ISSN 2081-4143

POZNAŃ 2015 **NR 7**



MEDYCZNA WOKANDA

NACZELNA
IZBA LEKARSKA

WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKA

„MEDYCZNA WOKANDA” / „MEDICAL DOCKET”

RADA PROGRAMOWA / ADVISORY COMMITTEE:

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

REDAKCJA / EDITORIAL BOARD:

REDAKTOR NACZELNY / EDITOR-IN-CHIEF
prof. zw. dr hab. Krzysztof Linke (Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań)

ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO / DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF
prof. zw. dr hab. Jacek Sobczak (Sędzia Sądu Najwyższego, Prodziekan Wydziału Prawa Uniwersytetu Humanistyczno-społecznego SWPS, Warszawa)
prof. zw. dr hab. Jerzy Sowiński (członek redakcji / member of the editorial board)

SEKRETARZ REDAKCJI / ASSISTANT EDITOR
prof. nadzw. dr hab. Jędrzej Skrzypczak (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań, Wielkopolska Izba Lekarska)

ZASTĘPCY SEKRETARZA REDAKCJI / DEPUTY ASSISTANT EDITORS
dr Bartosz Hordecki (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu),
mgr Magdalena Zamroczyńska (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu),
mgr Anna Wilińska-Zelek (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu)

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

REDAKTOR STATYSTYCZNY / STATISTIC EDITOR:
dr Agnieszka Wiesiołowska (Uniwersytet Medyczny, Poznań),

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

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

Czasopismo recenzowane zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.
This scientific journal is peer-reviewed in accordance with the Ministry of Science and Higher Education guidelines

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

WYDAWCA / PUBLISHER:

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

ISSN 2081-4143

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

Skład komputerowy – „MRS”, 60-408 Poznań, ul. P. Zołotowa 23, tel. 61 843 09 39
Druk i oprawa – PERFEKT Gaul i Wspólnicy sp.j., 60-321 Poznań, ul. Świerzawska 1, tel. +48 61 861 11 81–83

Spis treści

Od Redakcji 7

ARTYKUŁY I STUDIA

Krzysztof LINKE, *Komentarz do art. 1 – art. 5 Kodeksu etyki lekarskiej* 11

Konstanty RADZIWIŁŁ, *Rozdział IIa Kodeksu etyki lekarskiej – związki lekarzy z przemysłem* 31

Daria BIEŃKOWSKA, *Związki lekarza z przemysłem farmaceutycznym. Aspekty prawne* 37

Teresa GARDOCKA, *Ochrona prawna genomu ludzkiego* 47

Monika URBANIAK, Szczepan COFTA, *Zasady postępowania lekarza wobec pacjenta – komentarz do art. 6 i art. 7 KEL* 53

Bartosz PAWELCZYK, *Pomoc chorym w stanach terminalnych (komentarz do art. 30, art. 31 i art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej)* 65

Aleksandra STEBEL, *Art. 40 i 41 Kodeksu etyki lekarskiej* 79

Michał PUK, *Eksperyment medyczny w świetle Kodeksu etyki lekarskiej. Zagadnienia problemowe* 93

Jędrzej SKRZYPCZAK, *Zasady prowadzenia medycznych badań naukowych. Komentarz do art. 48–51 Kodeksu etyki lekarskiej* 111

Dorota MICHALSKA SIENIAWSKA, *Etyczne zasady postępowania w praktyce lekarskiej* . 127

Leszek BARTKOWIAK, Tomasz MAKSYMIUK, *Zobowiązania etyczne lekarza wobec społeczeństwa w świetle zapisów Kodeksu etyki lekarskiej i niektórych propozycji ich zmiany* 137

* * *

Владимир Александрович ГУТОРОВ, *Биомедицинская этика в древнем мире* . . . 159

Piotr STĘPNIAK, *Odpowiedzialność cywilna lekarzy a stosunek zatrudnienia* 185

Agnieszka WOJCIESZAK, *Forma sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich* 195

Ksenia PECUSZOK, *Terminologia prawnicza z zakresu chirurgii plastycznej i estetycznej oraz mini-inwazyjnych zabiegów kosmetycznych* 207

Mateusz LANGER, *Reklama produktu leczniczego a przyjmowanie korzyści przez lekarza w świetle prawa podatkowego i etyki zawodowej* 217

Witold SOBCZAK, Grzegorz STRABURZYŃSKI, *Tajemnica zawodowa psychologa ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań pracy psychologa szkolnego* 229

SPRAWY MIĘDZYNARODOWE

Magdalena ZAMROCZYŃSKA, *Przegląd orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydanego w sprawach z aspektem medycznym w 2015 roku* 241

Anna WILIŃSKA-ZELEK, *Przegląd orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej związanego z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia (lata 2015–2016)* 255

ORZECZNICTWO

Jędrzej SKRZYPCZAK, *Orzecznictwo Naczelnego Sądu Lekarskiego z 2015 r.* 267
Norbert GILL, *Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy w roku 2015* 335

MISCELLANEA

Grzegorz WRONA, *Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za 2015 r.* 347
Wojciech ŁĄCKI, *Dane liczbowe obrazujące pracę Naczelnego Sądu Lekarskiego w 2015 roku* 361

KONFERENCJE I SYMPOZJA

Relacja z I Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Sztuka rozmowy podstawą diagnozy” (Aleksandra SESIUK) 377
Sprawozdanie z konferencji naukowej „Odpowiedzialność zawodowa zawodów zaufania publicznego: radców prawnych i lekarzy”, 11 grudnia 2014 r., WNPiD UAM (Michał PUK) 378

RECENZJE

Zdrowie publiczne w zarysie, pod red. Moniki Zysnarskiej, Tomasza Maksymiuka (Anna STĘPNIEWSKA) 381
Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy, pod red. Jacka Sobczaka, Jędrzeja Skrzypczaka, Moniki Urbaniak (Małgorzata RADKOWSKA) 383
Praktyczne aspekty prawa medycznego, pod red. Moniki Urbaniak (Ola KUŚMIREK) . . 385

INFORMACJA DLA AUTORÓW 391

Contents

Editor's Note 7

ARTICLES AND STUDIES

Krzysztof LINKE, *Comment to the Art. 1-5 of the Code of Medical Ethics* 11

Konstanty RADZIWIŁŁ, *Chapter 2a of the Code of Medical Ethics, entitled „Relations of physicians with industry"* 31

Daria BIEŃKOWSKA, *Interaction between physicians and the pharmaceutical and health industry. Legal aspects* 37

Teresa GARDOCKA, *Legal protection of human genome* 47

Monika URBANIAK, Szczepan COFTA, *Code of conduct by the physician towards the patient – comment to the Art. 6 and 7 of the Code of Medical Ethics* 53

Bartosz PAWELCZYK, *Help to patients in terminal stages (comment to the Art. 30, 31 and 32 of the Code of Medical Ethics* 65

Aleksandra STEBEL, *Art. 40 and art. 41 of the Code of Medical Ethics* 79

Michał PUK, *Medical experiment in the light of the Code of Medical Ethics. Problematic issues* 93

Jędrzej SKRZYPCZAK, *Principles of conducting of medical research – comment to the Art. 48–51 of the Code of Medical Ethics* 111

Dorota MICHALSKA SIENIAWSKA, *The ethical rules of medical practice conduct* . . 127

Leszek BARTKOWIAK, Tomasz MAKSYMIUK, *Physician's ethical commitment to society in view of the Medical Code of Ethics, and to certain suggestions of its modification* 137

* * *

Владимир Александрович ГУТОРОВ, *Biomedical ethics in the ancient world* 159

Piotr STĘPNIAK, *Civil liability of physicians in relation to the type of their employment* . 185

Agnieszka WOJCIESZAK, *Form of objection to harvesting cells, tissues and organs from the human corpse* 195

Ksenia PECUSZOK, *Legal terminology in the field of plastic and aesthetic surgery and minimally invasive cosmetic procedures* 207

Mateusz LANGER, *Advertising of Medicinal Products and Physician Benefit in the Light of Tax Law and Professional Ethics* 217

Witold SOBCZAK, Grzegorz STRABURZYŃSKI, *The issue of professional secrecy among psychologists, and particularly elements of work of a school psychologist* 229

INTERNATIONAL AFFAIRS

Magdalena ZAMROCZYŃSKA, *A review of judicial decisions by the European Court of Human Rights with medical aspects in 2015* 241

Anna WILIŃSKA-ZELEK, *Review of jurisdiction issued by the Court of Justice of the European Union, related to health system functioning (2015–2016)* 255

JURIDICTION

Jędrzej SKRZYPCZAK, *Review of the Supreme Medical Court in 2015* 267

Norbert GILL, *Supreme Court rulings in cases involving professional liability of physicians in 2015* 335

MISCELLANEA

Grzegorz WRONA, *Report of the Supreme Screener for Professional Liability in 2015* . 347

Wojciech ŁĄCKI, *Report of the Supreme Medical Court (2015)* 361

CONFERENCES

Report from the First International Scientific – Training Conference „The art of conversation base of diagnosis" (Aleksandra SESIUK) 377

The report from the conference „Professional liability of the professions os public trust: solicitors and doctors", 11 December 2014, WNPiD UAM (Michał PUK) 378

REVIEWS 381

INSTRUCTION FOR THE AUTHORS 391

Od Redakcji

Kolejny numer czasopisma naukowego „Medyczna Wokanda", który oddajemy do rąk Czytelników, poświęcony został w swej głównej części – wzorem poprzedniego rocznika – problematyce Kodeksu etyki lekarskiej. Warto przypomnieć w tym miejscu, iż jednym z podstawowych i niezbywalnych praw i obowiązków samorządów zawodowych – w tym oczywiście lekarskiego – jest ustanawianie zasad etyki lekarskiej, dbanie o ich przestrzeganie, a także sprawowanie pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu przez osoby zaliczane do tego grona, m.in. poprzez sprawowanie odpowiedzialności zawodowej członków korporacji lekarskiej. Trzeba zaznaczyć, że jest to w istocie jedna z najważniejszych prerogatyw samorządów zawodowych. W ostatnim okresie toczyła się publiczna dyskusja dotycząca Kodeksu etyki lekarskiej, jak również zasad odpowiedzialności zawodowej, w trakcie której padło wiele – jak się wydaje – niezasłużonych uwag krytycznych. Stąd też w tym numerze, chcąc włączyć się w publiczną dyskusję co do potrzeby ewentualnej zmiany lekarskiego kodeksu deontologicznego, kontynuujemy publikację opracowań analizujących poszczególne zapisy aktualnie obowiązującego Kodeksu. W ten sposób chcemy, aby powstał aktualny komentarz do tego niezwykle istotnego dokumentu, uwzględniający dorobek ponad ćwierćwiecza funkcjonowania izb lekarskich w Polsce. Wydaje się, że tym bardziej cenny, iż te same kwestie podejmowane są z różnej perspektywy, a mianowicie lekarzy, prawników i etyków. Liczymy, że następny numer (MW8) dopełni tego dzieła zapoczątkowanego w numerze 6. Mamy nadzieję, że prezentowane teksty będą pomocne do wypracowania stanowiska w zakresie potrzeby ewentualnych zmian w KEL.

W dalszej części „Studiów i artykułów" zamieszczono teksty poświęcone problematyce szeroko rozumianego prawa medycznego oraz bioetyki. Tu Redakcja zdecydowała się m.in. wydrukować tekst w j. rosyjskim (a więc języku kongresowym) autorstwa znakomitego badacza z Rosji prof. W. A. Gutorowa, prezentującego niezwykle ciekawe i kompetentne spojrzenie na kwestie bioetyki w starożytności.

Ponadto numer nawiązuje do ustalonego układu stałych rubryk. Stąd też P.T. Czytelnicy odnajdą rubrykę poświęconą sprawom międzynarodowym, w której zamieściliśmy teksty komentujące najbardziej interesujące orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka i Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej. Ponadto prezentujemy tradycyjnie przegląd najważniejszych orzeczeń z ostatniego roku Naczelnego Sądu Lekarskiego i Sądu Najwyższego w sprawach kasacyjnych dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Z kolei w części zatytułowanej „Miscellanea", zamieszczono tradycyjnie sprawozdania organów odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Na końcu numeru znajdują się sprawozdania z konferencji oraz recenzje publikacji naukowych.

Na koniec wypada podziękować tym Wszystkim, bez których nie powstałaby ta publikacja. W pierwszej kolejności, słowa uznania należą się Autorom za przygotowanie i wyrażenie zgody na druk, niezwykle interesujących tekstów. Po drugie, podziękowania należy skierować do władz samorządu lekarskiego. Wydanie kolejnego (siódmego) numeru czasopisma, nie byłoby możliwe bez wsparcia organizacyjnego i finansowego Wydawcy, czyli Naczelnej Izby Lekarskiej. Warto też w tym miejscu wyrazić wdzięczność tym wszystkim, którzy przyczynili się do tego, aby „Medyczna Wokanda" dostępna była oprócz wersji papierowej także elektronicznie na stronie NIL (http://www.nil.org.pl/medyczna-wokanda) i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (http://wil.org.pl/wokanda/). Mamy nadzieję, że dzięki takim zabiegom, teksty zamieszczone w aktualnym i archiwalnych numerach prawdziwie trafią „pod strzechy". Słowa szczególnego uznania należą się także Państwu Recenzentom, niekwestionowanym autorytetom w swoich dziedzinach (medycyny, prawa, etyki), bez których nie wyobrażamy sobie prowadzenia tego pisma, które indeksowane jest na liście B Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Niniejszym bardzo dziękuję Państwu za wielki trud włożony w trudną i niewdzięczną pracę recenzenta i korektora. Wszystkie Państwa cenne uwagi z pewnością wzbogaciły tę publikację. Listę recenzentów publikujemy na końcu numeru. W taki sposób spełniamy wymagania stawiane przez MNiSW, ale także chcemy uhonorować te osoby. Przypomnę tylko w tym miejscu, że zgodnie z wymogami MNiSW, każdy tekst poddany jest podwójnej, anonimowej recenzji, przez osobę spełniającą najwyższe wymagane wymogi. Na koniec pozwolę sobie podziękować wszystkim Członkom Redakcji, bez pomocy i społecznego zaangażowania których nie byłoby możliwe, aby „Medyczna Wokanda" ukazywała się w takim kształcie.

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

From the Editors

The Medical Docket, a scientific annual, is aimed at presenting the most serious issues concerning professional deontology and professional liability of physicians. Along with articles, analyses and current comments on the Medical Code of Ethics, other topics are also featured as, for example, relevant decisions of both medical and common courts of law related to medical matters, statistics depicting „doctors' jurisdiction", as well as reviews of the most noteworthy publications in our field.

The periodical's contents are penned by physicians, pharmacists, lawyers, ethicists, political scientists, and even linguists, affiliated with a number of established scientific centres. Crucially, among them are those involved with both theory and practice in the medical and legal sphere. The issues concerning current and weighty areas of ethics, medical law and biopolitics constitute an all-embracing connecting link.

Owing to recent modifications our annual has been entered in a list of periodicals indexed in part „B" of the Minister of Science and Higher Education and gained 3 points. We endeavour for our publication to become universally recognised among the international scientific community. Hence, on the one hand, the „internalisation" of its Scientific Board, and abstracts of all articles also in English, while on the other, compliance with a number of standards required in reputable scientific periodicals, such as the new system of reviewing the featured content (double, anonymous reviews), as well as the institution of thematic and linguistic editors, &c.

The current edition of „Medyczna Wokanda", a scientific journal, principally focuses – as its annual predecessor – on issues related with the Medical Code of Ethics. It is worth remembering here that setting up principles of medical ethics and the concern for upholding them, as well as being responsible for proper and conscientious performance of professional duties by the physicians, among other things, by exercising professional liability – is one of the fundamental and inalienable rights and duties of professional self-governments, naturally including the medical one. It is indeed one of the most important prerogatives of such self-governments. As far as the Medical Code of Ethics is concerned there has recently been a public debate about it, and also about the principles of professional liability. The debate has been marked by many, clearly undeserved, critical remarks. And therefore, joining the public discussion on possible modifications to the Code, we continue, in the present issue, the publication of analyses concerning the particular provisions of the binding Code. Our aim is to thereby create a current commentary on this very important document, encompassing the legacy of the last, more than 25 years, of medical chambers' functioning in this country – which is, admittedly, particularly valuable, as it contains issues taken up by representatives of various professions: physicians, lawyers and ethicists. We believe that the next edition (MW8) completes the work commenced in Number 6. We also trust that the featured

contents will contribute to working out the stand on the possible need of modifying the Code.

The latter part of „Studies and articles" in the present edition includes also topics concerning the wide ranging issues of medical law and bioethics. The Editors have resolved to publish an article in Russian (also a congress language), by Prof. W. A. Gutorov, who presents an indeed interesting and competent view on bioethic issues throughout antiquity.

Aside from that the present issue follows the established editorial pattern. The column devoted to international matters provides commentary on the most thought-provoking decisions of the European Court of Human Rights and of the Court of Justice of the European Union. Traditionally reviewed are the most important last year judgements of the Supreme Medical Court and of the Supreme Court, on cassation issues concerning professional liability of physicians. „Miscellanea", in turn, customarily feature reports from organs of professional liability of physicians. The present edition is concluded with reports from conferences and with reviews of scientific publications.

Finally, sincere thanks to all involved in the preparation of this issue. Acknowledgements are in order to, first of all, the authors for sending their stimulating texts and their consent for publication, as well as to the authorities of the physicians' self-government. The publication of this (seventh) edition would not have been possible without organisational and financial support of the Publisher, i.e., the Polish Chamber of Physicians and Dentists (NIL). Our gratitude is owed to those who contributed making „Medyczna Wokanda" available not only in its printed form but also electronically, at the NIL (http://www.nil.org.pl/medyczna-wokanda) and the Wielkopolska Regional Chamber of Physicians and Dentists website (http://wil.org.pl/wokanda/). We trust that, through such actions, the content of the present and of the archival editions becomes indeed widely available. We also particularly praise the contribution of the Reviewers, unquestionable authorities in their respective fields (medicine, law, ethics), truly indispensable in running our periodical, indexed in List „B" of the Ministry of Science and Higher Education. My sincere thanks to all of you, for your excellent work and enormous effort that has been put into the preparation and proofreading of the featured content. All your comments and remarks have certainly enriched this publication. The Reader will find the List of Reviewers at the end of the periodical. We thereby fulfil the requirements imposed by the Ministry of Science and Higher Education but we also wish to honour this way the persons included therein. It is worth stressing here that, owing to the Ministry's specifications, each text planned for publication is first subject to a double, anonymous review, by a person holding the highest, required qualifications.

Concluding, my heartfelt thanks to the Editorial Staff. Without their support and social commitment it would not be possible for „Medyczna Wokanda" to appear in such favourable form.

Professor Krzysztof Linke, M.D., PhD,
Editor-in-Chief

ARTYKUŁY I STUDIA

Krzysztof LINKE

Prof. dr hab. n. med., Katedra i Klinika Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych, Wydział Lekarski II, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komentarz do art. 1 – art. 5 Kodeksu etyki lekarskiej

PRZYRZECZENIE LEKARSKIE

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- **obowiązki te sumiennie spełniać;**
- **służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;**
- **według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należny szacunek;**
- **nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;**
- **strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;**
- **stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.**

CZĘŚĆ OGÓLNA

Art. 1.

1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.

2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.

3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Postanowienie art. 1 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej (zwanego w dalszej części niniejszego opracowania: „KEL")[1] odnosi zasady etyki lekarskiej do ogólnych norm

[1] Kodeks etyki lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej, zmieniony uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. („Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej" 2004, nr 1 (81)).

etycznych. Jak słusznie wskazuje Stanisław Olejnik, etyka lekarska nie może być, całkowicie autonomiczna, musi się odwoływać do podstawowych zasad moralnych człowieczeństwa, do osobowej natury ludzkiej. Odcięcie się w niej bowiem od etyki ogólnoludzkiej byłoby czymś teoretycznie nieuzasadnionym, a praktycznie w życiu i pracy lekarza bardzo szkodliwym. Trzeba uznać, że jest ona uszczegółowieniem etyki ogólnoludzkiej. Zakłada się w niej, przejmując z etyki ogólnej, ostateczne przesłanki humanistycznej antropologii i aksjologii. Lekarz powinien zatem respektować normy moralne związane z godnością człowieka jako istoty rozumnej i odpowiedzialnej[2]. Etyka lekarska tym samym nie konkuruje z etyką ogólną, lecz ma wobec niej charakter komplementarny, bowiem jak stanowi art. 1 ust. 1 KEL zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.

W pluralistycznym, wielokulturowym świecie z różnymi tradycjami moralnymi trudno podać jeden zestaw norm moralnych, który obowiązywałby zawsze, niezależnie od okoliczności. Tadeusz Brzeziński wyróżnia relatywizm historyczny, socjologiczny i kulturowy. Uznaje tym samym, że normy zmieniają się z biegiem czasu, różnią się w zależności od kultury, a nawet określonej społeczności, To, co uznawano za moralne w starożytności, dzisiaj może uchodzić za niedozwolone. Różne zachowania podlegają różnym ocenom w zależności od kontekstu kulturowego, w którym się rozgrywają. To samo zachowanie w jednej grupie społecznej uchodzi, a w innej nie. Autor *Etyki lekarskiej*. przyznaje, że są pewne normy obowiązujące w większości kultur, a inne – „nadliczbowe" – zależą od sytuacji[3]. Podsumowując, wraz ze zmianą intuicji moralnych członków danego społeczeństwa, zmienia się także etyka i moralność zawodowa[4].

Istotny wpływ na etykę lekarską ma postęp w dziedzinie praw człowieka, do których przestrzegania – zgodnie z art. 1 ust. 2 KEL – lekarz jest zobowiązany[5]. Międzynarodowe regulacje w tym zakresie stanowią o konsensusie co do pewnych fundamentalnych zasad etycznych, które powinny obowiązywać wszystkich lekarzy. Prawa człowieka szczególnie istotne dla etyki lekarskiej obejmują prawo do życia, zakaz dyskryminacji, tortur oraz okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania, wolność wyrażania opinii, równy dostęp do usług publicznych oraz do opieki medycznej[6]. Istotnym drogowska-

---

[2] S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Unia, Katowice 1995, s. 44–46.

[3] T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 2–3.

[4] K. Szewczyk, *Etyka i Deontologia Lekarska*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994, s. 216.

[5] W polskim prawie konkretyzację obowiązku przestrzegania przez lekarza praw człowieka przykładowo mogą stanowić: art. 32 (stanowiący, iż lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta – zasada autonomii pacjenta), art. 36 (dotyczący obowiązku poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta) ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*; art. 20 i art. 22 (stanowiące o prawie pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

[6] Wśród najważniejszych aktów dotyczących praw człowieka wskazać należy m.in.: Powszechną Deklarację Praw Człowieka uchwaloną przez Trzecią Sesję Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych w dniu 10 grudnia 1948 r. w Paryżu; Europejską Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzoną w Rzymie 4 listopada 1950 r. wraz z Protokołami zmieniającymi; Europejską Kartę Socjalną z 1961 r.; Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966 r.; Konwencję o Zapobieganiu Torturom oraz Nieludzkiemu lub

zem dla lekarzy, mogą być regulacje uchwalane przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (World Medical Association), w szczególności przyjęty w 1949 roku w Londynie, przez III Światowe Zgromadzenie "Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej", zmieniony następnie przez postanowienia przyjęte w Sydney (1968 r.), Wenecji (1983 r.), Pilanesbergu (2006 r.)[7].

Charakterystycznym elementem, którym etyka lekarska różni się od etyki powszechnej jest publiczne wyznanie jej syntetycznego ujęcia zawartego w przyrzeczeniu lekarskim, które stanowi również integralną część obecnie obowiązującego Kodeksu etyki lekarskiej[8]. Dokonując porównania treści przyrzeczeń lekarskich na przestrzeni dziejów stwierdzić można, że etyka lekarska od wieków opiera się na zachowaniu takich fundamentalnych zasad jak: zapewnienie, że lekarze będą służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; nie będą dyskryminować pacjentów ze względu na rasę,

---

Poniżającemu Traktowaniu z 1987 r. Uszczegółowienie ogólnych zasad zawartych w ww. aktach, z punktu widzenia medycyny, zawierają m.in. Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (World Medical Association – WMA) z 1964 r. dotycząca sposobu prowadzenia badań biomedycznych na człowieku, Deklaracja z Oslo Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) z 1970 r. dotycząca aborcji, Deklaracja Tokijska Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) z 1975 r. dotycząca tortur, Deklaracja Hawajska Światowego Związku Psychiatrii (World Psychiatric Association – WPA) z 1977 r. dotycząca etyki psychiatrycznej, Deklaracja Lizbońska Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) z 1981 r. poświęcona prawom pacjenta, Deklaracja Wenecka Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) o stanach terminalnych z 1983 r., Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o prawach człowieka i Biomedycynie uchwalona przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 4 czerwca 1997 r., w Oviedo.

[7] Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej – tekst jednolity, dostępny w języku angielskim sieci Internet: http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html; należy również wskazać na *Podręcznik etyki lekarskiej*, opracowany przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie, dostępny w języku polskim w sieci Internet: http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_polish.pdf.

[8] Powszechnie przyjmuje się, iż najstarszą przysięgą lekarską jest tzw. Przysięga Hipokratesa (460–370 p.n.e.), warto również zwrócić uwagę na codzienną modlitwę lekarzy Mojżesza Majmonidesa (datowaną na XII wiek). Pierwsza, znana przysięga lekarska w Polsce pochodzi z XV wieku i składana była w Akademii Krakowskiej przez licencjatów medycyny na stopień doktora medycyny. Od 1918 r. w Polsce lekarze składali „Przyrzeczenie lekarskie", które podlegało modyfikacjom i przyjęło obecnie formę zawartą w Kodeksie etyki lekarskiej (zestawienie treści historycznych przyrzeczeń lekarskich przytoczono w: K. Osińska (red.), *Refleksje nad etyką lekarską*, Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1990, s. 9–13). Należy także zwrócić uwagę na uchwalony w 1949 r. w Genewie przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (World Medical Association) tekst międzynarodowej przysięgi lekarskiej, tzw. „Deklaracji Genewskiej" o aktualnej treści: „W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego: Ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości; Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i szacunkiem; Będę wykonywał swój zawód sumiennie i z godnością; Zdrowie mojego pacjenta będzie moją główną troską; Będę zachowywał powierzone mi tajemnice, nawet po śmierci pacjenta; Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego; Moje koleżanki i koledzy będą moimi siostrami i braćmi; Nie dopuszczę, aby względy wieku, choroby lub inwalidztwa, wyznania, pochodzenia etnicznego, płci, narodowości, poglądów politycznych, rasy, orientacji seksualnej lub pozycji społecznej wpływały na spełnianie mojego obowiązku wobec pacjenta; Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego rozpoczęcia, nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciwko prawom ludzkości; Przyrzekam to na swój honor, uroczyście i bez przymusu".

religię lub inne podstawy; będą chronić tajemnicę lekarską i udzielać pomocy każdemu choremu, który znajduje się w nagłej potrzebie; będą strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamią.

Poza obowiązkiem przestrzegania ogólnych norm etycznych, lekarz musi dbać o zachowanie godności zawodu lekarskiego – art. 1 ust. 2 KEL *in fine*. Przy czym za naruszenie godności zawodu uważa się każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu (art. 1 ust. 3 KEL).

Zawód lekarza jest zaliczany do zawodów zaufania publicznego, o których mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.). Zawodom tym „społeczeństwo przypisuje […] wymóg posiadania bardzo wysokich umiejętności fachowych, zwykle ukończenia wyższych studiów oraz odbycia dalszych szkoleń (aplikacja, specjalizacja)”[9]. Zawodom zaufania publicznego towarzyszy często pewien etos. Zawody te mają bezpośredni wpływ na losy jednostek i społeczeństwa, służą ochronie podstawowych wartości społecznych, legitymują się swoistym powołaniem społecznym[10]. Tym samym lekarzowi, jako przedstawicielowi zawodu zaufania publicznego stawia się szczególne wymagania nie tylko dotyczące wykonywania zawodu, ale także postawy osobistej.

Zgodnie z etosem lekarskim, działalność lekarza kwalifikuje się jako służbę wynikającą z powołania. Określając wzorcowy model godnej, etycznej postawy lekarza[11] należy wskazać na kilka współzależnych czynników:

1) lekarz jest kompetentny i zdolny do krytycznego sądu, w tym również do osądu swych własnych kompetencji (**zasada kompetencji**);
2) lekarz jest po stronie swojego pacjenta, to znaczy działa dla jego dobra i proponuje mu to, co najlepsze (**zasada życzliwości i dobrodziejstwa**);
3) lekarz jest w stosunku do pacjenta uczciwy, prawdomówny i szczery, a więc rzetelnie informuje go o swych diagnozach i prognozach dotyczących jego stanu zdrowia, proponuje najlepsze dostępne leczenie, nie zatajając informacji o własnych ograniczeniach, o innych możliwościach (ewentualnie oferowanych przez innych lekarzy lub placówki medyczne), swe czynności wykonuje zaś z należytą starannością, pobierając za nie stosownie wycenione wynagrodzenie (**zasada rzetelności**);
4) lekarz jest dyskretny oraz wrażliwy i delikatny w obejściu, czyli dochowuje tajemnicy lekarskiej, odnosi się do pacjenta z szacunkiem i taktem, respektuje jego autonomię w stanowieniu o sobie, stara się nie naruszać jego prywatności i intymności

---

[9] P. Sarnecki, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie adwokatury*, w: *Konstytucja, wybory, parlament. Studia ofiarowane Zdzisławowi Jaroszowi*, red. L. Garlicki, Warszawa 2000, s. 157.

[10] M. Michalik, *Społeczne przesłanki, swoistość i funkcje etyki zawodowej*, w: *Etyka zawodowa*, pod red. A. Sarapaty, Warszawa 1971, s. 11.

[11] Podstawowe zasady oraz zbiór zobowiązań zawodowych zawiera, w szerszym zakresie, „Karta Lekarza” opracowana przez European Federation of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation oraz ABIM Foundation (Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians Charter), pierwotnie opublikowana w języku angielskim w: „Annals of Internal Medicine” (wydanie z dnia 5 lutego 2002 r., nr 136, s. 243–246) oraz w: „The Lancet” (wydanie z dnia 9 lutego 2002 r., nr 359, s. 520–522).

ponad niezbędną potrzebę, unika sprawiania mu niepotrzebnego cierpienia (**zasada taktu i delikatności**)[12].

Naruszenie godności lekarza stanowi nie tylko niewłaściwe zachowanie lekarza w relacjach z pacjentami, innymi lekarzami, członkami personelu medycznego lub pracownikami placówek, w których wykonuje swoje czynności (m.in. oczekiwanie nieuprawnionych gratyfikacji, brak szacunku wobec innych osób, brak należytej dbałości o schludny ubiór i wygląd).

Liczne kontrowersje budzi kwestia przyjmowania przez lekarzy wyrazów wdzięczności od pacjentów (np. kwiatów, alkoholi, drobnych upominków). W tym zakresie należy przyjąć nieprzekraczalne zasady:

– prezent nie może warunkować wykonania świadczenia – jeśli wręczany jest w takim kontekście, mamy do czynienia z ewidentną korupcją, mającą na celu np. „przeskoczenie" kolejki oczekujących;
– upominek nie powinien być także wręczany przed zabiegiem, ale po, wyłącznie jako wyraz wdzięczności za dobrze prowadzone leczenie;
– prezent dla lekarza nie powinien przedstawiać zbyt dużej wartości, chodzi o zwyczajowy drobny upominek o wartości wyłącznie symbolicznej (kwiaty, bombonierka).

Jednakże podstawową zasadą powinno być przyjęcie, że lecząc chorego nie należy nigdy oczekiwać na jakieś dodatkowe gratyfikacje, gdyż po pierwsze, przyczyniłoby się to do niezdrowej atmosfery w relacjach pacjent–lekarz, a po drugie, wystarczającym darem dla lekarza powinno być już samo wyleczenie chorego[13].

Dbać o godność to wystrzegać się tego, co podważa szacunek do lekarza ze strony otoczenia, co powoduje dezaprobatę społeczeństwa. Przy czym chodzi tu o każde zachowanie, które może przynosić ujmę korporacji lekarskiej bez względu na jego związek z wykonywaniem zawodu (na przykład lekarz nie powinien pojawiać się publicznie w stanie nietrzeźwości, nie powinien publicznie wyrażać się lub zachowywać wulgarnie, nie powinien wykorzystywać swojej pozycji do osiągania jakichkolwiek korzyści materialnych lub osobistych)[14].

Zważywszy na szeroki zakres i skomplikowany charakter wymogów etycznych dotyczących wykonywania profesji lekarza, aktualność zachowuje stwierdzenie Heliodora Święcickiego, iż: „Medycyna jest bez wątpienia nauką, ale spełnianie zawodu lekarskiego, opiekowanie się chorym jest i było zawsze sztuką".

Art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może

---

[12] Wzorzec lekarza „spolegliwego" – J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2012, s. 66–74.

[13] T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985, s. 114.

[14] Wydawca: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie: *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz* (Biblioteka Prawa Medycznego i Bioetyki), oficyna wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa (skład, łamanie, druk i introligatornia Wydawnictwo „EMOL"), komentarz do art. 1 Kodeksu etyki lekarskiej.

posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Przepis art. 2 ust. 1 Kodeksu etyki definiuje działalność lekarza jako służbę ludzkości i konkretnemu człowiekowi w zakresie ochrony życia i zdrowia. Celem tego ogólnego powołania lekarza jest: 1) zapobieganie chorobom (prewencja ogólna i szczególna), 2) leczenie chorych (w tym rehabilitacja i różne aspekty opieki nad chorym), 3) niesienie ulgi w cierpieniu (nie tylko przy zastosowaniu dostępnych metod leczniczych, ale także poprzez wsparcie duchowe chorego, a w przypadkach nierokujących nadziei, towarzyszenie w umieraniu)[15].

Zapobieganie chorobom polega przede wszystkim na propagowaniu przez lekarzy czynności profilaktycznych dotyczących w szczególności troski: o higienę pacjentów, przestrzeganie reguł prawidłowego żywienia, aktywność fizyczną, dokonywanie odpowiednich szczepień ochronnych, o „zdrowe" środowisko życia pacjentów, przeciwdziałanie paleniu tytoniu, piciu alkoholu, korzystaniu z narkotyków, nadużywaniu leków, nakłanianie do prowadzenia właściwego trybu życia (zarówno poprzez oddziaływanie na społeczeństwo w wypowiedziach publicznych – prewencja ogólna, jak też poprzez oddziaływanie na konkretne osoby – prewencja szczególna; patrz również: art. 71 KEL).

