymierzył karę niższą np. upomnienia lub nagany, a NSL rozpatrując odwołanie zdecydował się podwyższyć dolegliwość. Przypomnijmy, że zgodnie z tym przepisem „lekarzowi ukaranemu przez Naczelny Sąd Lekarski w II instancji karą wymienioną w art. 41 ust. 1 pkt 3 i 4 (a więc karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres od 6 miesięcy do 3 lat oraz karą prawa wykonywania zawodu) przysługuje prawo wniesienia odwołania do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania obwinionego sądu apelacyjnego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem”.

Wykładnia gramatyczna zaprezentowana przez Sąd Apelacyjny w cytowanym postanowieniu wydaje się zbyt wąska i nieuprawniona. Zgodnie z tym punktem widzenia, odwołanie było możliwe tylko wtedy, gdy w sentencji orzeczenia NSL pojawiła się kara zawieszenia lub pozbawienia prawa. Ale przecież nie można zapominać, iż orzeczenie NSL utrzymujące w mocy orzeczenie, w którym sąd I instancji wymierzył taką karę, w istocie też wymierza taką sankcję.

Po drugie argument podnoszony przez Sąd Apelacyjny, iż lekarzowi zapewnia się dwuinstancyjne postępowania sądowe, także nie może się obronić. Pamiętać należy, że mimo nazwy „sąd lekarski”, nie jest to organ należący do wymiaru sprawiedliwości. Członkowie składów orzekających nie korzystają z przymiotu niezawisłości sędziowskiej. Stąd też wydaje się niezbędne zapewnienie obwinionemu lekarzowi możliwości skontrolowania orzeczenia przez sąd powszechny. I tak wspomniany art. 42 ust. 2 ustawy o izbach ogranicza to uprawnienie do przypadków ukarania najsurowszą sankcją, decydującą w istocie nie tylko o dalszej karierze, ale niekiedy o sytuacji materialnej jego i jego najbliższych. Pamiętać należy, że Kodeks etyki lekarskiej, inaczej niż np. Kodeks karny, nie typizuje przewinień zawodowych ani kar za dopuszczenie się każdego z takich czynów. Tak więc właściwie w każdym przypadku sąd lekarski może wymierzyć karę upomnienia, jak i pozbawienia wolności. Ponadto można wyobrazić sobie sytuację, kiedy sąd lekarski ukarałby lekarza za działanie sprzeczne ze stanowiskiem organów samorządu lekarskiego, ale zgodne z obowiązującym prawem. Wykładnia zaprezentowana przez Sąd Apelacyjny takiej możliwości pozbawia.

Pamiętać należy także, iż obecnie zarówno w sądach okręgowych, jak i NSL orzekają wyłącznie lekarze. Inaczej stan prawny wyglądał w 1997 r., kiedy Sąd Najwyższy wydał postanowienie, na które powołuje się w swym uzasadnieniu Sąd Apelacyjny

w Łodzi. Wówczas w składzie NSL zasiadał sędzia SN. Ponadto trzeba zauważyć, że orzeczenie Sądu Najwyższego podkreśla w swej tezie zupełnie inną kwestię, a mianowicie w jakiej formie NSL odmawia przyjęcia środka odwoławczego. I tylko w jednym zdaniu uzasadnienia twierdzi się, iż „tylko od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, który orzekając w II instancji wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszania prawa wykonywania zawodu lekarza na okres przekraczający sześć miesięcy do trzech lat, przysługuje obwinionemu lekarzowi prawo wniesienia odwołania do Sądu Najwyższego". Pogląd ten jednak nie został szerzej uargumentowany. Stąd też trudno z tym zdaniem polemizować.

W doktrynie prezentuje się stanowisko, iż „gdy sąd ten (NSL – przyp. J.S.) orzeka karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub pozbawienia tego prawa, orzeczenie nie uprawomocnia się automatycznie, gdyż ukaranemu lekarzowi przysługuje jeszcze prawo odwołania się do Sądu Najwyższego (art. 42 ust. 2 w starym brzmieniu – J.S.)[3]. I ten pogląd zasługuje na pełną aprobatę, inaczej niż cytowane stanowisko Sądu Apelacyjnego.

**Summary**

**A Commentary on the Decision of the Court of Appeal in Łódź of August 25, 2009, Case Reference No. III Apo 2/09**

This commentary refers to the decision of the Court of Appeal in Łódź, Department III of Labor and Social Security, of August 25, 2009 concerning the appellation of Elżbieta S. against a verdict of the Supreme Medical Court issued on February 18, 2009 (case reference no. NSL Rep. 93/08) to revoke the penalty of suspension of the right to practice the profession for a period of six months. The appeal was rejected.

The commentary presents the view that the Court of Appeal issued its decision while failing to take into account the standpoint present in the doctrine that when the Supreme Medical Court "pronounces the penalty of suspension of the right to practice profession or revocation of the right to pursue one's profession, the verdict does not become automatically binding as the penalized physician still has the right to appeal to the Supreme Court". This standpoint should be fully appreciated in contrast to the decision of the Court of Appeal in question.

---

[3] E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 318.

# MISCELLANEA

## Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (kadencja 2006–2009)

Każda kolejna kadencja samorządu lekarskiego charakteryzuje się nowymi wyzwaniami i nowymi problemami oraz przynosi wiele nowych zadań do rozwiązania. W mijającej V kadencji przeżywaliśmy chwile skłaniające do wspomnień i refleksji – był to czas obchodów jubileuszu 20-lecia samorządu działającego z mocy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. Zmagaliśmy się jednak również z różnymi niepomyślnymi zdarzeniami dotyczącymi naszego środowiska, wyjątkowo zaciekle nagłaśnianymi przez media i roztrząsanymi przez gremia polityków, co w rezultacie mogło grozić zapaścią pewnych dziedzin medycyny.

Podjęliśmy też trudną pracę nad przygotowaniem projektu nowej ustawy o izbach lekarskich, którą Sejm RP uchwalił w dniu 23 października 2009 r., a która teraz została skierowania do Senatu. W przygotowanie tego aktu prawnego włączyli się aktywnie członkowie naszego samorządu, w tym również rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, gdyż główne zmiany dotyczyły zapisów ustawy w zakresie ich działalności i sądów lekarskich.

Rzetelne, bezstronne i sprawiedliwe rozpatrywanie skarg dotyczących przestrzegania praw pacjenta oraz obowiązujących norm prawa powszechnego wymagało największego wewnętrznego zdyscyplinowania i pełnego zaangażowania, dużego doświadczenia i wysokich kwalifikacji zawodowych oraz nieskazitelnej postawy etycznej ze strony Koleżanek i Kolegów – rzeczników odpowiedzialności zawodowej w okręgowych izbach lekarskich i Naczelnej Izbie Lekarskiej. Kto nie sprosta tym wymaganiom, nie może być rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.

Pamiętaliśmy o tym, iż w odczuciu społecznym izba lekarska postrzegana i oceniana jest tak, jak pracują rzecznicy odpowiedzialności zawodowej.

Podczas VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej powierzono kol. Jolancie Orłowskiej-Heitzman, a Zastępcami Naczelnego Rzecznika zostali wybrani niżej wymienieni Koleżanki i Koledzy:

1. Adamowicz Robert — Warszawa
2. Andrzejewski Janusz — Wrocław
3. Bandurski Jędrzej — Zielona Góra
4. Baranowicz Barbara — Warszawa
5. Baron Antoni — Katowice
6. Bieńko Teresa — Katowice
7. Błaszczyk Andrzej — Kielce
8. Buszko Urszula — Kielce

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Charczuk Edward | Kraków |
| 10. | Chowaniec Anna | Częstochowa |
| 11. | Darasz Zbigniew | Kraków |
| 12. | Ciechowicz Stanisław | Łódź |
| 13. | Czernicki Zbigniew | Warszawa |
| 14. | Dembowski Janusz | Wrocław |
| 15. | Dmowska Renata | Warszawa |
| 16. | Dybek Marceli | Łódź |
| 17. | Dziedzic Mieczysław | Katowice |
| 18. | Glińska Anna | Katowice |
| 19. | Górniak Romuald | Częstochowa |
| 20. | Hartwich Artur | Karków |
| 21. | Kajdos Janusz | Łódź |
| 22. | Kańtoch Sabina | Płock |
| 23. | Kidawa Elżbieta | Warszawa |
| 24. | Kocot Jacek | Katowice |
| 25. | Kolanko Wojciech | Kraków |
| 26. | Kolasiński Piotr | Poznań |
| 27. | Korta Teresa | Warszawa |
| 28. | Kossak Jerzy | Gdańsk |
| 29. | Krzak Andrzej | Poznań |
| 30. | Kunkel Andrzej | Toruń |
| 31. | Kurek Józef | Katowice |
| 32. | Kużawczyk Andrzej | Warszawa |
| 33. | Lipka Bogusław | Gdańsk |
| 34. | Łyczywek-Zwierz Maria | Warszawa |
| 35. | Małecki Janusz | Kraków |
| 36. | Matysik Jerzy | Gdańsk |
| 37. | Mazur Grzegorz | Łódź |
| 38. | Mendel Żywisław | Katowice |
| 39. | Mielcarek Wanda | Poznań |
| 40. | Mościcki Zenon | Poznań |
| 41. | Naze Waldemar | Łódź |
| 42. | Orzeł Mieczysław | Lublin |
| 43. | **Pietrzycki Jerzy** | Katowice |
| 44. | Podolecki Andrzej | Katowice |
| 45. | Pojda Stefan | Katowice |
| 46. | Rejminiak Krystyna | Gdańsk |
| 47. | Rodziewicz-Kabarowska Marta | Opole |
| 48. | Rzeszutko Ryszard | Wrocław |
| 49. | Serafinowska-Kiełczewska Anna | Poznań |
| 50. | Swoboda Kazimierz | Katowice |
| 51. | Szolginia Michał | Bydgoszcz |
| 52. | Świątkowski Jan | Warszawa |
| 53. | Tarkowska Anna | Warszawa |

54. Tomczykowska Małgorzata — Lublin
55. Traczewska Halina — Kraków
56. Utrata Irena — Katowice
57. Vitali Tomir — Gorzów Wlkp.
58. Węglarzy-Kowalczyk Wanda — Katowice
59. Werner Bożena — Toruń
60. Żak Lech — Warszawa

Pierwszymi zastępcami Naczelnego Rzecznika wybrano kol. Annę Tarkowską i kol. Andrzeja Kużawczyka.

W czasie kadencji zmarł śp. kol. Jerzy Pietrzycki. Do zespołu Zastępców Naczelnego Rzecznika został włączony kol. Zbigniew Darasz.

## Sprawy rozpatrywane przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej

Poniższa tabela przedstawia statystykę spraw i postępowań, jakie w kadencji 2006–2009 (do połowy 2009 r.) prowadzili okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej.

**ILOŚĆ SPRAW:**

| | **2006** | **2007** | **2008** | **1/2 2009** |
|---|---|---|---|---|
| Pozostało z lat poprzednich | 1519 | 1524 | 1579 | 1747 |
| Wpływ | 2474 | 2280 | 2584 | 1366 |
| Prowadzono | 3973 | 3804 | 4163 | 3113 |
| Zakończono | 2469 | 2225 | 2416 | 1222 |
| Pozostało na okres następny | 1524 | 1579 | 1747 | 1891 |

Poniższa tabela przedstawia porównanie z poprzednią kadencją spraw prowadzonych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

| | **2001–2005** | **2006–1/2 2009** |
|---|---|---|
| Pozostało z lat poprzednich | 1 148 | 1 519 |
| Wpływ | 8 326 | 8 704 |
| Prowadzono | 9 474 | 10 223 |
| Zakończono | 8 026 | 8 332 |

Zdziwienie może budzić liczba spraw niezakończonych, jednak w pierwszej połowie roku następuje duży wzrost ilości skarg, sprawy zostają wszczęte, a zakończone w drugiej połowie roku. Według obowiązującej ustawy Naczelny Rzecznik nie ma mo-

żliwości wpływania na tempo prowadzenia spraw, może jedynie wysyłać monity i zapytania o przyczyny takiego stanu. Nowa ustawa zmienia przepisy w tym zakresie i daje większe uprawnienia Naczelnemu Rzecznikowi oraz wydłuża czas prowadzenia spraw przez okręgowych rzeczników do 1 roku (teraz – 6 miesięcy). W przypadkach drastycznego przedłużania czasu prowadzenia postępowania bez podania wiarygodnej przyczyny, konieczne jest wszczęcie postępowania wyjaśniającego przeciwko okręgowemu rzecznikowi. Dwa takie przypadki miały miejsce w mijającej kadencji.

Jak wynika z powyższej tabeli, o **7,9%** wzrosła liczba prowadzonych postępowań przez okręgowych rzeczników w porównaniu z poprzednią IV kadencją, ale aż o **52,6%** w porównaniu z III kadencją (prowadzonych było 6699 spraw).

**RODZAJE PRZEWINIENIA ZAWARTE W SKARGACH:**

| | **2006** | **2007** | **2008** | **1/2 2009** |
|---|---|---|---|---|
| Powikłania chorobowe | 1215 | 1112 | 1187 | 447 |
| Nieetyczne zachowanie lekarza | 874 | 768 | 970 | 390 |
| Śmierć | 607 | 668 | 628 | 154 |
| Poświadczenie nieprawdy | 159 | 157 | 185 | 49 |
| Naruszenie praw chorych psychicznie | 58 | 67 | 59 | 23 |
| Konflikty między lekarzami | 66 | 65 | 57 | 13 |
| Przyjęcie korzyści materialnej | 106 | 125 | 129 | 16 |

W poszczególnych latach charakter skarg kształtuje się podobnie. Niepokoi duża ilość skarg dotyczących nieetycznych zachowań lekarzy, a w zasadzie sposobu odnoszenia się lekarzy do chorych i ich rodzin lub braku czasu na rozmowę z pacjentem i jego rodziną w celu poinformowania o planowanym sposobie diagnozowania i leczenia oraz rokowania co do zdrowia i życia. Informacja udzielana pacjentowi czy jego rodzinie musi być podana w sposób dla nich zrozumiały, natomiast lekarz musi znaleźć czas na taką rozmowę. Również sposób przeprowadzania rozmów budzi wiele zastrzeżeń, stąd też postulujemy do Ministra Zdrowia i rektorów uczelni medycznych o stworzenie możliwości zwiększenia liczby godzin dydaktycznych – zajęć praktycznych z zakresu psychologii klinicznej. Podczas nich studenci uczą się jak rozmawiać z pacjentami, w jaki sposób przekazać im nawet najbardziej trudne informacje.