Poprzez leczenie chorych należy rozumieć cały proces leczniczy począwszy od rozpoznania choroby, aż do wyleczenia chorego.

Niesienie ulgi w cierpieniu dotyczy cierpienia fizycznego i cierpienia psychicznego. Pomoc w tym zakresie może opierać się na zastosowaniu właściwych środków farmaceutycznych, metod leczniczych lub rehabilitacyjnych, jak również poprzez prowadzenie rozmów z pacjentem wyjaśniających, wspierających, okazujących współczucie, chęć niesienia pomocy. W wielu rodzajach schorzeń istotne znaczenie ma również postawa lekarza, która może stanowić ważny czynnik leczniczy i poprzez właściwe nastawienie pacjenta, może pomóc w walce z chorobą.

Istotnym problemem etycznym są przypadki chorób nieuleczalnych, przypadków wobec których medycyna jest bezsilna. Pojawia się wtedy zagadnienie tzw. „uporczywej terapii" oraz celowości, a także granic stosowania metod leczniczych mających na celu uśmierzenie bólu, w tym utrzymywanie pacjenta przy życiu. W tym miejscu należy wskazać na jednoznaczne wytyczne wynikające z art. 30 oraz art. 31 KEL. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania, łagodząc do końca cierpienia chorych w stanach ter-

---

[15] Podobnie zadania lekarza definiuje art. 2 ust. 1 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.): „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich".

minalnych oraz utrzymywać, w miarę możliwości jakość kończącego się życia (art. 30 KEL)[16]. Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa (art. 31 KEL). Ponadto w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych (art. 32 ust. 1 KEL). Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych (art. 32 ust. 2 KEL). W polskim prawie karnym w art. 150 Kodeksu karnego[17] uregulowano przestępstwo stanowiące tzw. zabójstwo eutanatyczne. Powyższy przepis stanowi w § 1: „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5"; w § 2: „W wyjątkowych wypadkach, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia". Lekarz nie może również pomagać swojemu pacjentowi w akcie samobójstwa. Przepis art. 151 Kodeksu karnego stanowi: „Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W uzasadnieniu do rządowego projektu kodeksu karnego wskazano: „Nawiązując do Kodeksu karnego z 1932 r., uznaje się, że nie zachodzi potrzeba zmian co do pojęcia zabójstwa eutanatycznego; nowy kodeks, który łagodniejsze karanie wiąże z «mniejszym stopniem winy» oraz doprowadzeniem do samobójstwa przez pomoc (podżeganie), niekaranego w niektórych ustawodawstwach, tym samym wypowiedział się, w toczącej się dyskusji naukowej i filozoficznej, przeciwko zniesieniu karalności eutanazji oraz pasywnej pomocy do samobójstwa (pozostawienie w zasięgu chorego medykamentów przyspieszających zejście śmiertelne), a więc za «świętością życia» (art. 150–151). Ze względu na szczególny charakter tego przestępstwa i wyjątkowe okoliczności, wywierające silny wpływ na psychikę sprawcy, jakie mogą zachodzić w związku z realizacją znamion tego przestępstwa, nowy kodeks przewiduje możliwość zastosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary, a nawet odstąpienia od jej wymierzenia"[18]. Istotne znaczenie dla powyższego zagadnienia ma także fakt, iż lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 30 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*[19]). Jednakże część przedstawicieli doktryny prawa karnego uważa, iż do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii lekarz zobowiązany jest wyłącznie na wyraźne żądanie samego pacjenta. Przy czym uporczywą terapię definiują jako stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym

---

[16] Powyższy wymóg etyczny został potwierdzony w art. 20 ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* stanowiącym, że: „Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień".

[17] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. z 2 sierpnia 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

[18] Uzasadnienie rządowego projektu Kodeksu karnego z 1997 r., s. 184–185.

[19] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.).

cierpieniem; uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta. Podejmowanie działań o takim charakterze uznają za naruszenie zasady poszanowania godności człowieka. W tym zakresie stwierdzają, że obowiązek do podejmowania czynności leczniczych (i tak już zmodyfikowanych, bowiem nakierowanych nie na poprawę zdrowia, ale na utrzymanie komfortu życia) zostaje zastąpiony obowiązkiem odstąpienia od interwencji medycznych[20].

Zgodnie z ust. 1 art. 2 KEL lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z powołaniem do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, zapobiegania chorobom, leczenia chorych oraz niesienia ulgi w cierpieniu. Przykładowo można wskazać, iż sprzeczne z tym powołaniem byłoby chirurgiczne usunięcie zdrowej kończyny na żądanie pacjenta, wykorzystanie wiedzy medycznej i umiejętności medycznych przy torturach (patrz również: art. 74 KEL), operacja plastyczna mająca na celu zmianę wyglądu osoby ściganej, ułatwianie osobie skazanej uniknięcia odbycia kary więzienia, stosowanie środków i metod dopingowych w celach nieleczniczych (patrz również: art. 75 KEL), udział w eksperymentach medycznych, które mają na celu zmienianie natury ludzkiej (np. poprzez tworzenie chimer zwierzęco-ludzkich), dyskusyjnym, z punktu widzenia etycznego, może być zabieg aborcji (w sytuacji gdy ciąża nie zagraża życiu ani zdrowiu matki) lub tzw. sterylizacji na życzenie – ubezpłodnienia z innych względów niż medyczne.

Najwyższym nakazem etycznym dla lekarza ma być, stosownie do treści art. 2 ust. 2 KEL, dobro chorego (*salus aegroti suprema lex esto*). Przy czym mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. W 1999 r. European Federation of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation oraz ABIM Foundation wspólnie rozpoczęły przedsięwzięcie „Zasady wykonywania zawodu lekarza" (Medical Professionalism Project)[21]. W następstwie podjętych przez te organizacje prac powstała „Karta Lekarza", która została przyjęta przez Naczelną Radę Lekarską, oraz szereg polskich towarzystw medycznych (m.in. Polskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Towarzystwo Internistów Polskich)[22]. W tym dokumencie, jako jedną z zasad podstawowych wskazano **zasadę nadrzędności dobra pacjenta**. Stwierdzono, iż zasada ta wynika z poświęcenia się przez lekarzy służbie dla dobra pacjentów. Altruizm zwiększa zaufanie, które ma zasadnicze znaczenie dla relacji między lekarzem a pacjentem. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie mogą prowadzić do łamania tej zasady (to zdanie, stanowiące fragment „Karty Lekarza", zostało wprost implementowane do art. 2 ust. 2 KEL). Ponadto podkreślono

---

[20] M. Królikowski (red.), *Kodeks karny. Część szczególna*, t. I: *Komentarz do artykułów 117–221*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszaw a2013, komentarz do art. 150 kk.

[21] Więcej informacji w tym zakresie zawarto w sieci Internet, na stronie ABIM Foundation: http://www.abimfoundation.org/Professionalism/Medical-Professionalism.aspx.

[22] „Karta Lekarza" (Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians Charter), pierwotnie opublikowana w języku angielskim w: „Annals of Internal Medicine" (wydanie z dnia 5 lutego 2002 r., nr 136, s. 243–246) oraz w: „The Lancet" (wydanie z dnia 9 lutego 2002 r., nr 359, s. 520–522); tłumaczenie dr med. Piotr Gajewski, Anna Juda, dr med. Jacek Mrukowicz, lek. Wojciech Strojny.

wagę **zasady autonomii pacjenta**. Lekarze muszą szanować autonomię chorych, być wobec nich szczerzy, umożliwiać im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących leczenia. Wolę pacjenta należy traktować jako nadrzędną, o ile nie jest ona sprzeczna z zasadami etyki lekarskiej i nie oznacza żądania niewłaściwej opieki lekarskiej.

Oczywistym jest, iż możliwe jest zaistnienie konfliktu pomiędzy dobrem chorego a troską o zdrowie oraz życie innych ludzi. W szczególności dotyczy to groźnych chorób zakaźnych, których zdiagnozowanie może i powinno w wielu przypadkach stanowić podstawę do izolacji pacjenta od innych osób oraz do poddania go leczeniu, nawet wbrew jego woli[23]. W takiej sytuacji lekarz, troszcząc się o dobro chorego winien rozstrzygać na rzecz zdrowia publicznego nie tylko, gdy wynika to z przepisu prawa, ale także gdy zdrowie publiczne może być poważnie zagrożone[24].

Lekarz wykonując swoją pracę najczęściej korzysta ze środków farmakologicznych, koniecznych środków zaopatrzenia medycznego, wyspecjalizowanej aparatury medycznej. W wielu państwach świata, w tym w Polsce, świadczenia zdrowotne finansowane są w znaczącej części ze środków publicznych, co często także stanowi istotny czynnik oddziaływujący na decyzje podejmowane przez lekarzy. Jednakże obowiązkiem medyków jest nabycie rzetelnej wiedzy na temat dostępnej oferty środków farmakologicznych i niekierowanie się w ich wyborze zobowiązaniami w stosunku do producentów, a jedynie dobrem pacjenta, w tym jego interesem ekonomicznym. W procesie leczenia nie mogą mieć decydującego znaczenia także wymagania organów administracyjnych kładące np. główny nacisk na ekonomiczne aspekty danego rodzaju terapii, czy też modne w danym okresie w społeczeństwie metody leczenia, zabiegi diagnostyczne, preferencje co do stosowania określonych leków (np. bardzo popularne w ostatnim czasie cięcia cesarskie). W każdym przypadku lekarz, dokonując wyboru sposobu leczenia chorego, powinien mieć na względzie, iż decydujące znaczenie dla podjęcia takiej, a nie innej decyzji ma szeroko pojęte dobro pacjenta.

Art. 3.

Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

W czasach powszechnego konsensu odnośnie podstawowych praw człowieka, w tym zakazu dyskryminacji ze względu na jakiekolwiek kryterium, w szczególności rasę, narodowość, wyznanie, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarun-

---

[23] Obecnie taki obowiązek w przypadku określonych chorób zakaźnych wynika z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. 2008, Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).

[24] Wydawca: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie: *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz* (Biblioteka Prawa Medycznego i Bioetyki), oficyna wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa (skład, łamanie, druk i introligatornia Wydawnictwo „EMOL", komentarz do art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

kowania postanowienie art. 3 KEL wydaje się oczywistością i nie powinno budzić jakichkolwiek wątpliwości. Powyższy przepis odwołuje się do zasady sprawiedliwości społecznej, o której stanowi „Karta lekarza". Środowisko lekarskie musi opowiadać się za sprawiedliwością w systemie ochrony zdrowia, w tym także za sprawiedliwą dystrybucją jego zasobów. Lekarze powinni czynnie dążyć do wyeliminowania dyskryminacji w ochronie zdrowia ze względu na kolor skóry, płeć, status społeczno-ekonomiczny, pochodzenie etniczne, religię czy inne kategorie społeczne[25]. Lekarz niezależnie od swoich osobistych poglądów winien nieść pomoc wszystkim chorym, znajdującym się w nagłej potrzebie, widząc w nich przede wszystkim człowieka, a nie przedstawiciela danego światopoglądu, orientacji seksualnej czy też członka danej grupy etnicznej.

Warto zwrócić uwagę, iż w poprzednim brzmieniu powyższego przepisu Kodeksu etyki w miejscu słów: „powinien zawsze" znajdowały się słowa: „zarówno w czasie pokoju, jak i wojny". Należy zatem pamiętać, iż powinność wypełniania przez lekarza swoich obowiązków z poszanowaniem człowieka, w czasie wojny będzie również dotyczyć członków sił wrogich.

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Przepis art. 4 KEL wyraża ogólne przekonanie, że lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Natomiast w art. 7 KEL stwierdza się, iż w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Pojęcie „sumienia lekarza" jest nie tylko kategorią etyczną, ale w polskim systemie prawnym również kategorią prawną. Zgodnie z art. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*: „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". Natomiast stosownie do treści art. 39 ww. ustawy: „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego

---

[25] „Karta Lekarza" (Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians Charter), pierwotnie opublikowana w języku angielskim w: „Annals of Internal Medicine" (wydanie z dnia 5 lutego 2002 r., nr 136, s. 243–246) oraz w: „The Lancet" (wydanie z dnia 9 lutego 2002 r., nr 359, s. 520–522); tłumaczenie dr med. Piotr Gajewski, Anna Juda, dr med. Jacek Mrukowicz, lek. Wojciech Strojny.

powiadomienia na piśmie przełożonego”[26]. Powołany art. 30 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* ma brzmienie: „Lekarz ma obowiązek udzielać 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 przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w Stanowisku nr 74/13/P-VI z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej stwierdziło, że:

1. Podczas wykonywania zawodu lekarz powinien postępować zgodnie z nakazami i zakazami wynikającymi z przyjętych przez siebie zasad moralnych, światopoglądu oraz wyznawanych przekonań religijnych. Lekarze mogą zostać pozbawieni tego prawa tylko w sytuacjach niecierpiących zwłoki, wynikających z zagrożenia życia lub ciężkiego uszkodzenia zdrowia pacjentów. Prawa innych osób, tak długo, jak nie dochodzi do zagrożenia ich życia i zdrowia, nie mogą być podstawą do ograniczania lekarza w postępowaniu zgodnym ze wskazaniami swojego sumienia.
2. Lekarz ma prawo do odmowy udziału w procedurach niezgodnych z jego sumieniem (obejmuje ono w szczególności takie czynności jak wykonywanie, uczestnictwo, pomoc, orzekanie o stanie zdrowia mające na celu zakwalifikowanie do zabiegu niezgodnego z sumieniem lekarza).
3. Korzystając z klauzuli sumienia lekarz powinien przekazać swoje stanowisko pacjentowi oraz odnotować je w dokumentacji medycznej. Nie można jednak oczekiwać od lekarza korzystającego z klauzuli sumienia, aby oświadczał, jaki reprezentuje światopogląd i z jakich względów świadczenie uznał za niezgodne ze swoim sumieniem.
4. Korzystając z klauzuli sumienia, lekarz nie powinien wywierać wpływu na decyzję pacjenta, ani narzucać mu swojego poglądu. Odmowa wykonania świadczenia zdrowotnego ze względu na niezgodność z sumieniem nie powinna także przyjmować formy uzasadniania medycznego (w szczególności co do skuteczności lub bezpieczeństwa procedury).
5. Lekarz nie ma obowiązku wcześniejszego określania swoich poglądów. W związku z tym całkowicie nieuzasadnione są propozycje ustalania list lekarzy o określonych przekonaniach i ewentualna dyskryminacja ich przy zatrudnianiu.
6. Samorząd lekarski powinien udzielać pomocy we wszystkich przypadkach nieuprawnionego nacisku na autonomię lekarzy deklarujących wolę skorzystania z klauzuli sumienia.

Wobec licznych kontrowersji dotyczących tzw. klauzuli sumienia, Naczelna Rada Lekarska wydała również w dniu 17 października 2014 r. stanowisko w sprawie prawa

---

[26] Zdanie pierwsze utraciło moc z dniem 16 października 2015 r. na podstawie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14 (Dz. U. poz. 1633), w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, oraz w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.

lekarzy do postępowania w zgodzie z sumieniem (Stanowisko nr 19/14/VII), przypominając w nim o:

a) wynikającym z Kodeksu etyki lekarskiej obowiązku udzielania pomocy każdemu pacjentowi bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania;
b) wynikającym z ogólnych przepisów dotyczących wszystkich obywateli (w tym z Konstytucji Rzeczypospolitej oraz ratyfikowanych przez Polskę dokumentów międzynarodowych)[27] prawie do działania w zgodzie z własnym sumieniem;
c) wynikającym z przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza prawie lekarza do odmowy wykonania świadczenia niezgodnego z jego sumieniem lub aktualną wiedzą medyczną;
d) wynikającym z Kodeksu etyki lekarskiej prawie lekarza do zachowania swobody działań zawodowych w zgodzie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, z jednoczesnym poszanowaniem godności pacjenta i mając na uwadze przede wszystkim jego dobro zgodnie z zasadą „*Salus aegroti suprema lex esto*";
e) stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie treści art. 39 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* nakazującej lekarzowi korzystającemu z klauzuli sumienia wskazania realnych możliwości wykonania świadczenia budzącego sprzeciw sumienia lekarza w innym miejscu oraz złożeniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niekonstytucyjności tego zobowiązania[28].

---

[27] Chodzi przede wszystkim o art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, art. 18 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, rezolucję nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie prawa do klauzuli sumienia w ramach legalnej opieki medycznej z 2010 r. (tak: Stanowisko nr 74/13/P-VI Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej).

[28] Naczelna Rada Lekarska wystąpiła w marcu 2014 r. do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o stwierdzenie niezgodności przepisu art. 39 ustawy z Konstytucją w zakresie, w jakim:

1) nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego, pomimo, że zwłoka w udzieleniu tego świadczenia nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia;
2) nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania tych świadczeń u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym;
3) zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej lekarz ma prawo do odmowy udziału w procedurach niezgodnych z jego sumieniem (obejmuje ono w szczególności takie czynności jak wykonywanie, uczestnictwo, pomoc, orzekanie o stanie zdrowia mające na celu zakwalifikowanie do zabiegu niezgodnego z sumieniem lekarza). Prawo do skorzystania z klauzuli sumienia nie powinno być ograniczone we wszystkich sytuacjach wskazanych w treści art. 30 ustawy. Odmowa wykonania świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia nie może mieć miejsca tylko w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Nie jest jednak uzasadnione ograniczenie możliwości odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, o których mowa w art. 30 ustawy.

Korzystając z klauzuli sumienia, lekarz powinien przekazać swoje stanowisko pacjentowi oraz odnotować je w dokumentacji medycznej. Nie można żądać od lekarza korzystającego z klauzuli sumie-

Ponadto Rada stanęła na stanowisku, że lekarze mają prawo do korzystania z prawa do odmowy podejmowania działań niezgodnych z ich sumieniem i nie mogą być poddawani żadnym naciskom, dyskryminacji ani represjom z tego powodu. Naczelna Rada Lekarska stwierdziła jednocześnie, że stanowiska samorządu lekarskiego zrzeszającego wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów w sprawie sumienia mają charakter neutralny światopoglądowo i politycznie.

W dniu 7 października 2015 r., w sprawie o sygnaturze akt: K 12/14, Trybunał Konstytucyjny rozstrzygnął wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej o zbadanie zgodności art. 39 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z Konstytucją RP oraz aktami prawa międzynarodowego i orzekł:

1. Art. 39 zdanie pierwsze w związku z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2015, poz. 464) w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki", **jest niezgodny z zasadą prawidłowej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.**

2. Art. 39 zdanie pierwsze ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, **jest niezgodny z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.**

3. Art. 39 zdanie drugie ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza, wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego:

a) jest zgodny z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji,
b) nie jest niezgodny z art. 53 ust. 7 Konstytucji.

4. Art. 39 zdanie pierwsze ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej:

a) jest zgodny z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji,
b) nie jest niezgodny z art. 53 ust. 7 Konstytucji.

Uwzględniając powołane powyżej orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego (obecnie nie jest jeszcze dostępne uzasadnienie tegoż rozstrzygnięcia), przyjąć należy:

1) lekarz nie może odmówić wykonania legalnego i medycznie uzasadnionego świadczenia zdrowotnego, powołując się na klauzulę sumienia, w sytuacjach, o których

---

nia, aby swą decyzję w tym zakresie dodatkowo uzasadniał – wymóg uzasadniania takiej decyzji oraz odnotowywania tego uzasadnienia w dokumentacji jest nieproporcjonalny, ponieważ prowadzi do ujawnienia jaki lekarz reprezentuje światopogląd i z jakich względów świadczenie uznał za niezgodne ze swoim sumieniem. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nie jest również zasadne żądanie od lekarza wcześniejszego określania swoich poglądów np. poprzez ujawnienie możliwości powołania się na klauzulę sumienia.

mowa w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a mianowicie wtedy, gdy „zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta”[29];
2) lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować fakt odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego w dokumentacji medycznej[30];
3) lekarz, który wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby jest ponadto obowiązany do uprzedniego powiadomienia na piśmie swojego przełożonego.

Wobec zapadłego orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego nie jest obecnie jednoznaczne, jaki jest zakres obowiązku wskazania przez lekarza, który odmawia wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza bądź w innym podmiocie leczniczym. Jednak należy pamiętać, iż zgodnie z art. 7 KEL nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Ponadto należy mieć na względzie, iż obecnie art. 39 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* stanowi o powstrzymaniu się od wykonania świadczeń zdrowotnych. Natomiast definicję świadczenia zdrowotnego podaje przepis art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). W myśl tej ustawy świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Przepis art. 7 KEL zawęża podstawy odmowy, mowa w nim jest bowiem wyłącznie o prawie lekarza do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia, a więc tylko jednego z możliwych świadczeń zdrowotnych[31].

---

[29] Należy uznać za słuszne stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia, stwierdzające że: „Przepisy ustawy i zapisy kodeksów etycznych nie przyznają lekarzowi prawa od odmowy wykonania świadczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki. W takich sytuacjach osobiste przekonania moralne przedstawiciela zawodu medycznego muszą ustąpić wobec podstawowego obowiązku zawodowego, jakim jest troska o dobro pacjenta” (teza 18 i 19 stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia). Jednakże przez przypadki niecierpiące zwłoki należy rozumieć wyłącznie sytuacje, gdy „zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta”.

[30] Zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia: „[…] ustawowy obowiązek uzasadnienia i odnotowania przez profesjonalistę medycznego faktu odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego, należy zatem interpretować jako obligujący go do wskazania konkretnej zasady lub normy o charakterze moralnym, która – w jego opinii – zostałaby naruszona, gdyby podjął się on realizacji danego świadczenia. Niewystarczające jest ogólne stwierdzenie przedstawiciela zawodu medycznego, że jego zdaniem wykonanie danej procedury byłoby „niemoralne” czy „niezgodne z jego własnym sumieniem” (teza 17 stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia). W doktrynie prawa przyjmuje się natomiast, że z pewnością nie można wymagać od lekarza podania motywów, które zdecydowały o tym, że uznał, iż wykonanie danego świadczenia zdrowotnego jest sprzeczne z jego sumieniem, bo te motywy nie podlegają ocenie (tak: E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, LEX 2014, komentarz do art. 39 ustawy, teza 16).

[31] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, LEX 2014, komentarz do art. 39 ustawy, teza 4.

Należy wskazać, iż zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk lekarz ma prawo odmówić osobistego wykonania bądź współuczestniczenia w wykonaniu świadczenia zdrowotnego, jedynie wówczas, gdy działanie takie bezpośrednio narusza bądź stwarza bezpośrednie i realne zagrożenie dla dobra, które według jego przekonań moralnych powinno podlegać bezwzględnej ochronie (np. życia ludzkiego płodu)[32]. Ponadto w opinii Komitetu, przedstawiciel zawodu medycznego nie może, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić podjęcia działań, których celem jest dostarczanie pacjentowi informacji lub innych środków niezbędnych do podjęcia przez niego świadomej decyzji dotyczącej dalszego postępowania medycznego, które jest legalnie uzasadnione, w świetle aktualnej wiedzy medycznej i sytuacji zdrowotnej pacjenta[33].

W opozycji do stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. stoi opinia Zespołu ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. bioetycznych z dnia 14 lutego 2014 r., według której prawidłowa interpretacja klauzuli sumienia zakłada w szczególności co następuje:

– prawo do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego z powodu obiekcji sumienia jest immanentnie związane z osobową godnością człowieka i wynikającą z niej wolnością sumienia. Ograniczenie klauzuli sumienia może nastąpić tylko w drodze wyjątku – w ustawie, o ile jest to konieczne z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz prawa do ochrony zdrowia;
– sprzeciw sumienia jest podstawą do powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego. Do zakresu świadczeń zdrowotnych, których dotyczy klauzula sumienia, należy zaliczyć także wystawianie recept (np. recept na wczesnoporonne środki antykoncepcyjne) oraz skierowań na badania specjalistyczne przy uzasadnionym przekonaniu, że stanowią one część procedury nakierowanej na zniszczenie dobra, a nie tylko służą uzyskaniu informacji o stanie zdrowia pacjenta;
– obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz obowiązek odnotowania i uzasadnienia faktu skorzystania z klauzuli sumienia w dokumentacji medycznej, nie mają charakteru warunków, których spełnienie decydowałoby o możliwości skorzystania przez lekarza, pielęgniarkę, położną i farmaceutę z klauzuli sumienia. Są to tylko dodatkowe obowiązki spoczywające na lekarzu w przypadku powołania się na sprzeciw sumienia;
– podmiot leczniczy może wydać deklarację, że nie wykonuje się w nim określonych świadczeń zdrowotnych, o ile odmienny wniosek nie wypływa z katalogu rodzajów i zakresu świadczeń zdrowotnych zawartego w statucie danego podmiotu;
– ograniczenie klauzuli sumienia, wprowadzone do art. 39 przez odwołanie się do art. 30, dotyczy wyłącznie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, natomiast nie obejmuje „innych przypadków niecierpiących zwłoki”;

---

[32] Teza 22 stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia.

[33] Teza 23 stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia.

– obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych spoczywa na państwie, a nie poszczególnych lekarzach czy konkretnych podmiotach leczniczych[34].

Aktem prawa europejskiego obejmującym problematykę klauzuli sumienia, w tym klauzuli sumienia lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek jest Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej przyjęta 7 grudnia 2000 r., podczas posiedzenia Rady Europejskiej w Nicei przez Parlament Europejski, Radę i Komisję Europejską. Zgodnie z art. 10 Karty: „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i religii". Prawo to obejmuje wolność zmiany religii lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania, indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań poprzez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i uczestniczenie w obrzędach (ust. 1). Uznaje się prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa (ust. 2). Cały artykuł nosi tytuł: „Wolność myśli, sumienia i religii".

W dniu 7 października 2010 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy przyjęło rezolucję nr 1763 pt. „Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej". W rezolucji podkreślono prawo pracowników służby zdrowia i placówek służby zdrowia do odmowy wykonania lub udzielenia pomocy w przeprowadzeniu aborcji, poronienia, eutanazji lub jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować śmierć zarodka lub płodu ludzkiego. Choć rezolucje Zgromadzenia Parlamentarnego RE nie są stosowane bezpośrednio w prawie krajowym poszczególnych państw członkowskich, to jednak członkowie powinni je szanować, a dokumenty Rady Europy często ukierunkowują aktywność legislacyjną prawodawców krajowych.

Częste przypadki odmowy wydania skierowania na badania prenatalne lub wydania orzeczenia co do dopuszczalności przerwania ciąży albo odmowy wykonania zabiegu doprowadziły do kilku spraw sądowych. W jednej z takich spraw, dotyczącej odmowy skierowania kobiety na badania prenatalne w sytuacji, gdy było podejrzenie, że płód cierpi na chorobę Turnera (małżonkowie mieli już jedno dziecko urodzone z tą wadą), Sąd Najwyższy ustosunkował się bezpośrednio do kwestii klauzuli sumienia. W orzeczeniu z dnia 12 czerwca 2008 r., III CSK 16/08, OSNC 2009, nr 3, poz. 48, SN stwierdził m.in., że uprawnienie do przeprowadzenia badań prenatalnych wynika z prawa kobiety w ciąży do informacji o stanie płodu, jego ewentualnych schorzeniach i wadach oraz o możliwościach ich leczenia w okresie płodowym. Jeżeli lekarz z jakichkolwiek przyczyn, także światopoglądowych, nie chce wydać skierowania na takie badania, gdy pacjentka ma do nich prawo, powinien postąpić zgodnie z art. 39 ustawy *o zawodzie lekarza*, tj. wskazać realne możliwości uzyskania takiego skierowania od innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. O tym, że obowiązki te nie są przestrzegane, świadczy kolejna sprawa, która swój finał miała w Strasburgu. Europejski Trybunału Praw Człowieka w wyroku z dnia 30 października 2012 r. w sprawie 57375/08 P. i S. v. Polska, uznał, że doszło do naruszenia m.in. art. 8 EKPC (dotyczącego prawa do po-

---

[34] Kompletną treść Stanowiska Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych w sprawie klauzuli sumienia z dnia 14 lutego 2014 r. można odnaleźć w sieci Internet: http://episkopat.pl/dokumenty/pozostale/5717.1,Stanowisko_Zespolu_Ekspertow_KEP_ds_Bioetycznych_w_sprawie_klauzuli_sumienia.html.

szanowania życia prywatnego i rodzinnego) w odniesieniu do określenia warunków dostępu do legalnego przerwania ciąży. Uzasadniając wyrok w tej części, Trybunał stwierdził, że rząd Polski wywodzi prawo lekarzy do odmowy wykonania określonych świadczeń medycznych z powołaniem się na klauzulę sumienia z wolności przekonań sumienia i religii zagwarantowanej w art. 9 EKPC, niemniej jednak państwo jest zobowiązane do takiego zorganizowania swego systemu ochrony zdrowia, aby skorzystanie z tego uprawnienia przez lekarzy nie stało na przeszkodzie uzyskaniu przez pacjentki i pacjentów dostępu do usług, do których mają prawo. Chociaż co do zasady polskie prawo przewiduje mechanizm pozwalający na pogodzenie prawa lekarzy do korzystania z klauzuli sumienia z interesami pacjentów, w szczególności poprzez zobowiązanie lekarza do wskazania innego lekarza, który wykona dane świadczenie medyczne, niemniej jednak badana sprawa wykazała, że ten wymóg nie został spełniony w przypadku skarżącej P. Personel medyczny, do którego zwróciła się ona o pomoc, nie czuł się zobowiązany ani do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży (chodziło o 14-latkę, której ciąża wynikła z czynu zabronionego), a równocześnie dawał skarżącej mylące i wzajemnie sprzeczne informacje oraz nie zapewnił jej obiektywnego poradnictwa medycznego. Zabrakło również skutecznej procedury, w której ramach skarżąca i jej matka mogłyby przedstawić swoje racje, pomimo że już we wcześniejszym orzeczeniu ETPC z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie 5410/03 Alicja Tysiąc v. Polska, Rząd Polski został zobowiązany do stworzenia mechanizmu, który umożliwiałby kobietom w ciąży zamierzającym się poddać zabiegowi aborcji na skuteczne dochodzenie realizacji swego prawa do poszanowania życia prywatnego. Warto zaznaczyć, że w 2010 r. wprowadzono do ustawy *o prawach pacjenta* przepis art. 31 przewidujący możliwość wniesienia przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarskiego, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Procedura ta oceniana jest jednak jako mało efektywna[35].

Lekarz ma mieć zapewnioną swobodę działań zawodowych, przy czym muszą one być zgodne ze współczesną wiedzą medyczną[36]. Tym samym ma możliwość wyboru spośród różnych metod leczenia dopuszczonych przez naukę jako zgodnych z aktualnymi zasadami sztuki lekarskiej i wiedzy. Dokonując wyboru konkretnej metody me-

---

[35] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, LEX 2014, komentarz do art. 39 ustawy, teza 18, przytoczona w całości.

[36] Zgodnie z art. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*: „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". Natomiast zgodnie z art. 6 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*: „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej". Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r., sygnatura akt: V CSK 278/09 stwierdził, że: „Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), który gwarantować powinien, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia". Natomiast w wyroku z dnia 1 grudnia 1998 r., sygnatura akt: III CKN 741/98, Sąd Najwyższy stwierdził, że przy świadczeniu usług medycznych należy wykluczyć stosowanie metod i środków starych, nierokujących skuteczności (lub rokujących ją gorzej), jeśli są one powszechnie zastępowane nowymi metodami leczenia (orzeczenie opublikowane w: OSN z 1999 r., nr 6, poz. 112).

dyk powinien zawsze kierować się dobrem pacjenta oraz nakazem by ograniczać czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy (art. 2 ust. 2 KEL, art. 6 KEL). W trudnych przypadkach, gdy posiadane wiedza i doświadczenie, nie pozwalają na ostateczny wybór konkretnego sposobu leczenia, warto skonsultować się z innym, doświadczonym specjalistą lub zwołać konsylium lekarskie. W przypadku sprzeczności stanowisk lekarza prowadzącego oraz ordynatora, ostateczna decyzja powinna pozostawać w rękach ordynatora, ponieważ to on ponosi odpowiedzialność za sposób leczenia na oddziale. Lekarz prowadzący może jednak zażądać, aby ordynator wydał mu polecenie na piśmie.

Art. 5.

Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego, a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej.

Zgodnie z treścią art. 5 KEL izba lekarska, stanowiąca samorząd zawodowy, zobowiązana jest do czuwania na przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowania godności zawodu przez wszystkie osoby wykonujące zawód lekarza i lekarza dentysty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. 2009, Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów reprezentuje osoby wykonujące zawody lekarza i lekarza dentysty, sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Przy czym izby lekarskie są niezależne i w wykonywaniu swoich zadań podlegają tylko przepisom prawa[37]. Lekarz zamierzający wykonywać zawód, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu, zostaje równocześnie wpisany na listę członków tej izby lekarskiej[38].

Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane „przewinieniem zawodowym"[39]. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wszczynane jest i prowadzone przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Jeżeli prowadzone przez rzecznika postępowanie doprowadziło do stwierdzenia zaistnienia przewinienia zawodowego, formułuje on wniosek o ukaranie, który kierowany jest do właściwego okręgowego sądu lekarskiego. Następnie sprawa w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza rozpoznawana jest przez okręgowy sąd lekarski i ewentualnie, w drugiej instancji, Naczelny Sąd Lekarski. Sąd lekarski może orzekać następujące kary: 1) upomnienie; 2) nagana; 3) kara pieniężna; 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat; 5) ograniczenie zakresu czynności w wykony-

[37] Art. 2 ust. 3 ustawy *o izbach lekarskich*.
[38] Art. 6 ust. 1 ustawy *o izbach lekarskich*.
[39] Art. 53 ustawy *o izbach lekarskich*.

waniu 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[40].

Przez godność zawodu należy rozumieć wzorzec, jakim w ocenie społecznej powinno być zachowanie, sposób bycia i postawa lekarza. Za naruszenie godności zawodu, należy uważać każde zachowanie, które podważa szacunek do lekarza ze strony otoczenia, powoduje dezaprobatę społeczeństwa. Przy czym chodzi tu o każde zachowanie, które może przynosić ujmę korporacji lekarskiej bez względu na jego związek z wykonywaniem zawodu (na przykład lekarz nie powinien pojawiać się publicznie w stanie nietrzeźwości, nie powinien publicznie wyrażać się lub zachowywać wulgarnie, nie powinien wykorzystywać swojej pozycji do osiągania jakichkolwiek korzyści materialnych lub osobistych).