Skargi dotyczące powikłań chorobowych bardzo często są określane mianem błędu lekarskiego. W swych postępowaniach rzecznicy starają się wyjaśniać pacjentom, iż niepowodzenie może wynikać tak z wystąpienia powikłań czy zdarzeń niepożądanych, a dopiero w następnej kolejności z błędu lekarza. W bardzo wielu skargach, a także w toku postępowania okazuje się, że skarżący wyraża swoje oburzenie na **SYSTEM OCHRONY ZDROWIA** lub na złą organizację pracy w jednostce ochrony zdrowia, a nie na samą pracę lekarzy. Nie jest winą lekarzy, że na wizytę u specjalisty chory musi czekać kilka tygodni czy miesięcy, że konieczne badanie może zostać wykonane dopiero po kilku dniach, chociaż od jego wyniku zależy dalsze leczenie, które należy natychmiast zastosować. Jednak to lekarze stykają się bezpośrednio z chorymi, a nie decydenci, pod adresem których winny być kierowane skargi i pretensje ze strony pacjentów.

Poświadczenie nieprawdy to przede wszystkim wypisywanie nieprawdziwych zaświadczeń o stanie zdrowia, o możliwości wykonywania zawodu, np. pracy na wysokości. Czasem, w jednostkowych przypadkach w ramach tej kategorii przewinień zdarzają się również próby fałszowania dokumentów potwierdzających np. zaliczenie stażu podyplomowego. Do takich zdarzeń rzecznicy zawsze podchodzą z największą uwagą i surowością.

Każdą sprawę rzecznicy rozpatrują rzetelnie, a ze szczególną wnikliwością wtedy, gdy nastąpił zgon pacjenta. W takich przypadkach wiele wyjaśnić mogłoby wykonanie badania pośmiertnego, które niestety jest wykonywane rzadko, niejednokrotnie z naruszeniem przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ten problem sygnalizuję i sądzę, iż powinien być przeanalizowany przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej.

Skargi dotyczące konfliktów między lekarzami są zawsze trudne i skomplikowane. Trudno nieraz dociec przyczyny nieporozumienia, a decyzja o sposobie zakończenia postępowania budzi wiele emocji ze strony zainteresowanych.

Przyjęcia korzyści materialnej są przede wszystkim nagłaśniane i osądzane w mediach, a po tych medialnych zawirowaniach trafiają do rzecznika. Jasno trzeba powiedzieć, że takie sprawy są rozpatrywane, lecz jak w każdym innym przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa, pierwszeństwo w prowadzeniu tego typu spraw ma powszechny wymiar sprawiedliwości.

Nic nie straciły na aktualności apele i prośby o prowadzenie **DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** w taki sposób, aby była ona rzetelna, pełna, wyraźnie sporządzona, odpowiednio zabezpieczana i udostępniana zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**SKARGI WG SPECJALIZACJI:**

| | **2006** | **2007** | **2008** | **1/2 2009** |
|---|---|---|---|---|
| Interna, w tym głównie kardiologia | 853 | 749 | 815 | 330 |
| Chirurgia z ortopedią | 645 | 644 | 615 | 193 |
| Położnictwo i ginekologia | 334 | 333 | 360 | 79 |
| Stomatologia, w tym głównie protetyka i implantologia | 402 | 429 | 475 | 178 |
| Pediatria | 134 | 152 | 171 | 43 |
| Chirurgia dziecięca | 134 | 115 | 111 | 28 |
| Psychiatria | 168 | 219 | 204 | 78 |

Analizując powyższe zestawienie widzimy, że liczba skarg w poszczególnych wybranych specjalizacjach rośnie proporcjonalnie do wzrostu liczby wszystkich skarg kierowanych do okręgowych rzeczników.

Największy wzrost zanotowaliśmy w zakresie protetyki i implantologii. W tych dziedzinach skargi dotyczą nieprawidłowo wykonanych protez, braku informacji o zakresie planowanego leczenia protetycznego i jego kosztach, nieprawidłowego planowania i wykonania implantów (implanty w cenie 25–50 zł, które po kilku tygodniach wypadają), braków w dokumentacji, podejmowania leczenia protetycznego na prośbę pacjenta, a ponadto niedokładnego leczenia endodontycznego itp.

Dużym problemem są skargi na lekarzy psychiatrów, szczególnie wtedy, gdy braki dokumentacyjne uniemożliwiają prześledzenie całości postępowania lekarskiego z tak trudnym i specyficznym pacjentem. Skargi zawierają również sprawy wydawania zaświadczeń o stanie zdrowia psychicznego członkom rodziny pacjenta, bez badania pacjenta jedynie na podstawie relacji rodziny. Ponadto podstawą skargi bywa kwestia nieuzasadnionego umieszczenia skarżącego w szpitalu psychiatrycznym.

Zwiększona liczba spraw położniczych dotyczy m.in.: zbyt późno wykonanego cięcia cesarskiego, niewykonania cięcia cesarskiego, złej opieki nad kobietą ciężarną i rodzącą, nieprecyzyjnych opisów badań usg, uszkodzeń okołoporodowych noworodków. W zakresie ginekologii najczęstsze skargi dotyczą: rozszerzenia zakresu zabiegu podczas jego wykonywania bez uzyskania uprzednio zgody pacjentki, powikłań urologicznych związanych z operacją ginekologiczną (przecięcie lub podwiązanie moczowodów) czy też nieprawidłowej oceny badań cytologicznych. Na kanwie tych spraw skierowane zostało do ministra zdrowia pismo w sprawie cytologii, które jest zamieszczone na stronie internetowej NIL.

W zakresie chorób wewnętrznych, a także innych specjalizacji (np. neurologii czy anestezjologii) skargi dotyczą: braku odpowiedniej reakcji lekarza na zgłaszane przez pacjentów objawy mogące przemawiać za wystąpieniem stanu zagrożenia życia – bóle w klatce piersiowej (niewykonanie ekg i badań dodatkowych, czy też brak badania fizykalnego), nieprawidłowej diagnostyki różnicowej bólów brzucha lub bólów głowy, zbyt późnego – zdaniem skarżących – skierowania na konsultacje do specjalistów (choroba nadciśnieniowa, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, choroba wieńcowa itp.), zbyt pochopnego kierowania do chorych karetek jedynie z ratownikiem medycznym, który nie jest w stanie rozpoznać rzeczywistego stanu zdrowia pacjenta, co opóźnia udzielenie mu odpowiedniej fachowej pomocy, przewozu pacjentów z udarem mózgu czy ostrą chorobą wieńcową własnymi środkami transportu, bez zabezpieczenia transportu sanitarnego, braku możliwości rozpoznania tętniaków aorty piersiowej.

Chirurgia i ortopedia – to przede wszystkim skargi na nieprawidłowe zaopatrzenie ran i złamań kończyn, nieprawidłowo wykonane zabiegi ortopedyczne, natomiast w neurologii i neurochirurgii – niezastosowanie standardów postępowania diagnostycznego po urazie głowy, wystąpienie powikłań po operacji dysków lędźwiowych, nierozpoznanie krwiaka nadtwardówkowego, zbyt późne rozpoznanie, a następnie złe leczenie i postępowanie z chorymi po udarze mózgu.

W okulistyce – nieprawidłowe, zbyt późne rozpoznanie jaskry (brak wykonania pola widzenia), nieprawidłowe postępowanie z chorym na zaćmę, złe dobranie okularów.

W każdej niemal specjalizacji wiele skarg dotyczy zbyt późnego rozpoznawania, a następnie leczenia nowotworów szczególnie u dzieci, bardzo długiego oczekiwania na przyjęcie przez onkologa, bagatelizowania objawów zgłaszanych przez pacjenta czy też braku reakcji lekarza na nieprawidłowości w badaniach dodatkowych (dotyczy to chorób układu limfatycznego i krwiotwórczego – białaczek i chłoniaków).

Większość skarg na lekarzy pediatrów dotyczy zbyt późnego rozpoznania chorób jamy brzusznej, w których konieczne jest następnie leczenie operacyjne czy bagatelizowania stanów wysokogorączkowych u dzieci oraz znacznych opóźnień w rozpoznawaniu nowotworów u dzieci.

Jestem przekonana, iż bliższa analiza skarg dotyczących poszczególnych specjalizacji wymaga szczególnego zainteresowania ze strony nadzoru specjalistycznego, a dane te i spostrzeżenia merytoryczne powinny być wykorzystywane w opracowaniu i realizacji programów specjalizacji i w szkoleniu specjalizacyjnym.

W prowadzonych postępowaniach często konieczne jest zasięgnięcie opinii biegłych.

**SPOSÓB ZAKOŃCZENIA SPRAW:**

| | **2006** | **2007** | **2008** | **1/2 2009** |
|---|---|---|---|---|
| Zakończono | 2469 | 2225 | 2416 | 1222 |
| Odmowa | 799 | 693 | 779 | 388 |
| Umorzenie | 1144 | 1019 | 1132 | 605 |
| Wnioski o ukaranie | 339<br>dot. 389 lekarzy | 305<br>dot. 376 lekarzy | 337<br>dot. 425 lekarzy | 135<br>dot. 151 lekarzy |
| Inny sposób (m.in. polubowne zakończenie sporu, wycofanie skargi, zgon lekarza) | 187 | 208 | 168 | 94 |

**Porównanie kadencji IV i V:**

| | **2001–2005** | **2006–1/2 2009** |
|---|---|---|
| **Zakończono** | **8026** | **8332** |
| Odmowa | 2631 | 2659 |
| Umorzenie | 3743 | 3900 |
| Wnioski o ukaranie | 998<br>dot. 1145 lekarzy | 1116<br>dot. 1341 lekarzy |
| Inny sposób (m.in. polubowne zakończenie sporu, wycofanie skargi, zgon lekarza) | 654 | 657 |

Powyższe zestawienia wskazują, iż w kolejnych latach mijającej kadencji, jak również w kadencji IV sprawy kończyły się podobnie. Wzrosła liczba wniosków o ukaranie wnoszonych przez rzeczników okręgowych do okręgowych sądów lekarskich. Wnioski te dotyczyły ponadto większej liczby lekarzy.

## Sprawy rozpatrywane przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

W rozdziale 3 par. 12 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy znajdujemy zapis mówiący, iż Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej prowadzi postępowanie wyjaśniające w I instancji wobec osób wymienionych w art. 46 ust. 3 pkt 2 ustawy o izbach lekarskich, czyli członków Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Na-

czelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, okręgowych sądów lekarskich, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców.

**Sprawy prowadzone w I instancji:**

| | **2006** | **2007** | **2008** | **1/2 2009** |
|---|---|---|---|---|
| Pozostało z lat poprzednich | 28 | 40 | 31 | 26 |
| Wpływ | 47 | 53 | 43 | 36 |
| Wznowienie | 4 | – | – | – |
| **Prowadzono** | **79** | **93** | **74** | **62** |
| Zakończono | 39 | 62 | 48 | 33 |
| Odmowa | 18 | 18 | 17 | 14 |
| Umorzenie | 11 | 34 | 25 | 15 |
| Wnioski o ukaranie | 10 | 10 | 6 | 4 |
| Zakończono w inny sposób | – | – | – | 1 |
| Pozostało | 40 | 31 | 26 | 29 |

**Porównanie danych z IV i V kadencji odnośnie ilości spraw prowadzonych w I instancji:**

| | **2001–2005** | **2006–1/2 2009** |
|---|---|---|
| Pozostało z lat poprzednich | 21 | 28 |
| Wpływ | 139 | 179 |
| Wznowienie | – | 4 |
| **Prowadzono** | **160** | **211** |
| Zakończono | 127 | 182 |
| Odmowa | 52 | 67 |
| Umorzenie | 55 | 85 |
| Wnioski o ukaranie | 17 | 30 |
| Zakończono w inny sposób | 3 | 1 |
| Pozostało | 33 | 29 |

Porównując dane obu części tabeli, widzimy, iż nastąpił wzrost o 31,3% skarg w bieżącej kadencji, co nie oznacza, że wszyscy skarżący mieli rację. 85 spraw zostało umorzonych, a w 67 przypadkach odmówiono wszczęcia postępowania. Analizując zwiększenie liczby skarg, dochodzimy do takich samych wniosków, jak przy analizie skarg napływających do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Stwierdzamy zatem, że w większości skarg nie został popełniony błąd czy zaniedbanie ze strony lekarza, że dotyczą one wadliwego systemu ochrony zdrowia w Polsce, że wynikają z niezrozumienia możliwości wystąpienia powikłań. W 30 przypadkach Na-

czelny Rzecznik uznał, iż skarga była zasadna i rozstrzygnięcie musi nastąpić w drodze orzeczenia sądu lekarskiego.

**Sprawy prowadzone w II instancji:**

| | **2006** | **2007** | **2008** | **1/2 2009** |
|---|---|---|---|---|
| Pozostało z okresu poprzedniego | 126 | 160 | 135 | 153 |
| Wpływ | 509 | 488 | 513 | 279 |
| Wznowienia | 58 | 25 | 25 | – |
| **Prowadzono** | **693** | **673** | **673** | **432** |
| Zakończono | 533 | 538 | 520 | 250 |
| Utrzymanie w mocy umorzenia | 219 | 219 | 238 | 110 |
| Utrzymanie w mocy odmowy | 185 | 177 | 159 | 92 |
| Uchylenie do ponownego rozpatrzenia | 119 | 133 | 119 | 48 |
| Inne, w tym przejęcie do prowadzenia | 10 | 5 | 4 | – |
| Utrzymanie w mocy zarządzenia o odmowie przyjęcia środka odwoławczego | – | 4 | – | – |
| Pozostało na okres następny | 160 | 135 | 153 | 182 |

**Porównanie ilości spraw rozpatrywanych przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w IV i V kadencji:**

| | **2001–2005** | **2006–1/2 2009** |
|---|---|---|
| Pozostało z okresu poprzedniego | 71 | 126 |
| Wpływ | 2015 | 1789 |
| Wznowienia | – | 108 |
| Prowadzono | 2086 | 2023 |
| Zakończono | 1960 | 1841 |
| Utrzymanie w mocy umorzenia | 912 | 786 |
| Utrzymanie w mocy odmowy | 584 | 613 |
| Uchylenie do ponownego rozpatrzenia | 422 | 419 |
| Inne, w tym przejęcie do prowadzenia | 42 | 19 |
| Utrzymanie w mocy zarządzenia o odmowie przyjęcia środka odwoławczego | – | 4 |
| Pozostało na okres następny | 126 | 182 |

Liczba spraw prowadzonych przez Naczelnego Rzecznika w II instancji – odwoławczej – w porównaniu IV i V kadencji utrzymuje się na tym samym poziomie, co oznacza, iż okręgowi rzecznicy przy pomocy swych zastępców prowadzą postępowania wyjaśniające bardzo poprawnie i wnikliwie. Wpływ na taki stan rzeczy ma bezsprzecznie zapewnienie stałych porad prawnych przez zatrudnionych w biurach rzeczników prawników. W 19 przypadkach Naczelny Rzecznik uchylił postanowienie okręgowego rzecznika i przejął sprawę do prowadzenia w I instancji.

**Liczba odwołań napływających do Naczelnego Rzecznika od okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sposób ich zakończenia**

| Izba | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 1/2 2009 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rodzaj decyzji NROZ | Liczba odwol. | Utrz. decyzji OROZ | Uchyl. decyzji OROZ | Liczba odwol. | Utrz. decyzji OROZ | Uchyl. dec. OROZ | Liczba odwol. | Utrz. decyzji OROZ | Uchyl. decyzji OROZ | Liczba odwol. | Utrz. decyzji OROZ | Uchyl. decyzji OROZ |
| Białystok | 20/101 | 12 | 5 | 15/99 | 15 | 2 | 12/79 | 9 | 4 | 7/9 | 8 | 1 |
| Bielsko-Biała | 9/33 | 3 | 5 | 15/23 | 13 | 3 | 13/38 | 11 | 1 | 6/7 | 6 | 1 |
| Bydgoszcz | 16/63 | 10 | 1 | 11/58 | 11 | 7 | 18/85 | 12 | 2 | 6/8 | 6 | 2 |
| Częstochowa | 14/30 | 8 | 3 | 6/31 | 9 | 1 | 15/36 | 10 | 2 | 7/9 | 7 | 2 |
| Gdańsk | 25/186 | 16 | 3 | 19/103 | 17 | 6 | 29/182 | 25 | 10 | 13/10 | 7 | 3 |
| Gorzów Wielkopolski | 4/27 | – | 1 | 6/24 | 6 | 3 | 2/23 | 2 | 1 | 3/0 | – | – |
| Katowice | 64/186 | 27 | 15 | 60/159 | 63 | 19 | 52/144 | 37 | 15 | 28/31 | 25 | 6 |
| Kielce | 7/52 | 5 | 1 | 3/24 | 5 | – | 9/56 | 7 | 4 | 6/6 | 3 | 3 |
| Kraków | 42/157 | 33 | 3 | 46/142 | 43 | 10 | 62/139 | 46 | 14 | 12/25 | 21 | 4 |
| Koszalin | 10/34 | 6 | 2 | 2/28 | 3 | – | 7/19 | 7 | 2 | 1/1 | 1 | – |
| Lublin | 17/37 | 8 | 3 | 9/36 | 11 | 4 | 17/44 | 8 | 5 | 8/6 | 6 | – |
| Łódź | 36/148 | 21 | 3 | 32/117 | 41 | 5 | 13/133 | 13 | 3 | 17/13 | 13 | 1 |
| Olsztyn | 16/48 | 9 | 1 | 14/61 | 18 | 2 | 17/57 | 19 | 3 | 8/5 | 3 | 2 |
| Opole | 15/25 | 9 | 4 | 5/19 | 3 | 4 | 9/24 | 10 | 3 | 7/4 | 4 | – |
| Poznań | 44/137 | 26 | 7 | 41/147 | 40 | 11 | 54/164 | 44 | 7 | 20/29 | 24 | 5 |
| Płock | 1/23 | – | – | 1/17 | – | 2 | –/9 | 2 | – | – | – | – |
| Rzeszów | 4/25 | 3 | 1 | 9/45 | 9 | – | 9/42 | 5 | 11 | 5/4 | 3 | 1 |
| Szczecin | 9/127 | 7 | – | 15/88 | 15 | 2 | 33/247 | 22 | 7 | 17/17 | 11 | 6 |
| Tarnów | 7/14 | 4 | 2 | 4/23 | 6 | 1 | 6/20 | 4 | 2 | 2/2 | 1 | 1 |
| Toruń | 9/40 | 5 | 1 | 6/42 | 7 | 2 | 8/39 | 7 | 5 | 3/4 | 3 | 1 |
| Warszawa | 56/207 | 36 | 9 | 49/190 | 46 | 13 | 59/206 | 51 | 12 | 38/32 | 26 | 6 |
| Wrocław | 39/170 | 24 | 5 | 21/154 | 24 | 7 | 24/142 | 23 | 2 | 22/15 | 13 | 2 |
| Zielona Góra | 4/22 | 4 | – | 3/29 | 3 | – | 8/45 | 6 | 1 | 20/8 | 7 | 1 |
| Wojskowa IL | 12/49 | 7 | 2 | 8/51 | 11 | 1 | 11/40 | 31 | 8 | 7/3 | 2 | 1 |

Legenda do powyższej tabeli:
– 20 – liczba odwołań od decyzji OROZ w danym okresie, jaka wpłynęła do biura NROZ;
– 101 – liczba spraw prowadzonych przez OROZ w danym okresie;
– 12 – liczba decyzji OROZ utrzymanych w mocy przez NROZ;
– 5 – liczba decyzji OROZ uchylona przez NROZ.

Dokładna analiza przedstawionego zestawienia wskazuje po raz kolejny, że sprawy są rozpatrywane przez okręgowych rzeczników poprawnie pod każdym względem, chociaż w kilku izbach lekarskich należy poprawić tę statystykę.

**Biuro Naczelnego Rzecznika**
**Sprawy bieżące**

Obsługę biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zapewnia 5 pracowników – kierownik Biura, mgr Małgorzata Rajca, 2 osoby odpowiedzialne za prowadzenie spraw (mgr Ewa Nowosielska i mgr Małgorzata Kurkiewicz), radca prawny, mec. Szymon Kowalski i sekretarka – Anna Siedlecka.

Do obowiązków kierownika Biura należy zapoznanie się z każdą wpływającą sprawą i krótkie zreferowanie jej Naczelnemu Rzecznikowi. Dotyczy to zarówno odwołań, spraw prowadzonych w I instancji, bieżących spraw – zapytań, monitów, zażaleń, jak również czuwanie nad terminowością prowadzonych spraw, prowadzenie repertorium i tworzenie komputerowej bazy danych. Kierownik Biura przygotowuje także projekty preliminarza budżetowego i sprawozdań finansowych dla Ministerstwa Zdrowia, prowadzi statystykę spraw oraz koordynuje przygotowania konferencji szkoleniowych i spotkań rzeczników.

Dwie osoby odpowiedzialne za merytoryczne prowadzenie spraw ściśle współpracują z radcą prawnym, piszą uzasadnienia, czuwają nad terminowością spraw prowadzonych tak w I, jak i w II instancji.

Osoba prowadząca sekretariat zajmuje się przygotowaniem wysyłki dokumentów (każde postanowienie wysyłane jest do pokrzywdzonego, lekarza, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz dwóch Zastępców Naczelnego Rzecznika), rejestruje całość korespondencji oraz obsługuje fax.

W wielu sprawach trudnych i skomplikowanych pod względem prawnym korzystamy z pomocy zatrudnionego radcy prawnego mec. Szymona Kowalskiego. Radca prawny sprawdza pod względem zgodności z prawem każde uzasadnienie Naczelnego Rzecznika, przygotowuje wykładnie prawne w sprawach sygnalizowanych przez okręgowych rzeczników, służy zawsze nieocenioną pomocą podczas posiedzeń Kolegium Naczelnego Rzecznika.

Praca Biura Naczelnego Rzecznika prowadzona jest w sposób sprawny, iż nie ma spraw zaległych czy przedawnionych.

Poniższa tabela pokazuje liczbę spraw, jakimi zajmują się pracownicy Biura i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Na jednego z pracowników Biura przypada połowa z wymienionej liczba spraw.

**Podsumowanie pracy Biura i Naczelnego Rzecznika w latach 2006–1/2 2009:**

| | **2006** | **2007** | **2008** | **1/2 2009** | **Razem** |
|---|---|---|---|---|---|
| I instancja | 79 | 93 | 74 | 62 | 308 |
| II instancja | 693 | 673 | 673 | 432 | 2471 |
| Prolongaty | 484 | 610 | 480 | 294 | 1868 |
| Sprawy inne | 224 | 291 | 220 | 127 | 862 |
| Rozprawy NSL | 86 | 108 | 77 | 48 | 319 |
| **Razem** | **1566** | **1775** | **1524** | **963** | **5828** |

Oprócz odwołań i skarg Naczelny Rzecznik podejmuje decyzje o prolongowaniu terminu postępowań przez okręgowych rzeczników, odpowiada na różne zapytania czy zażalenia, podejmuje interwencje w przypadkach sporów między stronami postępowania, podejmuje decyzje o wyłączeniu rzecznika okręgowego z prowadzenia spraw itp. Naczelny Rzecznik prowadził w tych sprawach korespondencję z organami administracji państwowej, sądami, prokuratorami, biurami poselskimi, kierownikami licznych zakładów ochrony zdrowia oraz naczelnikami zakładów karnych. Łącznie w okresie sprawozdawczym udzielono 862 odpowiedzi w wyżej wymienionych sprawach.

W porównaniu z poprzednimi kadencjami znacznie wzrosła liczba wydanych prolongat – zgód na przedłużenie postępowania przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Fakt ten utwierdza nas w przekonaniu, iż okres 3 miesięcy nie jest wystarczający do zakończenia postępowania i powinien być przedłużony.

**Prolongaty:**

| III kadencja | IV kadencja | V kadencja |
|---|---|---|
| 830 | 1709 | 1868 |

W IV kadencji w porównaniu z III kadencją nastąpił wzrost liczby prolongat o 106%, a w V kadencji w porównaniu z kadencją IV o 9,4%.

W omawianym okresie Naczelny Rzecznik oraz jego Zastępcy uczestniczyli w 319 rozprawach przed Naczelnym Sądem Lekarskim, co stanowi wzrost o 22,6% w porównaniu z poprzednią kadencją.

**Rozprawy przed Naczelnym Sądem Lekarskim:**

| III kadencja | IV kadencja | V kadencja |
|---|---|---|
| 213 | 260 | 319 |

Podsumowując, w okresie objętym tym sprawozdaniem Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wypowiadał się i podejmował decyzje w **5828 sprawach**.

W roku 2008 Kancelaria Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zmieniła siedzibę – nastąpiło przeniesienie Biura z ul. Konduktorskiej 4 na ul. Sobieskiego 110/16.

## Kolegium Naczelnego Rzecznika

Zgodnie z ustawą rzecznicy odpowiedzialności zawodowej są jednoosobowymi organami izb lekarskich. Działają poprzez swoich zastępców, jednak wszystkie decyzje podpisują osobiście. Trudno sobie wyobrazić, aby przy dzisiejszym stanie wiedzy medycznej ktokolwiek mógł jednoosobowo decydować i wypowiadać się co do prawidłowości postępowania lekarskiego. W poprzednich kadencjach została wypracowa-

na praktyka powoływania Kolegium Naczelnego Rzecznika, czyli grupy najbardziej doświadczonych rzeczników, stanowiących gremium doradcze przy podejmowaniu ostatecznych decyzji odnośnie prowadzonych postępowań. W bieżącej kadencji Naczelny Rzecznik również powołał Kolegium w składzie kol.kol.:

Adamowicz Robert
Baranowicz Barbara
Ciechowicz Stanisław
Czernicki Zbigniew
Dmowska Teresa
Hartwich Artur
Kidawa Elżbieta
Korta Teresa
Kużawczyk Andrzej
Łyczywek-Zwierz Maria
Małecki Janusz
Naze Wojciech
Podolecki Andrzej
Rzeszutko Ryszard
Serafinowska-Kiełczewska Anna
Świątkowski Jan
Tarkowska Anna
Vitali Tomir
Żak Lech

Sposób rozpatrywania spraw w II instancji polega na tym, że odwołanie, które wpływa, jest kierowane do jednego z Zastępców NROZ, a następnie po raz kolejny analizowane przez Zastępcę NROZ lub Naczelnego Rzecznika – członków Kolegium Naczelnego Rzecznika, którzy referują sprawę podczas posiedzenia Kolegium. Następnie podejmowana jest ostateczna decyzja co do sposobu zakończenia postępowania.

Należy podkreślić, iż każde posiedzenie Kolegium było zebraniem otwartym dla wszystkich Zastępców Naczelnego Rzecznika, a w sprawach spornych decydowało głosowanie.

W okresie sprawozdawczym odbyły się 72 posiedzenia Kolegium.

Od początku kadencji Naczelny Rzecznik prowadzi na bieżąco przegląd prasy w celu zapoznania się z artykułami mogącymi mieć znaczenie dla postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Ma to na celu podjęcie odpowiednich działań z chwilą powzięcia wiarygodnej informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego. Naczelny Rzecznik ponadto kierował do rzeczników okręgowych pisma z kopiami artykułów z prośbą o zajęcie stanowiska, zainteresowanie sprawą i podjęcie odpowiednich działań formalnych mających na celu weryfikację stawianych zarzutów. Naczelny Rzecznik jak również jego Zastępcy wielokrotnie udzielali wywiadów, uczestniczyli w audycjach i programach informacyjno-publicystycznych, nagraniach telewizyjnych i radiowych, które miały na celu wyjaśnianie istoty postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, zakresu tej odpowiedzialności w poró-

wnaniu z odpowiedzialnością karną, cywilną i dyscyplinarną, komentowania na bieżąco przedstawianych przez media spraw dotyczących postaw i postępowań lekarzy.

**Spotkania i szkolenia**

**Rok 2006**

**11 kwietnia** – Warszawa – spotkanie z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, w obecności kol. K. Radziwiłła, kol. J. Nosarzewskiego i kol. A. Kużawczyka.

**5 maja** – Wrocław – spotkanie z przewodniczącym DRL kol. Andrzejem Wojnarem.

**10 maja** – Warszawa – udział w proteście pracowników ochrony zdrowia.

**16 maja** – Szczecin – spotkanie z OROZ kol. M. Rybkiewiczem i przewodniczącym ORL kol. M. Pietrzakiem.

**19–21 maja** – Jachranka k/Warszawy – wspólne spotkanie szkoleniowe okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, przewodniczących okręgowych sądów lekarskich, Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i członków Naczelnego Sądu Lekarskiego.