Ponadto w art. 5 KEL nałożono na Izbę Lekarską obowiązek podejmowania starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej. W tym celu organy samorządu zawodowego mogą formułować wystąpienia do władz ustawodawczych: Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, Prezydenta RP, rządu, wskazując na konieczność podjęcia nowej inicjatywy legislacyjnej lub dokonania niezbędnych zmian w już obowiązujących aktach prawnych, przedkładać opinie o projektach aktów prawnych. Celowe również wydaje się nawiązywanie kontaktu i współpraca z partiami politycznymi oraz organizacjami społecznymi, w celu zapewnienia jak najpełniejszego odzwierciedlenia zasad etyki lekarskiej w obowiązującym prawie. Powyższe zadanie może być wypełniane także poprzez przedstawianie postulatów oraz stanowisk środowiska lekarskiego w środkach masowego przekazu. W obecnie obowiązującym w Polsce systemie prawnym niezwykle istotne znaczenie ma również inicjowanie odpowiednich postępowań przed Trybunałem Konstytucyjnym, które w rezultacie może skutkować usunięciem z porządku prawnego przepisów prawa sprzecznych z zasadami etyki lekarskiej.

Streszczenie

Niniejszy artykuł omawia art. 1–5 Kodeksu etyki lekarskiej. Autor analizuje relację etyki lekarskiej i ogólnych norm etycznych, jak również zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego. Zwrócono także uwagę na relację lekarz–pacjent oraz nadrzędny cel przyświecający lekarzowi podczas wykonywania zawodu.

Słowa kluczowe: etyka lekarska, godność zawodu lekarskiego, autonomia pacjenta, klauzula sumienia, przewinienie zawodowe, Kodeks etyki lekarskiej

Comment to the Art. 1-5 of the Code of Medical Ethics

Summary

This article discusses the Art. 1–5 of the Code of Medical Ethics. The author analyzes the relationship of medical ethics and general ethical standards, as well as the medical profession as the

[40] Art. 83 ust. 1 ustawy *o izbach lekarskich*.

profession of public trust. Attention also emphasize on the doctor-patient relationship and the main aim of doing the medical profession.

Key words: *medical ethics, dignity of medical profession, patient autonomy, medical conscience clause, professional misconduct, Code of Medical Ethics*

Konstanty RADZIWIŁŁ
Dr n. med., Minister Zdrowia

Rozdział IIa Kodeksu etyki lekarskiej – związki lekarzy z przemysłem

Po wielomiesięcznej debacie w gronie entuzjastów przygotowujących w samorządzie lekarskim nowelizację uchwalonego w 1991 r. Kodeksu etyki lekarskiej, 20 września 2003 r. obradujący w Toruniu Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy uchwalił uchwałę nr 5 zmieniająca uchwałę w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej. W paragrafie 1 punkt 31 brzmiał: po art. 51 dodaje się rozdział IIa i IIb w brzmieniu: „Rozdział IIa Związki lekarzy z przemysłem…"[1]. Jeszcze kilka miesięcy zajęło prawnikom Naczelnej Izby Lekarskiej ustalenie jednolitego tekstu Kodeksu, który został opublikowany w postaci Obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z datą 1 stycznia 2004 r., a następnie wydrukowany w formie książeczki, która wraz ze styczniową „Gazetą Lekarską" (2004) dotarła do wszystkich członków samorządu lekarskiego w Polsce[2]. Od tego czasu kolejne roczniki lekarzy i lekarzy dentystów[3] kończących staż podyplomowy w wielu okręgowych izbach lekarskich otrzymują tę niewielką książeczkę wraz z dokumentem Prawa Wykonywania Zawodu. W ten sposób praktycznie wszyscy praktykujący w Polsce lekarze powinni nie tylko znać, ale także stosować zasady Kodeksu. Czy dzieje się tak w obszarze, który reguluje dodany w 2004 r. rozdział IIa opisujący zasady postępowania w przypadku podejmowania związków z przemysłem medycznym? Na ile, dziesięć lat po uchwaleniu nowej regulacji, środowisko stosuje się do zasad, które, poprzez swoich przedstawicieli, narzuciło samo sobie?

Wśród wielu zagadnień etyki i deontologii lekarskiej problem związków lekarzy z przemysłem jest stosunkowo nowy. Wprawdzie kwestię konfliktu interesów dostrzegano na świecie już od kilku dziesięcioleci, ale w Polsce był to problem stosunkowo mało poznany. Jeśli chodzi o wytyczne dotyczące relacji lekarzy i przemysłu, to takie dokumenty na świecie powstawały i wcześniej i później. Gdy np. Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) podpisywał deklarację wspólną z Europejską Federacją Przemysłu Farmaceutycznego (EFPIA)[4] lub z Europejskim Stowarzyszeniem Prze-

---

[1] Uchwała nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniająca uchwałę w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej, http://www.nil.org.pl/dokumenty/krajowego-zjazdu-lekarzy?queries_typ_query_posted=1&queries_typ_query=&queries_kadencja_query_posted=1&queries_kadencja_query=Nadzwyczajny+VII+Krajowy+Zjazd+Lekarzy&search_page_1405_submit_button=Wy%C5%9Bwietl&current_result_page=1&results_per_page=10&submitted_search_category=&mode=results.

[2] http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej.

[3] W całym dalszym tekście, dla jego większej przejrzystości, ilekroć mowa jest o lekarzu/lekarzach, autor ma na myśli także lekarza dentystę/lekarzy dentystów.

[4] http://www.cpme.eu/cpme_-_efpia_joint_declaration_on_the_cooperation_between_the_medical_profession_and_the_pharmaceutical_industry/.

mysłu Technologii Medycznej (Eucomed)[5], polski samorząd lekarski miał już swoje przepisy w tej materii (z których część znalazła się *in extenso* w tych dokumentach). Trzeba jednak dodać, że w wielu krajach Ameryki Północnej i Europy Zachodniej różnej rangi wytyczne, standardy, a nawet przepisy prawa w tym zakresie istniały już wcześniej.

Polskie „zapóźnienie" w tym zakresie miało swoje źródło w tym, że Polska jako miejsce prowadzenia badań skuteczności leków oraz rynek leków zagranicznych jako nowe zjawiska zaistniały na większą skalę dopiero na początku lat dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku. Dopiero wtedy, wraz z nimi, pojawiły się problemy, które wymagały regulacji. Przepisy bowiem potrzebne są tam, gdzie dochodzi do naruszenia niepisanych, dobrych obyczajów i zasad. Osoby zajmujące się etyką medyczną, dostrzegły fakt narastającej skali naruszeń zasady obiektywizmu w relacjach z przemysłem usiłującym poszerzać pole swoich wpływów.

Zauważono, że znacząca część relacji lekarzy z przedstawicielami przemysłu co najmniej narusza dobre obyczaje, w wielu zaś miejscach budzi podejrzenie o powodowanie nieobiektywizmu np. przy podejmowaniu decyzji o stosowaniu leków. Coraz powszechniejsza obecność przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego w gabinetach lekarskich i na oddziałach szpitalnych nie miała, co było oczywiste, charakteru czysto informacyjnego. Pełne prezentów (nie zawsze o symbolicznej wartości) torby tzw. repów pustoszejące po opuszczeniu placówek, niejednemu dawały do myślenia. W relacjach lekarzy z przedstawicielami firm dominować zaczął daleki od ideału model transakcyjny. Praktyki dostarczania gotowych recept z kopią, z których lekarze byli okresowo rozliczani stały się nierzadkim „obyczajem". Wynagrodzenia i inne korzyści lekarzy współpracujących z przemysłem w różny sposób, przynajmniej w powszechnym mniemaniu, były astronomiczne w porównaniu z ówczesnymi zarobkami w służbie zdrowia.

W tym samym czasie lekarze coraz częściej wyjeżdżający na zagraniczne kongresy i sympozja (często zresztą indywidualnie sponsorowani przez firmy farmaceutyczne) ze zdziwieniem słyszeli pojawiające się przed wystąpieniami wykładowców deklaracje konfliktu interesów lub jego braku. Wielu z nich wcześniej nie dostrzegała niebezpieczeństwa stronniczości, twierdząc, że ich uczciwość jest wystarczającą tarczą chroniącą ich przed pokusą nieobiektywizmu.

Wielu lekarzy, na co dzień niemających żadnego związku z badaniami naukowymi, nieznających zasad obowiązujących prowadzących eksperymenty z udziałem ludzi, z dnia na dzień podpisywało umowy z przedstawicielami firm farmaceutycznych ustanawiające ich „badaczami". Szczególnie często były to „badania" leków obecnych już na rynku, tzw. badania czwartej fazy. Prawdopodobnie wielu z uczestniczących w nich lekarzy do dziś uważa, że uczestniczyło w czymś ważnym i nie dostrzega, że często „badanie" polegało po prostu na promocji jakiegoś leku. Wielu lekarzy otrzymywało sowite wynagrodzenie za samo pozyskanie pacjentów do badania, o którym nie wiedzieli zbyt wiele.

---

[5] http://www.cpme.eu/cpme_-_eucomed_joint_declaration_on_the_cooperation_between_the_medical_profession_and_the_medical_technology_industry/.

Ta rzeczywistość, kładąc się cieniem na całym środowisku lekarskim, zaczęła być dostrzegana nie tylko przez samych lekarzy, ich przełożonych, organizatorów ochrony zdrowia, ale także przez polityków, środki masowego przekazu i społeczeństwo. Sytuacja dojrzewała do wybuchu.

W tych okolicznościach samorząd lekarski, prawem zobowiązany do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty, musiał podjąć środki zaradcze. Zapadła decyzja o stworzeniu zasad obowiązujących wszystkich na najwyższym dostępnym poziomie – nowelizacji niezmienianego od dziesięciu lat Kodeksu etyki lekarskiej. Sięgnięto do dokumentów obowiązujących w organizacjach lekarskich innych krajów, dostosowano je do konkretnych sytuacji zdarzających się w polskiej praktyce i opracowano nowy rozdział zawierający siedem dodatkowych artykułów.

Na Krajowym Zjeździe Lekarzy w Toruniu, gdzie „do czerwoności" rozgrzewały delegatów („zagrzewanych" do walki także przez polityków i media z zewnątrz sali) artykuły dotyczące spraw prokreacji nowy rozdział nie wzbudził specjalnych emocji. Został on przyjęty znaczną większością głosów bez większej dyskusji i sprzeciwów.

Powoli sytuacja zaczęła się zmieniać. Warto przyjrzeć się, jakich istniejących wówczas problemów dotyczą uchwalone przepisy i jak pod ich wpływem zmieniają się zachowania lekarzy mających związki z przemysłem.

Art. 51a.

1. Lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza.

2. Lekarz może przyjąć zapłatę od producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) za wykonaną pracę, prowadzenie szkoleń i badań, które pogłębiają wiedzę medyczną lub zawodową, jeżeli ta zapłata jest współmierna do wkładu pracy lekarza.

Art. 51a poprzeczkę wymagań stawia bardzo wysoko: nie tylko zabrania lekarzowi przyjmowania korzyści od przedstawicieli przemysłu, jeśli ograniczałoby to jego obiektywizm zawodowy, ale także, gdy ta sytuacja mogłaby podważyć zaufanie do zawodu. Oznacza to w praktyce obowiązek każdorazowej własnej oceny sytuacji i unikania takich relacji, które ze względu na swój charakter, partnerów lub inne okoliczności, wyglądają na „podejrzane". Szczególną cechą tej relacji jest oczywiście wynagrodzenie za wykonaną na rzecz przemysłu pracę. Kodeks lekarzowi pozostawia prawo do samooceny, ale dyrektywa jest prosta: należy unikać sytuacji, w których jest ono na poziomie, który budzi podejrzenie o to, że zapłata mogłaby być wynagrodzeniem za coś innego niż wykonana praca. Wydaje się, że zasady narzucone przez powyższy przepis zmieniły w zasadniczy sposób postrzeganie przez środowisko lekarskie relacji z przemysłem. Podtrzymując przekonanie o ich nieuchronności i potrzebie, lekarze dostrzegają jednocześnie ryzyko, jakie niosą one za sobą. Coraz większa liczba lekarzy zadaje sobie pytanie: czy warto?

Art. 51b.

Lekarzowi mającemu związki finansowe z przemysłem medycznym nie wolno w żaden sposób odstąpić od podejmowania w pełni obiektywnych decyzji klinicznych lub działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach.

Art. 51b jeszcze raz przypomina, że dobro pacjenta jest pierwszym celem działań podejmowanych przez lekarza bez względu na to czy jest to relacja diagnostyczno-terapeutyczna, czy też mająca charakter badań naukowych. Finanse nie mogą mieć żadnego wpływu na obiektywizm lekarza. Wydaje się, że dostrzeganie konfliktu interesów, który zwiększa ryzyko stronniczości jest wśród lekarzy coraz powszechniejsze.

Art. 51c.

Lekarz powinien ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów.

Art. 51c nawiązuje do powszechnie obowiązującej na świecie zasady publikowania przez lekarzy wykładowców i autorów publikacji istniejących konfliktów interesów, które mogłyby zagrozić ich bezstronności. Wydaje się, że w sytuacji nieistnienia lepszego sposobu obrony przed ewentualną stronniczością, obyczaj ten coraz częściej obecny także na polskich zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych oraz w wydawnictwach medycznych jest oczywistym pozytywnym skutkiem powyższej regulacji.

Art. 51d.

Lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Lekarz nie powinien uczestniczyć w badaniach naukowych, których celem jest promocja tych produktów.

Art. 51d przypomina ogólne zasady prowadzenia badań w medycynie zawarte np. w art. 41a i art. 46 Kodeksu. W szczególny sposób przestrzega on lekarzy przed angażowaniem się w wątpliwej jakości badania (np. niektóre badania leków już zarejestrowanych – tzw. badania IV fazy), których prawdziwym celem jest raczej zachęta do ich stosowania, niż dotarcie do jakiejś prawdy o ich skuteczności lub bezpieczeństwie. Wszystko wskazuje na to, że dość powszechnie stosowana przez firmy farmaceutyczne taka właśnie taktyka promocji leków, dzięki ujawnieniu tego mechanizmu, obecnie zanika.

Art. 51e.

Lekarz powinien ujawniać swoje powiązania z producentem leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) pacjentom, którzy mają być poddani badaniom sponsorowanym przez tego producenta.

Szczególny obowiązek informowania pacjentów będących pod opieką lekarza, którym proponuje się udział w badaniach, o tym, że są one sponsorowane przez określoną firmę, a lekarz ma także osobisty interes w ich prowadzeniu, pozwala „oczyścić" relację pacjent–lekarz z podejrzliwości, która może być rujnująca dla procesu leczenia. Standard w tym zakresie zmienia się szybko i środowisko lekarskie podąża nie tylko za zobowiązaniami etycznymi, ale także za szybko narastającym przekonaniem wielu pacjentów o ich niezbywalnym prawie do świadomego wyrażania zgody na jakiekolwiek działania lekarza.

Art. 51f.

Lekarz nie może przyjmować wynagrodzenia za samo skierowanie pacjenta na badania prowadzone lub sponsorowane przez producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego).

Jeszcze kilka lat temu praktyka wynagradzania lekarzy za pozyskiwanie pacjentów do badań sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne była powszechna. Dziś, między innymi dzięki zidentyfikowaniu problemu przez przepis art. 51f Kodeksu odchodzi ona do historii.

Art. 51g.

Lekarz biorący udział w badaniach na zlecenie producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi przeciwdziałać nieobiektywnemu przedstawianiu ich wyników w publikacjach.

Art. 51g ponownie przypomina o hierarchii zobowiązań lekarza badacza: na pierwszym miejscu dobro chorego, na drugim dobro nauki, a dopiero za nimi zobowiązania biznesowe. Sponsor eksperymentów prowadzonych przez lekarza musi pogodzić się z tym, że jeśli zasada taka nie zostanie spełniona, to lekarz nie mógłby uczestniczyć w badaniu. Wydaje się, że polska nauka nie odbiega tu już od standardu światowego.

Czy wobec tego skrótowego przeglądu przepisów rozdziału IIa Kodeksu etyki lekarskiej można mówić o rozwiązaniu problemów etycznych związanych z relacjami lekarzy z przemysłem medycznym? Na pewno nie. W międzyczasie także regulator państwowy podejmował decyzje opisujące precyzyjnie, jak te relacje powinny wyglądać (np. ustawa z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne*[6], ustawa z dnia

[6] Dz. U. 2008.45.271.

12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*[7] i akty wykonawcze do nich), a za decyzjami podjętymi przez EFPIA, polski innowacyjny przemysł farmaceutyczny od 2013 r powoli wdraża tzw. Kodeks Przejrzystości[8], który zakłada publikowanie na stronach internetowych firm farmaceutycznych wszelkich wynagrodzeń wypłaconych lekarzom z tytułu współpracy. Nie wydaje się także, aby wizerunek relacji lekarzy z przemysłem medycznym poprawił się choć trochę w mediach. Widać zatem, że nadal jest jeszcze wiele do zrobienia. Nie ma jednak wątpliwości, że obraz tego obszaru aktywności lekarskiej w ciągu ostatnich dziesięciu lat zmienił się radykalnie na lepsze. Jest w tym z całą pewnością duży udział obowiązujących od tego czasu i konsekwentnie popularyzowanych przepisów Kodeksu etyki lekarskiej.

Streszczenie

Niniejszy artykuł dotyczy rozdziału IIa Kodeksu Etyki Lekarskiej, zatytułowanego „Związki lekarzy z przemysłem". Rozdział ten obejmuje przepisy art. 51a–51g KEL. Autor przytacza historię uchwalenia wskazanych przepisów oraz przytacza je kolejno, a następnie dokonuje ich omówienia z punktu widzenia praktykującego lekarza.

Słowa kluczowe: przemysł farmaceutyczny, związki lekarzy z przemysłem, konflikt interesów, Kodeks etyki lekarskiej

Chapter 2a of the Code of Medical Ethics, entitled „Relations of physicians with industry"

Summary

The article refers to Chapter 2a of the Medical Code of Ethics, entitled „Relations of physicians with industry". The Chapter comprises regulations Art. 51a...51g of the Code. The author refers to the history of passing the concerned provisions, mentioning them one by one, and finally discusses them from the viewpoint of the practising physician.

Key words: *pharmaceutical industry, relations of physicians with industry, conflict of interest, Code of Medical Ethics*

[7] Dz. U. 2011.122.696.
[8] G. Makowski, *Jak na zdezynfekowanej dłoni*, „Rzeczpospolita" z 15 października 2014 r.

Daria BIEŃKOWSKA
Mgr, Wydział Prawa, Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS

Związki lekarza z przemysłem farmaceutycznym. Aspekty prawne

Niniejsze opracowanie dotyczy analizy artykułów zawartych w Rozdziale IIa Kodeksu etyki lekarskiej[1] zatytułowanego *Związki lekarzy z przemysłem*. Omawiane w nim są właściwe relacje lekarza z przemysłem, jak i przeciwdziałanie niepożądanym praktykom lekarskim w kontaktach z korporacjami przemysłu medycznego i farmaceutycznego. Jest to stosunkowo nowy rozdział. Do Kodeksu etyki lekarskiej dodany został w 2003 roku, zgodnie z sugestią prof. Andrzeja Szczeklika, ze wskazań normatywnych „Karty Lekarza" opracowanej przez Europejską Federację Towarzystw Medycyny Wewnętrznej, Amerykańskie Kolegium Lekarzy oraz Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Wewnętrznej[2]. Organizacje te nakreśliły zasady etycznego postępowania lekarzy w interakcji z sektorem farmaceutycznym. Kładzie się tu duży nacisk m.in. na kwestie podarunków, prezentów dla lekarzy, które mogłyby ograniczyć ich obiektywizm zawodowy[3]. Owe zasady miały pomóc w refleksji etycznej dotyczącej zawodu lekarza. Niemniej jednak w żaden sposób nie zastąpią swobodnego namysłu nad jego osobistą postawą, której istotą jest wolność wykonywania zawodu lekarskiego, zgoda ze swoim sumieniem, jak i współczesną wiedzą medyczną, by działać przede wszystkim na korzyść pacjenta, którego dobro jest najwyższą wartością.

Charakter prawny Kodeksu etyki lekarskiej

Charakter prawny Kodeksu etyki lekarskiej stanowi źródło licznych wątpliwości. Doktryna niejednokrotnie próbowała zmierzyć się z problemem, podejmując próby jego

---

[1] *Kodeks etyki lekarskiej. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy*, NRL, Warszawa 2004 (dalej cyt. jako KEL).

[2] Por. T. Biesaga, *Kodeks etyki lekarskiej*, „Medycyna Praktyczna" 2006, nr 9, s. 20–25.

[3] Organizacje te przyjęły wytyczne dotyczące interakcji na linii lekarz–sektor przemysłu farmaceutycznego. Zapisy wytycznych stanowią, iż „zdecydowanie odradza się lekarzom przyjmowanie prezentów, poczęstunków, wycieczek oraz subwencji od przedstawicieli jakiegokolwiek przemysłu. Lekarz nie powinien akceptować takich korzyści, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub w odczuciu społecznym stwarza takie ryzyko. Ocenę, czy zależność oparta na wdzięczności za prezent jest właściwa z etycznego punktu widzenia, mogą ułatwić odpowiedzi na następujące pytania: 1. Co o takiej zależności sądziliby moi pacjenci? 2. Jaki jest stosunek do takich zależności opinii publicznej? 3. Jak bym się czuł, gdyby taki związek został ujawniony przez media? 4. W jakim celu przedstawiciel firmy składa mi tę propozycję? 5. Co o takiej umowie sądziliby moi koledzy? 6. Co bym pomyślał, gdyby mój lekarz przyjął taką propozycję? K. Wroński, *Prawne aspekty promocji produktów leczniczych*, „Prawo i etyka w medycynie. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska" 2011, nr 8(2), s. 285–290.

rozwiązania zmierzające z jednej strony do uznania KEL za akt zawierający normy prawne[4], z drugiej zaś – broniące stanowiska, iż KEL zawiera w sobie jedynie normy etyczne[5]. Pierwsze stanowisko reprezentowane było przez sędziów Trybunału Konstytucyjnego wyrażone w *votum separatum* zgłoszonym do postanowienia TK z dnia 7 października 1992 r.[6] Broniono wówczas tezy, iż KEL nosi znamiona aktu normatywnego, ponieważ został uchwalony w trybie określonym ustawą i ma wobec tego moc obowiązującą, a jego przestrzeganie obwarowane jest sankcjami przewidzianymi w przepisach o izbach lekarskich. Jak wskazuje A. Wasilewski i S. Biernat KEL, będąc aktem wykonawczym do ustaw o izbach lekarskich, jest usytuowany w systemie źródeł prawa, wobec czego zapisy Kodeksu powinny zachować zgodność nie tylko z ustawą macierzystą, ale i z przepisami innych wyżej usytuowanych aktów[7].

Z kolei Trybunał Konstytucyjny w wyżej wspomnianym orzeczeniu wskazuje jednoznacznie, że KEL nie jest aktem prawnym[8]. Słuszność takiego stanowiska poparta została art. 33 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich*[9], który nie zawiera żadnych wskazań co do obowiązku ustawodawcy uznania zasad deontologii lekarskiej jako aktu wykonawczego do ustawy. TK stwierdził, iż normy etyczne KEL dookreślają treść norm ustawy *o izbach lekarskich*[10].

W podobnym tonie wypowiedział się TK w wyroku z dnia 23 kwietnia 2008 r.[11] stwierdzając, iż postanowienia KEL, ujęte w izolacji od właściwych przepisów ustawowych, należą do odrębnego porządku normatywnego (tzw. deontologicznego) i uzyskują walor prawny w obszarze prawa powszechnie obowiązującego właśnie ze względu na ustawę *o izbach lekarskich* i w zakresie określonym przez jej przepisy, w szczególności zaś art. 4 tej ustawy, stanowiący podstawę prawną wydania KEL. Zwraca uwagę fakt, iż „KEL ma niewątpliwie charakter generalny (dotyczy określonej kategorii nie-

---

[4] A. Wasilewski, S. Biernat, *Aktualizacja porządku prawnego – potrzeby i rygory*, „Państwo i Prawo" 1992, z. 5, s. 11–13.

[5] Zob. „Gazeta Prawna. Pl", Rozmowa z L. Kubickiem: *Nie można karać lekarzy na podstawie kodeksu etycznego*, http://praca.gazetaprawna.pl/wywiady/29549,nie_mozna_karac_lekarzy_na_podstawie_kodeksu_etycznego.html, 30.03.2015.
W ocenie autora, KEL, uchwalany na krajowych zjazdach na podstawie ustawy *o izbach lekarskich*, stanowi zespół przepisów, na podstawie których sądy lekarskie mogą orzekać kary w stosunku do członków samorządu lekarskiego. Kary te mogą mieć poważne konsekwencje, np. okresowe lub definitywne pozbawienie prawa do wykonywania zawodu.

[6] Zob. OTK z 7 października 1992 r., U 1/92, nr 2, poz. 38.

[7] A. Wasilewski, S. Biernat, op. cit., s. 11.

[8] Por. OTK z 7 października 1992 r., U 1/92, nr 2, poz. 38, pkt 1 i 2.

[9] Art. 33 pkt 1 ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. 2009, Nr 219, poz. 1708) stanowi, że okręgowa komisja wyborcza ogłasza wyniki wyborów oraz informację o uzyskaniu, zawieszeniu albo wygaśnięciu mandatu w formie obwieszczenia, które przekazuje do publikacji w Biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej.

[10] Por. OTK z 7 października 1992 r. Takiemu ujęciu sprzeciwił się sędzia K. Działocha, który poddał pod wątpliwość tezę, iż normy etyczne pełnić mogą funkcję dookreślającą normy prawne. Normy prawne powinny bowiem uzależniać obowiązek zawarty w dyspozycji od tego, czy określone działanie jest zgodne z zasadami współżycia społecznego, dobrymi obyczajami bądź zasadami uczciwego obrotu. Nadto, w ocenie sędziego, niemożliwa jest inkorporacja norm KEL do systemu prawa, ponieważ zabieg ten dotyczyć może wyłącznie norm jednorodnych rodzajowo.

[11] Wyrok TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., Sygn. akt SK 16/07.

zindywidualizowanych imiennie adresatów) i abstrakcyjny (jego treść nie wyczerpuje się w jednostkowym nakazie określonego zachowania się). Ze względu na źródło i charakter prawny zawartej w nim reguły postępowania, kwestionuje się natomiast jej samodzielny charakter normatywny"[12]. Mamy tu do czynienia z tzw. koncepcją „złożonej normy ustawowej" dookreślanej następnie przez treść konkretnego postanowienia aktu uchwalanego przez organ samorządu zawodowego. Norma etyczna dookreśla jedynie normę prawną i jako taka może stać się przedmiotem oceny jej zgodności np. z Konstytucją[13].

Koncepcja złożonej normy ustawowej wpisuje się w omawianą problematykę współpracy lekarzy z przemysłem farmaceutycznym obejmującą m.in. zakres badań klinicznych produktów i monitorowania ich bezpieczeństwa. Są to formy współpracy prawnie unormowane, gdzie – zgodnie z prawem farmaceutycznym[14] – badania wpisują się w zakres eksperymentu medycznego. Z kolei przeprowadzanie eksperymentu medycznego zostało uregulowane w ustawie *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*[15]. Ponadto wszelkie kwestie związane z reklamą produktów leczniczych[16] również zo-

---

[12] „[…] tak, w odniesieniu do aktów korporacji adwokackiej i radcowskiej". Wyrok TK z dnia 18 lutego 2004 r., P 21/02, OTK ZU nr 2/A/2004, poz. 9.

Por. Wyrok TK z dnia 23 kwietnia 2008 r. dotyczący skargi konstytucyjnej Zofii Szychowskiej o zbadanie zgodności: art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. Nr 30, poz. 158, ze zm.), dookreślonych przez normę art. 52 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej w związku z treścią przyrzeczenia lekarskiego w części „nie podważając zaufania do nich (kolegów lekarzy)", w zakresie, w jakim przepisy te ograniczają konstytucyjną zasadę wolności słowa i prawa do krytyki, z art. 54 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3, art. 17 ust. 1 i art. 63 Konstytucji oraz w związku z art. 10 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

[13] Tak przyjął np. Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z 7 października 1992 r, gdzie postanowił, iż przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego nie może być sama norma etyczna, a jedynie norma prawna, którą norma etyczna dookreśla. Por. Wyrok TK z dnia 23 kwietnia 2008 r.

[14] Ustawa z dnia 6 września 2001 r., Dz. U. 2008, Nr 45, poz. 271.

[15] Ustawa wymaga, aby prowadzącym eksperyment był lekarz posiadający odpowiednio wysokie kwalifikacje. Wymogi dotyczące osoby lekarza kierującego eksperymentem zawarte są dodatkowo w rozporządzeniu dotyczącym monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych, które wymaga, by podmiot posiadający zezwolenie na dopuszczenie leku do obrotu zapewnił zatrudnienie na podstawie umowy o pracę osobie posiadającej dyplom lekarza, lekarza stomatologa lub magistra farmacji, jak i odpowiednie doświadczenie zawodowe (zob. art. 37 a ustawy *Prawo farmaceutyczne*, art. 23 ustawy *o zawodzie lekarza* oraz § 4 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2003 r. *w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych*, Dz. U. Nr 47, poz. 405).

[16] Reklamę produktów leczniczych może prowadzić tylko osoba do tego uprawniona. W przypadku prowadzenia reklamy przez osobę do tego uprawnioną z naruszeniem przepisów prawa farmaceutycznego (art. 129). Należy jednocześnie zaznaczyć, że przedstawiciel handlowy firmy farmaceutycznej nie może oferować korzyści majątkowych ani osobistych, zarówno lekarzom uprawnionym do wystawiania recept, jak i pracownikom aptek. Art. 128 *Prawa farmaceutycznego* stanowi, iż podmiot, który w ramach reklamy lub w celu promocji sprzedaży produktu leczniczego daje lub obiecuje osobom uprawnionym do wystawiania recept, właścicielom lub pracownikom aptek korzyści materialne przekraczające znikomą wartość materialną, w szczególności prezenty, nagrody, wycieczki, a także organizuje lub finansuje dla osób uprawnionych do wystawiania recept, właścicieli lub pracowników aptek spotkania promocyjne produktów leczniczych, podczas których podejmuje w stosunku do zaproszonych działania przekraczające główny cel spotkania, podlega karze grzywny; podobnej karze podlega osoba, która takie korzyści materialne przyjmuje. Z kolei w myśl art. 128 ust. 2 *Prawa farmaceutycznego*, tej samej karze (tj. grzywny) podlega osoba, która przyjmuje korzyści materialne, o których mowa w ust. 1. Problem jest złożony, na co wskazuje przykład koncernu *Pfizer*, który w wyniku

stały prawnie uregulowane przez prawo farmaceutyczne, gdzie przekroczenie zakresu określonych norm wiąże się z odpowiedzialnością karną.

Wobec czego, traktując zapisy zawarte w KEL *per analogiam* w stosunku do koncepcji złożonej normy prawnej, należy mieć świadomość, iż naruszenie norm etycznych może stanowić naruszenie przepisów o zawodzie lekarza i dentysty, a tym samym jest przesłanką do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności zawodowej[17]. Co więcej, zaznaczyć należy, iż w określonych przypadkach nieprzestrzeganie norm z zakresu deontologii lekarskiej może doprowadzić, do nieprzestrzegania zasad *lege artis* i mieć wpływ na kwestię odpowiedzialności karnej[18]. W świetle analizowanych artykułów KEL będą to przestępstwa przyjęcia korzyści majątkowych lub osobistych (przestępstwo łapownictwa biernego)[19], spenalizowane w Kodeksie karnym[20].

---

ugody zawartej z Komisją Papierów Wartościowych i Giełd oraz Departamentem Sprawiedliwości zapłacił 60,2 mln USD kary za praktyki korupcyjne w Europie Środkowej i Chinach. W latach 2003–2004 r. *Pfizer* zorganizował bowiem 10 tzw. weekendów edukacyjnych w kurortach Austrii i Słowacji dla 920 czeskich lekarzy. W Bułgarii przedstawiciele handlowi umawiali się z lekarzami na konkretne ilości leków, jakie mieli przepisać w zamian za udział w wycieczkach. W Chinach stworzono dla lekarzy *quasi*-program lojalnościowy, w ramach którego otrzymywali oni punkty w zamian za przepisywanie leków producenta. Dane podaję za P. Polak z jej pracy doktorskiej dotyczącej praktyk korupcyjnych na styku medycyny i biznesu. Zob. serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/704569,niebezpieczne_zwiazki_czyli_jak_firmy_farmaceutyczne_prosto_korumpuja_lekarzy.html, 22.01.2016.

[17] Por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarzy w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Kraków 2009, s. 117 i n.

[18] R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna…*, s. 117.

[19] Pojęcie korzyści materialnej i osobistej nie ma definicji legalnej na gruncie Kodeksu karnego. Art. 115 § 4 k.k. definiuje korzyść majątkową i osobistą, jednakże nie są to definicje pełne. W myśl tych definicji, korzyścią majątkową lub osobistą jest korzyść zarówno dla siebie, jak i dla kogoś innego. Wskazuje się zatem wyłącznie na beneficjentów i korzyści, pomijając istotę tego, czym w rzeczywistości są korzyści majątkowe i osobiste. Jak wskazuje J. Majewski, definicja zawarta w art. 115 § 4 k.k. ma tylko ten walor, że wyklucza ewentualne rozbieżności interpretacyjne co do tego, czy korzyścią majątkową lub osobistą jest korzyść wyłącznie dla sprawcy, czy również dla kogoś innego. Zob. J. Majewski, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, t. I, red. A. Zoll, Warszawa 2007, s. 1182.

Z uwagi na niepełny charakter definicji legalnej korzyści majątkowej zasadnym jest więc poszukiwanie jej znaczenia również poza treścią art. 115 § 4 k.k. i poddanie analizie tekstu całego Kodeksu karnego z 1997 r. Zabieg ten pozwala dostrzec, w jakich sytuacjach ustawodawca zamieszcza pojęcie korzyści majątkowej – w części ogólnej (art. 33 § 2, art. 45 § 1, 2 i 6, art. 52, art. 112 pkt 5, art. 115 § 3, 4 i 22 pkt 6), szczególnej (art. 199 § 3, art. 204 § 1 i 2, art. 211a, art. 228 § 1, 3, 4, 5 i 6, art. 229 § 1, 3, 4, 5 i 6, art. 230 § 1, art. 230a § 1 i 3, art. 231 § 2, art. 250a § 1 i 2, art. 264a § 1 i 2, art. 271 § 3, art. 278 § 2, art. 282, art. 286 § 1 i 2, art. 287 § 1, art. 296 § 2, art. 296a § 1, 2 i 5, art. 299 § 6, art. 302 § 2, art. 305 § 1) oraz wojskowej (art. 327 § 2, art. 362 § 1).