**2–4 czerwca** – Bochnia – udział w spotkaniu rzeczników odpowiedzialności zawodowej OIL Kraków.

**21–23 czerwca** – Częstochowa – udział w obradach Kongresu Polonii Medycznej.

**29 czerwca** – Kraków – posiedzenie grupy założycielskiej, powstanie Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego, wybór zarządu – funkcję prezesa powierzono kol. Jolancie Orłowskiej-Heitzman.

**6–8 października** – Cedzyna k/Kielc – udział w szkoleniu rzeczników odpowiedzialności zawodowej OIL Kraków.

**3–5 listopada** – Rytro k/Nowego Sącza – udział w corocznej Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Lekarzy Stomatologów.

**7–9 grudnia** – Warszawa – udział w szkoleniu – Ogólnopolskim Forum Prawniczo-Medycznym.

**Rok 2007**

**13–14 lutego** – Popowo k/Warszawy – udział w spotkaniu lekarzy więziennej służby zdrowia.

**29–31 marca** – Warszawa – udział w ogólnopolskiej konferencji o zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

**17–19 maja** – Lublin – udział we wspólnym Konwencie przewodniczących okręgowych rad lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

**26 maja** – Czorsztyn – udział w szkoleniu rzeczników odpowiedzialności zawodowej z Krakowa.

**12–14 października** – Paszkówka k/Krakowa – szkolenie okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

**26–28 października** – Rytro – udział w Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Lekarzy Stomatologów.

**6–7 grudnia** – Warszawa – udział w obradach Forum Medyczno-Prawniczego.

**13 grudnia** – Warszawa – udział w spotkaniu 100 najważniejszych postaci polskiej służby zdrowia.

**Rok 2008**

**11–13 stycznia – Warszawa – Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy.**

**15 stycznia** – Warszawa – udział w spotkaniu 100 najważniejszych postaci polskiej służby zdrowia w roku 2007.

**28 marca** – Warszawa – udział w posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia nt. ustawy o ochronie płodu ludzkiego.

**6–7 marca** – Warszawa – udział w Ogólnopolskiej Konferencji Prawno-Medycznej nt. błędu medycznego.

**5 kwietnia** – Kraków – udział w Ogólnopolskiej Konferencji nt. problemów młodych lekarzy zorganizowanej prze Komisję ds. Młodych Lekarzy ORL w Krakowie.

**23 kwietnia** – Warszawa – udział w spotkaniu w NIL z pełnomocnikami ds. uzależnień nt. uzależnień wśród lekarzy.

**17–18 maja** – Miedzeszyn – spotkanie rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sędziów sądów lekarskich.

**30–31 maja** – Wysowa – udział w szkoleniu rzeczników odpowiedzialności zawodowej OIL w Krakowie.

**26 września** – Tarnów – udział w spotkaniu nadzoru specjalistycznego w zakresie ginekologii i położnictwa woj. małopolskiego i świętokrzyskiego połączonego z konferencją naukowo-szkoleniową.

**3–4 października** – Kraków – udział w Konferencji Bioetycznej zorganizowanej przez Zakład Bioetyki Collegium Medicum UJ.

**24–26 października** – udział w corocznej Ogólnopolskiej Konferencji Szkoleniowo-Naukowej Lekarzy Stomatologów.

**2 grudnia** – Pułtusk – udział w ogólnopolskim spotkaniu sędziów sądów rejonowych i okręgowych wydziałów cywilnych nt. zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i propozycji zmian w przygotowywanej nowej ustawie o izbach lekarskich.

**Rok 2009**

**14 stycznia** – Warszawa – udział w spotkaniu 100 najważniejszych postaci polskiej służby zdrowia.

**25 marca** – Warszawa – udział w konferencji zorganizowanej przez NIL nt. roli reklamy w praktyce lekarza.

**8 kwietnia** – Kraków – udział w spotkaniu z posłem na Sejm PR Jarosławem Gowinem nt. przygotowywanej ustawy bioetycznej.

**22 kwietnia** – Kraków – udział w posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego nt. nowelizacji ustawy o izbach lekarskich.

**8–10 maja** – Jachranka – spotkanie okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i zespołu Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

**15–17 maja** – Miedzeszyn – udział w ogólnopolskim spotkaniu sędziów sądów lekarskich.

**17 maja** – Warszawa – udział w uroczystych obchodach 20-lecia Odrodzonego Samorządu Lekarskiego zorganizowanych przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

**19–20 maja** – Warszawa – udział w ogólnopolskiej konferencji prawno-medycznej nt. zakresu odpowiedzialności pracowników ochrony zdrowia.
**29–31 maja** – Poznań – udział w ogólnopolskich obchodach Jubileuszu 20-lecia Odrodzonego Samorządu Lekarskiego.
**5–7 czerwca** – Szczawnica – udział w szkoleniu rzeczników odpowiedzialności zawodowej OIL w Krakowie.

W sprawozdaniu wymienione zostały najważniejsze spotkania i szkolenia, w jakich brał udział Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

W roku 2006 została podjęta uchwała przez Naczelną Radę Lekarską o nowelizacji ustawy o izbach lekarskich i powołany zespół ds. nowelizacji ustawy, w skład którego weszła kol. Jolanta Orłowska-Heitzman. Pod przewodnictwem kol. Romualda Krajewskiego przez cały rok 2007 i 2008 trwały prace zespołu, który cyklicznie spotykał się co 1–2 miesiące. Efektem pracy tego zespołu była przygotowana nowa ustawa o izbach lekarskich, która zasadniczo w niezmienionym brzemieniu została przyjęta przez rząd i uchwalona przez Sejm RP.

W okresie sprawozdawczym Naczelny Rzecznik regularnie brał udział w posiedzeniach Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, w spotkaniach zarządu Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego i organizowanych przez PTPM konferencjach m.in. nt. czasu pracy lekarzy, praw pacjenta i praw personelu medycznego.

## Podsumowanie

Przygotowując to sprawozdanie, chciałam przybliżyć prace rzeczników odpowiedzialności zawodowej, wskazać na wielorakość problemów, z jakimi stykamy się wykonując zadania powierzone przez nasz samorząd.

W pierwszej kolejności pragnę bardzo gorąco podziękować wszystkim rzecznikom, a przede wszystkim Zastępcom Naczelnego Rzecznika za ich bezinteresowną, pełną poświęcenia i wrażliwości na ludzkie nieszczęście pracę, wymagającą przecież ogromnej wiedzy i doświadczenia zawodowego oraz przygotowania merytorycznego z medycyny i prawa. Dziękuję za skrupulatność i rzetelność w prowadzeniu spraw, za wytrwałość i pełne zaangażowanie w tę pracę, za cenne rady, za wyrozumiałość i cierpliwość dla mnie. Dziękuję za to, że potrafiliśmy pracować jako wzajemnie wspierająca się i pomagająca sobie grupa przyjaciół i jestem przekonana, że wartości te będą przyświecały dalszej wspólnej pracy. Szczególne podziękowania kieruję pod adresem członków Kolegium Naczelnego Rzecznika – Wasza praca i poświęcenie są godne najwyższego uznania i szacunku.

Dziękuję wszystkim pracownikom Biura za ich profesjonalizm, za ich pracę wykonywaną rzetelnie, uczciwie i sprawnie, za ich pomoc, życzliwość i zrozumienie dla Naczelnego Rzecznika i jego Zastępców.

Przed samorządem nowa VI kadencja, w której będzie obowiązywała nowa ustawa o izbach lekarskich i konieczne będzie stawienie czoła nowym wyzwaniom, zadaniom i obowiązkom.

# Sprawozdanie z pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego w kadencji 2006–2009 r.

VIII Krajowy Zjazd Lekarzy dnia 6 stycznia 2006 roku w drodze wyborów wyłonił skład Naczelnego Sądu Lekarskiego, który rozpoczął pracę w 48-osobowym zespole. Inauguracyjno-wyborcze zebranie członków Naczelnego Sądu Lekarskiego powołanych na V kadencję odbyło się w siedzibie Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 9 lutego 2006 r. W obecności przewodniczącego Naczelnej Komisji Wyborczej kol. Ładysława Nekanda-Trepki odbyły się wybory Prezydium Naczelnego Sądu Lekarskiego. Przewodniczącym wybrano kol. Jerzego Nosarzewskiego, a zastępcami przewodniczącego kolejno zostali: kol. Stefan Bednarz, kol. Wojciech Łącki i kol. Adam Busch (stomatolog). Zespół Naczelnego Sądu Lekarskiego w mijającej kadencji pracował w niepełnym składzie osobowym. Krajowy Zjazd Lekarzy, ze względu na brak wymaganej liczby kandydatów mógł zatwierdzić jedynie 48 członków organu. W trakcie kadencji zmarł na skutek nagłej i ciężkiej choroby kol. Piotr Golusiński. Dwóch członków przez niespełna połowę kadencji zawiesiło swoją działalność w NSL ze względu na toczące się przeciwko nim postępowania w sądach powszechnych. Jeden z wybranych nie mógł uczestniczyć w pracach sądu ze względu na przewlekłą chorobę. Z przykrością muszę również stwierdzić, iż kilku kolegów uchylało się od pracy, tłumacząc się licznymi obowiązkami zawodowymi, o których z pewnością wiedzieli w chwili wyborów do NSL.

**Lista Członków NSL w latach 2006–2009**

1. Dr Krystyna Adamczewska
2. Dr Stefan Bednarz
3. Dr Tomasz Bielanów
4. Dr Adam Busch
5. Dr Zygmunt Chojnacki
6. Dr Stanisław Cieślicki
7. Dr Paweł Czarnecki
8. Dr Maria de Mezer-Dambek
9. Dr Irena Gawrońska
10. **Dr Piotr Golusiński**
11. Dr Tomasz Gorczyński
12. Dr Grzegorz Gradowski
13. Dr Andrzej Gryglewski
14. Dr Paweł Gucze
15. Dr Jan Hałabuda
16. Dr Marian Janowski

17. Dr Ireneusz Juzala
18. Dr Marianna Kawa-Kiesner
19. Dr Ryszard Kępa
20. Dr Danuta Korniak
21. Dr Bogusław Kość
22. Dr Teresa Kwiecińska-Koźmińska
23. Dr Iwona Latos
24. Dr Grażyna Lesyng-Pawłowska
25. Dr Stanisław Litwin
26. Dr Wojciech Łącki
27. Dr Mariola Łyczewska
28. Dr Janusz Malarski
29. Dr Wojciech Malkowski
30. Dr Jerzy Matkowski
31. Dr Paweł Matysiak
32. Dr Andrzej Mazaraki
33. Dr Jacek Miarka
34. Dr Piotr Minowski
35. Dr Tadeusz Młodzianowski
36. Dr Jerzy Nosarzewski
37. Dr Ryszard Roztoczyński
38. Dr Jacek Siwulski
39. Prof. Bronisław Stawarz
40. Dr Andrzej Stopa
41. Dr Antoni Stopa
42. Dr Teresa Sumera-Wiśniewska
43. Prof. Tadeusz Wencel
44. Prof. Joanna Wysokińska-Miszczuk
45. Dr Krzysztof Zaorski
46. Dr Maciej Zarębski
47. Dr Wojciech Zelenay
48. Dr Katarzyna Ziora

**1. Działalność sądu**

Liczba spraw wpływających do NSL ulega stałym niewielkim cyrkulacjom, co można zaobserwować biorąc pod uwagę statystykę obecnej, jak również ubiegłej kadencji. Tak więc, ilość rejestrowanych spraw rozpatrywanych przez NSL tak w I jak i w II instancji utrzymuje się na podobnym, dość wysokim poziomie, chociaż nie odnotowujemy jakiegoś lawinowego ich powiększenia. Trzeba jednak zauważyć, iż coraz więcej wniosków o ukaranie zawiera kilka zarzutów i dotyczą one coraz cięższych przewinień z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie i z dużym obiektywizmem. Prawie zawsze dla obwinianego lekarza, już sam

fakt prowadzenia przeciwko niemu postępowania jest sytuacją trudną i stresującą. Sędziowie orzekający muszą wykazywać się więc konsekwencją i umiejętnością dokonywania prawidłowej oceny faktów oraz ich konfrontacją z rzeczywistością. Należy pamiętać, że najważniejszą przesłanką orzeczeń w sądach lekarskich powinien być obiektywizm w rozpatrywaniu spraw i niezależność sędziów. Bezstronności i niezawisłości oczekują tak obwinieni, jak i pokrzywdzeni. Nie wątpię, że tych standardów udaje się dotrzymać, za co należy się wielki ukłon i podziękowanie w stronę wszystkich Kolegów lekarzy zaangażowanych w wymiar korporacyjnej odpowiedzialności zawodowej.

Ku przypomnieniu – od 2002 roku po wejściu znowelizowanej ustawy o Sądzie Najwyższym w składach orzekających nie zasiadają sędziowie Sądu Najwyższego. Dlatego też dla nas lekarzy, członków sądów, konieczna jest znajomość obowiązujących przepisów prawa, do których się odnosimy, w tym Kodeksu postępowania karnego, będącego podstawą prowadzonych przez nas postępowań sądowych. Częsty udział adwokatów w rozprawach przed NSL stanowi również przesłankę do poszerzania wiedzy w dążeniu do profesjonalizmu członków składów orzekających.

Należy podkreślić, iż dzięki dużemu wysiłkowi i zaangażowaniu całego zespołu NSL, w tym pracowników kancelarii, sprawy wpływające do NSL są rozpatrywane na bieżąco. Efektem jest znaczne skrócenie czasu postępowań przed sądami korporacyjnymi. Na początku kadencji średni okres od otrzymania dokumentacji z sądu okręgowego do wejścia na wokandę wynosił 3,5 miesiąca, obecnie 2 miesiące (zał. 3).

Podobnie jak w latach minionych wnioski o ukaranie najczęściej dotyczyły lekarzy następujących specjalności lekarskich: chirurgia ogólna i stomatologiczna, a w szczególności protetyka stomatologiczna, w mniejszym stopniu stomatologia ogólna. Również bardzo często obwiniano lekarzy pracujących w pomocy doraźnej. Nieco rzadziej wpływają wnioski przeciwko lekarzom chorób wewnętrznych oraz specjalistom prowadzącym przypadki położniczo-ginekologiczne, z wyraźną przewagą położniczych, dotyczących przede wszystkim porodów i okresów okołoporodowych. W niektórych sprawach lekarzy obwinia się wyłącznie o naruszenia zasad etyki lekarskiej, nie wiążące się z popełnionym błędem w sztuce lekarskiej. Niestety większość z tej kategorii wniosków dotyczy w szczególności wykonywania czynności zawodowych pod wpływem alkoholu, przyjmowania korzyści majątkowych lub poświadczania nieprawdy.

Najczęściej przywoływanym przez rzeczników wykroczeniem jest art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej, który mówi, że: „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas". Oczywiście wnioski o ukaranie dotyczą również przekroczenia innych przepisów k.e.l. i ustaw dotyczących ochrony zdrowia.

W mijającej, V kadencji sądów, na podstawie obowiązujących przepisów, prawo wykonywania zawodu zawieszono 13, a odebrano 4 lekarzom.

Należy zauważyć, iż zmniejszyła się liczba spraw dotyczących nieprawidłowych zachowań pomiędzy lekarzami.

Dane liczbowe dotyczące pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego w okresie kadencji do 30.09.2009 r. w poszczególnych latach przedstawiały się następująco:

| | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 (do 09.2009) |
|---|---|---|---|---|---|
| I instancja | łączna liczba spraw, które wpłynęły w ciągu roku | 38 | 29 | 34 | 23 |
| | ilość przeprowadzonych rozpraw głównych | 9 | 7 | 6 | 4 |
| | sprawy rozpoznane na posiedzeniu niejawnym | 31 | 27 | 18 | 30 |
| | sprawy pozostałe do rozpatrzenia z poprzedniego roku | 7 | 9 | 5 | 15 |
| II instancja | łączna liczba spraw, które wpłynęły w ciągu roku | 107 | 110 | 94 | 71 |
| | ilość przeprowadzonych rozpraw głównych | 105 | 94 | 90 | 63 |
| | sprawy rozpoznane na posiedzeniu niejawnym | 14 | 11 | 15 | 9 |
| | sprawy pozostałe do rozpatrzenia z poprzedniego roku | 22 | 18 | 21 | 11 |

Pełne dane dotyczące pracy okręgowych sądów lekarskich oraz Naczelnego Sądu Lekarskiego w obecnej kadencji zawarto w dołączonych do sprawozdania załącznikach 1, 2 i 3.

## 2. Kształcenie i doskonalenie zespołu NSL

W trakcie V kadencji sądów corocznie odbywały się trzydniowe szkolenia i zajęcia warsztatowe członków NSL oraz delegowanych reprezentantów okręgowych sądów lekarskich. Spotkania te były okazją do poszerzania wiedzy, wymiany poglądów, a także rozważań nad zaistniałymi sytuacjami problemowymi. W szkoleniach i zajęciach czynnie uczestniczyli również zaproszeni wybitni przedstawiciele zawodów prawniczych. Celem prowadzonych przez nich wykładów było dążenie do podnoszenia poziomu wykształcenia prawniczego uczestników spotkań i postępowań przed Naczelnym Sądem Lekarskim.

W części szkoleń uczestniczyli aktywnie rzecznicy odpowiedzialności zawodowej – Naczelny i okręgowi.

Do najistotniejszych zagadnień poruszanych na szkoleniach oraz prowadzonych wykładów należały:

– Zasady odpowiedzialności zawodowej lekarzy w zbiegu z odpowiedzialnością karną.
  ***prof. Eleonora Zielińska,*** *Instytut Prawa Karnego Wydział Prawa i Administracji UW*
– Zasada ograniczenia jawności w postępowaniu przed sądem lekarskim.
  ***dr Jędrzej Skrzypczak***
– Procedury sądowe w postępowaniu karnym i zawodowym.
  ***prof. Piotr Kruszyński***
– Problemy pacjentów w kontaktach ze służbą zdrowia.
  ***dyr. Krystyna Kozłowska*** *– Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia*
– Omówienie zasad procedury karnej w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy przed sądami I i II instancji z uwzględnieniem spraw problemowych w praktyce tych sądów.
  ***Sędzia SN Lidia Misiórkiewicz***

– Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w świetle praktyki Rzecznika Praw Obywatelskich:
  – praca Rzecznika – ***dyr. Tomasz Gellert***
  – przewlekłość postępowań w sądach lekarskich – ***mgr Wojciech Wojtal***
– Uzasadnienia – najczęściej popełniane błędy.
  ***dr Jerzy Nosarzewski, dr Stefan Bednarz***
– Należyta staranność w postępowaniu lekarskim.
  ***dr Wojciech Łącki*** – *Wiceprzewodniczący NSL*
– Odszkodowania za niepożądane zdarzenia związane z leczeniem bez dowodzenia winy.
  ***doc. dr hab. med. Romuald Krajewski –*** *Członek Prezydium NRL*
– Wyłączenie jawności postępowania w świetle nowej ustawy o izbach lekarskich.
  ***prof. Eleonora Zielińska***
– Postępowanie przed sądami korporacyjnymi i powszechnymi.
  ***dr Grzegorz Wrona***
– Lekarz – prawnik – pacjent: czy Sąd to jedyne wyjście?
  ***Sędzia Waldemar Żurek*** – *Sąd Okręgowy w Krakowie*
– Przedawnienie ścigania i karalności – jak interpretować pojęcie, że każdą czynność rzecznika przerywa bieg przedawnienia. Kto i kiedy ocenia, iż czyn zawiera znamiona przestępstwa. Sądy polubowne. Na jakim etapie postępowania można wnosić o polubowne rozstrzygnięcie sprawy.
  ***prof. dr hab. Eleonora Zielińska***
– Jak biegły powinien być sąd lekarski.
  ***doc. dr hab. med. Romuald Krajewski***
– Czego Sędzia robić nie powinien.
  ***dr Wojciech Łącki***

Bardzo istotnym problemem poruszanym podczas ostatnich spotkań szkoleniowych było przede wszystkim postępowanie sądowe w świetle nowej ustawy o izbach lekarskich, w której tworzeniu brałem udział jako członek zespołu. W dziale odpowiedzialności zawodowej następują bardzo istotne zmiany, które w sposób znaczny utrudnią pracę składom orzekającym w postępowaniach przed sądami lekarskimi. Ustawa, która została już uchwalona przez Sejm, daje pokrzywdzonemu uprawnienia strony postępowania, a nie, jak dotychczas jedynie świadka – pokrzywdzonego. Od chwili jej wejścia w życie będzie on równoprawnym uczestnikiem przewodu, mogącym wnosić o przeprowadzenie dowodu, jak również posiądzie prawo złożenia odwołania co do wysokości wymierzonej kary. Innym problemem, biorąc pod uwagę rozpatrywanie niezwykle drażliwych danych, jest wprowadzenie jawności postępowań, które do chwili obecnej były jawne jedynie dla lekarzy. Uległ także rozszerzeniu katalog kar, które mogą być orzekane w postępowaniach przed sądami lekarskimi. Nie udało się wprowadzić ponownie sędziów zawodowych do składów orzekających. Członkowie sądów korporacyjnych muszą się przygotowywać do prowadzenia postępowań w oparciu o nowe przepisy. Wprowadzenie nowej ustawy nieuchronnie wiąże się ze wzrostem rozpatrywanych spraw przez sądy lekarskie, niełatwymi decyzjami w wydawanych orzeczeniach oraz zwiększoną możliwością odwoławczą, z której strony postępowania zapewne będą korzystać. W dużej mierze znaczenie będzie miał okres przejściowy, po-

święcony na opanowanie nowych przepisów oraz wypracowanie jednolitej praktyki ich stosowania. Nieodzownymi i nieocenionymi będą przy tym znajomość specyfiki prowadzonych dotychczas postępowań, jak również uważna i poprawna interpretacja artykułów noweli, mogących budzić wątpliwości. W związku z powyższym, pragnę w tej chwili zaapelować do delegatów na Krajowy Zjazd o wybór jak największej liczby członków Naczelnego Sądu Lekarskiego ze składu poprzedniej kadencji. Ich szeroka wiedza i biegłość umożliwią łatwiejsze przyswojenie do nowej rzeczywistości prawnej w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Chciałbym również zwrócić uwagę na inicjatywę ośrodka poznańskiego, który do 2003 r. wydawał Biuletyn sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej. W lipcu 2009 r. ośrodek ten, zyskawszy poparcie prezydium NRL, NSL i NROZ, zorganizował zebranie inauguracyjne członków redakcji reaktywowanego rocznik naukowego zatytułowanego „Wokanda Medyczna". Powołano komitet redakcyjny i naukowy. Redaktorem naczelnym został prof. dr hab. med. Krzysztof Linke. Mamy nadzieję, że pismo to przyczyni się do pogłębiania znajomości prawa, w tym medycznego wśród lekarzy.

**Kilka słów podsumowania**

Wybór kandydatów na członków Sądu musi być uzależniony od poziomu ich zdolności do uczciwej i bezstronnej oceny zagadnień prawnych, z którymi będą mieli do czynienia. Ponadto kandydaci winni posiadać doświadczenie, być profesjonalistami, a zarazem potrafić stosować prawo z poszanowaniem godności każdego człowieka. Od wyboru takich kandydatów zależą prawidłowość przyszłych postępowań i orzecznictwa sądów lekarskich. Dlatego też, ustępujący skład NSL przygotował, zgodnie z ordynacją wyborczą, listę kandydatów, którzy, w opinii jego członków, winni pracować w NSL w następnej kadencji. Dlatego też ponownie zwracam się do wszystkich Kolegów Delegatów na Zjazd Krajowy z ogromną prośbą o poparcie tejże listy.

Na zakończenie pragnę bardzo gorąco podziękować członkom NSL uczestniczącym bardzo aktywnie w pracy tego organu. Życzę im, aby zostali ponownie wybrani i proszę o dalszą aktywność w działaniach związanych z wymiarem odpowiedzialności zawodowej. Ogromne podziękowania za pełną poświęcenia pracę składam pracownicom kancelarii NSL – Urszuli Czekale, Katarzynie Malmur (Trawińskiej) i Agnieszce Wielgus.

Przewodniczący
Naczelnego Sądu Lekarskiego
Jerzy Nosarzewski

Załącznik 1

**Formularz danych liczbowych dotyczących pracy sądu I instancji (NSL i OSL) w okresie od stycznia 2006 do września 2009 roku**
**V KADENCJA**

| L.p. | | NSL I instancja | SUMA (NSL i OSL) |
|---|---|---|---|
| 1 | Sprawy, które wpłynęły do sądu w okresie I.2006–IX.2009 | 124 | 1661 |
| 1.1 | Sprawy, które pozostały do rozpatrzenia z IV kadencji | 8 | 223 |
| 2 | Lekarze objęci wnioskami o ukaranie w sprawach, które wpłynęły od I.2006 do IX.2009 | 37 | 1568 |
| 2.1 | Wnioski o ukaranie lekarzy, przeciwko którym była już orzeczona kara przez sąd lekarski | 2 | 75 |
| 2.2 | Wnioski i odwołania wymagające rozpatrzenia na posiedzeniu niejawnym | 96 | 689 |
| 2.3 | Sprawy do ponownego rozpoznania po odwołaniu do NSL | 3 | 103 |
| 3 | Suma spraw, które pozostawały do rozpatrzenia na kolejny rok kalendarzowy w czasie trwania V kadencji | 26 | 368 |
| 4 | Suma spraw przeprowadzonych w trybie polubownym | 0 | 5 |
| 5 | Cofnięcie wniosku o ukaranie do ROZ w celu uzupełnienia | 9 | 60 |
| 6 | Suma wokand sądu | 25 | 1941 |
| 6.1 | Rozprawy główne | 26 | 1388 |
| 6.2 | Posiedzenia niejawne | 106 | 1108 |
| 6.3 | Suma wydanych orzeczeń | 20 | 1215 |
| 6.4 | Ilość lekarzy, których dotyczyły wydane orzeczenia | 25 | 1309 |
| 6.5 | Postanowienia wydane na posiedzeniach niejawnych | 108 | 763 |
| 6.6 | Lekarze, w stosunku do których umorzono postępowanie | 34 | 220 |
| 6.7 | Uniewinnieni | 11 | 343 |
| 6.8 | Ukarani upomnieniem | 12 | 592 |
| 6.9 | Ukarani naganą | 1 | 243 |
| 6.10 | Ukarani zawieszeniem prawa wykonywania zawodu | 1 | 48 |
| 6.11 | Pozbawieni prawa wykonywania zawodu | 0 | 4 |
| | *Lekarze, wobec których uprawomocniło się orzeczenie sądu:* | | 0 |
| 7 | umarzające postępowanie lub uniewinniające | 9 | 307 |
| 8 | karzące | 6 | 627 |
| | *Lekarze, w których sprawie złożono prawomocne odwołanie:* | | 0 |
| 9 | przez ukaranego | 8 | 189 |
| 10 | przez ROZ | 0 | 26 |
| 11 | przez pokrzywdzonego | 4 | 116 |
| | *Czas w miesiącach od:* | | 0 |
| 12 | wydarzenia do złożenia skargi – minimum | 0,00 | 1,53 |
| 13 | wydarzenia do złożenia skargi – maximum | 0,00 | 32,48 |
| 14 | wydarzenia do złożenia skargi – średnio | 0,00 | 9,32 |

| L.p. | | NSL I instancja | SUMA (NSL i OSL) |
|---|---|---|---|
| 15 | wpłynięcia wniosku o ukaranie do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – minimum | 1,75 | 2,68 |
| 16 | wpłynięcia wniosku o ukaranie do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – maximum | 6,25 | 19,54 |
| 17 | wpłynięcia wniosku o ukaranie do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – średnio | 3,88 | 6,98 |
| **Liczba lekarzy poszczególnych specjalności objętych wnioskami o ukaranie** | | | |
| 1 | Alergologia | | 3 |
| 2 | Anestezjologia i intensywna terapia | 1 | 45 |
| 3 | Angiologia | | 0 |
| 4 | Audiologia | | 0 |
| 5 | Balneoklimatologia | | 0 |
| 6 | Chirurgia dziecięca | | 18 |
| 7 | Chirurgia klatki piersiowej | | 0 |
| 8 | Chirurgia naczyniowa | 1 | 5 |
| 9 | Chirurgia ogólna | 15 | 205 |
| 10 | Chirurgia onkologiczna | | 10 |
| 11 | Chirurgia plastyczna | | 4 |
| 12 | Chirurgia stomatologiczna | | 8 |
| 13 | Chirurgia szczękowo-twarzowa | | 1 |
| 14 | Choroby płuc | | 17 |
| 15 | Choroby wewnętrzne | | 153 |
| 16 | Choroby zakaźne | | 10 |
| 17 | Dermatologia i wenerologia | | 9 |
| 18 | Diabetologia | | 1 |
| 19 | Diagnostyka laboratoryjna | | 0 |
| 20 | Endokrynologia | | 2 |
| 21 | Farmakologia kliniczna | | 0 |
| 22 | Gastroenterologia | | 4 |
| 23 | Gastroenterologia dziecięca | | 2 |
| 24 | Genetyka kliniczna | | 0 |
| 25 | Geriatria | | 2 |
| 26 | Hematologia | | 0 |
| 27 | Immunologia kliniczna | | 1 |
| 28 | Kardiologia | | 12 |
| 29 | Medycyna morska | | 0 |
| 30 | Medycyna nuklearna | | 0 |
| 31 | Medycyna pracy | | 22 |
| 32 | Medycyna ratunkowa | 1 | 24 |
| 33 | Medycyna rodzinna | | 57 |