P. Daniluk wskazuje, że w każdym z przepisów stanowiących o korzyści osobistej występuje ona, obok korzyści majątkowej, jako element alternatywny, co nakazuje przyjąć, iż ustawodawca przeciwstawia sobie korzyść osobistą i korzyść majątkową jako pojęcia odmienne. Taka wola ustawodawcy nie może oczywiście pozostawać bez wpływu na sposób interpretacji przepisów operujących tymi pojęciami. Skoro bowiem ustawodawca chce odróżniać korzyść osobistą od korzyści majątkowej, to nie można tych pojęć interpretować tak, by zacierały się różnice między nimi. Podstawową zatem wskazówką interpretacyjną, jaką należy kierować się przy objaśnianiu karnoprawnego znaczenia pojęcia korzyści majątkowej, jest konieczność zachowania jego odrębności od pojęcia korzyści osobistej. W sprzeczności z tym wskazaniem pozostaje przede wszystkim taka wykładnia, w ramach której nie traktuje się podziału korzyści na osobistą i majątkową jako rozłącznego i dopuszcza się zachodzenie na siebie zakresów tych pojęć, co tworzy swoistą kategorię korzyści osobisto-majątkowej. P. Daniluk, *Po-*

Wytyczne Kodeksu etyki lekarskiej – lekarz a przemysł

W kolejnych punktach rozdziału IIa, w art. 51 zamieszczono zasady, jakie obowiązują lekarza przy współpracy z sektorem szeroko rozumianego przemysłu medycznego. W szczególności, w myśl art. 51a KEL, „lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza. Lekarz może przyjąć zapłatę od producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) za wykonaną pracę, prowadzenie szkoleń i badań, które pogłębiają wiedzę medyczną lub zawodową, jeżeli ta zapłata jest współmierna do wkładu pracy lekarza". Natomiast art. 51b stanowi, iż „lekarzowi mającemu związki finansowe z przemysłem medycznym nie wolno w żaden sposób odstąpić od podejmowania w pełni obiektywnych decyzji klinicznych lub działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach". Na inny aspekt omawianego problemu zwraca uwagę Art. 51c, według którego „lekarz powinien ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów".

W art. 51d kładzie się nacisk na zasady etyczne, którymi powinni kierować się producenci: „lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Lekarz nie powinien uczestniczyć w badaniach naukowych, których celem jest promocja tych produktów". W myśl art. 51e „lekarz powinien ujawniać swoje powiązania z producentem leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) pacjentom, którzy mają być poddani badaniom sponsorowanym przez tego producenta", natomiast w art. 51f zwraca się uwagę, iż „lekarz nie może przyjmować wynagrodzenia za samo skierowanie pacjenta na badania prowadzone lub sponsorowane przez producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego)". W ostatnim artykule (51g), na który pragnę zwrócić uwagę, wskazuje się na zasadę obiektywizmu w ogłaszaniu wyników prowadzonych badań. Czytamy w nim, iż „lekarz biorący udział w badaniach na zlecenie producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi przeciwdziałać nieobiektywnemu przedstawianiu ich wyników w publikacjach"[21].

Powyższe zapisy powinny być odczytywane w świetle głównej zasady umieszczonej na początku kodeksu – w normach ogólnych. Zasada ta głosi, że największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*, co nieodzownie z kolei koresponduje z zapisem stanowiącym swoiste zabezpieczenie do-

---

jęcie korzyści majątkowej w prawie karnym, www.npw.gov.pl/dokumenty/WPP/2014-1/2014-1-2.pdf, 12.12.20015.

Wykładnię tę zasadnie jednak krytykuje większość przedstawicieli piśmiennictwa (np. J. Majewski, *Kodeks*…, s. 1183 podnosi, iż nie wydaje się uprawniona podwójna kwalifikacja danej korzyści, prowadząca do ustalenia, że jest to korzyść zarówno majątkowa, jak i osobista; podział ogółu korzyści na majątkowe i osobiste jest bowiem na gruncie przepisów k.k. podziałem rozłącznym).

[20] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

[21] Ibidem.

bra pacjenta: „mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady" (art. 2, pkt 2)[22].

Główna zasada, na której opierają się wytyczne dotyczące relacji lekarz–przemysł, stanowi swoisty imperatyw etyczny mówiący, iż wartość opieki nad pacjentem jest wartością najwyższą, przekładającą się również na dobro nie tyle pojedynczej osoby, ale również całego społeczeństwa. W związku z tym powinna ona zawsze przeważać nad imperatywami handlowymi, związanymi z dobrami *stricte* materialnymi (art. 51b KEL). Oznacza to, że na relacje zachodzące pomiędzy lekarzem a przemysłem medycznym czy farmaceutycznym nie powinny wpływać czynniki finansowe czy gratyfikacje pieniężne lub niepieniężne, dotacje do badań, szkoleń naukowych i konferencji. W myśl art. 51a KEL lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w rozwijaniu relacji z danymi firmami, których działania są coraz bardziej agresywne i mogą w dużej mierze wpływać na zachowanie lekarza, zacierając należny mu obiektywizm.

W relacjach tych konieczna jest szczególna przejrzystość oraz klarowność podejmowanej współpracy. Wszystkie praktyki powinny być jawne, gdyż do tej pory relacja lekarzy z przemysłem farmaceutycznym pozostaje nieuregulowana. Aby zwiększyć bezpieczeństwo i wiarygodność rzetelności i etyczności współpracy „przedstawiciele branży farmaceutycznej zapewniają, że od 2016 roku pacjenci będą mogli sprawdzać, z jakimi firmami farmaceutycznymi i w jakim zakresie współpracuje lekarz. Obowiązek jawności wprowadza europejska organizacja zrzeszająca firmy tej branży. W polskim oddziale są zrzeszone 32 międzynarodowe przedsiębiorstwa. Zgodnie z zarządzeniem wszystkie płatności sponsorowane za wykłady, udział w konferencjach, honoraria za szkolenia czy usługi doradcze mają być ujawniane imiennie"[23].

Współpraca lekarzy z sektorem farmaceutycznym jest nieunikniona, przede wszystkim bardzo pożądana i uzupełniająca się wzajemnie. Leczenie przypadków chorobowych oraz prowadzenie badań nad danymi schorzeniami rozwijają produkcję określonych wyrobów terapeutycznych. Proces ten jest wynikiem współpracy lekarza ze środowiskiem akademickim, naukowcami medycznymi, pracownikami przemysłu. Wywiera ogromny wpływ na całokształt polityki zdrowotnej społeczeństwa. Nie wolno zapomnieć, że przemysł przyczynia się do ochrony zdrowia i podnoszenia jakości opieki zdrowotnej poprzez prowadzenie praktyk promocyjnych, wspierania konferencji medycznych, spotkań na których realizowane są programy edukacji medycznej. Zdecydowana większość lekarzy zaangażowanych jest w taki rozwój, prowadząc badania naukowe, realizując projekty badań klinicznych, które upowszechniane są następnie w dużej mierze dzięki wsparciu ze strony rynku farmaceutycznego.

---

[22] Porównując polski KEL z kodeksami innych państw Unii Europejskiej podkreśla się jego humanistyczne korzenie środkowoeuropejskiej tradycji moralnej, zgodność z zasadniczymi ideami tych kodeksów, wyróżniające go wśród innych szczegółowe i nowoczesne uregulowania sprawy związków lekarzy z przemysłem. Polski kodeks różni się na przykład od francuskiego głębszą perspektywą etyczną, czyli świadomością pierwszeństwa i niezależności norm etycznych względem norm prawnych. Kodeks francuski nadmiernie bowiem ulega perspektywie prawa stanowionego i w wielu sprawach podporządkowuje postępowanie lekarza aktualnemu prawu państwowemu. Por. T. Biesaga, *Kodeks Etyki Lekarskiej…*

[23] *Lekarze a konflikt interesów*, http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/704569, niebezpieczne_zwiazki_czyli_jak_firmy_farmaceutyczne_prosto_korumpuja_lekarzy.html, 10.12.2015.

Poszczególne sektory przemysłu, oddziałując na siebie w różnych obszarach, zmierzają do realizacji określonych celów. Istotnym jest świadomość, iż każda z tych grup, pomimo iż skupiona na wspólnym fundamencie, jakim jest ludzkie zdrowie, ma specyficzne potrzeby i cele, które niejednokrotnie mogą pozostawać ze sobą w sprzeczności. Szczególnie widoczne jest to na płaszczyźnie współpracy z sektorem *pro profit*, nastawionym na osiąganie jak najwyższego zysku. Obejmuje on przemysł farmaceutyczny, biotechnologiczny, producentów urządzeń służących pracy lekarza. Skupienie się na zysku może stać się potencjalnym źródłem konfliktu, jak i pozostawać w sprzeczności z podstawowymi założeniami systemu opieki zdrowotnej skupionymi przede wszystkim na zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Jednym z głównych problemów jakie mogą się ujawnić w kontekście relacji medyka z przemysłem farmaceutycznym jest możliwość zaistnienia konfliktu interesów (art. 51c KEL)[24].

Konflikt interesów

Samo pojęcie „konfliktów interesów" jest wieloznaczne i obejmuje rozmaite ich rodzaje. Dla uniknięcia mogących pojawić się niejasności, uwaga skupiona zostanie na sytuacji, w której konkretna osoba (lekarz) zobowiązana jest – pod naciskiem zewnętrznych okoliczności czy też własnych działań - do podwójnej lojalności. Co oznacza, że powinien realizować cele, których jednoczesne osiągnięcie nie jest możliwe w danej sytuacji. Innymi słowy, lekarza dotyka sytuacja konfliktu interesów wówczas, gdy działając na własną korzyść lub korzyść określonego podmiotu, wobec którego ma zobowiązania, działa jednocześnie wbrew interesowi innego podmiotu, wobec którego także powinien być lojalny[25]. Jak wskazuje I. Lazari-Pawłowska, konflikt interesów jest szczególnym przypadkiem konfliktu norm, w którym dwie normy są konfliktowe wówczas, gdy w powiązaniu z pewnym zdaniem empirycznym prowadzą do norm sprzecznych. Z kolei dwie normy są sprzeczne w sytuacji, gdy jedna z nich nakazuje (lub dopuszcza) to, czego zakazuje druga[26].

Nawiązując do powyższych ustaleń istotne jest, aby konfliktowi interesów przyjrzeć się także od strony ściśle etycznej i aksjologicznej, biorąc przede wszystkim pod

---

[24] Na konflikt interesów w medycynie wskazywano już 20 lat temu w literaturze amerykańskiej. Zalecano, by każdy publikujący na ich łamach autor ujawnił swoje finansowe powiązania z przemysłem farmaceutycznym, biotechnologicznym, producentami aparatury medycznej. Prowadzone tam są również badania nad skutkami i oceną takich konfliktów przez społeczeństwo. Zob. B. Lo, L. E. Wolf, A. Berkeley, *Conflict of Interest Policies for Investigators in Clinical Trial*, „The New England Journal of Medicine" 2000, no 22, vol. 343, s. 1616–1620.

[25] Zob. A. Lewicka-Strzałecka, *Teoretyczne i praktyczne aspekty identyfikacji i ograniczania konfliktu interesów*, w: *Konflikt interesów – konflikt wartości*, red. A. Węgrzecki, Kraków 2005, s. 7–23. W ocenie autorki, pomimo iż konflikt interesów jest wpisany w sposób naturalny w ludzką kondycję i towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów, rozwój cywilizacyjny, a w szczególności gospodarczy znacznie poszerza pole jego występowania. Przyczynia się do tego m.in. uwikłanie w działalność komercyjną określonych profesji i ról społecznych, tradycyjnie obdarzanych zaufaniem społecznym.

[26] Por. I. Lazari-Pawłowska, *Sprzeczność i konfliktowość w systemie etycznym*, „Studia Filozoficzne" 1961, nr 3(24), s. 143–157.

uwagę czynnik podmiotowy, który w nich występuje. Postępując w ten sposób zachowamy poprawność metodologiczną prowadzonych analiz, a przede wszystkim ograniczymy powstające napięcie, które generuje sam konflikt. Przywołana wyżej I. Lazari-Pawłowska podaje takie określenie konfliktu interesów, na które trudno się zgodzić, gdyż redukuje do norm samą istotę konfliktu. Jeśli myślimy o konflikcie interesów, mamy na myśli przynajmniej dwa odrębne podmioty konfliktu, które pozostają ze sobą w ścisłej relacji. Co więcej, każdy z tych podmiotów kieruje się określoną aksjologią i etyką, i to one regulują relacje międzypodmiotowe, przede wszystkim w sytuacji konfliktu, nie zaś takie czy inne normy. Normy są eksplikacją zamierzeń danego podmiotu i służą podmiotowi, nie odwrotnie.

W związku z tym, kiedy mówimy o sytuacji tzw. „dualnej lojalności", trzeba wspomnieć jednocześnie o sytuacji „dualnej moralności". O ile na poziomie lojalności można prowadzić względnie swobodne dyskusje zogniskowane wokół sytuacji konfliktowej, o tyle na poziomie moralności dyskusje się urywają, a w grę wchodzą wybory i decyzje aksjologiczne i etyczne. Sprawa komplikuje się tym bardziej, o ile dotykamy tym samym takich zagadnień, jak wolność, wolność sumienia, wolność myślenia, wolność decydowania o własnym dobru i – pośrednio – o dobru innych ludzi.

Analizując temat z tej perspektywy, musimy również pytać o istotę konfliktu interesów, o rozwiązywanie ich na własną korzyść, bądź niekorzyść – na korzyść partnera konfliktu lub na jego niekorzyść. Poruszoną problematykę poszerza ponadto kategoria „odpowiedzialności", która jest szczególnym przypadkiem bycia w relacji do drugiego człowieka.

Postawiony wyżej problem – nacisku (zewnętrznego lub wewnętrznego) na lekarza (zobowiązanie), by kierował się zasadą podwójnej lojalności – powoduje, jak widać, wiele pytań, których nie można pozostawić bez odpowiedzi, a których nie da się uporządkować za pomocą norm prawnych. Szukając stosownych rozwiązań, które uszanują każdą osobę, uwagę naszą przesuwamy w stronę kategorii „zobowiązania" i „nacisku". Jeśli zobowiązanie do realizacji jakichkolwiek celów dokonywane jest „pod naciskiem", wówczas sednem konfliktu nie są określone normy, ale system, który ogranicza żyjących w nich ludzi. Innymi słowy, konfliktotwórczy jest dany system, który – nie licząc się z aksjologią i etyką, z preferowanymi przez danego człowieka (lekarz, pacjent) wartościami – kieruje się pragmatyzmem i partykularnym interesem jednostki.

Ponadto należy zwrócić na to uwagę, że punktem zapalnym każdego potencjalnego konfliktu jest egzystencjalny kontekst, w którym występuje konflikt (kultura, religia, struktury państwa, polityka, uwarunkowania społeczne itd.). Określony kontekst umożliwia tworzenie się i rozwój konfliktów realnych. Poruszone wyżej zagadnienia powinni brać pod uwagę twórców norm prawnych, zwłaszcza tych norm, które dotykają kwestii konfliktowych, by tworząc je, umożliwiali każdemu podmiotowi danej społeczności zachowanie własnej godności, poszanowania dobrego imienia, a przede wszystkim wolności.

* * *

Zasadnym wydaje się postawienie następującego pytania: czy etyka, deontologia jest materią, która powinna być w jakikolwiek sposób prawnie regulowana, czy też

trafnym jest, aby normy etyczne, deontologiczne powiązane były z normami o charakterze prawnym? W perspektywie omawianych zapisów KEL dotyczących współpracy lekarza z przemysłem, problem jawi się nie tylko jako wieloaspektowy, ale i szczególnie skomplikowany. Struktura relacji zachodzących pomiędzy lekarzem a przemysłem medycznym i farmaceutycznym, w tym wielość zainteresowań przedmiotowych, zarówno po stronie lekarzy, jak i przedstawicieli sektora przemysłowego, jest tak złożoną przestrzenią, iż nie sposób stworzyć uniwersalne normy zachowane i przewidziane przez zapisy prawne czy kodeksy postępowania etycznego. Wszelkie zapisy powinny być traktowane jako minimum aksjologiczne, tudzież prawne, gdyż rzeczywistość zawodowa obu grup nie daje się jednoznacznie sprowadzić do zapisów określonych paragrafów. Wszelkie kwestie sporne, zarówno moralnie, jak i etycznie wrażliwe, muszą być poddane głębszej refleksji, analiza zaś winna opierać się o fundamentalne zasady systemów etycznych. Ponadto być może zasadnym będzie poddanie jej również krytycznej refleksji w debacie publicznej, celem eliminacji niewłaściwych zachowań, co byłoby jednocześnie pomocne przy ustalaniu niezbędnego minimum nieprzekraczalnych granic w relacji lekarz–przemysł.

Wobec tego, wypowiedziane przez M. Safjana słowa, można odnieść do zapisów Kodeksu etyki lekarskiej stwierdzając, iż „stanowią […] bardziej narzędzie operatywne – w swym wymiarze negatywnym «*non possumus*», zakreślającym minimalny poziom ochrony […], niż w wymiarze pozytywnym, w którym poszukiwana jest odpowiedź, jakie powinny być szczegółowe regulacje”[27].

Streszczenie

Praktyka medyczna obejmuje interakcje między lekarzami a przemysłem farmaceutycznym i medycznym, jak również całą sferą ochrony zdrowia. Interakcja ta dotyczy zarówno badań naukowych, jak i edukacji. Postawy lekarzy wobec standardów etycznych i ich akceptacji są przedmiotem dyskusji, nie tylko w branży medycznej, ale także prawniczej, politycznej i społeczeństwa w ogólności. Z jednej strony, lekarze są świadomi obowiązku, by ich relacje z przemysłem były etyczne i nie przesłaniały podstawowych zasad obowiązków wobec pacjentów i społeczeństwa. Tym samym są zobowiązani do unikania sytuacji konfliktu interesów i – gdzie jest to możliwe – nakazuje im odpowiednio takimi sytuacjami zarządzać. Pewne wskazówki etyczne zawarte w KEL służą jako narzędzie dla lekarzy, pomagając im określić, jaki rodzaj relacji z przemysłem jest właściwy. Każdy lekarz indywidualnie i w zgodzie z własnym systemem aksjologicznym, poszerzonym o przemyślenia etyczne i moralne, winien rozpatrywać kształt swoich kontaktów z przemysłem farmaceutycznym.

Słowa kluczowe: konflikt interesów, status prawny Karty etyki lekarskiej, związki lekarzy z przemysłem

---

[27] M. Safjan, *Jakiego bioprawa potrzebujemy?*, w: *Współczesne wyzwania bioetyczne*, red. L. Bosek, M. Królikowski, Warszawa 2010, s. 9.

Interaction between physicians and the pharmaceutical and health industry. Legal aspects

Summary

Medical practice also includes interaction between physicians and the pharmaceutical and health industry. This interaction has extended to research as well as education. The attitudes of physicians on the ethical standards of acceptance is being discussed, not only in medical society, but also by lawyers, politicians, and society in general. On the one hand, physicians understand that they are responsible for ensuring that their participation in such collaborative efforts is in accordence keeping with their primary obligation towards to their patients and society, and that they are obligated to avoid situations of conflict of interest where possible and appropriately manage these situations when necessary. There are some ethical guidelines like KEL, which serve as a resource tool for physicians in helping them to determine what type of relationship with industry is appropriate.

Key words: *conflict of interest, Code of Medical Ethics legal position, relations between physicians and industry*

Teresa GARDOCKA
Prof. dr hab., Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS

Ochrona prawna genomu ludzkiego

Prawna ochrona genomu ludzkiego została wprowadzona do Kodeksu etyki lekarskiej w dniu 20 września 2003 r.[1] Stało się to w związku z brzmieniem Konwencji Bioetycznej[2], która chroni genom ludzki w rozdziale IV (art. 11–14). Najistotniejszy wydaje się w tej mierze art. 13 Konwencji, sformułowany jak następuje: „Interwencja mająca na celu dokonanie zmian w genomie ludzkim może być przeprowadzona wyłącznie w celach profilaktycznych, terapeutycznych lub diagnostycznych tylko wtedy, gdy jej celem nie jest wywołanie dziedzicznych zmian genetycznych u potomstwa". Uzupełnienie Kodeksu etyki lekarskiej o zapisy dotyczące ochrony genomu ludzkiego nie wywołało w środowisku lekarskim większej dyskusji, porównywalnej ze zmianą dotyczącą stosunku lekarza do kolegi lekarza w aspekcie krytyki jego postępowania zawodowego (art. 52 Kodeksu etyki lekarskiej), który stał się przedmiotem debaty przed Trybunałem Konstytucyjnym[3]. Kodeks etyki lekarskiej ujął całe zagadnienie ochrony genomu w jednym przepisie, którego zakres jest bardzo zbliżony do rozdziału IV Konwencji Bioetycznej. Przepisy Kodeksu są skierowane do lekarzy, stąd np. zakaz dyskryminacji adresowany jest do lekarzy, zaś odpowiedni zakaz Konwencji ma zastosowanie powszechne. Większość tych przepisów z natury rzeczy musi odnosić się do lekarzy, którzy są uprawnieni do przeprowadzania określonych procedur medycznych.

Sposób myślenia o problemach nowoczesnej medycyny znajduje odbicie w ratyfikacjach Konwencji Bioetycznej[4]. Nie ratyfikowały jej te państwa, które widzą w jej normach zagrożenie światopoglądowe, lub które nie są gotowe na ograniczenia badań medycznych ze względów etycznych. Polska Konwencji nie ratyfikowała raczej ze względu na pierwszą kwestię. Nie prowadzi się u nas, jak się wydaje, tak zaawansowanych badań medycznych, które byłyby w konflikcie z normami konwencyjnymi. Natomiast kwestie sumienia, w rozumieniu etyki katolickiej, są źródłem istotnych kontrowersji w gremiach stanowiących prawo, a także w społeczeństwie. Zapewne kontrowersje w społeczeństwie są pochodną sporów istniejących w gremiach mających wpływ na stanowienie prawa. Kwestie genomu ludzkiego są zbyt trudne, by społeczeń-

---

[1] Kodeks etyki lekarskiej został przyjęty w 1991 roku przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Izb Lekarskich, a następnie dwukrotnie nowelizowany – w 1993 roku i w 2013 roku.

[2] Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny, zwana Konwencją Bioetyczną, została przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy 19 listopada 1996 roku. Polska podpisała tę Konwencję, ale do dziś jej nie ratyfikowała. Council of Europe Treaty Series 1997, No. 164.

[3] Wyrok z dnia 23 kwietnia 2008 r., sygn. SK 16/07.

[4] Do dnia dzisiejszego Konwencji nie ratyfikowały m.in. Niemcy, Wielka Brytania, Austria, Belgia.

stwo prezentowało tu różne poglądy, niesprowokowane przez dyskusje kompetentnych lub uważających się za kompetentne gremiów.

Zasadę sformułowaną w Konwencji Bioetycznej powtarza Kodeks etyki lekarskiej w zmienionej nieco formie w art. 51h, zawierającym kilka zasad etycznych, a mianowicie: po pierwsze, zasadę niedyskryminacji ze względu na dziedzictwo genetyczne[1], po drugie, zasadę związaną z ustalaniem genetycznej podatności na zachorowania lub identyfikacją nosicielstwa genu choroby (badanie tego rodzaju może być przeprowadzone tylko dla celów zdrowotnych lub badań naukowych z nimi związanych po uzyskaniu zgody pacjenta[2] oraz po umożliwieniu mu konsultacji genetycznej), po trzecie, zakaz interwencji w obrębie genomu ludzkiego poza interwencją w celach profilaktycznych lub terapeutycznych. Wszelkie czynności w odniesieniu do genomu są przy tym zakazane, jeżeli mają na celu wywołanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka.

W 2015 roku zgłoszony został projekt poselski ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz o zmianie niektórych innych ustaw[3]. Celem projektu, wyraźnie wyrażonym w art. 2, jest ochrona m.in. integralności genetycznej człowieka. Projekt precyzuje cele interwencji. Przewiduje po pierwsze cel leczniczy, dotyczący człowieka, którego genom stanowi przedmiot ingerencji (art. 10 projektu). Następnie dopuszcza badania genetyczne w celach leczniczych w interesie tego, na kim te badania są przeprowadzane (art. 14 projektu). Dopuszcza też po uzyskaniu specjalnej zgody badania mające cel naukowy. Badania genetyczne mógłby, według projektu, przeprowadzać tylko uprawniony lekarz (art. 14 projektu), przy czym uczestnictwo w badaniach genetycznych nie mogłoby być przymusowe. Z proponowanych przepisów wynika, że dotyczą one przede wszystkim procedury *in vitro*. Interwencja w genom mogłaby mieć na celu uzyskanie zdrowego potomstwa w procedurze wspomaganej prokreacji.

Warto pokusić się na wstępie rozważań o określenie, co oznacza, tajemnicze dla wielu, sformułowanie „genom ludzki". Oznacza określenie DNA człowieka jako gatunku, różnego od innych gatunków ssaków oraz DNA konkretnego człowieka, pozwalające odróżnić go od innych osobników tego gatunku. Tak zsekwencjonowany genom pozwala na określenie cech indywidualnych (fizycznych i psychicznych) osobnika, chorób genetycznych, podatności na choroby genetyczne.

Badania naukowe nad genomem ludzkim rozpoczęły się stosunkowo niedawno i zakończyły w roku 2003 zsekwencjonowaniem w ponad 99,9% genomu ludzkiego[4]. Ludzie niespokrewnieni ze sobą mają sekwencje materiału genetycznego identyczne w ponad 99 procentach. Różnice indywidualne dotyczą nie więcej niż 1 procenta. Ustalenie sekwencji ludzkiego genomu pozwoliło w sposób pewny badać i ustalać przyczyny chorób uwarunkowanych genetycznie, a następnie umożliwiło podejmowa-

---

[1] Analogiczny art. 11 Konwencji Bioetycznej brzmi: Każda forma dyskryminacji skierowana przeciwko danej osobie ze względu na dziedzictwo genetyczne jest zakazana.

[2] Zagadnienie zgody pacjenta reguluje art. 30–34 ustawy *o zawodzie lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2015, poz. 464 tekst jednolity).

[3] Projekt wpłynął od laski marszałkowskiej dnia 17 kwietnia 2015 roku jako projekt grupy posłów Klubu Prawa i Sprawiedliwości.

[4] Patrz: J. Kapelańska-Pręgowska, *Prawne i bioetyczne aspekty testów genetycznych*, Wolters Kluwer SA 2011, s. 33.

nie terapii w obrębie genomu, usuwającej genetyczne uwarunkowanie określonych schorzeń. Oznacza to, w przełożeniu na język medycyny, możliwość podejmowania profilaktyki lub terapii chorób uwarunkowanych genetycznie na etapie komórki rozrodczej lub zarodka ludzkiego. Co do zarodka ludzkiego, możliwe jest z pewnością ustalenie faktu, że jest on dotknięty chorobą genetycznie uwarunkowaną i możliwa jest eliminacja zarodka z dalszej procedury wspomaganego rozrodu[5]. Konwencja Bioetyczna została w 2008 roku uzupełniona Protokołem Dodatkowym dotyczącym Testów Genetycznych dla Celów Zdrowotnych. Reguluje on dopuszczalność testów genetycznych i precyzuje wymagania dotyczące ochrony ich wyników z punktu widzenia osoby, której dotyczą i jej rodziny. Nie ma na celu ochrony samego genomu.

W świetle obowiązującego w Polsce Kodeksu etyki lekarskiej, interwencja w obrębie ludzkiego genomu ma trzy ograniczenia. Po pierwsze, badania genomu mogą być prowadzone tylko za zgodą pacjenta i tylko w ściśle określonym celu. Po drugie, ewentualna interwencja w genom może być podjęta tylko w celu profilaktycznym lub terapeutycznym. Po trzecie, interwencja nie może wywoływać zmian genetycznych takich, które rozciągają się na następne pokolenia (człowieka jako gatunku). Nie jest to możliwe nawet za zgodą pacjenta.

Analiza tych ograniczeń musi rozpocząć się od zgody pacjenta, czyli właściciela (dawcy) komórki. Zgoda ta podlega zwykłym regulacjom ustawy[6]. Dawca komórki musi być więc poinformowany o możliwych bliskich i dalszych skutkach interwencji, jej celu, przebiegu procedury medycznej i, rozumiejąc tego rodzaju informacje, musi wyrazić świadomą zgodę na procedurę medyczną. Kodeks wymaga również umożliwienie pacjentowi konsultacji genetycznej. Konsultacja genetyczna oznacza poradę, która przekracza zakres kompetencji zwykłego lekarza, mającą na celu uświadomienie pacjentowi zagrożeń i możliwych sposobów ich uniknięcia lub ograniczenia ich negatywnych skutków. Konsultacja genetyczna nie może mieć na celu zmuszenie pacjenta do podjęcia określonej decyzji, a tylko ma umożliwić zrozumienie sytuacji, w jakiej się znalazł.

Dopuszczalny cel podjęcia procedury medycznej jest określony w art. 51h Kodeksu etyki lekarskiej, jako cel identyfikacji nosicielstwa choroby lub genetycznej podatności na zachorowania, a zarazem cel takiego badania musi być zdrowotny lub naukowy, zaś badania naukowe muszą być związane z celem zdrowotnym. Cel jest zatem dwupoziomowy. Można badać tylko nosicielstwo lub podatność na zachorowania uwarunkowane genetycznie i tylko wtedy, gdy celem jest zdrowie konkretnej osoby lub badania naukowe związane z zapewnieniem lepszego zdrowia ludzi jako gatunku (rodziny, kolejnych pokoleń).

W tym drugim sensie, wydaje się, dopuszczalne są badania podstawowe, jeżeli mają na celu zdrowie ludzi w przyszłości. Zgodę w każdym przypadku, również gdy komórka ma służyć do badań podstawowych, musi wyrazić dawca – „właściciel" komórki ludzkiej, poddanej badaniu.

---

[5] Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. *o leczeniu niepłodności* (Dz. U. 2015, poz. 1087) wyróżnia zarodki niezdolne do prawidłowego rozwoju, których zniszczenie nie jest przestępstwem (art. 83).

[6] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodzie lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152).

Następnym etapem jest podjęcie interwencji medycznej w obrębie ludzkiego genomu (art. 51h ust. 3 Kodeksu etyki lekarskiej). Interwencja jest dozwolona wyłącznie w celach profilaktycznych lub terapeutycznych. Odwołanie się do art. 46 Kodeksu wskazuje, że procedura może mieć charakter eksperymentu medycznego. Wówczas podlega wszystkim ograniczeniem wymaganym do przeprowadzenia eksperymentu[7].

Warto zwrócić uwagę, że Konwencja Bioetyczna wskazuje trzy dopuszczalne cele interwencji (art. 13): profilaktyczny, terapeutyczny lub diagnostyczny. Wydaje się, że pominięcie w Kodeksie etyki lekarskiej słowa „diagnostyczny" nie zmienia sensu regulacji. Diagnoza jest konieczna do podjęcia terapii, a skoro cel terapeutyczny interwencji jest dozwolony, musi być dozwolona również poprzedzająca terapię diagnoza.

Wreszcie, najdalej idącym ograniczeniem jest zakaz podejmowania interwencji w obrębie genomu ludzkiego, która wywoływałaby dziedziczne zmiany genetyczne u człowieka (art. 51h ust. 4 Kodeksu etyli lekarskiej). Zakaz taki powtarza ustawa o leczeniu niepłodności[8] w art. 25 ust. 1: Przy posługiwaniu się techniką medycznie wspomaganej prokreacji niedopuszczalna jest interwencja mająca na celu dokonanie zmian w genomie ludzkim, które mogą być przekazane następnym pokoleniom.

Warto zastanowić się, jaki jest powód wprowadzenia zakazu dokonywania takiej interwencji w genom ludzki, która byłaby dziedziczna. Wprowadzenie zakazu oznacza pośrednio, że z punktu widzenia medycznego taka interwencja jest możliwa. Zakazywanie rzeczy niemożliwych do przeprowadzenia jest bezsensowne. Indywidualnie pożądana interwencja w genom ludzki zmierza do wprowadzenia zmian poprawiających cechy genetyczne i zapewne z punktu widzenia indywidualnej osoby nie byłoby zastrzeżeń do dokonania zmiany, która będzie dziedziczna w następnych pokoleniach. Jest oczywiste, że ludzie chcą mieć potomstwo o cechach genetycznych możliwie najkorzystniejszych. Dotyczy to zarówno cech fizycznych, jak możliwości intelektualnych, specyficznych zdolności czy cech charakteru.

Indywidualnie również, co znalazło już potwierdzenie w rzeczywistości demograficznej, możliwość dokonania wyboru płci dziecka w procedurze wspomaganej prokreacji (*in vitro*) prowadzi do wybierania chłopców. Zwykły stosunek nowonarodzonych dziewczynek i chłopców uległ już zaburzeniu w Chinach (od początku XXI wieku w Chinach rodzi się 117 chłopców na 100 dziewczynek, zaś przeciętna światowa wynosi 103 do 105 chłopców na 100 dziewczynek), przede wszystkim poprzez wykorzystanie możliwości, jakie daje wspomagana prokreacja (zapłodnienie *in vitro*). Konwencja bioetyczna (art. 14), a także polska ustawa *o leczeniu niepłodności* (art. 25), ustanawiają zakaz wykorzystywania technik medycznych w celu dokonania wyboru płci przyszłego dziecka. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy wybór płci pozwala na uniknięcie poważnej choroby dziedzicznej zależnej od płci, czyli takiej, która dotyka wyłącznie chłopców (np. zespół Huntera) lub wyłącznie dziewczynki (np. zespół Turnera).

Zakaz nie ma na celu ochrony praw indywidualnej osoby, a raczej ochronę praw zbiorowości – gatunku ludzkiego. Interwencja w genom może dotyczyć cech indywi-

---

[7] O badaniach nad ludzkim genomem patrz: M. Grzymkowska, *Standardy bioetyczne w prawie europejskim*, Warszawa 2009, s. 118 i nast. Patrz też art. 21 ustawy *o zawodzie lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2011, Nr 277, poz. 1634 tekst jednolity).