| L.p. | | NSL I instancja | SUMA (NSL i OSL) |
|---|---|---|---|
| 34 | Medycyna sądowa | | 5 |
| 35 | Medycyna sportowa | | 6 |
| 36 | Medycyna transportu | | 8 |
| 37 | Mikrobiologia lekarska | | 2 |
| 38 | Nefrologia | | 3 |
| 39 | Neonatologia | | 3 |
| 40 | Neurochirurgia | | 9 |
| 41 | Neurologia | 2 | 19 |
| 42 | Neurologia dziecięca | | 0 |
| 43 | Okulistyka | | 8 |
| 44 | Onkologia i hematologia dziecięca | | 2 |
| 45 | Onkologia kliniczna | | 7 |
| 46 | Ortodoncja | | 5 |
| 47 | Ortopedia i traumatologia | 2 | 77 |
| 48 | Ortopedia i traumatologia dziecięca | | 12 |
| 49 | Otolaryngologia | | 19 |
| 50 | Otolaryngologia dziecięca | | 0 |
| 51 | Patomorfologia | | 14 |
| 52 | Pediatria | | 53 |
| 53 | Periodontologia | | 10 |
| 54 | Położnictwo i ginekologia | 3 | 184 |
| 55 | Protetyka stomatologiczna | | 19 |
| 56 | Psychiatria | 1 | 43 |
| 57 | Psychiatria dzieci i młodzieży | | 1 |
| 58 | Radiologia i diagnostyka obrazowa | | 10 |
| 59 | Radioterapia onkologiczna | | 1 |
| 60 | Rehabilitacja medyczna | | 3 |
| 61 | Reumatologia | | 3 |
| 62 | Seksuologia | | 0 |
| 63 | Stomatologia dziecięca | | 6 |
| 64 | Stomatologia ogólna | 1 | 69 |
| 65 | Stomatologia zachowawcza | | 4 |
| 66 | Toksykologia kliniczna | | 0 |
| 67 | Transfuzjologia kliniczna | | 0 |
| 68 | Urologia | 3 | 23 |
| 69 | Zdrowie publiczne | | 9 |
| 70 | Pomoc doraźna | | 19 |
| 71 | Etyka | 7 | 265 |

Załącznik 2

**Dane liczbowe dotyczące pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego w I instancji od stycznia 2006 roku do września 2009**

| L.p. | | 2006 | 2007 | 2008 | I–IX 2009 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sprawy, które wpłynęły do sądu w ciągu roku | 38 | 29 | 34 | 23 |
| 2 | Lekarze objęci wnioskami o ukaranie | 12 | 12 | 6 | 7 |
| 3 | Wnioski o ukaranie lekarzy, którzy zostali wcześniej ukarani przez sąd lekarski | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 4 | Wnioski i odwołania wymagające rozpatrzenia na posiedzeniu niejawnym | 26 | 21 | 31 | 18 |
| 6 | Sprawy do ponownego rozpoznania po odwołaniu do NSL | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 7 | Sprawy w trybie polubownym | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | Wokandy sądu | 9 | 8 | 5 | 3 |
| 9 | Rozprawy główne | 9 | 7 | 6 | 4 |
| 10 | Posiedzenia niejawne | 31 | 27 | 18 | 30 |
| 11 | Orzeczenia kończące postępowanie | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 12 | Lekarze, których dotyczyły orzeczenia kończące postępowanie | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 13 | Postanowienia wydane na posiedzeniach niejawnych | 33 | 27 | 18 | 30 |
| 14 | Lekarze w stosunku do których umorzono postępowanie | 9 | 9 | 4 | 12 |
| 15 | Uniewinnieni | 2 | 6 | 3 | 0 |
| 16 | Ukarani upomnieniem | 1 | 3 | 4 | 4 |
| 17 | Ukarani naganą | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | Ukarani zawieszeniem prawa wykonywania zawodu | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 19 | Pozbawieni prawa wykonywania zawodu | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | *Lekarze, wobec których uprawomocniło się orzeczenie sądu:* | | | | |
| 20 | Umarzające postępowanie lub uniewinniające | 2 | 5 | 2 | 0 |
| 21 | karzące | 2 | 1 | 1 | 2 |
| | *Lekarze, w których sprawie złożono prawomocne odwołanie:* | | | | |
| 22 | przez ukaranego | 0 | 3 | 3 | 2 |
| 23 | przez ROZ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | przez pokrzywdzonego | 0 | 3 | 1 | 0 |
| | *Czas w miesiącach od:* | | | | |
| 25 | wydarzenia do złożenia skargi – minimum | | | | |
| 26 | wydarzenia do złożenia skargi – maximum | | | | |
| 27 | wydarzenia do złożenia skargi – średnio | | | | |
| 28 | Wpłynięcia wniosku o ukaranie do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – minimum | 3 | 1 | 1 | 2 |
| 29 | Wpłynięcia wniosku o ukaranie do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – maximum | 9 | 7 | 5 | 4 |
| 30 | Wpłynięcia wniosku o ukaranie do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – średnio | 6 | 4 | 2,5 | 3 |

| L.p. | Liczba lekarzy poszczególnych specjalności objętych wnioskami o ukaranie | 2006 | 2007 | 2008 | I–IV 2009 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Alergologia | | | | |
| 2 | Anestezjologia i intensywna terapia | 1 | | | |
| 3 | Angiologia | | | | |
| 4 | Audiologia | | | | |
| 5 | Balneoklimatologia | | | | |
| 6 | Chirurgia dziecięca | | | | |
| 7 | Chirurgia klatki piersiowej | | | | |
| 8 | Chirurgia naczyniowa | | 1 | | |
| 9 | Chirurgia ogólna | 2 | 7 | 2 | 4 |
| 10 | Chirurgia onkologiczna | | | | |
| 11 | Chirurgia plastyczna | | | | |
| 12 | Chirurgia stomatologiczna | | | | |
| 13 | Chirurgia szczękowo-twarzowa | | | | |
| 14 | Choroby płuc | | | | |
| 15 | Choroby wewnętrzne | | | | |
| 16 | Choroby zakaźne | | | | |
| 17 | Dermatologia i wenerologia | | | | |
| 18 | Diabetologia | | | | |
| 19 | Diagnostyka laboratoryjna | | | | |
| 20 | Endokrynologia | | | | |
| 21 | Farmakologia kliniczna | | | | |
| 22 | Gastroenterologia | | | | |
| 23 | Gastroenterologia dziecięca | | | | |
| 24 | Genetyka kliniczna | | | | |
| 25 | Geriatria | | | | |
| 26 | Hematologia | | | | |
| 27 | Immunologia kliniczna | | | | |
| 28 | Kardiologia | | | | |
| 29 | Medycyna morska | | | | |
| 30 | Medycyna nuklearna | | | | |
| 31 | Medycyna pracy | | | | |
| 32 | Medycyna ratunkowa | | 1 | | |
| 33 | Medycyna rodzinna | | | | |
| 34 | Medycyna sądowa | | | | |
| 35 | Medycyna sportowa | | | | |

| L.p. | Liczba lekarzy poszczególnych specjalności objętych wnioskami o ukaranie | 2006 | 2007 | 2008 | I–IV 2009 |
|---|---|---|---|---|---|
| 36 | Medycyna transportu | | | | |
| 37 | Mikrobiologia lekarska | | | | |
| 38 | Nefrologia | | | | |
| 39 | Neonatologia | | | | |
| 40 | Neurochirurgia | | | | |
| 41 | Neurologia | 2 | | | |
| 42 | Neurologia dziecięca | | | | |
| 43 | Okulistyka | | | | |
| 44 | Onkologia i hematologia dziecięca | | | | |
| 45 | Onkologia kliniczna | | | | |
| 46 | Ortodoncja | | | | |
| 47 | Ortopedia i traumatologia | 1 | 1 | | |
| 48 | Ortopedia i traumatologia dziecięca | | | | |
| 49 | Otolaryngologia | | | | |
| 50 | Otolaryngologia dziecięca | | | | |
| 51 | Patomorfologia | | | | |
| 52 | Pediatria | | | | |
| 53 | Periodontologia | | | | |
| 54 | Położnictwo i ginekologia | 2 | 1 | | |
| 55 | Protetyka stomatologiczna | | | | |
| 56 | Psychiatria | | | | 1 |
| 57 | Psychiatria dzieci i młodzieży | | | | |
| 58 | Radiologia i diagnostyka obrazowa | | | | |
| 59 | Radioterapia onkologiczna | | | | |
| 60 | Rehabilitacja medyczna | | | | |
| 61 | Reumatologia | | | | |
| 62 | Seksuologia | | | | |
| 63 | Stomatologia dziecięca | | | | |
| 64 | Stomatologia ogólna | | | | 1 |
| 65 | Stomatologia zachowawcza | | | | |
| 66 | Toksykologia kliniczna | | | | |
| 67 | Transfuzjologia kliniczna | | | | |
| 68 | Urologia | 2 | | 1 | |
| 69 | Zdrowie publiczne | | | | |
| 70 | Pomoc doraźna | | | | |
| 71 | Etyka | 2 | 1 | 3 | 1 |

Załącznik 3

**Dane liczbowe dotyczące pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego w II instancji od stycznia 2006 do września 2009 – V KADENCJA**

| L.p. | | 2006 | 2007 | 2008 | I–IX 2009 | Suma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sprawy, które wpłynęły do sądu w ciągu roku | 107 | 110 | 94 | 71 | **382** |
| 2 | Lekarze objęci wnioskami o ukaranie | 114 | 105 | 100 | 72 | **391** |
| 3 | Wnioski o ukaranie lekarzy, którzy zostali wcześniej ukarani przez sąd lekarski | 1 | 7 | 3 | 5 | **16** |
| 4 | Wnioski i odwołania wymagające rozpatrzenia na posiedzeniu niejawnym | 14 | 10 | 15 | 12 | **51** |
| 5 | Sprawy do ponownego rozpoznania po odwołaniu do NSL | 22 | 16 | 30 | 15 | **83** |
| 6 | Sprawy przeprowadzone w trybie polubownym | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| 7 | Wokandy sądu | 21 | 18 | 19 | 11 | **69** |
| 8 | Rozprawy główne | 105 | 94 | 90 | 63 | **352** |
| 9 | Posiedzenia niejawne | 14 | 11 | 15 | 9 | **49** |
| 10 | Orzeczenia kończące postępowanie | 77 | 86 | 62 | 40 | **265** |
| 11 | Lekarze, których dotyczyły orzeczenia kończące postępowanie | 81 | 88 | 66 | 43 | **278** |
| 12 | Postanowienia wydane na posiedzeniach niejawnych | 14 | 11 | 15 | 9 | **49** |
| 13 | Lekarze, w stosunku do których umorzono postępowanie | 11 | 12 | 9 | 3 | **35** |
| 14 | Uniewinnieni | 36 | 41 | 28 | 21 | **126** |
| 15 | Ukarani upomnieniem | 26 | 24 | 16 | 11 | **77** |
| 16 | Ukarani naganą | 8 | 9 | 7 | 2 | **26** |
| 17 | Ukarani zawieszeniem prawa wykonywania zawodu | 2 | 4 | 5 | 2 | **13** |
| 18 | Pozbawieni prawa wykonywania zawodu | 0 | 0 | 0 | 1 | **1** |
| | *Lekarze, wobec których uprawomocniło się orzeczenie sądu:* | | | | | |
| 19 | umarzające postępowanie lub uniewinniające | 47 | 53 | 37 | 24 | **161** |
| 20 | Karzące | 34 | 25 | 28 | 16 | **103** |
| | *Lekarze, w których sprawie złożono prawomocne odwołanie:* | | | | | |
| 21 | przez ukaranego | 64 | 59 | 56 | 36 | **215** |
| 22 | przez ROZ | 7 | 8 | 6 | 10 | **31** |
| 23 | przez pokrzywdzonego | 45 | 37 | 42 | 22 | **146** |
| | *Czas w miesiącach od (sprawy zakończone):* | | | | | |
| 24 | wpłynięcia odwołania do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – minimum | 1,5 | 1 | 1,5 | 1 | **1,25** |
| 25 | wpłynięcia odwołania do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – maximum | 6 | 6 | 7 | 3 | **5,5** |
| 26 | wpłynięcia odwołania do wydania orzeczenia kończącego postępowanie – średnio | 3,5 | 3,5 | 3 | 2 | **3** |

| L.p. | Liczba lekarzy poszczególnych specjalności objętych wnioskami o ukaranie | 2006 | 2007 | 2008 | I–IX 2009 | Suma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Alergologia | | | | | |
| 2 | Anestezjologia i intensywna terapia | 1 | 1 | 2 | 1 | **5** |
| 3 | Angiologia | | | | | |
| 4 | Audiologia | | | | | |
| 5 | Balneoklimatologia | | | | | |
| 6 | Chirurgia dziecięca | 2 | | | | **2** |
| 7 | Chirurgia klatki piersiowej | | | | | |
| 8 | Chirurgia naczyniowa | | | 3 | | **3** |
| 9 | Chirurgia ogólna | 9 | 8 | 14 | 2 | **33** |
| 10 | Chirurgia onkologiczna | 3 | | | | **3** |
| 11 | Chirurgia plastyczna | | 1 | | | **1** |
| 12 | Chirurgia stomatologiczna | 2 | 1 | | 1 | **4** |
| 13 | Chirurgia szczękowo-twarzowa | 3 | | | 1 | **4** |
| 14 | Choroby płuc | 1 | 3 | | | **4** |
| 15 | Choroby wewnętrzne | 8 | 5 | 6 | 5 | **24** |
| 16 | Choroby zakaźne | | | | | |
| 17 | Dermatologia i wenerologia | | | 2 | | **2** |
| 18 | Diabetologia | | | | | |
| 19 | Diagnostyka laboratoryjna | | 1 | | | **1** |
| 20 | Endokrynologia | | | | | |
| 21 | Farmakologia kliniczna | | | | | |
| 22 | Gastroenterologia | 1 | 1 | | 1 | **3** |
| 23 | Gastroenterologia dziecięca | | | | | |
| 24 | Genetyka kliniczna | | | | | |
| 25 | Geriatria | | | | | |
| 26 | Hematologia | | | | | |
| 27 | Immunologia kliniczna | | | | | |
| 28 | Kardiologia | 3 | 1 | 1 | | **5** |
| 29 | Medycyna morska | | | | | |
| 30 | Medycyna nuklearna | | | | | |
| 31 | Medycyna pracy | | | | | |
| 32 | Medycyna ratunkowa | | 3 | | 8 | **11** |
| 33 | Medycyna rodzinna | | 4 | | | **4** |
| 34 | Medycyna sądowa | | | | | |
| 35 | Medycyna sportowa | | | | | |
| 36 | Medycyna transportu | | | | | |
| 37 | Mikrobiologia lekarska | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 38 | Nefrologia | | | | | |
| 39 | Neonatologia | | 1 | | | **1** |
| 40 | Neurochirurgia | | | | | |
| 41 | Neurologia | 1 | 2 | 2 | | **5** |
| 42 | Neurologia dziecięca | | | | | |
| 43 | Okulistyka | | | 1 | | **1** |
| 44 | Onkologia i hematologia dziecięca | | 1 | | | **1** |
| 45 | Onkologia kliniczna | 2 | 1 | | 1 | **4** |
| 46 | Ortodoncja | 1 | 1 | | 3 | **5** |
| 47 | Ortopedia i traumatologia | 1 | | 3 | 5 | **9** |
| 48 | Ortopedia i traumatologia dziecięca | 2 | | 3 | | **5** |
| 49 | Otolaryngologia | | | 1 | 1 | **2** |
| 50 | Otolaryngologia dziecięca | 1 | | | | **1** |
| 51 | Patomorfologia | 1 | | | 2 | **3** |
| 52 | Pediatria | 4 | | 2 | 1 | **7** |
| 53 | Periodontologia | | | | | |
| 54 | Położnictwo i ginekologia | 9 | 12 | 2 | 1 | **24** |
| 55 | Protetyka stomatologiczna | 10 | 7 | 8 | 6 | **31** |
| 56 | Psychiatria | 2 | | 1 | 2 | **5** |
| 57 | Psychiatria dzieci i młodzieży | | | | | |
| 58 | Radiologia i diagnostyka obrazowa | | 1 | | | **1** |
| 59 | Radioterapia onkologiczna | | | | | |
| 60 | Rehabilitacja medyczna | | | | | |
| 61 | Reumatologia | | | | | |
| 62 | Seksuologia | | | | | |
| 63 | Stomatologia dziecięca | | 3 | | 1 | **4** |
| 64 | Stomatologia ogólna | 2 | 2 | 5 | 2 | **11** |
| 65 | Stomatologia zachowawcza | 1 | | 1 | | **2** |
| 66 | Toksykologia kliniczna | | | | | |
| 67 | Transfuzjologia kliniczna | | | | | |
| 68 | Urologia | 1 | | | 2 | **3** |
| 69 | Zdrowie publiczne | | 1 | | | **1** |
| 70 | Pomoc doraźna | 10 | 12 | 13 | 3 | **38** |
| 71 | Etyka | 24 | 21 | 21 | 18 | **84** |

# KONFERENCJE I SYMPOZJA

## Prawa pacjenta i prawa personelu medycznego

**Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego wspólnie z Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ i Fundacją Zdrowia Publicznego zorganizowało konferencję „Prawa Pacjenta i Prawa Personelu Medycznego".**

Celem konferencji były prezentacja oraz ocena prawidłowości funkcjonowania przepisów, które regulują wykonywanie zawodów medycznych w Polsce oraz status pacjenta w polskim systemie ochrony zdrowia.

Wykład inauguracyjny na temat konstytucyjnych źródeł praw wolności człowieka oraz praw osobistych i zawodowych w polskim prawodawstwie wygłosił prof. dr hab. Marek Zubik, zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich RP. Wskazał on na liczne niespójności występujące w obszarze prawa medycznego. Jego zdaniem, ze względu na ich obecność regulacji z zakresu prawa medycznego nie można określać mianem systemu. Twierdził też, że za przykład niekonsekwencji ustawodawcy w omawianym obszarze należy uznać brak implementacji do polskich przepisów podstawowych norm wynikających z Konwencji Bioetycznej podpisanej przez Polskę. W swoim wystąpieniu prof. M. Zubik odniósł się również do nowej ustawy, obowiązującej od dnia 5 czerwca br., a regulującej obszar indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz określającej zasady funkcjonowania nowej instytucji – Rzecznika Praw Pacjenta.

W dalszej części konferencji zaprezentowano szczegółowo przepisy dotyczące praw pacjenta, zakresu działania Rzecznika Praw Pacjenta, praw farmaceuty oraz roli, jaką powinien spełniać farmaceuta szpitalny w zakresie wspierania lekarza w codziennej pracy, praw pielęgniarki i położnej oraz diagnosty laboratoryjnego. Wiele miejsca poświęcono prawom lekarza oraz wskazano na fakt, iż obecnie nie ma jednego dokumentu ujmującego te prawa, a w obowiązujących ustawach wskazane są szeroko jedynie obowiązki lekarza.

Szczególną uwagę zwrócono na wadliwość systemu ochrony zdrowia w Polsce, która jest źródłem wielu konfliktów i sporów.

Nad poszukiwaniem kompromisu pomiędzy prawami pacjenta i prawami personelu medycznego zastanawiał się dr Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Podkreślił on zdecydowanie, iż w przestrzeganiu praw pacjenta i personelu medycznego nie należy się dopatrywać przeciwności i antagonizmów. Ponadto jego zdaniem wręcz rygorystyczne przestrzeganie swoich praw przez personel medyczny często służy poprawie bezpieczeństwa pacjentów.

Konferencja stała się okazją do zgłoszenia kilku ważkich postulatów służących realizacji przez pacjentów i personel medyczny swoich praw. Uczestnicy konferencji zwrócili uwagę na konieczność reformy systemu ochrony zdrowia, stworzenia systemu oceny jakości w ochronie zdrowia oraz zorganizowania systemu odszkodowań dla pacjentów bez konieczności orzekania o winie, jak również narodowego systemu raportowania zdarzeń niepożądanych, a także spójnego systemu prawa obowiązującego w ochronie zdrowia.

Postulowano ponadto zwiększenie finansowania w systemie ochrony zdrowia w Polsce. W opinii osób wypowiadających się w trakcie konferencji, pozwoliłoby ono na godne traktowanie pacjentów oraz godne wykonywanie zawodów medycznych.

Jolanta ORŁOWSKA-HEITZMAN
Marcin MIKOS

## Sprawozdanie z konferencji szkoleniowej Naczelnego Sądu Lekarskiego

Co roku Przewodniczący NSL organizuje spotkania szkoleniowe dla członków Sądu. Zapraszani są na te szkolenia przewodniczący okręgowych sądów lekarskich. Tegoroczne szkolenie odbyło się w Miedzeszynie w dniach 15–17 maja 2009 r. Było jak zwykle okazją do dyskusji, porównań, wymiany doświadczeń. Tych dotyczących sądowej pragmatyki, ale też warunków pracy, zarobków, wyposażenia placówek i praktyk. Mieliśmy trochę czasu aby porozmawiać o wydarzeniach kulturalnych i politycznych. Wydarzeniem sportowym było wspólne zamieszkiwanie z piłkarzami Legii Warszawa. Oczywiście kuluary nie były esencją spotkania. Już pierwszego wieczoru wysłuchaliśmy znakomitego wykładu dr. hab. med. Romualda Krajewskiego „Odszkodowania za niepożądane zdarzenia związane z leczeniem, bez dowodzenia winy". Formuła wykładu teza-antyteza znakomicie podkreślała nasze kłopotliwe sytuacje z normalnej codzienności. Były przewodniczący NSL mówił o wynikach leczenia, zdarzeniach niepożądanych, długości życia, postępie wiedzy medycznej i nowych medycznych technologiach, ale też o dostępności do tych technologii i trybach posiadania umiejętności ich stosowania. Po ciekawej dyskusji wysłuchaliśmy bardzo ciekawego raportu Prezesa NRL Konstantego Radziwiłła o aktualnościach pracy samorządowej. Oczywiście najbardziej byliśmy zainteresowani losami projektu ustawy o izbach lekarskich. Opowieści Pana Prezesa były nie tylko ciekawe. Czasem pogranicze horroru, czasem ogólna wesołość. Szkoda, że procedura tak długo trwa. Rzecznicy i sądy niecierpliwie, ale i z niepokojem, i wątpliwościami oczekują wejścia ustawy w życie. Czy od 1 stycznia 2010 r.? Dyskusja po tym wystąpieniu była rzeczywiście gorąca. NSL podziękował Prezesowi za 8 lat bardzo dobrej reprezentacji samorządu.

Drugi dzień to znakomite wystąpienie prof. Eleonory Zielińskiej. Poświęcone omówieniu projektu ustawy o izbach lekarskich. Ponieważ uczestniczyłem w przygotowywaniu tego projektu, byłem pełen niepokoju o ocenę Pani Profesor. Ocena jest wysoka. Prof. Zielińska podkreśliła wszystkie zalety nowych zapisów, podkreśliła zgodność projektu z dobrymi zasadami tworzenia prawa, jak również zgodność i spójność z obowiązującym prawem karnym. Oczywiście wielokroć podkreślała eliminację błędów ze starej ustawy i nadawane prawa tak obwinionemu lekarzowi, jak i pokrzywdzonemu pacjentowi.

Koreferat do wystąpienia prof. Zielińskiej wygłosił dr Stefan Nosarzewski – przewodniczący NSL. Tradycją stało się powracanie na spotkaniach szkoleniowych do spraw podstawowych w naszej procedurze. Wykład dotyczący sposobu konstruowania uzasadnień do wydawanych orzeczeń wygłosiła rp. Anna Wyszyńska-Wypych. Potem panelowa dyskusja z udziałem NROZ Jolanty Orłowskiej-Heitzman, dr. Stefana Bednarza, świetny wykład Wojtka Łąckiego i bardzo ciekawe wystąpienie „z życia" dr. Adama Buscha. Ostatni dzień wypełnił wykład przewodniczącego OSL w Poznaniu przygotowany przy współautorstwie dr. Jędrzeja Skrzypczaka „Wykonanie orzeczeń. Analiza porównawcza postępowania kar-

nego i postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy". Chyba ciekawie przedstawiony, co wnioskuję z ilości próśb o udostępnienie tej prezentacji.

Nie dyskutowaliśmy tym razem zapadłych orzeczeń, choć w kuluarach o wzajemnych pretensjach sądów okręgowych i naczelnego było trochę mowy.

Grzegorz WRONA

## Sprawozdanie z konferencji szkoleniowej organów odpowiedzialności zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

W sobotę 5 września 2009 r. odbyło się drugie już w tym roku zebranie szkoleniowe organów odpowiedzialności zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Uczestniczyli w nim członkowie Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Tym razem spotkanie obyło się w odremontowanej sali konferencyjnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przy Alei Niepodległości 37. Wypada podkreślić, że spotkanie to stanowiło zarazem praktyczny test nowoczesnej infrastruktury technicznej i wyposażenia nowych pomieszczeń.

Spotkanie rozpoczęło się od przywitania przybyłych gości przez Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego, lek. Grzegorza Wronę i przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, dr. n. med. Krzysztofa Kordela. Omówili oni kwestie związane z podejmowaniem zaplanowanej na ten dzień uchwały o kandydowaniu na OROZ i do OSL w kolejnej kadencji. Niestety, na zebraniu nie zgromadziła się wymagana liczba dwóch trzecich członków obu organów, co uniemożliwiło podjęcie zaplanowanej uchwały.

W dalszej części głos zabrał Dyrektor Biura Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Przemysław Markowski, który odczytał list od Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej, Stefana Sobczyńskiego. Przewodniczący ORL wyraził podziękowanie dla sędziów i rzeczników za dotychczasową, bardzo ciężką pracę. Podkreślał, że jest to działalność niezwykle odpowiedzialna i wymagająca dużego zaangażowania. Jednocześnie skierował prośbę do sędziów i rzeczników o dzielenie się swoim bogatym doświadczeniem z członkami organów odpowiedzialności zawodowej, którzy zostaną wybrani na kolejną kadencję. Stefan Sobczyński wyraził również swoje uznanie dla dra Grzegorza Wrony za inicjatywę wydawania czasopisma „Medyczna Wokanda", które będzie stanowiło kontynuację poprzednio ukazującego się Biuletynu OSL i OROZ.

Kolejnym punktem spotkania był wykład programowy dr Joanny Haberko pt. „Wymóg formalny postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; aktualna wiedza medyczna a stosowanie homeopatii". Wykład ten wywołał liczne wątpliwości i pytania ze strony sędziów i rzeczników, dlatego też dyskusja była burzliwa. Głos w niej zabrali również mgr Bartosz Pawelczyk i radca prawny OSL, dr Jędrzej Skrzypczak.

W ostatniej części spotkania wystąpił Zastępca Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, dr Wojciech Łącki, który przedstawił prezentację zatytułowaną „Czego sędzia robić nie powinien?". Dr Łącki dzielił się swoim wieloletnim doświadczeniem sędziego NSL i formułował pewne zasady i pomocne wskazówki kierowane do sędziów Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Filip ŚMIGIELSKI

# RECENZJE I OMÓWIENIA

**M. Krekora, E. Traple, M. Świerczyński, *Prawo farmaceutyczne. Zagadnienia regulacyjne i cywilnoprawne*, Warszawa 2008, ss. 496.**

Wydawca pracy *Prawo farmaceutyczne. Zagadnienia regulacyjne i cywilnoprawne* zachęcając do jej nabycia, stwierdza, iż książka ta „jest pierwszym szczegółowym opracowaniem problematyki dotyczącej prawa farmaceutycznego w Polsce". Ponadto zgodnie z przedstawioną przez niego charakterystyką, mimo iż Magdalena Krekora, Elżbieta Traple i Marek Świerczyński „skupiają się głównie na omówieniu przepisów ustawy – Prawo farmaceutyczne" pracy nie można „nazwać komentarzem, ponieważ poruszane zagadnienia wykraczają daleko poza zakres ustawy". Z tej przyczyny autorom należą się niewątpliwie gratulacje i uznanie. Cieszy fakt, iż podjęto próbę systematycznego przedstawienia złożonej materii prawnej, która reguluje kwestie związane z produkcją leków oraz ich obrotem.