[8] Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 *o leczeniu niepłodności*, Dz. U. 2015, poz. 1087.

dualnych jednostki, ale można wyobrazić sobie również interwencję prowadzącą do zmiany tej części genomu, która dotyczy całej przyszłej ludzkiej populacji. Powszechna Deklaracja UNESCO o Genomie Ludzkim i Prawach Człowieka z dnia 11 listopada 1997 r. w preambule wskazuje, że badania nad genomem ludzkim i wynikające z nich zastosowania stwarzają ogromne perspektywy dla polepszenia stanu zdrowia jednostek i ludzkości jako takiej, ale podkreśla jednocześnie płynące z tego zagrożenia dla godności, wolności i praw człowieka oraz możliwość dyskryminacji opartej na cechach genetycznych.

Art. 1 Deklaracji stanowi, że „Genom ludzki jest podstawą zasadniczej jedności wszystkich członków rodziny ludzkiej i uznania ich wrodzonej godności i różnorodności. W sposób symboliczny stanowi dziedzictwo ludzkości".

Genom jest tym, co dla ludzkości wspólne, co determinuje charakter rodzaju ludzkiego w całej jego różnorodności. Powodem, dla którego ograniczamy możliwość poprawiania cech genetycznych, pożądanych indywidualnie, jest interes całej ludzkiej wspólnoty[9].

Zrezygnowanie z prawnego ograniczenia możliwości interwencji w genom mogłoby stworzyć prawdopodobieństwo spełnienia się wizji powstania „innych" czy „nowych" ludzi i zainicjowania podziału ludzkości na odmienne grupy, gorsze i lepsze, zwalczające się lub dyskryminujące[10].

Zakaz ingerencji w genom, której skutki przeniosą się na następne pokolenia, ma więc sens zabezpieczający gatunkową tożsamość ludzką. Skutki jej naruszenia są dziś nieprzewidywalne, choć możliwe do wyobrażenia. Skutki mogą pojawić się po latach swobodnej interwencji w genom. Tak jak skutki wyboru płci w Chinach pojawiły się po ponad 30 latach obowiązywania polityki jednego dziecka, a wcześniej były właściwie trudne do przewidzenia.

Rozwój medycyny jest czymś absolutnie fascynującym, a zarazem stwarzającym zagrożenia. Wiele rzeczy, jeszcze niedawno uważanych za fantazje, jak klonowanie ludzi, „hodowla" dzieci poza organizmem kobiety, dokonywanie wyboru indywidualnych cech potomstwa (koloru włosów, oczu, cech psychicznych) zbliża się coraz bardziej do rzeczywistości. Zapewne jest nawet już możliwe. Zakazy prawne stawiające tamę rozwojowi medycyny w tym kierunku wydają się być raczej obroną przed nieznanym niż zakazywaniem tego, co dziś uważamy za złe. Świat, który może wykreować inżynieria genetyczna, może okazać się światem złym. Może też okazać się światem lepszym niż dzisiejszy z indywidualnego punktu widzenia. Przyzwolenie wymaga świadomości możliwych konsekwencji. Póki nie mamy takiej świadomości, ograniczenia są słuszne, przynajmniej z punktu widzenia wspólnoty ludzkiej.

---

[9] Tak też: W. Zagorski, *Deklaracja UNESCO a badania nad genomem ludzkim*, w: Polski Komitet ds. UNESCO, *Powszechna Deklaracja o Genomie Ludzkim i Prawach Człowieka*, Warszawa 1998, s. 18.

[10] Patrz na ten temat: O. Nawrot, *Ludzka biogeneza w standardach bioetycznych Rady Europy*, Wolters Kluwer 2011, s. 97; A. Zoll, *Problemy manipulacji genetycznej a prawa człowieka*, w: *Zastosowanie biologii w medycynie a godność istoty ludzkiej. Aspekty etyczne i prawne*, red. T. Mazurczak,Warszawa 2003, s. 16.

Streszczenie

Niniejszy artykuł dotyczy rozdziału IIb Kodeksu etyki lekarskiej zatytułowanego „Ludzki genom". Rozdział ten składa się tylko z 1 artykułu 51h. Autorka szczegółowo odnosi się do kwestii ochrony genomu ludzkiego odwołując się do zasad sformułowanych w Konwencji Bioetycznej, które Kodeks etyki lekarskiej powtarza. W artykule wskazano także na projekt poselski ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego z 2015 roku oraz Powszechną Deklarację UNESCO o Genomie Ludzkim i Prawach Człowieka z dnia 11 listopada 1997.

Słowa kluczowe: integralność genetyczna człowieka, interwencje w obrębie ludzkiego genomu, zgoda pacjenta, dziedziczne zmiany genetyczne, Kodeks etyki lekarskiej

Legal protection of human genome

Summary

The article refers to Chapter 2b of the Medical Code of Ethics, entitled „The human genome". The Chapter comprises only one regulation, Art. 51h. The author refers in detail to the issue of the human genome protection, invoking the principles stipulated in the Bioethical Convention, and restated in the Medical Code of Ethics. The article also points to the parliamentary bill on the protection of the human genome and embrione of 2015, as well as to the Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights of 11.11.1997.

Key words: *genetic integrity of human, interventions in the human genome, informed consent, heritable genetic variation, Code of Medical Ethics*

Monika URBANIAK
Dr hab. n. pr., Zakład Prawa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Szczepan COFTA
Dr hab. n. med., Pracownia Zaburzeń Oddychania Podczas Snu,
Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej, Wydział Lekarski II,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zasady postępowania lekarza wobec pacjenta – komentarz do art. 6 i art. 7 KEL

Samorząd zawodowy sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu przez lekarzy. Podstawy odpowiedzialności zawarte są w Kodeksie etyki lekarskiej (KEL), który stanowi zbiór wartości, zasad lub cnót, niezbędnych przy wykonywaniu zawodu lekarza, a także może stanowić praktykę postępowania członków danego zawodu w sferze podlegającej ocenie moralnej[1].

Należy podkreślić, że z uwagi na nienormatywny charakter przepisów KEL pełnią one komplementarną rolę wobec regulacji zawartych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Nie może on zostać uznany za samoistny akt normatywny na gruncie obowiązującej Konstytucji RP[2]. Przepisy KEL sankcjonują nieprzestrzeganie jego postanowień przez lekarzy, rezultatem czego jest upoważnienie sądów lekarskich do orzekania kary upomnienia, nagany, zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu. W postanowieniu z dnia 7 października 1992 roku[3] Trybunał Konstytucyjny uznał, że normy deontologiczne, same przez się nie posiadają charakteru prawnego, ale należą do niezależnego od prawa zbioru norm etycznych. KEL określa i precyzuje treść norm prawnych zawartych w aktach powszechnie obowiązującego prawa[4].

Postępowanie lekarza wobec pacjenta regulują dwa paragrafy (szósty oraz siódmy) zawarte w odrębnym – pierwszym rozdziale Kodeksu. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie zasad postępowania lekarza wobec pacjenta, w oparciu o postanowienia Kodeksu etyki lekarskiej, oraz wskazanie praktycznych aspektów przyjętych regulacji.

---

[1] A. Korytowska, *Problem zgodności Kodeksu Etyki Lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2009, z. 1, s. 57.

[2] Szerzej: A. Daniluk-Jarmoniuk, *Charakter prawny kodeksu etyki lekarskiej*, „Kontrola Państwowa" 2012 nr 3, s. 146.

[3] Postanowienie TK z dnia 7 października 1992 roku, sygn. akt. U 1/92.

[4] K. Lenczowska-Soboń, *Kodeks etyki lekarskiej – moc prawna i stosowanie w orzecznictwie sądów powszechnych*, http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/kodeks-etyki-lekarskiej-moc-prawna-i-stosowanie-w-orzecznictwie-sadow-powszechnych, 19.09.2015.

Art. 6 – swoboda wyboru metody postępowania

Artykuł 6 Kodeksu etyki lekarskiej otwiera rozdział, który został zatytułowany: „Postępowanie lekarza wobec pacjenta". Reguluje on kwestie swobody wyboru w zakresie metod postępowania, które lekarz uznaje za najskuteczniejsze. Potwierdza on autonomię działania związaną z wykonywaniem zawodu, zawierając jednak sugestię ograniczenia czynności medycznych do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy[5]. Dopełnieniem tych postanowień jest art. 57 ust. 2 KEL, który dotyczy zasad postępowania w praktyce lekarskiej, nakazując lekarzowi przy wybieraniu formy diagnostyki lub terapii obowiązek kierowania się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nienarażania go na nieuzasadnione koszty. W wyroku Sądu Okręgowego w Radomiu z dnia 15 lipca 2003 roku[6] sąd uznał, że nieprawidłowy sposób leczenia, rozmijający się ze wskazaniami wiedzy i sztuki lekarskiej, przy pominięciu innych metod leczenia oraz zwłoka z zasięgnięciem opinii specjalisty stanowi winę lekarzy.

Analizowany artykuł potwierdza niezwykle cenną dla każdego lekarza autonomię decyzji związaną z wyborem terapii. Staje się ona decyzją osobową, podejmowaną przez konkretnego lekarza. Takie ustawienie sprawy jakoby wzmacnia pozycję lekarską względem pacjenta, podkreślając odpowiedzialność za podejmowaną decyzję. W sytuacji uświadomienia sobie przez lekarza wagi podejmowania decyzji w sposób spersonalizowany, wynikający z aktu decyzji, może w praktyce wzmocnić jego rolę w przypadku zastosowania nacisków, zarówno ze strony lekarzy nadzorujących czy współpracowników, pacjentów bądź ich bliskich.

Pewne napięcia mogą nieść ze sobą praktyki kolektywnego podejmowania decyzji w stosunku do konkretnego pacjenta, w przypadku narad czy konsyliów lekarskich. Podejmowane w takich sytuacjach decyzje – mimo kolektywnego sposobu wyrażenia opinii – mają nadal znamiona decyzji lekarza odpowiedzialnego za opiekę nad pacjentem. Osobowa decyzja lekarska znajduje wzmocnienie w opinii lekarskiego ciała kolegialnego. Wzmocnienie tej opinii wyrażone jest już wcześniej, w artykule 4 KEL[7]. W jego kontekście postanowienia art. 6 KEL stają się swego rodzaju dopowiedzeniem, potwierdzającym swobodę działań zawodowych lekarza. Pojawia się w tym artykule wymóg konieczności działania zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, przywołana jest ponadto niezbędność działania zgodnego z sumieniem.

Pragmatyka postępowania lekarskiego zakłada zastosowanie takich metod diagnostyki, które zmieniają sposób postępowania. W obliczu obserwowanej współcześnie medykalizacji, olbrzymią pokusą staje się mnożenie badań diagnostycznych, także w sytuacjach, w których ich wykonanie nie zakłada możliwości modyfikacji postępowania. Dzieje się tak albo wskutek asekuracyjnej postawy lekarskiej, albo też nacisków

---

[5] KEL, Art. 6: „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy".

[6] Wyrok Sądu Okręgowego w Radomiu z dnia 15 lipca 2003 roku, Sygn. akt. I C 955/98.

[7] KEL, Art. 4. Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

pacjentów czy też członków ich rodziny i bliskich. Zaspokojenie tych pokus oddala – w opinii wielu lekarzy – postawy roszczeniowe chorych i osób ich reprezentujących. Unikanie takich tendencji w zakresie mnożenia metod i postępowań diagnostycznych wymaga sporego nakładu sił i czasu poświęconego przez lekarza dla zarysowania sytuacji chorego i przedstawienia racjonalnego i optymalnego sposobu postępowania. Podobnie, w zakresie proponowanych terapii niezbędne wydaje się ograniczenie do stosowania terapii wyłącznie nieodzownie koniecznej. Niewłaściwym postępowaniem lekarza będzie np. niepotrzebne zastosowanie działań medycznych, którego efektem mogą być np. szkody jatrogenne bądź dodatkowe, niepotrzebne obciążenie psychiczne pacjenta[8].

Staje się to swego rodzaju przypomnieniem dla lekarzy, którzy powinni unikać stosowania polipragmazji, a także wszelkiego postępowania terapeutycznego, które niosłoby sobą istotne ryzyko. Interesująca byłaby interpretacja analizowanego artykułu w kontekście stosowanych metod postępowania lekarskiego na przykład w przypadku niektórych operacji plastycznych czy działań noszących znamiona eugenicznych. Analiza ta wykracza poza materiał tego opracowania, jednak nie powinno się unikać zasygnalizowania tego zagadnienia.

Z treści art. 31 ust. 1 ustawy *o zawodach lekarza* wynika, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W ustawie nie został wyrażone w sposób jednoznaczny wymóg określenia stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia określonych następstw związanych z daną interwencją medyczną[9]. W wyroku z 28 listopada 2012 roku Sąd Apelacyjny w Gdańsku[10] stwierdził, że „nie w każdym przypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich możliwych, nawet poważnych skutkach zabiegu, niezależnie od rodzaju zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy za jego przeprowadzeniem przemawiają wskazania bezwzględne (zabieg ratujący życie), względne lub czy jest to jedynie zabieg o charakterze kosmetycznym, w przypadku którego zakres informacyjny sięga najdalej. W sytuacji, gdy zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj operacji oraz zwykłe jego następstwa. Nie potrzebuje, a nawet nie powinien udzielać pacjentowi informacji o następstwach nietypowych nieobjętych normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu". Elementem poszanowania woli i autonomii pacjenta jest wyrażony w art. 31 ust. 4 ustawy tzw. przywilej terapeutyczny, pozwalający na możliwość ograniczenia przez lekarza informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obo-

---

[8] J. Pawlikowski, *Kodeks etyki lekarskiej. Odcinek 13: O swobodzie działań zawodowych*, http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id=98214, dostęp 4.08.2015.

[9] T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 34.

[10] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 28 listopada 2012 r., Sygn. Akt. V ACa 826/12.

wiązek udzielić mu żądanej informacji. Podkreślić należy, że lekarz może skorzystać z przysługującego mu uprawnienia wyłącznie w sytuacji, w której uzna, że okoliczności stanowią sytuację wyjątkową, a rokowania w stosunku do pacjenta są niepomyślne[11]. Co do zasady lekarz powinien stosować metodę najskuteczniejszą, to znaczy związaną z największymi możliwymi do uzyskania szansami optymalnego efektu przy możliwie zminimalizowanym ryzyku. W każdej sytuacji, w której chce zastosować jedną spośród wielu możliwych do zastosowania metod, musi poinformować o tym pacjenta i uzyskać jego zgodę[12]. Nie bez znaczenia w tym kontekście pozostaje treść art. 13 KEL, zgodnie z którym do obowiązków lekarza należy respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia". Wynika z tego wprost udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji w procesie terapeutycznym, co oznacza jednocześnie powinność lekarza dotycząca informowania pacjenta, co umożliwi mu podejmowanie decyzji[13].

W doktrynie prawa medycznego art. 6 KEL podlega różniącym się między sobą wykładniom. Według S. Pożdziocha art. 6 KEL jednoznacznie pozostawia lekarzowi swobodę wyboru konkretnej metody leczenia pacjenta, która jest uzależniona wyłącznie od jego decyzji. Z kolei zdaniem J. Zajdel, podejmowanie przez lekarza samodzielnych decyzji w procesie diagnostyczno-leczniczym należy rozumieć jako możliwość dokonania przez niego wyboru pomiędzy zweryfikowanymi i aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej, które są określone między innymi w wytycznych uzgodnionych dla poszczególnych dziedzin medycyny[14]. Podkreślić przy tym należy, że czynności medyczne ograniczone powinny zostać przez lekarza do czynności rzeczywiście niezbędnych.

Zauważyć należy, że Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 maja 2012 r.[15] zwrócił uwagę, że w sytuacji, w której istnieją alternatywne równoważne metody diagnostyczne lub lecznicze, wybór jednej z nich należy do pacjenta. Sąd podkreślił, że z tą zasadą nie pozostaje w sprzeczności wadliwie zredagowany art. 6 KEL. M. Świderska w glosie do tego wyroku podkreśla, że niewykonanie obowiązku poinformowania pacjenta o istniejących sposobach i metodach leczenia często wynika z faktu, że lekarz uważa, że decyzja należy do niego, ale równie często z błędu terapeutycznego[16].

KEL, podobnie jak ustawa *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, posługuje się pojęciem aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z art. 4 u.z.l.l.d. „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością". Aktualna wiedza rozumiana jest jako wiedza nieprzestarzała, z której wyprowadza się schematy postępowania

---

[11] A. Jacek, E. Sarnacka, *Prawo medyczne i orzecznictwo lekarskie*, Warszawa 2015, s. 56.

[12] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Glosa do wyroku s. okręg. z dnia 15 lipca 2003 r., I C 955/98, Warszawa 2012, s. 87 i n.

[13] A. Sieńko, *Znaczenie i zakres informacji o stanie zdrowia w kontekście instytucji zgody na udzielenie świadczenia medycznego*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2011, nr 2, s. 148.

[14] J. Zajdel, *Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej*, „Medycyna Praktyczna" 2010, nr 5, s. 119–124.

[15] Wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11.

[16] M. Świderska, *Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX 1211885*, „Prawo i Medycyna" 2012, nr 3–4, s. 249.

(standardy), które mają lekarzowi ułatwić pracę oraz zapewnić poczucie bezpieczeństwa prawnego, a pacjentowi zapewnić odpowiednią jakość świadczeń zdrowotnych[17]. Z redakcji art. 4 wynika *a contrario*, że lekarz nie ma obowiązku posługiwania się metodami czy środkami postępowania, które nie są mu dostępne[18]. Swoboda decyzji zawodowych podejmowanych przez lekarza nie stanowi wartości samej w sobie, ale jest podporządkowana ogólnej zasadzie troski o dobro chorego. Ogranicza się ona do zadań wynikających z celów profesji medycznej[19]. Podkreślić należy, że pomimo iż przepisy prawa powszechnie obowiązującego nawiązują w swoich postanowieniach do aktualnej bądź współczesnej wiedzy medycznej, nie są w stanie określić one, co stanowi wykładnię aktualności wiedzy w danej dziedzinie medycyny.

Należy nadmienić, że z art. 18 ustawy *o zawodzie lekarza* wynika prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego przez lekarzy. Zagadnienia te szczegółowo reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. *w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów*[20], w którym nałożono na lekarzy obowiązek uzyskiwania odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych oraz prowadzenia indywidualnej ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego, otrzymywanej nieodpłatnie z właściwej okręgowej izby lekarskiej.

Zarówno z redakcji art. 4 ustawy *o zawodzie lekarza*, jak i z treści art. 6 KEL jednoznacznie nie wynika, że lekarz jest związany żądaniami pacjenta. Brak zgody pacjenta czy też jego sprzeciw jest dla lekarza wiążący, a postępowanie wbrew woli pacjenta delegalizuje czynności podejmowane przez lekarza. Zasadniczo, pacjent może zgodzić się z zaaprobowaną przez lekarza metodę albo jej się sprzeciwić, czy też ewentualnie całkowicie odmówić poddania się zaproponowanej przez lekarza terapii[21].

Art. 7 – swoboda wyboru metody postępowania

Kolejny, art. 7 KEL, zawarty w rozdziale „Postępowanie lekarza wobec pacjenta" stanowi o możliwości nie podjęcia się lub odstąpienia od leczenia przez lekarza w ścisłe uzasadnionych wypadkach. Zaznaczyć należy, że uprawnienie to nie dotyczy przypadków niecierpiących zwłoki. W przypadku odmowy lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej[22].

---

[17] M. Brzozowska-Kruczek, *Granice uprawnień lekarza do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialność za ich przekroczenie – czyli co może, a czego nie może robić lekarz?*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wydawnictwo WoltersKluwer, 21.05.2015.

[18] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, w: *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wyd. Medyczne & Urban Partner, Wrocław 2003, s. 43.

[19] J. Pawlikowski, *Kodeks etyki lekarskiej. Odcinek 13: O swobodzie działań zawodowych*, op. cit.

[20] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 roku *w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów*, Dz. U. 2004, Nr 231, poz. 2326 z późn. zm.

[21] R. Kubiak, *Prawne aspekty podejmowania decyzji za pacjenta w opiece paliatywnej*, http://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/show.html?id=74147, 21.05.2015

[22] KEL, art. 7. W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Skuteczne odstąpienie przez lekarza od leczenia pacjenta może zostać dokonane pod warunkiem zaistnienia następujących przesłanek upoważniających lekarza do niepodejmowania bądź odstąpienia od leczenia: działanie lekarza powinno być uzasadnione, a sytuacja zdrowotna pacjenta powinna uzasadniać taką możliwość, ponieważ lekarzowi nie wolno podjąć takiej decyzji w przypadku niecierpiącym zwłoki. Wreszcie trzecią przesłanką jest wskazanie pacjentowi możliwości uzyskania pomocy lekarskiej poprzez skierowanie go do innej placówki, w której będzie on mógł podjąć leczenie[23].

W literaturze przedmiotu jako przykład odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przywołuje się nieprzyjęcie pacjenta do szpitala z uwagi na przekroczenie limitu przyjęć wynikającego z braku zapewnienia źródeł finansowania. W sytuacji, w której pacjent nie znajdował się w sytuacji niecierpiącej zwłoki, za odmową leczenia powinna podążać informacja o możliwości uzyskania dla niego potrzebnej terapii w innym ośrodku. Odrębnym problemem pozostaje tu rozważenie, czy tzw. „limity przyjęć" spełniają kryteria „szczególnie uzasadnionego wypadku"[24].

Sprawa takiej odmowy pozostaje jednak w kręgu nie tyle decyzji związanej z aspektami ściśle medycznymi, ile uwikłaniami lekarzy w konieczność zachowania świadomości o ograniczonym dostępie do usług medycznych. Oczywiście żaden z odpowiedzialnych lekarzy nie dokona odmowy przyjęcia do szpitala w przypadku jednoznacznych wskazań medycznych do takiego bezzwłocznego przyjęcia. Zastosowanie wspomnianej regulacji jest możliwe tylko w przypadku braku bezwzględnych wskazań do niezwłocznego przyjęcia do szpitala i zapewne nie rozstrzyganie takich przypadków wątpliwych autorzy KEL brali pod uwagę.

Norma zawarta w art. 7 KEL zawiera wyłącznie prawo lekarza do odmowy leczenia w szczególnie uzasadnionych przypadkach, odwołując się tylko do niektórych świadczeń zdrowotnych, ponieważ mowa tutaj jedynie o prawie niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia[25]. Redakcja art. 7 KEL zbliżona jest to regulacji ustawowej dotyczącej niepodjęcia terapii lub odstąpienia od leczenia przez lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby, który może nie podjąć lub odstąpić od leczenia tylko z ważnych powodów oraz po pisemnym powiadomieniu przełożonego[26].

W art. 7 KEL użyto nieostrych sformułowań, których interpretację pozostawiono lekarzowi, pod warunkiem odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej, jego uzasadnienia i wskazania innych możliwości leczenia[27]. Obowiązek udzielenia danego świadczenia zdrowotnego nie jest zatem obowiązkiem bezwzględnym, a decyzja zależy zarówno od sytuacji pacjenta, jak i sytuacji lekarza, czy też jego światopoglądu[28].

---

[23] S. Pożdzioch, M. Gibiński, *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, op. cit., s. 211.

[24] J. Sak, *Kalkulacja i dystans*, http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=17&ii=246, 2.08.2015.

[25] A. Jacek, *Klauzula sumienia w zawodzie lekarza*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie" 2010, nr 4, s. 485.

[26] T. Dukiet-Nagórska, *Niepodjęcie – zaprzestanie terapii a prawo karne*, „Prawo i Medycyna" 2010, nr 1, s. 47.

[27] J. Haberko, Z. Kopaczyńska, E. Talikowska, L. Pawelczyk, P. Jędrzejczak, *Ocena znajomości prawa medycznego wśród lekarzy i pacjentów*, „Przegląd Lekarski" 2008/65/5, s. 240.

[28] K. Szutowska, *Odpowiedzialność za szkodę z tytułu wrongful conception i wrongful birth w świetle funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej w polskim prawie cywilnym – część II*, „Transformacje Prawa Prywatnego" 2008, nr 2, s. 97.

Podkreślić należy, że z prawem lekarza do niepodjęcia się lub odstąpienia od leczenia chorego skorelowany jest obowiązek lekarza do wskazania możliwości uzyskania przez chorego innej pomocy lekarskiej. Podkreślić należy, że obowiązek ten dotyczy obu sytuacji, a więc odstąpienia od leczenia i niepodjęcia się leczenia, a zatem sytuacji odmiennej od zakreślonej dyspozycją art. 38 u.z.l.l.d. możliwości odmowy leczenia przez lekarza, który wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby[29].

W literaturze przedmiotu wskazuje się na różnice w regulacji art. 7 KEL i art. 39 u.z.l.l.d., albowiem art. 7 KEL określa możliwość odmowy podjęcia „leczenia", które jest pojęciem węższym, a art. 39 u.z.l.l.d. odmowy „wykonania świadczenia zdrowotnego"[30], co może budzić wątpliwości interpretacyjne. Wyrażone w art. 39 u.s.l.l.d. prawo lekarza do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych dotyczy wszystkich świadczeń, które może on wykonać osobiście[31]. Warto wskazać, że treść art. 7 KEL nie odwołuje się jednoznacznie do sumienia jako przesłanki umożliwiającej niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia chorego, jednakże założyć należy, że – jeśli lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia w szczególnie uzasadnionych przypadkach – to do tej kategorii zaliczyć można również sumienie[32]. Nie wdając się tutaj w szczegółowe rozważania odnoszące się do ustawowej regulacji „tzw. klauzuli sumienia" wskazać należy, że możliwość powołania się na nią przez lekarza w indywidualnym przypadku w odniesieniu do konkretnego świadczenia zdrowotnego przewiduje art. 39 u.z.l.l.d. Klauzula sumienia stanowi regulację prawną, która pozwala lekarzowi (a także innym członkom personelu medycznego) na powstrzymanie się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego własnym sumieniem.

Zgodnie z treścią art. 39 u.z.l.l.d. lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z wyjątkiem przypadków, w których zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W razie powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem, na lekarzu spoczywa obowiązek wskazania możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, a także musi uzasadnić ten fakt i odnotować go w dokumentacji medycznej.

Z powyższego wynika, że lekarz może zgodnie z prawem powstrzymać się od wykonania określonych czynności jeśli kumulatywnie zostaną spełnione następujące przesłanki: są one „niezgodne z jego sumieniem", nie zachodzi sytuacja o której mowa w art. 30 u.z.l.l.d, a także pod warunkiem, że lekarz wskaże realne możliwości uzyska-

---

[29] E. Zatyka, *Lekarski obowiązek niesienia pomocy*, Warszawa 2011, s. 30.

[30] E. Zielińska, *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna" 2003, nr 13, s. 26–28; K. Szutowska, *Odpowiedzialność za szkodę z tytułu wrongful conception i wrongful birth w świetle funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej w polskim prawie cywilnym – część II*, „Transformacje Prawa Prywatnego" 2008, nr 2, s. 96.

[31] A. Jacek, *Klauzula sumienia w zawodzie lekarza*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie", Rzeszów 2010, nr 4, s. 485.

[32] A. Gałęska-Śliwka, *Klauzula sumienia*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wydawnictwo WoltersKluwer, dostęp on line 4.08.2015.

nia tego świadczenia gdzie indziej, a fakt odmowy zostanie odnotowany w dokumentacji, uzasadnienie zostanie odnotowane w dokumentacji, a także w przypadku, w którym lekarz wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, zostanie o tym fakcie powiadomiony jego przełożony[33].

Z jednej strony wyraża się szacunek do przekonań lekarza, stwarzając mu możliwość uchylenia się od czynów niezgodnych z jego sumieniem, jednak z drugiej strony zobowiązuje się go do pomocy w wykonaniu takich czynów przez inne osoby. Nałożony na lekarzy obowiązek jest więc niezgodny z przyznanym mu niezbywalnie uprawnieniem. Jest to poważna wada prawa prowadząca do sprzecznych ocen tej samej sytuacji. Ocena zależy bowiem od tego, któremu fragmentowi przepisu nada się większe znaczenie. Wydaje się, że ten stan prawny wymaga więc pilnej nowelizacji.

Warto zaznaczyć, że wątpliwości w tym zakresie były już wyrażane. W 1992 roku Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się na temat sugerowanych rozbieżności między Kodeksem etyki lekarskiej a niektórymi przepisami prawa. W cytowanym orzeczeniu potwierdził on uznanie autonomiczności norm etycznych w stosunku do norm prawnych: „Zbiory norm prawnych i etycznych nie pokrywają się i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Nieuprawnionym jest więc stwierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi, a to raczej normy prawne powinny być wykładnią norm etycznych. Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej”[34].

Na marginesie niniejszych rozważań zauważyć należy, że 25 lipca 2014 roku do Sejmu wpłynął poselski wniosek o zmianie ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*[35]. Zdaniem wnioskodawców aktualna regulacja klauzuli sumienia wywołuje wątpliwości, przede wszystkim w zakresie obowiązku wskazywania innego lekarza, który kwestionowane świadczenie wykona.

W uzasadnieniu do projektu podano, że klauzula sumienia zawarta w art. 39 u.z.l.l.d. nie upoważnia lekarza do bezwarunkowego powstrzymywania się od leczenia pacjenta w ogóle, lecz powstrzymywania się od wykonywania tych świadczeń zdrowotnych, które są niezgodne z jego sumieniem, a więc stanowi to ograniczone prawo do odmowy leczenia. 17 czerwca 2015 roku wpłynęło do Sejmu stanowisko rządu, w którym Rada Ministrów negatywnie zaopiniowała projekt ustawy, uznając, że obecne brzmienie art. 39 u.z.l.l.d., w razie powołania się przez lekarza na tzw. klauzulę sumienia, w sposób wystarczający zabezpiecza pacjentowi możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Prac nie dokończono w IV kadencji Sejmu zgodnie z zasadą dyskontynuacji prac Sejmu.

Artykuł 38 ust. 1 u.z.l.l.d. zawiera zasadę, zgodnie z którą lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. Obowiązek lekarza wynikający z art. 30 u.z.l.l.d. okre-

---

[33] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, op. cit., s. 47–48.

[34] Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 roku, sygn. akt U 1/92, dotyczącego niezgodności z Konstytucją niektórych przepisów Kodeksu etyki lekarskiej.

[35] http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/973E73BA17B9F079C1257DFD0048880E/%24File/3201.pdf, 1.08.2015.

śla szczególny obowiązek gwarancyjny lekarza, od którego nie może on się uchylić, a więc taki, który został nałożony przez przepisy prawa na wyodrębnioną grupę osób, jaką są lekarze[36]. Podkreślenia wymaga fakt, że uprawnienie lekarza do odmowy leczenia może być wykorzystane w przypadku każdego rodzaju świadczenia zdrowotnego i w odniesieniu do każdego pacjenta[37]. Lekarz nie może odmówić pomocy tylko na takiej podstawie, że nie jest specjalistą, który mógłby udzielić pomocy lekarskiej w konkretnym przypadku[38].

Szeroko toczona w ostatnich latach dyskusja na temat tzw. klauzuli sumienia uzmysławia, jakim wrażliwym polem są próby podważenia autonomii wykonywania zawodu lekarza i podejmowanych decyzji lekarskich. Istotą działania lekarskiego jest „ochrona życia i zdrowia ludzkiego". Tak precyzuje KEL: „lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem"[39]. Dyskusję dotyczącą klauzuli sumienia prowokują współcześnie próby wciągania lekarzy w działania wykraczające poza tak określone zadania, a jednocześnie wpływania na ograniczanie właściwej zawodowi autonomii.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że klauzula sumienia nie stanowi wyłącznie specyfiki polskiej, lecz występuje w ustawodawstwie większości państw demokratycznych. Stanowi ona regulację prawną, która pozwala lekarzowi (a także innym członkom personelu medycznego) na powstrzymanie się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego własnym sumieniem. Klauzula sumienia znajduje podstawy w aktach prawnych, w szczególności wynika z art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w którym każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Jeszcze silniejszy jest wydźwięk art. 54 „każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów […]. Krytykowanie lekarzy za deklarowanie własnych przekonań świadczyć mogłoby co najmniej o nieznajomości Konstytucji, a zarzut, że ich postępowanie zagraża życiu lub zdrowiu pacjentów jest absurdalny, gdyż dochodzi często do sytuacji zupełnie odwrotnej".

Podobnie art. 18 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka jednoznacznie proklamuje prawo każdego do wolności myśli, sumienia i wyznania. Wolność sumienia z całą mocą wyraża też Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 2010 roku: „Żadna osoba, szpital ani instytucja nie mogą być zmuszone, pociągnięte do odpowiedzialności ani dyskryminowane w żaden sposób z powodu odmowy wykonania, udzielania wsparcia, pomocy ani skierowania do aborcji, przeprowadzenia ludzkiego

---

[36] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, w: *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wyd. Medyczne & Urban Partner, Wrocław 2003, s. 45.

[37] E. Zatyka, *Lekarski obowiązek niesienia pomocy*, op. cit., s. 30.

[38] J. Kulesza, *Lekarski obowiązek pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego (art. 162 k.k.)*, „Prawo i Medycyna" 2006 nr 1, s. 112.

[39] KEL art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

poronienia, eutanazji lub jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować śmierć płodu lub zarodka ludzkiego, z jakiegokolwiek powodu". Wychodząc z tego przepisu należałoby stwierdzić, że prawo to przysługuje także instytucjom medycznym. Rezolucja bardzo wyraźnie stanowi, że żaden szpital nie może być dyskryminowany z tego powodu. Wniosek jest taki, że szpital nie ma obowiązku udzielenia świadczenia, które jest etycznie nie do zaakceptowania. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych w art. 18 potwierdza prawo do wolności sumienia, proklamując, iż „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania. Prawo to obejmuje wolność posiadania lub przyjmowania wyznania lub przekonań według własnego wyboru oraz do uzewnętrzniania indywidualnie czy wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań przez uprawianie kultu, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie". Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 października 2015 roku[40], odnoszącym się do klauzuli sumienia uznał, że w świetle art. 53 ust. 1 konstytucji oraz aktów prawa międzynarodowego, prawo do sprzeciwu sumienia powinno być uznane za prawo pierwotne względem jego ograniczeń. Co więcej Trybunał stwierdził, że wolność sumienia – w tym sprzeciw sumienia – musi być respektowana niezależnie od tego, czy istnieją przepisy ustawowe ją potwierdzające. Ustawodawca nie może więc dowolnie kształtować albo znosić tego „przywileju", lecz musi respektować konstytucyjne warunki ustanawiania ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela.

Klauzula sumienia kojarzona jest głównie z zagadnieniami prokreacji, jednak konieczność odwołania się do niej może wystąpić w wielu innych okolicznościach medycznych – wcale nie tylko u ginekologów-położników. Wystarczy wspomnieć sytuacje określania stanów terminalnych i śmierci, które rodzą codzienne dylematy lekarskie, związane nie tylko z postępowaniem medycznym, ale także etycznym. Można też wymienić niezwykle istotne w dobie rozwiniętych technologii wyzwania związane z tendencją do stosowania uporczywej terapii, dylematy spotykane przy włączaniu pacjentów do badań klinicznych, a także przy pojawianiu się aspektów ekonomicznych stosowanych terapii – okoliczności ekonomiczne mogą bowiem powodować różne postawy lekarzy. Kontrowersje etyczne budzą także zabiegi chirurgiczne zmiany płci. Konieczność zastosowania klauzuli sumienia dotyczyć może również osób zarządzających służbą zdrowia. Nie można pominąć dylematów lekarzy zajmujących się nauką, związanych z rozwojem medycyny, w tym genetyki czy biotechnologii.

Przechodząc do uwag końcowych wskazać należy, że zagadnienia dotyczące postępowania lekarza wobec pacjenta, pomimo precyzyjnej, zdawałoby się, regulacji powinny zostać doprecyzowane. Przede wszystkim mowa tutaj o art. 7 KEL i jego niezgodności z ustawową regulacją zawartą w art. 39 u.z.l.l.d. Z uwagi na fakt negatywnej opinii rządu dotyczącej projektu dotyczącego zmiany ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* zauważyć należy, że prawdopodobnie powstała rozbieżność w najbliższym czasie nie zostanie jednoznacznie rozstrzygnięta.

Artkuł 6 KEL przyznaje lekarzowi swobodę stosowania względem pacjenta metod, które on uzna za skuteczne. Ograniczeniem w praktycznym stosowaniu tego artykułu

---

[40] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 października 2015 r., sygn. 12.14.

jest art. 4 u.z.l.l.d., który nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Stąd treść art. 6 KEL powinna być rozpatrywana w świetle i w kontekście aktualnej wiedzy medycznej, o której – jako wyznaczniku – wspomina także KEL. Pamiętać należy o fakcie fundamentalnym, że przepisy prawa respektują prawo pacjenta do samostanowienia, w ramach którego pacjent może wyrazić zgodę lub odmówić zgody na podejmowane względem niego interwencje medyczne.

Reasumując powyższe rozważania należy stwierdzić, że zasadniczą kwestią oceny postępowania lekarza wobec pacjenta jest odniesienie jej do aktualnej wiedzy medycznej. W przepisach KEL występuje regulacja świadcząca o takim wymogu[41], a także domniemanie, że lekarz postępuje zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Stwierdzenie takie implikuje obowiązek po stronie lekarzy dokształcania się i śledzenia najnowszych osiągnięć medycznych – z tego punktu widzenia lekarz może zostać oceniony w ewentualnym postępowaniu dyscyplinarnym. Ponadto przypomnieć należy, że zastosowanie przez lekarza metody lub leku, który nie jest dopuszczony, może zostać dokonane wyłącznie na podstawie przepisów dotyczących przeprowadzania badań klinicznych. Akty prawne zawierają ponadto fundamentalną gwarancję zapewnienia autonomii decyzji lekarskich, dla której zastrzeżeniem jest jedynie właśnie zapewnienie wymogów spełniania standardów wiedzy medycznej.

W sytuacji licznych współczesnych wyzwań etycznych między prawem a medycyną powstaje napięcie, w którego zażegnaniu prawo nie zawsze jest w stanie pomóc. Niezbędnym więc jest, aby – w sytuacjach takiego napięcia – decyzje lekarskie podejmowane były z uwzględnieniem dobrze ukształtowanego sumienia lekarskiego, odpowiadającego wysokim standardom moralnym, uwzględniającym kategorie dobra chorego, przy zachowaniu wytycznych współczesnej myśli medycznej.

Streszczenie

Niniejszy artykuł traktuje o rozdziale I Kodeksu etyki lekarskiej, zatytułowanego „Postępowanie lekarza wobec pacjenta". Rozdział ten obejmuje dwa przepisy – art. 6 i 7 KEL. Art. 6 stanowi, że lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze, jednak powinien on ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Natomiast art. 7 stanowi, że w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Autorzy dokonują szczegółowej analizy wskazanych przepisów w oparciu o literaturę przedmiotu oraz orzecznictwo.

Słowa kluczowe: postępowanie lekarza wobec pacjenta, swoboda wyboru w zakresie metod postępowania, nie podjęcie leczenia, odstąpienie od leczenia, Kodeks etyki lekarskiej

[41] KEL art. 4.

Code of conduct by the physician towards the patient – comment to the Art. 6 and 7 of the Code of Medical Ethics

Summary

The article discusses Chapter 1 of the Medical Code of Ethics, entitled „Patient management by the physician". The Chapter comprises two regulations – Art. 6 and Art. 7. The former specifies that the physician is free to choose the mode of managing the patient, that he/she finds the most effective. However, the physician should limit his/her medical activities towards the patient to those indeed indispensable in a given case, according to the current body of medical knowledge. Art. 7, in turn, specifies that in exceptionally justified cases, the physician may not engage in treating the patient or refrain from it, with the exception of emergency cases. In both circumstances the physician should inform the patient about other possibilities of obtaining medical assistance. The authors analysed in detail the discussed provisions, on the basis of related literature and jurisdiction.

Key words: *patient management by the physician, freedom to choose the mode of managing the patient, refusing treatment, refraining from treatment, Code of Medical Ethics*

Bartosz PAWELCZYK
Dr. n. pr., Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu

Pomoc chorym w stanach terminalnych (komentarz do art. 30, art. 31 i art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej)[1]

1. Zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom, których życie nieuchronnie dobiega końca, należą do trudnych nie tylko z punktu widzenia medycznego, ale także prawnego, etycznego, psychologicznego, socjologicznego, czy religijnego. Dotykają one bowiem ostatecznej utraty wartości najcenniejszych, do jakich należą życie i zdrowie[2]. Oceny i osądy dotyczące postępowania w takich sytuacjach – zarówno w odniesieniu do osób umierających, jak i do towarzyszącego im personelu medycznego – powinny być w związku z tym dokonywane z bardzo dużą rozwagą i należytym szacunkiem, również w sferze prawnej. Z jednej strony konieczne jest tu uwzględnienie aspektów praktycznych udzielania świadczeń tak, aby interpretacje prawne nie były oderwane od rzeczywistości, w której lekarze muszą podejmować trudne i ważne decyzje. Z drugiej strony jednak potrzebne jest wytyczanie przez prawo granic swobody decyzyjnej personelu medycznego, tak dla dobra pacjentów, jak i w interesie samych lekarzy, by zapewniać im, w miarę możliwości, spokój i poczucie bezpieczeństwa przy dokonywaniu czynności medycznych.

Wszystkie trzy komentowane przepisy Kodeksu etyki lekarskiej, dotyczące postępowania lekarzy w stosunku do pacjentów w stanach terminalnych (tj. art. 30, art. 31 i art. 32), wiążą się ze sobą na tyle ściśle, że celowe jest łączne ich analizowanie.

2. Należy wyraźnie podkreślić, że pacjent znajdujący się w stanie terminalnym jest – z prawnego punktu widzenia – pacjentem równorzędnym w swych prawa i obowiązkach z każdym innym pacjentem. Jest więc on również podmiotem prawa do ochrony życia i prawa do ochrony zdrowia. Prawa te, zaliczane jednomyślnie do tzw. praw człowieka i jednocześnie uznawane za prawa podmiotowe, przysługują bowiem każdemu człowiekowi aż do śmierci, niezależnie od etapu życia, na jakim człowiek się znajduje. W świetle art. 38 Konstytucji RP[3], Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia, zaś zgodnie z jej art. 68 ust. 1 – każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Życie i zdrowie stanowią też dobra osobiste człowieka, podlegające

---

[1] Uwzględniono stan prawny na 23 czerwca 2015 roku.

[2] W kwestii formułowanych w tym zakresie stwierdzeń, w szczególności w odniesieniu do eutanazji, w tym na płaszczyźnie nauk medycznych i nauki Kościoła katolickiego – zob. np.: K. Bączyk, *Eutanazja i „wspomagane samobójstwo" w prawie porównawczym*, „Prawo i Medycyna" 1999, nr 4, vol. 1, s. 56–58; B. Kamiński, *Racjonalne granice interwencji lekarskiej – wątpliwości medyczne i moralne*, „Prawo i Medycyna" 2000, nr 5, vol. 2, s. 94–100.

[3] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483, ze zm.), zwana dalej: Konstytucją RP.

ochronie przewidzianej przepisami Kodeksu cywilnego (art. 23, 24, 448 k.c.)[4]. Przytoczone prawa zostały zapisane również w wielu innych aktach prawnych i deklaracjach, zarówno polskich, jak i międzynarodowych (np. art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych[5], art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych[6])[7].

Właściwa realizacja prawa do ochrony życia i prawa do ochrony zdrowia jest możliwa m.in. za sprawą ich sprzężenia z obowiązkami nałożonymi przez przepisy na inne podmioty, w tym na lekarzy. Obowiązki te mają nie tylko charakter deontologiczny, ale także prawny. Tytułem przykładu, zgodnie z art. 30 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*[8], lekarz ma obowiązek udzielać 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 przypadkach niecierpiących zwłoki. Również w świetle art. 2 Kodeksu etyki lekarskiej[9] powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem (ust. 1). Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady (ust. 2). Nieudzielenie pomocy lekarskiej w pewnych sytuacjach zagrożone jest również sankcją karną. Przepis art. 162 § 1 Ko-

---

[4] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku – *Kodeks cywilny* (t.j.: Dz. U. 2014.121, ze zm.), zwana dalej: k.c.

[5] Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku, Dz. U. 1977, Nr 38, poz. 167, zał., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 18 czerwca 1977 roku.

[6] Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku, Dz. U. 1977, Nr 38, poz. 169, zał., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 18 czerwca 1977 roku.

[7] Zob. też w szczególności: art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 roku; M. Balcerzak, *Międzynarodowa ochrona praw człowieka. Wybór źródeł*, Toruń 2007, s. I-B/1, 4); art. 5 Międzynarodowej konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej (Międzynarodowa Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej otwarta do podpisu w Nowym Jorku dnia 7 marca 1966 roku, Dz. U. 1969, Nr 25, poz. 187, zał., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 5 grudnia 1968 roku); art. 12 Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 roku, Dz. U. 1982, nr 10, poz. 71, zał., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 3 września 1981 roku); art. 24 Konwencji o prawach dziecka (Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz. U. 1991, Nr 120, poz. 526, ze zm., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 7 lipca 1991 roku); art. 12 Europejskiej Karty Społecznej (Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 roku (Dz. U. 1999, Nr 8, poz. 67, ze zm.); wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 25 lipca 1997). Szerzej zob. S. Poździoch, *Prawo do ochrony zdrowia w standardach Międzynarodowej Organizacji Pracy*, Kraków 2007, s. 33; B. Pawelczyk, *Konstytucyjny model systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, Poznań 2014, s. 14–20.

[8] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (t.j.: Dz. U. 2015.464), zwana dalej: u.z.l.

[9] Kodeks etyki lekarskiej, zwany dalej: KEL.

deksu karnego[10] stanowi bowiem, że kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Lekarski obowiązek ratowania ludzkiego życia i zdrowia, stanowiący korelat prawa pacjenta do ich ochrony, dotyczy również udzielania świadczeń zdrowotnych osobom znajdującym się w stanach terminalnych.

3. Źródłem wszystkich praw człowieka, w tym prawa do ochrony życia i zdrowia, jest ludzka godność. Mówi o tym w sposób jednoznaczny art. 30 Konstytucji RP, w myśl którego przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona należy do obowiązków władz publicznych. Prawo do poszanowania godności jest jedynym konstytucyjnym prawem człowieka, które nie może podlegać żadnym ograniczeniom[11]. Jest to więc nie tylko pojęcie głęboko zakorzenione w filozofii, etyce i innych naukach społecznych, lecz ma także swą doniosłość prawną. Godność człowieka oznacza zarówno konieczność pozostawienia mu pewnej sfery autonomii czy wolności (aspekt pozytywny), jak i zakaz poddawania człowieka takim sytuacjom czy takiemu traktowaniu, które mogą tę godność przekreślić (aspekt negatywny)[12].

Do ludzkiej godności odwołuje się wprost art. 30 KEL, mówiąc o obowiązku zapewnienia choremu humanitarnej opieki terminalnej i godnych warunków umierania. Jest to szczególny przykład ogólnej powinności wyrażonej w art. 12 KEL, iż lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Zbliżonej treści regulacja prawna została wpisana także do ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*[13], a więc do aktu normatywnego powszechnie obowiązującego. Zgodnie bowiem z art. 20 przywołanej ustawy, pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (ust. 1). Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień (ust. 2). Obowiązek poszanowania przez lekarza intymności i godności osobistej pacjenta wynika również z art. 36 ust. 1 u.z.l.

W doktrynie wskazuje się, że prawo do umierania wywodzi się bezpośrednio z prawa do życia i do pomocy w sytuacjach ostatecznego zagrożenia, chodzi tu przecież o pomoc na pewnym określonym etapie życia[14]. Godność przysługuje każdemu czło-

---

[10] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – *Kodeks karny* (Dz.U.1997.88.553, ze zm.), zwana dalej: k.k.

[11] Zob. M. Safjan, *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej*, w: *Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, red. A. Łopatka, B. Kunicka-Michalska, S. Kiewlicz, Warszawa 2003, s. 251.

[12] L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2007, s. 89–90.

[13] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j.: Dz. U. 2012.159, ze zm.), zwana dalej: u.p.p.

[14] D. Karkowska, *Komentarz do art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, w: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX 2012, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

wiekowi w jednakowym stopniu, a więc również bez względu na etap życia – też w jego schyłkowej fazie.

Godność pacjenta – także w odniesieniu do godnych warunków umierania – jest zaliczana do dóbr osobistych człowieka, podlegających ochronie na podstawie Kodeksu cywilnego. Ochrona ta obejmuje zarówno możliwość żądania zaniechania bezprawnych działań, które zagrażają naruszeniem dobra osobistego, jak i – w razie dokonanego naruszenia – możliwość żądania od sprawcy, aby dopełnił czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków (art. 24 k.c.). Dodatkowo, w przypadku zawinionego naruszenia dóbr osobistych, podmiot doznający naruszenia może domagać się od sprawcy pieniężnego zadośćuczynienia lub zapłaty określonej sumy pieniężnej na cel społeczny. Wydaje się, że ze względu na specyfikę prawa do zapewnienia godnych warunków umierania, szczególne znaczenie mieć będzie możliwość żądania zaniechania działań to prawo naruszających (za życia pacjenta), zaś po jego śmierci – skoro on sam nie może już dochodzić zadośćuczynienia, istotna będzie regulacja wprowadzona w art. 4 ust. 2 u.p.p. W myśl tego przepisu, 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.

Jednym z istotniejszych obowiązków lekarza w stosunku do pacjentów będących w stanach terminalnych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie cierpień. Niezależnie od stanu zdrowia i rokowań pacjenta, obowiązek ten należy uznać za konieczny do wypełniania; brak szans na wyzdrowienie, a nawet tylko na polepszenie stanu zdrowia pacjenta, nie może uzasadniać zaprzestania walki z bólem. Słusznie w doktrynie wskazuje się, że łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej[15].

4. Z uwagi na szczególną sytuację osób znajdujących się w stanach terminalnych postawić trzeba pytanie o granice ww. lekarskiego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych. Podstawową kwestią jest to, że obowiązek ten gaśnie z chwilą śmierci pacjenta. Śmierć stanowi tu punkt graniczny, wyznacza ona bowiem koniec zdolności prawnej. W doktrynie wskazuje się, że rzeczywista śmierć człowieka powoduje ustanie jego podmiotowości prawnej[16]. Z chwilą śmierci przestaje zatem istnieć przedmiot ochrony wszelkich przepisów normujących obowiązki zachowań względem osób żywych[17]. Tym samym, przerwanie leczenia po śmierci pacjenta nie będzie stanowiło naruszenia żadnych przepisów nakazujących chronić życie oraz ludzką godność, w szczególności zaprzestanie leczenia zmarłego nie będzie oczywiście przestępstwem zabójstwa, zabójstwa eutanatycznego czy nieudzielenia pomocy. Lekarz nie

---

[15] D. Karkowska, op. cit. Zagadnienie granic dopuszczalności stosowania środków przeciwbólowych zostanie podjęte w dalszej części.

[16] J. Strzebińczyk w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, Warszawa 2006, s. 34.

[17] Zob. J. Haberko, *Koniec życia człowieka a kres podmiotowości prawnej. Kilka uwag na temat czy prawnik i lekarz rozumieją się „stwierdzając zgon"*, Prawo i Medycyna" 2007, nr 2, 27, vol. 9, s. 80.

będzie z tego tytułu ponosił żadnej odpowiedzialności prawnej (cywilnej, karnej ani zawodowej)[18].

5. Dla rozważań nad granicami czasowymi obowiązku leczenia osób znajdujących się w stanach terminalnych potrzebne jest dokonanie podziału takich pacjentów na dwie kategorie, tj. osób mających zachowaną świadomość oraz takich, które znajdują się w stanie wyłączonej (lub co najmniej ograniczonej) świadomości.

W odniesieniu do pacjentów, którzy nie znajdują się w stanie wyłączonej ani ograniczonej świadomości, uwidacznia się trudny lekarski dylemat związany z hierarchizacją wartości: życia (zdrowia) oraz autonomii woli pacjenta (jego prawa do samostanowienia, wolności). Czy pierwszeństwo ma mieć „*salus*" czy „*voluntas*" pacjenta? Na gruncie obecnego ustawodawstwa lekarz może udzielać świadczeń zdrowotnych tylko wówczas, gdy pacjent uprzednio wyraził na to zgodę. Stanowią o tym zarówno przepisy rangi ustawowej (np. art. 15 i kolejne u.p.p., art. 32 i następne u.z.l.), jak i postanowienia Kodeksu etyki lekarskiej (np. art. 16 KEL). W pewnych przypadkach udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta będzie nawet wyczerpywało znamiona przestępstwa; zgodnie bowiem z art. 192 ust. 1 k.k., kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. W konsekwencji, w doktrynie dominuje stanowisko, że brak zgody pacjenta – zarówno na rozpoczęcie określonego świadczenia, jak i na kontynuowanie świadczenia już rozpoczętego – ma dla lekarza wiążący charakter. Prawo do wyrażenia zgody obejmuje także prawo do jej odwołania. Autonomia woli ma więc znaczenie podstawowe i decydujące nawet wówczas, jeśli brak zgody pacjenta oznaczać będzie pogorszenie jego stanu zdrowia, a nawet śmierć[19]. Warunkiem jest oczywiście zachowana świadomość pacjenta (umożliwiająca ważne pod względem prawnym wyrażenie woli) oraz uprzednie należyte poinformowanie pacjenta w zakresie wymaganym przepisami cytowanych wyżej ustaw, w szczególności o ryzykach związanych z nieudzieleniem (lub zaprzestaniem udzielania) określonego świadczenia. Jeśli jednak pacjent został należycie poinformowany i ma zachowaną świadomość, należy jego wolę uszanować, niezależnie od konsekwencji dla zdrowia czy nawet życia.

Powyższe przepisy oraz przedstawiona ich interpretacja odnoszą się również do pacjentów znajdujących się w stanach terminalnych. Jestem zdania, że niepodjęcie leczenia lub zaniechanie dalszego leczenia spowodowane brakiem zgody, odwołaniem zgody lub – tym bardziej – wprost wyrażonym sprzeciwem, w stosunku do pacjenta prawidłowo poinformowanego o medycznych skutkach swojej decyzji, nie rodzi żadnej odpowiedzialności prawnej lekarza z tego tytułu. Jak wskazuje się w doktrynie, lekarz stosujący zabieg podtrzymujący życie musi go zaprzestać, jeżeli istnieje świadoma wola pacjenta[20]. Co więcej, uszanowanie woli pacjenta, ze wszystkimi jej konsekwen-

---

[18] Nie oznacza to oczywiście, że na lekarzu – i innym personelu medycznym – nie ciążą żadne obowiązki w stosunku do ciała człowieka po jego śmierci. Obowiązki te wynikają jednak z innych przepisów, których przedmiotem ochrony nie jest życie lub zdrowie człowieka.

[19] Tak np. A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna" 2000, nr 5, vol. 2, s. 35; E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna" 2000, nr 5, vol. 2, s. 73–74 i powołana tam literatura.

[20] A. Sakowicz, *Prawo do umierania*, w: A. Sakowicz, *Prawnokarne gwarancje prywatności*, Zakamycze 2006, s. 302 i powołana tam literatura. Zob. też: M. Safjan, op. cit., s. 259.

cjami, stanowi obowiązek lekarza, którego naruszenie może stanowić źródło odpowiedzialności.

6. Dla wyznaczania granic obowiązku leczenia pacjentów będących w stanach terminalnych bardzo istotne znaczenie ma przepis art. 31 KEL, zgodnie z którym lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa. Przepis ten należy interpretować w powiązaniu z przestępstwami wyrażonymi w art. 150 i art. 151 k.k.

Przestępstwo określane w języku prawniczym mianem zabójstwa eutanatycznego zostało uregulowane w art. 150 k.k. Przepis ten stanowi, że kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (§ 1). W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia (§ 2). Przedmiotem ochrony jest tu życie człowieka. Jest to tzw. przestępstwo powszechne, co oznacza, że może być ono popełnione przez „każdego", zatem również przez lekarza. Zabójstwo eutanatyczne stanowi tzw. uprzywilejowany typ zabójstwa[21]. Polega ono, tak jak zabójstwo zwykłe, na pozbawieniu innego człowieka życia, natomiast uprzywilejowanie, wpływające na złagodzenie sankcji karnej, uzależnione jest od łącznego wystąpienia dwóch przesłanek, a mianowicie: żądania wyrażonego w tym względzie przez osobę, której ma dotyczyć zabójstwo oraz motywu współczucia u sprawcy w stosunku do tej osoby. Ofiara – w tym przypadku pacjent – musi jednoznacznie wyrazić swoją wolę co do tego, iż żąda od określonego adresata – np. lekarza – aby ten pozbawił ją życia. Żądanie to musi mieć charakter stanowczy, wyraźny, w pełni dobrowolny, być wolne od wad oświadczeń woli i złożone przez osobę będącą w pełni władz umysłowych, zdolną do rozpoznania i oceny swojej sytuacji, w szczególności nie może to być osoba dotknięta chorobą psychiczną lub innego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, jak również osoba pozostająca pod władzą rodzicielską (niepełnoletnia) lub kuratelą[22]. Konieczne jest zawsze ustalenie, czy żądanie to nie jest składane jedynie pod wpływem chwilowych emocji lub innych przejściowych czynników.

Zabójstwo eutanatyczne może być popełnione tak przez działanie, jak i przez zaniechanie[23]. Dokonuje się tu rozróżnienia na tzw. eutanazję czynną oraz bierną, choć kryteria tego rozróżnienia oraz kategoryzacje poszczególnych stanów faktycznych są w doktrynie prawa różnie ujmowane. Według niektórych komentatorów, eutanazja czynna wyraża się w tym, że aktywne działanie zabijającego jest przyczyną sprawczą uruchamiającą proces prowadzący do śmierci. Druga zaś postać eutanazji stanowi jak gdyby przyzwolenie na śmierć, czyli powstrzymywanie się – wbrew ciążącemu na sprawcy obowiązkowi – od ingerencji w proces umierania[24]. W literaturze wskazano

---

[21] Zgodnie z art. 148 § 1 k.k., kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 8, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności.

[22] A. Marek, *Komentarz do art. 150 Kodeksu karnego*, w: idem, *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2010, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

[23] Zob. np. M. Budyn-Kulik, *Komentarz do art. 150 kodeksu karnego*, w: M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2014, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

[24] J. W. Giezek, *Komentarz do art. 150 Kodeksu karnego*, w: idem, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, LEX, 2014, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

też, iż zaniechanie może polegać np. na celowym niepodaniu leku niezbędnego do podtrzymywania życia w zamiarze, by nastąpił zgon osoby cierpiącej[25]. W przypadku zaniechania, sprawcą może być wyłącznie osoba, na której ciążył prawny, szczególny obowiązek ochrony życia danej osoby. Zabójstwo eutanatyczne jest przestępstwem umyślnym, które może być popełnione zarówno w zamiarze bezpośrednim, jak i ewentualnym[26].

Jestem zdania, że w przypadku zaprzestania dalszego udzielania świadczeń ratujących lub podtrzymujących życie w stosunku do pacjentów mających zachowaną świadomość, na wyraźne ich żądanie stanowiące odwołanie wcześniejszej zgody na leczenie, lekarz jest zobligowany do poszanowania prawa pacjenta do samostanowienia (autonomii woli). Nawet jeśli lekarzowi uwzględniającemu wolę pacjenta towarzyszy motyw współczucia, takie zachowanie – w przypadku śmierci pacjenta – nie będzie stanowiło zabójstwa eutanatycznego. Celem lekarza nie jest uśmiercenie pacjenta. Nawet mając świadomość śmiertelnego skutku swych działań – jest on w świetle prawa zobligowany do ich podjęcia (tj. zaniechania dalszego leczenia), z uwagi na prymat woli pacjenta. Bezprawność działań lekarza zostaje w ten sposób wyłączona. Popieram w tym względzie stanowisko sformułowane w doktrynie, iż należy odróżnić eutanazję bierną od poszanowania woli pacjenta na kontynuowanie leczenia[27].

Z kolei płynący z art. 31 KEL zakaz udzielania pomocy do samobójstwa stanowi przestępstwo określone w art. 151 k.k. Przepis ten głosi, że kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5[28]. Podstawowym przedmiotem ochrony tego przestępstwa jest życie. Można je popełnić tylko umyślnie, w zamiarze bezpośrednim lub ewentualnym. Gdy czyn polega na doprowadzeniu namową, może ono zostać popełnione tylko przez działanie, natomiast gdy polega na udzieleniu pomocy, może polegać zarówno na działaniu, jak i na zaniechaniu[29].W doktrynie wskazuje się, że pomocy do targnięcia się na własne życie można dopuścić się w różny sposób, m.in. udzielając rady, informacji albo dostarczając środków do dokonania tego czynu. Usuwanie wątpliwości osoby wahającej się czy popełnić samobójstwo, należy traktować jako udzielenie pomocy psychicznej, jeżeli była ona na tyle istotna, że doprowadziła ją do targnięcia się na własne życie[30]. Lekarz opiekujący się osobą będącą

---

[25] A. Marek, op. cit.; por. A. Gałęska-Śliwka, M. Śliwka, *Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii*, „Państwo i Prawo" 2009, nr 11, s. 19.

[26] A. Marek, op. cit. Odmienne stanowisko, wydaje się, że pozostające w mniejszości, prezentuje A. Zoll, według którego zabójstwo eutanatyczne może być popełnione tylko z zamiarem bezpośrednim – zob. A. Zoll, *Komentarz do art. 150 Kodeksu karnego*, w: A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117–277 k.k.*, Zakamycze, 2006, s. 287.

[27] A. Zoll, op. cit., s. 285.

[28] Przedmiotem sporu w doktrynie są relacje zachodzące pomiędzy art. 150 k.k. i art. 151 k.k., w szczególności w odniesieniu do kwalifikacji prawnej czynu polegającego na udzieleniu przez lekarza pomocy do samobójstwa pacjentowi w stanie terminalnym, na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego – zob. np. K. Bączyk, op. cit., s. 67–68 i powołana tam literatura.

[29] M. Budyn-Kulik, *Komentarz do art. 151 Kodeksu karnego*, w: M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2014, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

[30] A. Marek, *Komentarz do art. 151 Kodeksu karnego*, w: idem, *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2010, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

w stanie terminalnym nie może zatem w żaden sposób przyczyniać się do popełnienia przez chorego samobójstwa[31]. Wszelka pomoc w tym zakresie stanowi naruszenie nie tylko zasad etyki zawodowej, ale także przepisów prawa karnego i jest penalizowana. Tytułem przykładu, będzie jej podlegał lekarz, który nie chcąc narazić się na zarzut popełnienia zabójstwa eutanatycznego, dostarcza pacjentowi leki potrzebne do popełnienia samobójstwa lub podpowiada mu, co należy w tym celu zrobić (np. jaki sprzęt samodzielnie odłączyć, jaką substancję i w jaki sposób wstrzyknąć). Wydaje się dyskusyjne, czy za czyn zabroniony można by uznać poinformowanie pacjenta przez lekarza, że w przypadku wyrażenia przez niego sprzeciwu co do dalszego leczenia, lekarz będzie musiał odłączyć aparaturę utrzymującą przy życiu, co spowoduje zgon. Wprawdzie udzielenie takiej informacji stanowi wskazanie pacjentowi rozwiązania prowadzącego do zgonu, jednakże – moim zdaniem – nie można by uznać, że czyn ten wypełnia znamiona komentowanego przestępstwa. Udzielanie takich informacji jest dozwolonym, a wręcz nakazanym, informowaniem o prawach pacjenta i konsekwencjach dla zdrowia związanych z podejmowanymi przez pacjenta świadomie decyzjami. Uważam jednak, że takie zachowanie lekarza powinno budzić wątpliwości pod względem jego etyczności, jeżeli lekarz udziela w tym zakresie szczegółowych informacji z własnej inicjatywy, wiedząc o tym, że pacjentowi zależy na swojej śmierci i chcąc mu tym samym – w świetle litery prawa legalnie – ułatwić realizację tego celu.

7. Z kolei w przypadku pacjentów znajdujących się w stanie wyłączonej lub ograniczonej świadomości, wszelkie składane przez nich oświadczenia – zgoda na leczenie, odwołanie wcześniej wyrażonej zgody (nawet, jeśli pacjent wyraził wcześniej swą zgodę w sposób świadomy), jak i sprzeciw wobec dalszego leczenia – są z prawnego punktu widzenia dotknięte sankcją bezwzględnej nieważności. Są to zatem wypowiedzi pacjenta niemające znaczenia prawnego, należy je traktować jako niebyłe, lekarz nie może się nimi kierować. Wówczas, w pierwszej kolejności, na lekarzu ciąży obowiązek ustalenia, czy zaistniały przesłanki podjęcia (lub kontynuowania) leczenia bez zgody pacjenta. O sytuacjach takich – gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym – stanowią art. 33, art. 34 ust. 7 i art. 35 u.z.l.[32] Trzeba przy tym wyraźnie pod-

---

[31] Warto przywołać wypowiedź sformułowaną w tym kontekście w doktrynie, iż w większości przypadków, personel medyczny ogranicza się do przepisania lub dostarczenia środków do popełnienia samobójstwa, czyli do prostego ułatwienia jego popełnienia i aczkolwiek jego działalność pozostaje w związku przyczynowym z targnięciem się na życie, odpowiedzialność z tego przepisu powinna być ograniczona wyłącznie do tych przypadków, w których można przypuszczać, że gdyby nie fachowa pomoc lekarza lub jego namowa, to dana osoba nie dokonałaby zamachu na własne życie – zob.: E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna" 2000, nr 5, vol. 2, s. 93.

[32] W myśl art. 33 ust. 1 u.z.l., badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Zgodnie natomiast z art. 34 u.z.l., lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1 bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyska-

kreślić, że w przypadku zaistnienia przesłanek do podjęcia (lub kontynuowania) leczenia bez zgody pacjenta, lekarz nie tylko jest do tego uprawniony, lecz zobowiązany. Jeżeli zatem pacjent znajdujący się w stanie terminalnym nie jest w stanie świadomie wyrazić swojej woli, lekarz – co do zasady – zobowiązany jest do leczenia. Zatem w tym przypadku nie dochodzi do wcześniej dostrzeżonej relacji pomiędzy obowiązkiem leczenia i obowiązkiem uszanowania woli pacjenta, ta ostatnia bowiem nie może zostać skutecznie wyrażona.

Powstaje tu jednak inny doniosły problem. Czy lekarski obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych takim pacjentom kończy się dopiero z chwilą ich śmierci (gdy tracą oni podmiotowość prawną), czy też może on ustać wcześniej. Należy uznać, że obowiązek ten może ustać wcześniej, a źródeł takiego stanowiska upatrywać powinno się, w moim przekonaniu, przede wszystkim w prawie pacjenta do poszanowania jego godności, zwłaszcza w aspekcie zapewnienia godnych warunków umierania (stosowne przepisy dotyczące godności zostały przywołane wcześniej). W tym właśnie obszarze przepisy prawa i postanowienia Kodeksu etyki lekarskiej zakreślają pewne granice swobody decyzji lekarza co do zakresu i czasu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom znajdującym się w stanach terminalnych. W myśl art. 6 KEL lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Przepis ten sugeruje, że lekarz nie tylko nie ma obowiązku stosowania wszelkich możliwych czynności medycznych, lecz wręcz powinien (co w języku prawnym oznacza obowiązek) ograniczyć się jedynie do tych rzeczywiście potrzebnych. Taką wytyczną należy stosować również w opiece nad osobami terminalnie chorymi. Uszczegółowienie sfery swobody lekarza w tym względzie zawiera art. 32 KEL, stanowiący, iż w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Najwyraźniejsze granice swobody w tym obszarze wyznacza w pierwszej kolejności zakaz stosowania eutanazji oraz pomocy choremu w popełnieniu samobójstwa (art. 31 KEL), po drugie zaś obowiązek łagodzenia cierpień pacjenta aż do końca życia (art. 30 KEL).

O ile w przypadku pacjentów zdolnych świadomie wyrazić swą wolę, wyłączenie bezprawności działań lub zaniechań lekarza przerywającego dalsze leczenie (reanima-

---

nia zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. Z kolei w myśl art. 35 u.z.l., jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności (ust. 1). O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy (ust. 2).

cję, uporczywą terapię lub stosowanie środków nadzwyczajnych) odbywa się za sprawą sprzeciwu pacjenta lub odwołania zgody na leczenie, o tyle w sytuacji pacjentów z wyłączoną (lub ograniczoną) świadomością, podstaw braku bezprawności ww. postępowania lekarza należy poszukiwać, moim zdaniem, w regulacjach prawnych przywołanych w powyższym akapicie. Wprawdzie takie działania lub zaniechania lekarza, który podejmuje je ze świadomością i co najmniej godząc się na to, że skutkiem zaniechania stosowania dalszej terapii może być skrócenie życia pacjenta, mogłyby zostać uznane za przestępstwa zabójstwa lub zabójstwa eutanatycznego. Jednak, jak trafnie wskazuje się w doktrynie, fakt obowiązywania powyższych przepisów „prawa medycznego" oraz omówionych zasad deontologicznych wyklucza pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności z tych przepisów w większości wymienionych przypadków zawsze wtedy, gdy działa on w ramach uprawnień przewidzianych w KEL i nakazuje uznać jego działania za pozbawione znamienia bezprawności. Przyjmuje się bowiem, że przywołane przepisy ustanawiają pozakodeksowy kontratyp skutkujący wyłączeniem odpowiedzialności karnej lekarzy[33].