Do książki dołączono płytę zawierającą ponad 150 aktów prawnych regulujących szeroko pojęte prawo farmaceutyczne. Zabieg ten wypada pochwalić, jako że autorzy starali się w ten sposób zadbać o wygodę Czytelnika. Niemniej należy też podkreślić, iż ze względu na ciągły ruch w prawodawstwie – tak krajowym, jak wspólnotowym – wygoda ta jest ograniczona. Wszak zawartość aktów normatywnych zamieszczonych na płycie zmienia się, a niektóre z nich przestały już obowiązywać w całości (np. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych, które zostało zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych). Tym samym zbiór dołączony do książki nie jest i nie może być wystarczającą odpowiedzią na spore zamieszanie legislacyjne w materii prawa farmaceutycznego. Bezpieczniej zatem nadal śledzić oficjalne publikatory aktów normatywnych w Polsce i w Unii, jak również popularne elektroniczne bazy prawodawstwa krajowego i unijnego.

Próbę kompleksowego ujęcia zagadnień regulacyjnych i cywilnoprawnych z zakresu prawa farmaceutycznego wypada uznać za zadanie ambitne, wręcz bardzo trudne. Stopień trudności wzrasta tym bardziej, o ile próbuje się ukazać polskie prawo farmaceutyczne na tle prawa wspólnotowego. W gąszczu aktów krajowych, jak również różnej rangi normatywów tworzących *acquis communautaire* łatwo się zagubić. Studiując prawo farmaceutyczne, z wielkim trudem dekoduje się nie tylko relacje pomiędzy poszczególnymi dokumentami i zawartymi w nich normami. Poruszając się w tej złożonej materii normatywnej, łatwo również o pomyłkę odnośnie obowiązywania niektórych aktów czy zawartych w nich przepisów.

Niestety dezorientacji, o której mowa, chwilami ulegli również autorzy recenzowanej pracy, a także uległ jej sam ustawodawca polski. Pierwsi przyjęli bowiem, iż książka prezentuje stan prawny na dzień 30 czerwca 2008 r. Niemniej w tekście odnajdujemy odniesienia do przepisów, które w tym okresie już nie obowiązywały. I tak zdaniem M. Świerczyńskiego, „Podstawowym źródłem prawa w zakresie badań klinicznych jest ustawa – prawo farmaceutyczne, w szczególności art. 37b–37ag oraz, w zakresie badań klinicznych weterynaryjnych, dodatkowo art. 37ah–37ak" (s. 177). Stwierdzenie to jest powtórzeniem zapisu występującego w art. 37a przywołanej ustawy, w myśl którego „Badania kliniczne przeprowadza się zgodnie z zasadami określonymi w art. 37b–37ag, a badania kliniczne

weterynaryjne w art. 37ah–37ak". Zapis ten jednak – czego M. Świerczyński nie zauważył i nie skomentował – nie uwzględnia faktu, iż w ustawie nie ma ciągu przepisów, który rozpoczynałby się od art. 37b i kończył na art. 37ag. Ponadto artykuł 37b znalazł się w rozdziale 2b Prawa farmaceutycznego, natomiast M. Świerczyński zapewnił Czytelnika, iż podstawowe regulacje dotyczące badań klinicznych zawarte są w rozdziale 2a.

Układ pracy należy uznać za przejrzysty i uzasadniony. Autorzy przedstawili poszczególne zagadnienia w kolejności determinowanej przez konstrukcję ustawy Prawo farmaceutyczne. Dlatego też praca składa się z 11 rozdziałów, w których omówiono takie zagadnienia jak: zakres regulacji; definicje zawarte w Prawie farmaceutycznym, jak również we wspólnotowych aktach normatywnych; zagadnienie dopuszczania produktów farmaceutycznych do obrotu; problematyka badań klinicznych; wytwarzanie i import produktów leczniczych; reklama produktów leczniczych; obrót produktami leczniczymi oraz wymagania dotyczące podmiotów prowadzących obrót; instytucja Inspekcji Farmaceutycznej; przepisy karne odnoszące się do działalności farmaceutycznej; nowelizacja wspólnotowego prawa farmaceutycznego oraz perspektywy jego dalszych modyfikacji; zagadnienia ochrony własności intelektualnej związane z prawem farmaceutycznym. Ponadto autorzy przedstawili wykazy orzecznictwa sądów polskich, aktów prawnych i kodeksów etycznych oraz bibliografię.

Należy zauważyć, iż omówione zabiegi kompozycyjne – mimo ich przejrzystości i zasadności – mają swoje zalety i wady. Z jednej strony, struktura książki odzwierciedlająca strukturę wiodącej ustawy z zakresu prawa farmaceutycznego sprzyja konfrontowaniu tekstu z omawianymi w nim przepisami. Niemniej taka kompozycja skłaniać może również do unikania gruntownego omówienia kwestii problemowych, które wymagają powiązania elementów rozproszonych w wielu miejscach ustawy Prawo farmaceutyczne, jak również poza tym normatywem. W konsekwencji konstruowanie książki według porządku ustawy generuje pokusę omawiania, a nie wyjaśniania przepisów.

Należy stwierdzić, iż autorzy nie zawsze ustrzegli się tej pokusy. Spore partie pracy sprowadzają się do przytaczania tekstu prawnego bez gruntownej egzegezy tegoż. Widać to szczególnie wyraźnie w rozdziale dotyczącym kwestii definicyjnych, który jest głównie przytoczeniem definicji występujących w ustawie Prawo farmaceutyczne. Przytoczenie to z reguły wzbogacono jedynie o informację, czy przytoczona definicja ma odpowiednik w prawie wspólnotowym. Ponadto niekiedy tylko autorzy swoje rozważania uzupełniają przeglądem orzecznictwa. Tym samym najczęściej czytelnik samodzielnie musi wyszukiwać niedoskonałości omawianych definicji, sam również musi zmagać się z interpretacją przywoływanych przepisów.

Styl książki wypada na ogół poprawnie. Praca jest pisana stosunkowo jasno i przejrzyście. Niemniej opisowy w dużej mierze jej charakter powoduje, iż autorzy operują raczej parafrazami języka prawnego aniżeli językiem prawniczym. Język prawny natomiast, zwłaszcza w wydaniu unijnym, wydaje się pozostawiać wiele do życzenia. Należy bowiem zwrócić uwagę na fakt, iż prawodawca europejski nieraz nie przywiązuje wielkiej wagi do klarowności, zwięzłości, a nawet ścisłości swych wypowiedzi. Podobne zarzuty można kierować też pod adresem twórców polskich aktów prawnych. Dlatego też należy żałować, iż autorzy najczęściej nie starali się wytknąć legislatorom wspólnotowemu, jak również krajowemu nieklarowności i nieścisłości stosowanych przezeń języków. Niedosyt budzi również fakt, iż w pracy ograniczono zakres prób interpretacyjnych przepisów wspólnotowych. Tymczasem interpretacja przepisów właśnie – w obliczu pokrętności języka prawnego UE – zdaje się być prawdziwym wyzwaniem praktycznym i teoretycznym. Jej jakość też

– sądzi się – stanowić powinna o rzeczywistej wartości każdej publikacji nt. jakiejkolwiek dziedziny prawnej, w tym oczywiście prawa farmaceutycznego.

Książkę *Prawo farmaceutyczne. Zagadnienia regulacyjne i cywilnoprawne* należy traktować jako zwiastun refleksji nad prawem farmaceutycznym, która ma charakter koherentny, uwzględniający całokształt unormowań krajowych, wspólnotowych i międzynarodowych w badanym zakresie. Niemniej ta całościowość – będąca niewątpliwą zaletą – nie wydaje się jeszcze dostatecznie pogłębiona i usystematyzowana. W konsekwencji oprócz partii lepszych, w pracy pojawiają się miejsca napisane powierzchownie. Ponadto, co wykazano powyżej, Czytelnik natyka się w tekście na błędy.

Powstała zatem praca, którą należy uznać za jedną z wielu publikacji, które prezentują raczej *law in books*, a nie *law in action*. Oczywiście publikacja ta korzysta z przywileju bycia pierwszą tak kompleksową analizą stanu polskiego i wspólnotowego prawa farmaceutycznego. Niemniej wypada stwierdzić, iż niedawno ukazał się choćby komentarz ustawy Prawo farmaceutyczne pod redakcją Mariusza Kondrata. Praca ta – mimo wad – w niektórych partiach zdaje się znacznie bardziej udana, aniżeli książka M. Krekory, M. Świerczyńskiego oraz E. Traple. Ponadto wzorcem analizy dotyczącej choćby komisji bioetycznych czy ordynowania środków farmaceutycznych i materiałów medycznych pozostaje również opublikowany w 2008 r. komentarz do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który powstał pod redakcją Eleonory Zielińskiej. Tym samym rodzi się refleksja, iż niekiedy warto zrezygnować z pierwszeństwa co do czasu, by zyskać pierwszeństwo co do fortunności sformułowanych sądów.

Bartosz HORDECKI

# Noty bibliograficzne

- **Gardocka Teresa** – prof. dr hab. n. praw., dziekan Wydziału Prawa Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.

- **Haberko Joanna** – dr n. prawn., adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji UAM w Poznaniu. Zainteresowania naukowe: prawo cywilne, prawo rodzinne, prawo medyczne – w szczególności prawne aspekty diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Autorka ponad 40 publikacji naukowych w czasopismach polskich i międzynarodowych. Stypendystka rządu włoskiego w 2004, 2007 i 2008 roku. Odbywała staże na uniwersytetach w Maceracie, Ferrarze i Rzymie. Opiekun Koła Naukowego Prawa Medycznego „Lege Artis".

- **Jabłońska Julita** – doktorantka w Katedrze Prawa Konstytucyjnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zainteresowania naukowe: prawo konstytucyjne, prawa człowieka, prawo medyczne, prawo nowych technologii, bioetyka.

- **Kordel Krzysztof** – dr n. med., prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu, były Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL oraz były wiceprzewodniczący OSL WIL, adiunkt w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

- **Maciejewski Sławoj** – dr n. med., specjalista położnictwa i ginekologii. Pracownik Szpitala Położniczo-Ginekologicznego im. św. Rodziny – Poznań, od 1967 r. kierownik medyczny Centrum Leczenia Niepłodności Vital Medica. Zastępca, a następnie Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL. Vice przewodniczący i sędzia Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL – od powstania Izb Lekarskich. W czasie II wojny światowej więzień hitlerowskiego obozu koncentracyjnego o nazwie „Polen-Jugendverwahrlager der Sicherheitspolizei in Litzmannstadt". Pasje – muzyka poważna i operowa, historia Polski, praca ogrodowa.

- **Miaskowska-Daszkiewicz Katarzyna** – dr n. prawn., adiunkt w Katedrze Prawa Unii Europejskiej WPPKiA KUL, zainteresowania naukowe: polskie i unijne prawo farmaceutyczne, międzynarodowe prawo ochrony zdrowia, prawo instytucjonalne UE.

- **Orłowska-Heitzman Jolanta** – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

- **Paprzycki Lech K.** – prof. dr hab., prezes Sądu Najwyższego kierujący Izbą Karną SN, Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie.

- **Pawelczyk Bartosz** – doktorant w Katedrze Prawa Konstytucyjnego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Aplikant radcowski w Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Poznaniu. Uczestniczył w pobycie badawczym w siedzibie Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie. Stypendysta ministra edukacji narodowej za osiągnięcia w nauce. Współzałożyciel Koła Naukowego Prawa Medycznego „Lege Artis" na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Współorganizo-

wał konferencje naukowe i wykłady dotyczące prawa medycznego. Jest autorem kilku publikacji z zakresu prawa medycznego.

- **Skrzypczak Jędrzej** – adiunkt w Zakładzie Prawa Prasowego i Systemów Prasowych na Wydziale Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM w Poznaniu, radca prawny w OSL WIL. Zainteresowania naukowe: prawo medyczne i prasowe.

- **Sobczak Jacek** – prof. zw. dr hab., sędzia Sądu Najwyższego.

- **Wrona Grzegorz** – przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, były członek Naczelnego Sądu Lekarskiego, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Pile.

**Informacje dla Autorów**

Artykuły i recenzje należy składać w dwóch egzemplarzach znormalizowanego maszynopisu (30 wierszy na stronie, po 60 znaków w wierszu, tj. 1800 znaków na stronie), bez żadnych wyróżnień. Tekst należy nadesłać również na płycie CD/DVD lub pocztą elektroniczną na adres redakcji.

Objętość artykułu, wraz z przypisami, nie powinna przekraczać 22 stron znormalizowanego maszynopisu. Recenzje nie powinny przekraczać 8 stron znormalizowanego maszynopisu.

Materiał powinien zawierać pełen tytuł oraz streszczenie w języku polskim o objętości 0,5–1 strony znormalizowanego maszynopisu (900–1800 znaków) oraz 3–4 słowa klucze (Keywords).

Wykresy i tabele powinny zostać sporządzone oddzielnie i umieszczone na końcu tekstu, z oznaczeniem miejsca, w jakim powinny zostać umieszczone. W tekście należy wskazać miejsce zamieszczenia tabel i wykresów.

Przypisy należy umieszczać na dole tekstu.

Pozycje bibliograficzne powinny być sporządzone według tego samego, poniższego wzorca:
a) Inicjał(-y) imienia, Nazwisko autora (-ów), *tytuł pracy*, miejsce i rok wydania, stronę(-y).
W przypadku czasopism należy podać:
b) Inicjał(-y) imienia, Nazwisko autora (-ów), *tytuł artykułu*, „Tytuł czasopisma”, rok, numer, stronę(-y).

Autor nie ma możliwości redagowania tekstu w trakcie prac redakcyjnych; do Redakcji należy przesłać ostateczną postać materiału.

Do teksu należy dołączyć informacje dotyczące autora:
a) pełne imię i nazwisko;
b) stopień lub tytuł naukowy;
c) reprezentowaną instytucję naukową;
d) dokładny adres z numerem telefonu, faksu oraz mailem.

Tekst w całości będzie opublikowany również w wersji elektronicznej na stronie internetowej czasopisma.