Na tle komentowanych przepisów trwają ożywione dyskusje, wiążące się z próbami wytyczenia granicy pomiędzy pożądanymi jeszcze próbami leczenia, a potrzebą akceptacji nieuchronnej w danych okolicznościach śmierci[34]. Trudności interpretacyjne wzmożone są poprzez brak zdefiniowania w Kodeksie etyki lekarskiej pojęć reanimacji, uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. W związku z tym próby ustalenia ich znaczenia normatywnego dokonywane są w doktrynie prawa, przy uwzględnieniu dorobku medycyny i etyki, ale też pod wpływem nauki wielkich religii ogólnoświatowych, w tym Kościoła katolickiego. Ważnym kryterium jest tu proporcjonalność nakazująca brać pod uwagę zarówno możliwą realnie poprawę stanu zdrowia pacjenta i jednocześnie efekty uboczne stosowania nadzwyczajnych środków, przyczyniających się jedynie do przedłużania cierpień pacjenta, bez podnoszenia jakości jego życia[35]. Warto odwołać się w tym kontekście do treści encykliki papieża Jana Pawła II o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego *Evangelium Vitae*[36], w której stwierdzono, iż od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej uporczywej terapii, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie ży-

---

[33] E. Zielińska, op. cit., s. 89. W doktrynie poszukuje się też innych podstaw braku bezprawności zachowań lekarza w takim przypadku, np. w konstrukcji pierwotnej legalności, stanu nadzwyczajnej konieczności czy ogólnych podstaw odstąpienia od wymierzenia kary – zob. E. Zielińska, op. cit., s. 89 oraz A. Zoll, *Zaniechanie*…, op. cit., s. 32–33.

[34] Zob. w tym kontekście: P. Andruszkiewicz, A. Kański, *Obowiązek resuscytacji w przypadku zatrzymania krążenia – uwagi na tle praktyki oraz prawa polskiego i obcego*, „Prawo i Medycyna" 2007, nr 2, 27, vol. 9, s. 63.

[35] A. Gałęska-Śliwka, M. Śliwka, op. cit., s. 21 i powołana tam literatura.

[36] Ogłoszona 25 marca 1995 roku, pkt 65, http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html, 8 czerwca 2015.

cia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia[37].

8. Istotną kwestię w omawianym kontekście stanowi stosowanie przez lekarzy analgetyków (środków przeciwbólowych) w stosunku do pacjentów znajdujących się w stanach terminalnych. Problematyczne jest bowiem, czy lekarz jest uprawniony do stosowania leków przeciwbólowych również w sytuacji, gdy ich podawanie, z medycznego punktu widzenia, może – lub wręcz musi – przyspieszyć śmierć pacjenta. Uważam, że źródeł braku bezprawności takich działań lekarza należy poszukiwać w omówionych już wyżej przepisach usprawiedliwiających zaprzestanie stosowania środków nieproporcjonalnych, w tym w prawie pacjenta do poszanowania jego godności. Takie stanowisko zasadniczo jest akceptowane w doktrynie, w szczególności ze względu na podkreślany odmienny cel zabójstwa (zwykłego i eutanatycznego) oraz cel stosowania analgetyków. Jak bowiem słusznie się wskazuje, trzeba odróżnić zachowanie zmierzające do zmniejszenia cierpień od eutanazji. Lekarz może, a nawet ma obowiązek, zmniejszać cierpienia pacjenta. Nie można uznać za realizację znamion typu określonego w art. 150 § 1 k.k. sytuacji, w której środki podawane celem zmniejszenia cierpienia mogą prowadzić do skrócenia życia pacjenta, jeśli lekarz nie dysponuje środkami innymi, które by mogły zmniejszyć cierpienie, nie powodując jednocześnie przyspieszenia śmierci[38].

Dyskusyjne natomiast pozostaje wytyczenia granic, do których lekarz może podawać analgetyki, zwłaszcza w kontekście oceny czy zwiększenie takiego środka niewątpliwie musi, czy też tylko może, spowodować (przyspieszyć) zgon chorego. W doktrynie wskazuje się, że lekarz jest uprawniony do odpowiedniego zwiększania pacjentowi będącemu w stanie terminalnym dawki leków przeciwbólowych, aż do granic niezbędnych do wyeliminowania cierpień, nawet jeśli ma on świadomość, że zwiększenie dawki środka uśmierzającego może spowodować przyspieszenie śmierci pacjenta, zaś gdyby tej dawki nie zwiększono prawdopodobne jest, że żyłby on nieco dłużej, ale w trudnych do zniesienia cierpieniach[39]. Z drugiej strony jednak sformułowano stanowisko, iż jeśli podanie analgetyku w określonej dawce nieuchronnie musi doprowadzić do śmierci pacjenta, to moralnie dobre chęci lekarza, który przede wszystkich chce złagodzić ból, nie mogą stanowić podstawy zwolnienia go od obowiązku poniesienia odpowiedzialności karnej za zabójstwo lub zabójstwo eutanatyczne. Podkreśla się bo-

---

[37] Warto w tym kontekście przywołać wypowiedź ks. J. Kaczkowskiego, prezesa Puckiego Hospicjum p.w. św. Ojca Pio, który stwierdził, że „emocje mogą […] dyktować złe postępowanie, bo jesteś niepogodzona z umieraniem pacjenta i stosujesz wobec niego terapię daremną […] Największym dylematem medycyny onkologicznej jest pytanie o to, kiedy przestać intensywnie leczyć, a paliatywnej – kiedy odpuścić". J. Kaczkowski, P. Żyłka, *Życie na pełnej petardzie, czyli wiara, polędwica i miłość*, Wydawnictwo Wam 2015, s. 110.

[38] A. Zoll, *Komentarz*…, op. cit. Zob. też: A. Gałęska-Śliwka, M. Śliwka, op. cit., s. 19.

[39] E. Zielińska, op. cit., s. 88. Nadto, zgodnie z treścią raportu *Medicus* z 1992 r. (vol. 1, nr 60) Komitetu Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia WHO z 1990 r., nie należy ograniczać leków w dawkach skutecznie zwalczających ból w obawie, że mogą one przyspieszyć śmierć pacjenta. Podaję za A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu etyki lekarskiej*, Oficyna Wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 1995, s. 151.

wiem, że moralnie akceptowany zamysł lekarza uśmierzenia bólu, nie zaś spowodowania śmierci pacjenta jest istotny, ale nie stanowi jedynej podstawy zwolnienia lekarza z odpowiedzialności karnej w warunkach śmierci pacjenta związanej z prowadzoną terapią przeciwbólową[40]. Przepisy prawa powyższej kwestii nie regulują w sposób jednoznaczny, a trudności zwiększa dodatkowo fakt, że rozróżnienie pomiędzy śmiercią nieumyślnie przyspieszoną podawaniem takich środków a rozmyślnie spowodowaną, nawet na prośbę pacjenta, może być trudne lub wręcz niemożliwe[41]. Nie ulega wątpliwości, że podejmując decyzję o zaprzestaniu reanimacji, uporczywej terapii czy stosowania środków nadzwyczajnych, lekarz musi wykazać się bardzo dużą ostrożnością oraz rozwagą[42]. Podjęcie takiej decyzji nie uprawnia oczywiście lekarza do zaniechania jakichkolwiek czynności medycznych wobec pacjenta – jest on bowiem zobowiązany do łagodzenia bólu i zapewniania opieki określanej mianem „towarzyszenia w umieraniu"[43].

9. Przedstawione rozważania wskazują na znaczny stopień braku precyzji przepisów ustawowych oraz Kodeksu etyki lekarskiej w omawianym zakresie. Mając na względzie doniosłość regulowanych przez te przepisy zagadnień należy postulować wprowadzenie bardziej jednoznacznych unormowań, zarówno dla dobra pacjentów, jak i w dobrze pojętym interesie personelu lekarskiego.

Streszczenie

Komentarz omawia przepisy dotyczące postępowania lekarzy w stosunku do pacjentów, których życie nieuchronnie dobiega końca. Z prawnego punktu widzenia pacjent znajdujący się w stanie terminalnym jest pacjentem równorzędnym w swych prawach i obowiązkach z każdym innym pacjentem. Jest więc on też podmiotem praw do ochrony życia i zdrowia. Podstawowym źródłem tych praw jest ludzka godność, z której wypływa przede wszystkim obowiązek łagodzenia cierpień niezależnie od stanu zdrowia i rokowań pacjenta, aż do śmierci. Autor podejmuje problematykę dopuszczalności stosowania analgetyków (środków przeciwbólowych) w przypadkach, w których ich podawanie przyspiesza śmierć pacjenta, ale jednocześnie łagodzi jego cierpienia. Artykuł stanowi też głos w dyskusji na temat granic lekarskiego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych, gdy stają się już one uporczywą terapią. Poruszone jest w tym kontekście zagadnienie pacjentów świadomych oraz z wyłączoną/ograniczoną świadomością. Zwłaszcza w odniesieniu do tych ostatnich uwidacznia się trudny dylemat lekarski związany z hierarchizacją wartości: życia (zdrowia) i autonomii woli pacjenta. Obowiązek poszanowania woli pacjenta w zakresie podejmowania lub zaprzestania działań medycznych jest zestawiony z prawnym zakazem eutanazji i zakazem udzielania pacjentowi pomocy w popełnieniu samobójstwa.

Słowa kluczowe: stan terminalny, dopuszczalność stosowania analgetyków, lekarski obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych, uporczywa terapia

---

[40] P. Góralski, *Oceny prawnokarne przedawkowania przez lekarza analgetyków (art. 150 k.k.)*, „Prawo i Medycyna" 2003, nr 13, vol. 5, s. 74–75.

[41] K. Bączyk, op. cit., s. 69.

[42] Ibidem, s. 69; A. Gubiński, op. cit., s. 151.

[43] E. Zielińska, op. cit., s. 86.

Help to patients in terminal stages
(comment to the Art. 30, 31 and 32 of the Code of Medical Ethics

Summary

Commentary discusses provisions on the conduct of doctors in relation to patients whose lives are inevitably coming to an end. From a legal point of view, the patient found in terminal state is equal in rights and obligations with any other patient. He is therefore also subject to the laws for the protection of life and health. The primary source of these rights is human dignity, which comes primarily responsible for alleviating the suffering regardless of health status and prognosis, until his death. The author takes the issue of the admissibility of the use of analgesics (painkillers) in cases where the administration accelerates the death of the patient, but at the same time relieves his suffering. The article is also a voice in discussion on the subject boundaries of medical obligation to provide health benefits when they are becoming persistent therapy. Raised in this context is the question of conscious patients and these with disabled/reduced consciousness. Especially with regard to the latter mentioned it reveals a difficult dilemma associated with the medical hierarchy of values: life (health) and autonomy of the patient. The duty to respect the patient's will to take or discontinue medical action is paired with a legal prohibition on euthanasia and the prohibition of the provision of patient assistance in committing suicide.

Key words: *terminal state, admissibility of the use of analgesics, boundaries of medical obligation to provide health benefits, persistent therapy*

Aleksandra STEBEL
Mgr, Dolnośląska Izba Lekarska (DIL), Okręgowy Sąd Lekarski DIL

Art. 40 i 41 Kodeksu etyki lekarskiej

Art. 40 Kodeksu etyki lekarskiej

Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji.

Zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich[1].

Bez względu na rodzaj czynności, jakich wykonywania podejmuje się lekarz, winny być one przeprowadzane 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, o czym stanowi art. 4 u.z.l.d., normujący prawidłowe wykonywanie zawodu lekarza[2].

Z powyższego wynika zatem, że również czynności związane z wydawaniem opinii i orzeczeń lekarskich obwarowane są względami staranności, zgodności z aktualną wiedzą medyczną oraz zasadami etyki lekarskiej, warunkującymi uznanie ich za prawidłowe i rzetelne.

Prowadząc rozważania w powyższym temacie, nie sposób pominąć faktu, że orzeczniczy aspekt wykonywania zawodu stanowiący jakże istotne miejsce w prowadzeniu szeroko pojętej praktyki lekarskiej, objęty jest ochroną danych osobowych oraz tajemnicą lekarską.

Gwoli wyjaśnienia, definicja danych osobowych została wprowadzona ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych*, zgodnie z którą za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej[3]. W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa rodzaje danych osobowych, tzn. dane zwykle oraz dane wrażliwe (sensytywne). Zgodnie z powołaną wyżej ustawą danymi wrażliwymi pozostają m.in. informacje związane z pochodzeniem rasowym i etnicznym, poglądami politycznymi, przekonaniami religijnymi lub filozoficznymi, kodem genetycznym, nałogami, życiem seksualnym, przy-

---

[1] Art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.) – zwana dalej u.z.l.d.

[2] Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

[3] Art. 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. 2015, poz. 2135) – zwana dalej u.o.d.o.

należnością wyznaniową, partyjną, związkową, a także stanem zdrowia, które cechują się większym poczuciem zagrożenia oraz niebezpieczeństwem spowodowania na różnych płaszczyznach życia, negatywnych następstw[4]. W dalszych zapisach powołanej ustawy wskazano, że możliwe jest przetwarzanie danych osobowych poprzez ich gromadzenie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, aczkolwiek w art. 27 prawodawca wprowadził zakaz przetwarzania danych sensytywnych, a więc m.in. tych danych, które dotyczą stanu zdrowia pacjenta. Zakaz ten jednakże nie ma charakteru absolutnego, albowiem ustawa przewidziała sytuacje, kiedy przetwarzanie danych, nawet tych wrażliwych jest dopuszczalne. Ma to miejsce wówczas, kiedy osoba, której dane dotyczą wyrazi na to zgodę chyba, że chodzi o usunięcie tych danych, a także kiedy przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony. Z możliwością przetwarzania danych w sposób uprawniony mamy do czynienia również w momencie kiedy przetwarzanie takich danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuna prawnego lub kuratora, a także kiedy jest to niezbędne do wykonania statutowych zadań kościołów i innych związków wyznaniowych, stowarzyszeń, fundacji lub innych niezarobkowych organizacji lub instytucji o celach politycznych, naukowych, religijnych, filozoficznych lub związkowych, pod warunkiem, że przetwarzanie danych dotyczy wyłącznie członków tych organizacji lub instytucji albo osób utrzymujących z nimi stałe kontakty w związku z ich działalnością i zapewnione są pełne gwarancje ochrony przetwarzanych danych. Również możliwe jest ich przetwarzanie celem dochodzenia praw przed sądem oraz celem wykonania zadań administratora danych odnoszących się do zatrudnienia pracowników i innych osób, a zakres przetwarzanych danych jest określony w ustawie. Możliwość przetwarzania danych istnieje także wówczas kiedy jest ono prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby zajmujące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych, a także kiedy przetwarzanie dotyczy danych, które zostały podane do wiadomości publicznej przez osobę, której dane dotyczą. Uprawnione jest przetwarzanie danych osobowych wrażliwych również w sytuacjach, kiedy jest to niezbędne do prowadzenia badań naukowych, w tym do przygotowania rozprawy wymaganej do uzyskania dyplomu ukończenia szkoły wyższej lub stopnia naukowego, a publikowanie wyników badań naukowych nie może następować w sposób umożliwiający identyfikację osób, których dane zostały przetworzone, a także w sytuacjach kiedy przetwarzanie danych jest prowadzone przez stronę w celu realizacji praw i obowiązków wynikających z orzeczenia wydanego w postępowaniu sądowym lub administracyjnym[5].

Wskazać należy, że decydująca część danych sensytywnych to informacje dotyczące stanu zdrowia określonych osób związanych z przeprowadzonymi w tym zakresie szeroko pojętymi świadczeniami medycznymi. Osobami posiadającymi legi-

---

[4] Por. J. Barta, P. Fajgelski, R. Markiewicz, *Ochrona danych osobowych. Komentarz*, LEX 2011.
[5] Dz. U. 2015, poz. 2135.

tymację do przetwarzaniach danych w tym zakresie jest personel medyczny, a także osoby zajmujące się zarządzaniem usługami medycznymi.

Przenosząc powyższe wywody na grunt niniejszych rozważań wskazać należy, że gwarancje mające zapewnić ochronę danych osobowych umieszczonych w różnego rodzaju dokumentach medycznych pod postacią zaświadczeń, opinii, orzeczeń lekarskich mogą być skutecznie realizowane pod warunkiem, że w procesie wytwarzania stosowanego dokumentu, dojdzie do spełnienia ustawowych przesłanek uprawniających do przetwarzania informacji dotyczących stanu zdrowia określonej osoby.

Dane stanowiące o stanie zdrowia określonego pacjenta podlegają ponadto ochronie w ramach tajemnicy zawodowej obejmującej lekarzy prowadzących procesy terapeutyczno-diagnostyczne i orzecznicze względem chorych.

Z wydawaniem zaświadczeń, opinii lekarskich czy też orzeczeń wiąże się dostęp do informacji o pacjencie dotyczący nie tylko sfery jego zdrowotności, ale wielu innych aspektów życia, jak choćby życia osobistego czy zawodowego, o których lekarz dowiedział się w związku z wykonywaniem zawodu, a których ujawnienie mogłoby doprowadzić do naruszenia prywatności pacjenta. Problematyka tajemnicy lekarskiej w polskim prawodawstwie została uregulowana przede wszystkim w art. 40 ust. 1 u.z.l.d., który stanowi, że lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, które uzyskał w związku z wykonywaniem zawodu[6].

Mając na względzie treść powołanego wyżej przepisu wskazać należy, że tajemnicą lekarską objęte są zatem informacje nieutrwalone jak i wszelkie dane zapisane na różnych nośnikach informacji np. historie choroby, zdjęcia RTG, elektrokardiogramy, inne wyniki badań, ale także informacje zawarte w różnego rodzaju zaświadczeniach lekarskich, opiniach lekarskich, czy orzeczeniach, które z uwagi na informacje w nich zawarte również podlegają ochronie.

Tajemnica lekarska nie ma jednakże charakteru bezwzględnego, albowiem obowiązujący porządek prawny wykreował liczne sytuacje kiedy lekarz jest zwolniony z obowiązku jej zachowania. Ma to miejsce wówczas kiedy pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu nie zależy na utrzymywaniu w poufności informacji z nim związanych i wyraża zgodę na ich ujawnienie po uprzednim poinformowaniu o negatywnych skutkach związanych z ujawnieniem, a także kiedy możliwość ujawnienia tajemnicy lekarskiej wynika wprost z przepisów ustawy oraz w sytuacji kiedy badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych na podstawie odrębnych ustaw organów i instytucji i wówczas lekarz jest zobowiązany informować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje. Z możliwością ujawnienia tajemnicy lekarskiej mamy do czynienia również w sytuacji kiedy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta i innych osób, a także w okolicznościach kiedy zachodzi potrzeba przekazania informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu bądź też zachodzi potrzeba przekazania informacji o pacjencie w zakresie udzielanych świadczeń medycznych innemu lekarzowi lub innym uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń[7].

---

[6] Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.
[7] Art. 40 ust. 2 u.z.l.d.

Odnosząc powyższe na grunt niniejszych rozważań wskazać należy, że wszelkie informacje dotyczące pacjenta zawarte w różnego rodzaju zaświadczeniach lekarskich, opiniach lekarskich czy orzeczeniach, z uwagi na zawartą w nich tajemnicę lekarską, podlegają ochronie i rygorom z tą ochroną związanym. Ilekroć jednakże dokumenty te będą wydawane w świetle przedstawionych wyżej sytuacji – stanowiących niewątpliwie wyjątek od zasady ogólnej tajemnicy zawodowej – będziemy mieli do czynienia z uprawnionym ujawnieniem tajemnicy lekarskiej, niegodzącym tym samym w ochronę dobra jakim pozostaje prawo do zachowania w tajemnicy wszelkich okoliczności związanych z prowadzonym lub odbytym procesem leczniczym.

Kryteria oraz zasady wydawania opinii, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich zostały omówione w art. 42 ust. 1 u.z.l.d.[8], ale również w art. 40 i art. 41 Kodeksu etyki lekarskiej[9], które stanowić będą przedmiot rozważań niniejszego opracowania.

Uwzględniając rys historyczny wskazać należy, że problematyka wydawania zaświadczeń znana była lekarzom, wykonującym zawód, już w mijających stuleciach. Wydawane wówczas zaświadczenia lekarskie charakteryzowały się zasadami i kryteriami tożsamymi dla tych dokumentów wystawianych aktualnie[10].

Rozpoczynając rozważania w niniejszym temacie, w pierwszej kolejności zasadne jest przedstawienie rozwiązań proponowanych przez ustawodawcę w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, w której również uregulowano orzeczniczy aspekt wykonywania zawodu lekarza. Ta sfera działalności lekarskiej znalazła odzwierciedlenie w art. 42 ust. 1 u.z.l.d., który stanowi, że lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Niniejsze rozwiązanie nadaje prym sytuacji, w której wydanie zaświadczenia lekarskiego poprzedzone jest koniecznością przeprowadzenia badania lekarskiego, przyjmując dwojaką możliwość sposobu przeprowadzenia takiego badania. Może ono nastąpić w wyniku osobistego kontaktu z pacjentem, którego rzeczone orzeczenie ma dotyczyć, bądź też badanie lekarskie może być przeprowadzone za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, czy też systemów łączności[11]. Analizując niniejsze uregulowanie rodzi się pytanie czy użyte w treści przepisu pojęcie „orzekania" ma charakter wyłącznie formalny, czy też dotyczy każdorazowego wypowiadania się lekarza na temat stanu zdrowia pacjenta. Traktując literalnie brzmienie art. 42 ust. 1 u.z.l.d. wydaje się, że intencją ustawodawcy było stworzenie takiego modelu postępowania, który odnosiłby się jedynie do czynności, w ramach których lekarz wydaje orzeczenia lekarskie w sensie formalnym. Nie sposób jednakże wykluczyć, że postanowienia art. 42 ust. 1 u.z.l.d. odnoszą się także do każdorazowego zajęcia stanowiska przez lekarza w przedmiocie prezentowanego przez pacjenta stanu zdrowia, jednakże w takiej sytuacji wydaje się, że przeprowadzenie osobistego badania pacjenta nie jest niezbędne. Poparciem powyż-

---

[8] Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

[9] Kodeks etyki lekarskiej, tekst jednolity z 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy – zwany dalej KEL.

[10] J. Starzyk, K. Starzyk-Łuszcz, *Obraz kliniczny szkorbutu w świetle zaświadczenia chirurga Jana Kłossowicza z 1811 roku*, „Studia Medyczne" 2013, nr 29 (1), s. 117–120.

[11] Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

szej tezy może być chociażby sytuacja oceny badania obrazowego pacjenta, dokonanej przez lekarza radiologa poza miejscem udzielania świadczenia medycznego.

Przystępując do omówienia istoty art. 40 KEL, niezbędne jest zdefiniowanie pojęcia zaświadczenia. W świetle definicji wskazanej w *Wielkim Słowniku Języka Polskiego* zaświadczeniem jest „dokument stwierdzający coś"[12]. Natomiast według definicji zawartej w Kodeksie karnym zaświadczeniem lekarskim jest dokument wystawiony przez lekarza w ramach jego praktyki zawodowej w sytuacji, kiedy z dokumentem tym związane jest określone prawo, albo jeśli dokument ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego bądź okoliczności mającej znaczenie prawne[13]. Jakkolwiek definiowanie pojęcia zaświadczenia lekarskiego w oparciu o postanowienia Kodeksu karnego może budzić wątpliwości, to zdaniem autora jest ono uzasadnione. Na taki kierunek rozumowania pozwala bogate orzecznictwo Sądu Najwyższego, gdzie w jednym z orzeczeń, tj. wyroku z dnia 30 września 2008 r. sygn. akt WA 39/08 sformułowano tezę, że sporządzony w toku postępowania o przyznanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego wpis o określonej treści lekarskiej, nawet znajdujący się w zbiorczej dokumentacji lekarskiej jako potwierdzający okoliczności mające znaczenia prawne, musi być uznany za dokument w świetle art. 115 § 14 k.k.[14]

Kodeks etyki lekarskiej w art. 40 uregulował kryteria wydawania zaświadczeń lekarskich w sposób dwojaki zezwalając, aby były one wydawane jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji[15]. Definiując pojęcie aktualnego badania stwierdzić należy, że winno być ono rozumiane jako badanie lekarskie, które odzwierciedla stan zdrowia osoby badanej na chwilę przed wydaniem rzeczonego zaświadczenia. Zaś odpowiednią dokumentację będą stanowiły zbiory dokumentów medycznych tematycznie związanych z wymaganą treścią zaświadczenia, potwierdzające istniejące schorzenia, przebyte procesy diagnostyczne, zaordynowane terapie.

Mając na względzie literalne brzmienie powołanego wyżej przepisu, zagadnieniem wymagającym rozstrzygnięcia jest wyjaśnienie, czy ilekroć w Kodeksie etyki lekarskiej jest mowa o zaświadczeniu lekarskim, to pod pojęciem tym należy rozumieć tylko i wyłącznie zaświadczenia lekarskie, czy też wszelkiego rodzaju inne dokumenty, typu orzeczenia lekarskie i opinie lekarskie.

Wydaje się, że zamierzeniem twórców Kodeksu etyki lekarskiej było stworzenie jednego kryterium, na którym miałby być oparty rzetelny proces orzecznictwa lekarskiego. Stąd też mimo, że literalna wykładnia art. 40 KEL zawęża jego stosowanie jedynie do zaświadczeń lekarskich, to pojęcie to winno być traktowane znaczniej szerzej i odnosić się również do opinii lekarskich i orzeczeń lekarskich. Dokumenty te, analogicznie do zaświadczeń lekarskich ze względu na zawartą w nich treść oraz źródło pochodzenia, winny być traktowane jako dokumenty o znaczeniu prawnym, bowiem

---

[12] M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, t. III, Warszawa 1981, s. 966.

[13] Art. 115 § 14 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) – zwana dalej k.k.

[14] Wyrok SN z dnia 30 września 2008 r. sygn. akt WA 39/08, http://www.lexlege.pl/orzeczenie/56149/wa-39-08-wyrok-sadu-najwyzszego-izba-wojskowa/.

[15] Kodeks etyki lekarskiej, tekst jednolity z 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

również pochodzą od osoby posiadającej uprawnienie do ich wystawienia, a znajdujące się w nich treści istotnie stanowią dowód tego, co zostało w nich stwierdzone.

Analizując obowiązujące przepisy prawa stwierdzić należy, że w praktyce znacznie częściej zdarzają się sytuacje, kiedy wystawienie określonego rodzaju zaświadczenia lekarskiego każdorazowo wiąże się z koniecznością uprzedniego badania osoby, dla której dokument jest sporządzany aniżeli z sytuacjami, kiedy dany dokument lekarski wydawany jest wyłącznie w oparciu o właściwą dokumentację medyczną.

Przykładem sytuacji, w której wydanie zaświadczenia lekarskiego musi być poprzedzone osobistym badaniem osoby, dla której jest ono wystawiane, stanowi rozwiązanie przyjęte w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 10 listopada 2015 r. *w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego, wzoru zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim*, w którym w § 6 ust. 1 reguluje się, że zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny, zwane dalej „zaświadczeniem lekarskim", wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny[16].

Uzyskanie zaświadczenia lekarskiego staje się niezbędne również w sytuacji podjęcia przez jednostkę zatrudnienia, a także jego kontynuacji. W tym celu przeprowadzane są badania profilaktyczne pracowników przez uprawnionych ku temu lekarzy, skutkujące podejmowaniem orzeczeń stwierdzających przeciwwskazania bądź ich brak do wykonywania pracy na określonym stanowisku, które zapadają na podstawie wyników przeprowadzonych badań[17].

Wymagania dotyczące przeprowadzenia osobistego badania jednostki, znajdujemy także w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*, która w art. 11 ust. 1 zakłada, że orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego, lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby[18].

Również w ustawie o lekarzu sądowym określony został obowiązek uprzedniego zbadania uczestnika postępowania przed wydaniem przedmiotowego zaświadczenia, dotyczącego usprawiedliwienia niestawiennictwa z powodu choroby przed organami uprawnionymi, określonymi w ustawie. Ustawodawca, poza koniecznością osobistego zbadania osoby ubiegającej się o wydawanie rzeczonego zaświadczenia, nałożył na lekarza sądowego obowiązek zapoznania się z dostępną mu doku-

---

[16] Dz. U. 2015, poz. 2013.

[17] § 1, § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. *w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy* (Dz. U. Nr 69, poz. 332 z późn. zm.) – zwane dalej rozp. MZiOS w sprawie badań lekarskich pracowników.

[18] Dz. U. 2011, Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.

mentacją medyczną[19]. Tożsame rozwiązanie znajdujemy w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości w sprawie trybu wystawienia zaświadczenia potwierdzającego zdolność albo niezdolność do stawiennictwa osoby pozbawionej wolności na wezwanie lub zawiadomienie sądu lub organu prowadzącego postępowanie karne, w którym przyjęto, iż lekarz więzienny wydaje zaświadczenie o możliwości uczestnictwa osadzonego w czynnościach procesowych, po przeprowadzeniu badania tejże osoby, z uwzględnieniem danych zawartych w dostępnej dokumentacji medycznej[20].

Szczególnym rodzajem zaświadczenia lekarskiego jest karta zgonu poświadczająca stwierdzenie zgonu oraz jego przyczynę[21]. Osobą uprawnioną do jej wystawienia jest lekarz, po uprzednim przeprowadzeniu szeregu czynności określonych prawem. Co do zasady komentowane przepisy nakładają na lekarza konieczność uprzedniego ustalenia tożsamości zwłok, dokonania osobistych ich oględzin, przeprowadzenia wywiadu z osobami z otoczenia osoby zmarłej celem ustalenia okoliczności jej zgonu, a także zapoznania się z dostępną dokumentacją medyczną dotyczącą stanu zdrowia w okresie poprzedzającym zgon[22].

Jednakże w okolicznościach, kiedy brak jest podejrzeń, że przyczyną zgonu było przestępstwo, zakres czynności koniecznych do przeprowadzenia może ograniczać się jedynie do wykonania zewnętrznych oględzin zwłok, przy szczególnym uwzględnieniu obecności śladów związanych z ewentualnie doznanymi urazami ciała lub obecności objawów użycia trucizny żrącej[23]. Co istotne, ustawodawca w komentowanych przepisach, dotyczących stwierdzenia zgonu, dopuścił również możliwość poszerzenia diagnostyki o badania laboratoryjne. Ma to miejsce w sytuacji, kiedy badania miałyby doprowadzić do ścisłego określenia przyczyny zgonu bądź też ustalenia przyczyny zgonu w ogóle, kiedy nie jest możliwe jej ustalenie na podstawie oględzin zwłok, informacji uzyskanych z wywiadu od osób z otoczenia, czy dostępnej dokumentacji medycznej[24].

Poza okolicznościami, w których uzyskanie zaświadczenia lekarskiego implikuje określona sytuacja prawna, mająca na celu ustalenie praw i obowiązków jednostki, czy też określonego rodzaju wymogi procesowe wynikające z odrębnych przepisów, obowiązek uzyskania orzeczenia lekarskiego został wprowadzony przez ustawodawcę również na gruncie aktywności sportowej jednostki, dla bezpiecznego umożliwienia uczestnictwa we współzawodnictwie sportowym[25]. Zaświadczenie lekarskie wydawane w tym przedmiocie również musi zostać poprzedzone przeprowadzeniem osobiste-

---

[19] Art. 11 ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. *o lekarzu sądowym* (Dz. U. 2007, Nr 123, poz. 849 z późn. zm.) – zwana dalej u.l.s.

[20] § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 stycznia 2008 r. *w sprawie trybu wystawienia zaświadczenia potwierdzającego zdolność albo niezdolność do stawiennictwa osoby pozbawionej wolności na wezwanie lub zawiadomienie sądu lub organu prowadzącego postępowanie karne* (Dz. U. Nr 14, poz. 87).

[21] § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. *w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny* (Dz. U. Nr 39, poz. 202) – zwane dalej rozp. w sprawie stwierdzenia zgonu.

[22] § 6 ust. 1 pkt 1, 2, 3 rozp. w sprawie stwierdzenia zgonu.

[23] § 8 ust. 1 rozp. w sprawie stwierdzenia zgonu.

[24] § 4 rozp. w sprawie stwierdzenia zgonu.

[25] Art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. *o sporcie* (Dz. U. 2014, Nr 715).

go badania osoby ubiegającej się o jego wydanie. Ustawodawca przewidział w tym zakresie przeprowadzenie ogólnego badania lekarskiego, jak i badań dodatkowych (specjalistycznych), których przeprowadzenie jest zależne od dyscypliny sportowej, jaką dany zawodnik uprawia[26].

W obowiązującym porządku prawnym stykamy się również z zaświadczeniami lekarskimi, których wydanie możliwe jest jedynie w oparciu o dokumentację medyczną osoby, której rzeczone zaświadczenie ma dotyczyć. Przykładów w praktyce nie znajdujemy zbyt wiele, bowiem taka sytuacja stanowi pewnego rodzaju odstępstwo od przyjętej zasady ogólnej, a samo wydanie zaświadczenia jedynie w oparciu o dokumentację medyczną, uwarunkowane jest ściśle określonymi przesłankami.

W świetle powyższego, za uprawnioną należy traktować czynność związaną z wydaniem zaświadczenia lekarskiego bez uprzedniego, osobistego badania pacjenta w sytuacji, kiedy przedmiotem wystawionego dokumentu ma być potwierdzenie faktu odbycia leczenia w danej jednostce ochrony zdrowia, czy też potwierdzenie istnienia u pacjenta choroby przewlekłej. Przeprowadzenie osobistego badania w tych konkretnych przypadkach byłoby wręcz bezprzedmiotowe dla całego procesu orzeczniczego, w którym istotną rolę odgrywać będą adnotacje zawarte w dokumentacji medycznej chorego, które z kolei pomogą wystawcy w odtworzeniu przeszłości chorobowej pacjenta, w tym przebiegu jego leczenia w poszczególnych jednostkach ochrony zdrowia, pozwalając na potwierdzenie tych okoliczności bądź też umożliwią potwierdzenie występujących u pacjenta jednostek chorobowych.

Poza przypadkami omówionymi wyżej, rozwiązanie zakładające wystawienie zaświadczenie lekarskiego bez przeprowadzenia osobistego badania pacjenta, zostało ujęte również w ustawie *o lekarzu sądowym*. Sytuacja ta stanowi wyjątek od zasady ogólnej dotyczącej wydawania zaświadczeń lekarskich przez lekarza sądowego. Wskazać bowiem należy, że co do zasady zaświadczenia lekarza sądowego wystawiane są po przeprowadzeniu osobistego badania uczestnika postępowania. Natomiast w momencie, kiedy uczestnik postępowania z uwagi na stan zdrowia przebywa w jednostce ochrony zdrowia przeznaczonej dla osób wymagających świadczenia całodobowej opieki medycznej (szpital, hospicjum stacjonarne), lekarz sądowy może wydać zaświadczenie na podstawie udostępnionej dokumentacji, bez osobistego badania pacjenta[27].

Mając na względzie treść powyższych rozważań wskazać należy, że obowiązujący porządek prawny coraz częściej kreuje sytuacje prawne, w których wymagane i konieczne staje się przedłożenie określonego rodzaju zaświadczenia lekarskiego dla dowiedzenia istnienia określonego rodzaju praw i obowiązków osoby, których one dotyczą. Biorąc pod uwagę jak ważną rolę odgrywają treści wydawanych dokumentów, istotą jest, aby do ich wytwarzania dochodziło w sposób jak najbardziej rzetelny. Aspekt rzetelności pozostaje spełniony, kiedy treść ww. dokumentów jest autentyczna oraz zgodna ze stwierdzonym stanem faktycznym.

---

[26] § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14 kwietnia 2011 r. *w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania orzeczenia lekarskiego* (Dz. U. Nr 88, poz. 502).

[27] Art. 12 ust. 4 u.l.s.

Art. 41 KEL

Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument medyczny powinien umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.

Omawiając art. 40 KEL w sposób szczegółowy odniesiono się do wyjaśnienia pojęcia zaświadczenia. Odrębną kwestię stanowi wyjaśnienie znaczenia terminu „inny dokument medyczny". W tym celu w pierwszej kolejności słusznym jest przytoczenie definicji ustawowej dokumentu, który w rozumieniu kodeksu karnego stanowi, że jest to „każdy przedmiot lub inny zapisany nośnik informacji, z którym jest związane określone prawo, albo który ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne"[28]. Wyjaśnienia wymaga również pojęcie „okoliczności mającej znaczenie prawne". Zgodnie z linią orzeczniczą „za okoliczności mające znaczenie prawne uznaje się takie, z których mogą wynikać określone następstwa prawne, a więc nabycie lub utrata uprawnień bądź też nałożenie obowiązków czy zwolnienie z nich"[29].

Nie znajdziemy natomiast legalnej definicji dokumentu w kodeksie postępowania karnego[30]. Przytoczona ustawa posługuje się definicją z kodeksu karnego, która – jak wskazuje Sąd Najwyższy – jest definicją szeroką, a status dokumentu zależy więc niejednokrotnie od indywidualnej oceny i dlatego też o tym, czy określony przedmiot stanowi dokument, decyduje jego faktyczna i subiektywna ocena w konkretnej sprawie"[31].

Uregulowania Kodeksu cywilnego[32] i Kodeksu postępowania cywilnego[33] również nie zawierają definicji dokumentu. Jedynie w Kodeksie postępowania cywilnego ustawodawca wymienia jego cechy oraz dokonuje podziału na dokumenty urzędowe, czyli „sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organy państwowe w zakresie ich działania, stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone"[34] i prywatne stanowiące „dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie"[35]. W doktrynie przyjmuje się, iż pod pojęciem dokumentu należy rozumieć przejawienie „wszelkiego rodzaju spostrzeżeń, myśli, oświadczeń ludzkich nadające się do wielokrotnego wykorzystania"[36].

---

[28] Art. 115 § 14 k.k.

[29] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2013 r., IV KK 60/13, LEX nr 1318215 – zwany dalej wyrok SN.

[30] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego* (Dz. U. 1997.89.555 z późn. zm.) – zwany dalej k.p.k.

[31] Wyrok SN – Izba Karna z dnia 20 kwietnia 2005 r. III KK 206/04.

[32] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz. U. 2014, Nr 121 z późn. zm.) – zwana dalej k.c.

[33] Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. *Kodeks postępowania cywilnego* (Dz. U. 2014, Nr 101 z późn. zm.) – zwana dalej k.p.c.

[34] Art. 244 § 1 k.p.c.

[35] Art. 245 k.p.c.

[36] T. Demendecki w: A. Jakubecki (red.), *Komentarz aktualizowany do Kodeksu postępowania cywilnego* – komentarz do art. 244 k.p.c lex.

W Kodeksie postępowania administracyjnego również nie znajdziemy definicji dokumentu[37]. Norma artykułu 76 § 1 k.p.a określa jedynie pojęcie dokumentów urzędowych uzasadniając, że są one „sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy państwowe w ich zakresie działania stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo stwierdzone"[38], przyznając mu zwiększoną moc dowodową[39].

Analiza powyższych ustaw daje asumpt do stwierdzenia, iż jedynie Kodeks karny zawiera legalną definicję dokumentu[40].

Biorąc pod uwagę treść omawianego przepisu KEL należy zawęzić znaczenie pojęcia dokumentu tj. do takiego, który posiada jednocześnie – najczęściej wyrażoną za pomocą pisma – treść intelektualną, z której można wyprowadzić określone uprawnienia bądź obowiązki osoby fizycznej lub prawnej zarówno w sferze prawa materialnego, jak i procesowego[41].

Odnosząc się do wyjaśnienia terminu „dokumentu medycznego" należy rozumieć wszelkie, wyrażone za pomocą pisma, dokumenty dotyczące pacjenta i posiadające charakter dokumentów prawnych[42]. Dokumentem medycznym będzie zatem zaświadczenie (druk ZUS-ZLA informujące o niezdolności do pracy, druk N-9 ZUS służący celom rentowym, zaświadczenia dla Zespołów do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności), orzeczenie, opinia, historia choroby, opisy wyników badań diagnostycznych, wyniki konsultacji specjalistycznych, zlecenia lekarskie, skierowanie (na badania, konsultacje lub leczenie), karta przebiegu ciąży, karta informacyjna z leczenia szpitalnego oraz recepty. Osobą uprawnioną do wydawania zaświadczeń lekarskich oraz innych dokumentów medycznych jest lekarz. Powyższe wynika zarówno z art. 2 ust. 1 u.z.l.d[43], który stanowi, iż wykonywanie zawodu lekarza polega między innymi na wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, jak i z art. 42 ust. 1 u.z.l.d., w oparciu o który lekarz jest uprawniony do wydawania orzeczeń o stanie zdrowia pacjenta[44]. Zatem lekarz, jako osoba uprawniona do wydania zaświadczenia czy tworzenia innego dokumentu medycznego, stanowiącego dokument w rozumieniu prawa, czyni to w ramach szczególnych uprawnień[45].

Jednym z istotnych elementów dokumentu medycznego, poza danymi pozwalającymi na identyfikację pacjenta i jego treścią merytoryczną odnoszącą się do oceny

---

[37] Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (Dz. U. 2016, poz. 23) – zwana dalej k.p.a.

[38] Dz. U. 2016, poz. 23.

[39] C. Martysz w: G. Łaszczyca, C. Martysz, A. Matan, *Kodeks postępowania administracyjnego: Komentarz*, t. I, Warszawa 2010, s. 608.

[40] Analiza unormowań Kodeksu postępowania administracyjnego, Kodeksu postępowania cywilnego i Kodeksu postępowania karnego potwierdza, iż w powyższych ustawach prawodawca nie sformułował definicji dokumentu, a jedynie ograniczył się do wskazania jego istotnych cech tj.: pisemna postać, oznaczenie wystawcy, daty i miejsca sporządzenia, oświadczenia woli wystawiającego dokument, podpis.

[41] Wyrok SN z dnia 15 października 2002 r., III KKN 90/00, LEX nr 56839.

[42] R. Tokarczyk, *Medycyna a normy*, Warszawa 201, s. 76.

[43] Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

[44] Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

[45] R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 34.

stanu zdrowia, podjętych (w szerokim ujęciu) czynnościach diagnostyczno-terapeutycznych, datą wystawienia, jest podpis osoby, która go sporządziła[46]. W myśl art. 41 KEL lekarz, jako osoba uprawniona do wystawienia czy sporządzenia dokumentu, a jednocześnie odpowiedzialna za jego treść, jest zobowiązany osobiście go podpisać, co stanowi gwarancję prawdziwości dokumentu i jego zgodności ze stanem faktycznym[47].

W celu dopełnienia wymogu identyfikacji lekarza, a tym samym potwierdzenia, iż jest on uprawniony do wydania konkretnego dokumentu (np. zaświadczenia, orzeczenia, opinii) dokument taki winien być również sygnowany pieczątką lekarza. Zgodnie z wytycznymi uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej pieczątka lekarska powinna zawierać takie dane jak: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, tj. „lekarz" („lek.") albo „lekarz dentysta" („lek. dent."), numer prawa wykonywania zawodu, posiadane specjalizacje, zgodnie z brzmieniem określonym w dyplomie lub zaświadczeniu, potwierdzającym ich uzyskanie[48].

W dalszej kolejności art. 41 KEL stanowi, iż treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Powyższe koreluje z treścią art. 4 u.z.l.d.[49], który stanowi między innymi, iż obowiązkiem lekarza jest wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Jednocześnie nakaz posiadania aktualnej wiedzy wywodzony jest z treści art. 18 u.z.l.d.[50], zgodnie z którym lekarz ma obowiązek (jak również prawo) doskonalenia zawodowego, czyli do stałego uzupełniania wiedzy medycznej, które warunkuje prawidłowe wykonywanie zawodu. Treść dokumentu medycznego winna być zgodna nie tylko z wiedzą lekarza, ale i z posiadanymi umiejętnościami w zakresie dziedziny, w której lekarz wypowiada się w formie dokumentu medycznego w szczególności, którego treść ma znaczenie prawne tj. rodzi prawa lub obowiązki dla osoby, która się nim posłuży. Powyższe zostało unormowane w art. 10 KEL, który stanowi, że „lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu między innymi czynności orzeczniczych"[51]. Jednocześnie przepisy szczególne regulują, kto i w jakim zakresie może wydawać zaświadczenia. Do takich zaliczamy między innymi rozporządzenie w sprawie służby medycyny pracy[52], czy w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycz-

---

[46] Zob. także: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2005 r. *w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia* (Dz. U. Nr 233, poz. 1991); rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. Nr 39, poz. 203 z późn. zm.); rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. *w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych* (Dz. U. Nr 125, poz. 712).

[47] Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia z dnia 15 lutego 2000 r., sygn. T. 28/99, http://konstytucja.e-prawnik.pl/orzeczenia-trybunalu-konstytucyjnego/postanowienie-zaaleniet2899.html – zwane dalej postanowienie T.K.

[48] Uchwała Nr 110/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 września 2005 r. *w sprawie treści pieczątki lekarskiej* – zwana dalej uchwała NRL.

[49] Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

[50] Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

[51] Kodeks etyki lekarskiej, tekst jednolity z 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

[52] § 2 ust. 1 ust. 1–3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 5 stycznia 2012 r. *w sprawie służby medycyny pracy* (Dz. U. 2012, Nr 53).

nej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy[53].

Odnosząc się do kolejnego nakazu omawianego przepisu stanowiącego, iż treść dokumentu winna być w zgodzie z sumieniem lekarza, wskazać należy, że dokument musi zawierać w swojej treści prawdę.

Obowiązek lekarza, dotyczący formułowania treści dokumentu medycznego zgodnej z wiedzą i sumieniem wynika zarówno z ogólnych zasad etycznych, a w szczególności z art. 1 ust. 3 KEL, którego norma wskazuje, iż naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu, jak i z przepisów szczególnych. Potwierdzenie powyższego stanowi treść przyrzeczenia, które składa biegły sądowy wobec prezesa sądu i w którym przyrzeka powierzone obowiązki biegłego wykonywać z całą sumiennością i bezstronnością[54].

Jak wynika z powyższego, zasada ta odnosi się nie tylko do udzielania świadczeń zdrowotnych, ale także do innych form wykonywania zawodu lekarza, jakim jest wydawanie zaświadczeń i innych dokumentów medycznych.

Artykuł 41 KEL stanowi ponadto, iż zaświadczenie lub inny dokument medyczny nie może być formułowany przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści. Na wstępie rozważań na temat omawianej części przywołanego przepisu należy podkreślić, iż w myśl art. 271 § 1 k.k. osobą uprawnioną do wystawienia dokumentu jest funkcjonariusz publiczny lub inna osoba[55]. Za inną osobę w tym konkretnym przypadku należy rozumieć lekarza. Następnie podkreślenia wymaga fakt, iż ustawodawca w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP[56] wprowadza pojęcie „zawodu zaufania publicznego" przypisując taką cechę m.in. członkom samorządu zawodowego lekarzy. „Na zaufanie to – jak tłumaczy Trybunał Konstytucyjny – składa się szereg czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwają się: przekonanie o zachowaniu przez wykonującego ten zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz wiara w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu"[57]. Powyższe daje podstawy do stwierdzenia, że dokument wystawiony przez osobę zaufania publicznego niewątpliwie jest dokumentem korzystającym z domniemania prawdziwości[58]. Zatem treść dokumentu wystawionego pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści będzie poświadczeniem nieprawdy poprzez potwierdzenie w nim okoliczności wywołujących bądź też mogących wywołać skutki prawne – w sytuacji gdy okoliczności te w ogóle nie miały miejsca – jak również ich przeinaczenie albo zatajenie[59].

---

[53] § 7 rozp. MZiOS w sprawie badań lekarskich pracowników.

[54] § 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. *w sprawie biegłych sądowych* (Dz. U. Nr 15, poz. 133 z późn. zm.).

[55] Art. 271 § 1 i art. 115 § 13 k.k.

[56] Art. 17 ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

[57] Wyrok TK z dnia 2 lipca 2007 r. sygn. akt K 41/05 (Dz. U. Nr 124, poz. 871); zob. również wyrok TK z dnia 7 maja 2002 r. sygn. akt SK 20/00 (Dz. U. 2002, Nr 66, poz. 611).

[58] Wyrok SN z dnia 9 października 1996 r. sygn. akt V KKN 63/96, OSP 1998, z. 7–8, poz. 147.

[59] Wyrok SN z dnia 25 listopada 2004 roku, sygn. akt WA 24/04, OSNwSK 2004/1/2206, Lex nr 163239; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 kwietnia 2013 roku, sygn. akt II AKa 31/13, Lex nr 1316198.

Wystawienie zaświadczenia bądź innego dokumentu medycznego przez lekarza, czyli osobę uprawnioną w ramach swoich kompetencji do jego wystawienia, którego treść jest niezgodna z prawdą[60] stanowi przestępstwo penalizowane artykułem 271 § 1 k.k., który stanowi, że funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5[61]. Natomiast, gdy sprawca (a w tym konkretnym przypadku lekarz) poświadcza nieprawdę w dokumencie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, wówczas – zgodnie z § 3 przywołanego artykułu – będzie podlegał karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8[62].

Opisany czyn określany jest w doktrynie, jak i w orzecznictwie, jako przestępstwo intelektualne, przestępstwo fałszu intelektualnego[63]. Przestępstwo to ma charakter umyślny i jest ścigane z urzędu[64].

Podsumowując powyższe rozważania stwierdzić należy, że rozwiązania przyjęte w Kodeksie etyki lekarskiej dotyczące orzeczniczego aspektu wykonywania zawodu lekarza w sposób dość jednoznaczny unormowały zasady oraz kryteria wydawania opinii, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, determinując jednocześnie konieczność zawarcia w nich określonych elementów, których istnienie warunkuje traktowanie danego dokumentu, jako nacechowanego walorem rzetelności i świadczącego tym samym o prawdziwości twierdzeń w nim zawartych. Na gruncie niniejszych rozważań uznać jednakże należy, że regulacje przyjęte w Kodeksie etyki lekarskiej jedynie w częściowym zakresie korelują z rozwiązaniami prezentowanymi przez ustawodawcę w obowiązującym porządku prawnym, a mianowicie w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Istotnym elementem, wspólnym zarówno dla rozwiązań przyjętych przez KEL i u.z.l.d., determinującym możliwość wydania orzeczenia lekarskiego, czy też zaświadczenia lekarskiego jest konieczność przeprowadzenia osobistego badania pacjenta. Jednocześnie postanowienia kodeksowe nie normują sposobu przeprowadzenia rzeczonego badania lekarskiego, jak to czyni ustawodawca, który w art. 42 u.z.l.d., dostarcza lekarzom podejmującym się czynności orzeczniczych nieco szerszy wachlarz możliwości, co do sposobności przeprowadzenia badania lekarskiego. Wyposaża on bowiem lekarzy w możliwość przeprowadzenia badania lekarskiego za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, co niewątpliwie powoduje usprawnienie wykonywania świadczeń medycznych oraz poprawia komfort pacjenta.

Odmienne natomiast, w odniesieniu do u.z.l.d. pozostają rozwiązania kodeksowe, w których dopuszcza się możliwość orzekania o stanie zdrowia na podstawie odpowiedniej dokumentacji.

---

[60] Wyrok SN z dnia 14 stycznia 2009 r., sygn. akt II KK 164/08 – „Biuletyn Prawa Karnego" 2009, nr 3, s. 37.

[61] Art. 271 § 1 k.k.

[62] Art. 271 § 3 k.k.

[63] Wyrok SN z dnia 15 kwietnia 1999 r., sygn. akt I KZP 5/99, Prok. i Pr. 1999, z. 6, poz. 7.

[64] Wyrok SN z dnia 21 października 2010 r., sygn. akt III KK 309/10 – „Biuletyn Prawa Karnego" 2010, nr 6/10, s. 11–12.

W związku z powyższym, a przede wszystkim mając na względzie istniejące rozbieżności, adresaci omawianych norm winni stosować przepisy obowiązującej ustawy. Nadto, warto zastanowić się nad koniecznością podjęcia działań prawnych mających na celu dostosowanie w tym zakresie regulacji Kodeksu etyki lekarskiej do powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Streszczenie

W tekście dokonano analizy norm zawartych w art. 40 i art. 41 Kodeksu etyki lekarskiej dotyczących wydawania zaświadczeń lekarskich oraz innych dokumentów medycznych. Została ona poprzedzona ustaleniem legalnej definicji powyższych terminów, wskazaniem niezbędnych elementów (*essentialia negotii*) by dany dokument mógł nosić miano zaświadczenia bądź dokumentu medycznego. Wyjaśniono ponadto, kto i w jakich okolicznościach może wydać zaświadczenie lekarskie bądź inny dokument medyczny oraz wymieniono przykładowe ich rodzaje. Opisano również wymagania odnoszące się do treści omawianych dokumentów. Wskazano konsekwencje, jakie grożą osobie uprawnionej do wystawienia zaświadczenia bądź innego dokumentu medycznego, którego treść jest niezgodna z prawdą.

Słowa kluczowe: zaświadczenia lekarskie, inne dokumenty medyczne, dane osobowe wrażliwe, tajemnica lekarska, Kodeks etyki lekarskiej

Art. 40 and art. 41 of the Code of Medical Ethics

Summary

*In this essay, the author analyses two norms enshrined in articles 40 and 41 of the Medical Code of Ethics which pertain to issuing sick leave notes or certificates and other medical documentation. An introduction to the legal definitions precedes the above, identifying essential elements (*essentialia negotii*) which render a given document a note, certificate, or medical document. The author also discusses whom can issue such items and in what circumstances, along with the requirements for their content. Lastly, the author identifies the consequences for the person issuing certificates or any other medical documents whose content is false*.

Key words: *sick leave notes or certificates, other medical documentation, sensitive personal information, medical secret, Medical Code of Ethics*

Michał PUK
Mgr, aplikant adwokacki przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Poznaniu

Eksperyment medyczny w świetle Kodeksu etyki lekarskiej. Zagadnienia problemowe

1. Uwagi wstępne

Osiągnięcia nieustannie rozwijającej się medycyny w dziedzinie nowych technologii medycznych stanowią istotne wyzwanie dla prawodawcy. Ryzyko i nieprzewidywalność eksperymentów medycznych z udziałem człowieka wymuszają stworzenie norm prawnych, które gwarantować będą bezpieczeństwo i autonomię osób poddanych doświadczeniom lekarskim. Prymat jednostki nad interesem nauki wymaga odpowiedniego zaakcentowania w systemie prawnym. Nie ulega wątpliwości, że określone w ten sposób standardy prawne stawiać muszą zdecydowanie wyższe wymogi doświadczeniom medycznym, niż te które funkcjonują na gruncie tradycyjnego zabiegu medycznego.

Jednocześnie przepisy obowiązującej ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z dnia 5 grudnia 1996 r.[1], chociaż regulują instytucję eksperymentu medycznego, to nie zawierają kompleksowych rozwiązań na aktualne problemy. Tytułem przykładu, określenie statusu prawnego embrionu ludzkiego przed implementacją do organizmu kobiety oraz zasad prowadzenia na nim badań naukowych nie może być oparte przecież wyłącznie na przepisach Kodeksu cywilnego oraz Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które powstały w 1964 r. i nie zostały w tym kierunku nowelizowane. Poruszony problem został doceniony przez Radę Europy, która w ramach Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 1997 r.[2] podjęła próbę stworzenia koniecznych środków gwarantujących godność istoty ludzkiej i podstawowych praw i wolności osoby w kontekście zastosowania medycyny i biologii[3].

Trudu uregulowania eksperymentu medycznego, a w tym eksperymentu z udziałem embrionów *in vitro* podjął się samorząd lekarski, mający kompetencję do stanowienia aktów prawnych o charakterze korporacyjnym (wewnętrznym). Kodeks etyki lekarskiej[4] w art. 41a–51 odnosi się do badań naukowych i eksperymentów biomedycznych.

---

[1] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.) – dalej: u.z.l.

[2] Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny zawarta w Oviedo dnia 4 kwietnia 1997 r. – dalej: Europejska Konwencja Biomedyczna lub EKB. Polska podpisała Konwencję w 1999 r., ale jeszcze jej nie ratyfikowała.

[3] Por. Preambuła Europejskiej Konwencji Biomedycznej.

[4] Kodeks etyki lekarskiej, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004 – dalej: KEL.

Przepisy te wyznaczać mają moralną postawę lekarza, a fakt ich naruszenia implikuje pociągnięcie członka izby lekarskiej do odpowiedzialności zawodowej i wymierzenie mu kary, niekiedy nawet polegającej na pozbawieniu prawa wykonywania zawodu[5]. Mając na uwadze powyższe, przepisy KEL powinny spełniać podstawowe standardy w zakresie prowadzenia eksperymentów medycznych z udziałem człowieka sformułowane przez akty normatywne wyższego rzędu.

Wykładnia norm KEL w przedstawionym powyżej zakresie oraz ich spójność z przepisami art. 21–29 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r. stanowić będzie przedmiot dalszego wywodu. Celem analizy będzie sformułowanie postulatów *de lege lata*, które mogą stanowić oparcie dla organów odpowiedzialności zawodowej stosujących te przepisy podczas rozpatrywania spraw konkretnych lekarzy. Jednocześnie, interpretacja norm KEL ustanawiających zasady prowadzenia badań naukowych i eksperymentów biomedycznych uwzględniać musi pozycję Kodeksu etyki lekarskiej w systemie prawnym, jej zgodność z Konstytucją RP i ustawami oraz ewentualność ratyfikacji Europejskiej Konwencji Biomedycznej. Niniejszy artykuł, zawierający stosowne postulaty *de lege ferenda*, stanowić będzie przyczynek do dyskusji o konieczności wprowadzenia zmian w zakresie art. 41a–51 KEL.

2. Pojęcie i rodzaje eksperymentów medycznych

Kodeks etyki lekarskiej nie definiuje wprost eksperymentu medycznego, lecz wskazuje w art. 42a na jego dychotomiczny podział. Z tego względu należy zgodzić się z ogólnym pojęciem eksperymentu medycznego zaproponowanym w literaturze: doświadczenie lekarskie prowadzące „do sprawdzenia hipotezy naukowej, równocześnie mając na celu poprawę stanu zdrowia pacjenta”[6]. W zależności od tego, czy punkt ciężkości zostanie położony na leczeniu pacjenta albo poszerzania wiedzy naukowej, będziemy mieli do czynienia z eksperymentem leczniczym (terapeutycznym) albo badawczym (naukowym, poznawczym).

Wobec braku określenia przez normy KEL znaczenia pojęcia „eksperyment badawczy” i „eksperyment leczniczy” w celu wyjaśnienia tych terminów należy sięgnąć do art. 21 u.z.l. oraz dorobku naukowego. Podobnie do art. 42a KEL przepis art. 21 ust. 1

---

[5] Szerzej na temat odpowiedzialności zawodowej lekarzy zob. G. Wrona, J. Skrzypczak, *Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Uwagi de lege lata, postulaty de lege ferenda a rozwiązania przyjęte w nowej ustawie o izbach lekarskich*, „Medyczna Wokanda” 2009, nr 1, s. 64–71 oraz G. Wrona, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w nowej ustawie o izbach lekarskich – wybrane zagadnienia*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2, s. 69–77. Także: E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, passim oraz E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza a odpowiedzialność karna*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 61 i n. Na ten temat pisali również: M. Puk i M. Maśliński, *Odpowiedzialność karna a odpowiedzialność zawodowa lekarzy. Analiza porównawcza orzeczeń Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL w Poznaniu z rozstrzygnięciami w postępowaniu karnym (2010–2013)*, „Medyczna Wokanda” 2013, nr 5, s. 169–197.

[6] A. Wnukiewicz-Kozłowska, *Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim w prawie międzynarodowym i europejskim*, Warszawa 2004, s. 37.

u.z.l. jednoznacznie rozstrzygnął, iż eksperymentem medycznym przeprowadzanym na ludziach jest eksperyment badawczy lub leczniczy.

Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca (art. 21 ust. 2 u.z.l.).

Eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobach chorych, jak i zdrowych. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu (art. 21 ust. 3 u.z.l.)[7].

Podstawowym problemem związanym z przytoczonymi powyżej definicjami jest precyzyjne rozgraniczenie eksperymentu leczniczego i badawczego. Cel przeprowadzenia doświadczeń stanowi zasadnicze kryterium demarkacyjne[8]. Powodować ono może jednak pewne komplikacje z uwagi na subiektywizm w pojmowaniu przez lekarzy celu swoich działań w konkretnym przypadku[9]. Powstaje wówczas wątpliwość, czy o rodzaju eksperymentu ma decydować osobiste nastawienie lekarza do przeprowadzanych czynności, czy jakieś obiektywne przesłanki. M. Safjan słusznie przyjmuje, że lekarz realizujący doświadczenie poznawcze musi mieć z góry założony cel naukowy i musi być on dominujący wobec ewentualnych korzyści zdrowotnych uczestników eksperymentu[10]. W przypadku eksperymentu leczniczego występuje natomiast konieczność oparcia się na kombinacji następujących kryteriów, branych pod uwagę łącznie: cel eksperymentu, stopień odejścia od ustalonej praktyki medycznej, ryzyko, sposób wykorzystania wyników badań[11].

---

[7] Warto zauważyć, że zdaniem L. Kubickiego istnieją dwie podkategorie eksperymentu badawczego – zob. L. Kubicki, *Medyczny eksperyment badawczy (Warunki dopuszczalności w prawie polskim)*, „Państwo i Prawo" 1988, nr 7, s. 54–55. Obecnie, w świetle art. 21 i n. u.z.l. wyróżnianie podkategorii eksperymentu badawczego nie ma żadnego znaczenia prawnego.

[8] Szerzej o rozumieniu celu leczniczego zob. M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 164 oraz M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Zakamycze 2000, s. 154–155.

[9] M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 173.

[10] Ibidem, s. 173–174 i 185.

[11] Ibidem, s. 173–174 i 185. Nie ulega wątpliwości, że przeprowadzenie eksperymentu badawczego może prowadzić do uzyskania przez osoby jemu poddane bezpośrednich korzyści zdrowotnych. Wystąpienie takich korzyści nie prowadzi jednak do zmiany charakteru takiego eksperymentu – eksperyment badawczy nie przeistacza się w eksperyment leczniczy. Wynika to właśnie z istoty zamierzonego pierwotnie celu naukowego, o którym była wcześniej mowa. Analogicznie, poszerzenie wiedzy i umiejętności lekarskich poprzez realizację eksperymentu leczniczego, niezależnie od osiągnięcia oczywistych korzyści zdrowotnych dla pacjentów, nie prowadzi do zmiany statusu doświadczeń terapeutycznych, bowiem charakter leczniczy działań ma znaczenie decydujące i pierwotne. Wskazówki dotyczące oceny takich działań sformułowane są we wspomnianej powyżej kombinacji kryteriów, a zwłaszcza celu i ryzyka eksperymentu oraz stopnia odejścia od ustalonej praktyki medycznej.

Krytycznie należy odnieść się do koncepcji istnienia trzeciej kategorii doświadczeń w postaci eksperymentów mieszanych[12], albowiem brak jest ku temu przesłanek prawnych. Zarówno przepisy KEL, jak i ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r. jednoznacznie rozstrzygają o dychotomicznym podziale eksperymentów medycznych na lecznicze i badawcze. Nawet jeżeli określona czynność lekarska w rzeczywistości realizuje przesłanki obydwóch rodzajów eksperymentów, to prawo wymusza *de facto* zakwalifikowanie jej tylko do jednej z nich. Natomiast, cechę wspólną doświadczeń leczniczych i badawczych stanowi „element postępowania nowatorskiego, odbiegającego od dotychczas uznawanego bądź niezupełnie jeszcze sprawdzonego"[13].

Potrzeba zdefiniowania eksperymentów medycznych implikuje wyostrzenie się kolejnego problemu, wymagającego komentarza. Chodzi o wskazanie linii demarkacyjnej pomiędzy eksperymentem leczniczym a tradycyjnym zabiegiem lekarskim.

Medycyna nie stoi w miejscu i bez sięgania do nowych środków lub wypróbowanych jedynie częściowo nie byłby możliwy w ogóle jej postęp. Każdy z powszechnych obecnie środków był kiedyś przedmiotem eksperymentu. Z tego powodu w literaturze niekiedy obchodzi się tezę: „kto leczy, nie eksperymentuje"[14]. Sami lekarze stwierdzają, że diagnozując i lecząc pacjenta, prowadzą „mały projekt badawczy" oraz za każdym razem ordynując pacjentowi leki przeprowadzają tak naprawdę eksperyment[15]. Bez wątpienia, o każdym z działań lekarskich można powiedzieć, że w pewnym stopniu nosi znamiona doświadczalnego[16].

Wanatowska postawiła tezę, zgodnie z którą eksperyment leczniczy w ogóle nie zasługuje na miano „eksperymentu"[17]. Jej zdaniem, choroba sama w sobie jest stanem zmiennym i nieznanym, tak więc obserwacji na chorym nie można uznać za obserwacje na zjawisku znanym badaczowi. Natomiast, eksperymentować można w zakresie tych zjawisk, które są znane lub które mogą być przez badacza dowolnie zmieniane. Przytoczone stanowisko stanowi nawiązanie do definicji eksperymentu Z. Ziembińskiego[18]. Wobec powyższego postulowano zastąpienie określenia „eksperyment leczniczy" terminem „leczenie nowatorskie"[19].

---

[12] Na istnienie tej trzeciej kategorii wskazywali m.in. J. Sawicki i W. Wanatowska. Zob. M. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, Warszawa 1966, s. 191–192 oraz W. Wanatowska, *Eksperyment lekarski*, „Studia Prawno-Ekonomiczne" 1974, t. XII, s. 73.

[13] A. Wnukiewicz-Kozłowska, *Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim...*, s. 36.

[14] Zob. M. Sośniak, *Uwarunkowania prawne dopuszczalności eksperymentów medycznych na ludziach*, „Państwo i Prawo" 1985, nr 5, s. 31.

[15] A. Wnukiewicz-Kozłowska, *Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim...*, s. 27.

[16] Zgodzić się należy z M. Sawickim, że „nigdy bowiem znajomość praw przyrody w związku ze specyficznymi warunkami, w których wypada lekarzowi działać, i właściwościami osobniczymi pacjenta nie jest tak pełna, by wszystkie elementy były w całości dokładnie znane", zob. M. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment...*, s. 191.

[17] W. Wanatowska, *Eksperyment...*, s. 79–80.

[18] Z. Ziembiński, *Logika praktyczna*, Warszawa 2009, s. 148. Autor stwierdza: „eksperyment jest to więc złożona czynność polegająca na tym, iż staramy się wpłynąć na określone zjawisko, zmieniając w sposób przez nas kontrolowany warunki, w których ono przebiega, po to żeby zaobserwować, czy i jakie zmiany wystąpią w tym zjawisku przy powodowanej przez nas zmianie warunków jego przebiegu".

[19] W. Wanatowska, *Eksperyment...*, s. 81.

Stanowisko W. Wanatowskiej pociąga za sobą obniżenie statusu prawnego eksperymentu leczniczego w stosunku do badawczego i jego legalne zrównanie z tradycyjnym zabiegiem medycznym. Jej zdaniem, jedynie normy moralne, etyka zawodowa oraz zasady współżycia społecznego powinny wyznaczać granice dozwolonego postępowania nowatorskiego[20]. W konsekwencji, następuje szeroka liberalizacja oceny wszelkich czynności lekarskich, których celem jest wyleczenie chorego[21].

Powyższe zjawisko jest oczywiście negatywne dla dobra pacjentów, a zwłaszcza ochrony ich autonomii i bezpieczeństwa, dlatego koncepcja lansowana przez W. Wanatowską musi zostać odrzucona na gruncie wykładni norm prawnych. Jednakże, granice między leczeniem tradycyjnym a eksperymentalnym nie są ostre[22]. Trudności te narastają ze względu na fakt, że ustawodawca nie wyjaśnia czym są nowe lub tylko częściowo wypróbowane metody oraz kiedy dana metoda przestaje być już nowa i staje się standardem[23].

3. Zasady prowadzenia eksperymentów medycznych

3.1. Ogólne przesłanki dopuszczalności eksperymentów medycznych

Eksperymenty medyczne z udziałem człowieka mogą być przeprowadzane przez lekarza, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich (art. 42 zd. 1 KEL). Konsekwencją przytoczonej normy jest właśnie bezwzględny podział eksperymentów medycznych na lecznicze i badawcze. Przeprowadzenie któregokolwiek z nich musi odbyć się z jednoczesnym przestrzeganiem przez lekarza norm i obowiązków wynikających z Kodeksu etyki lekarskiej oraz ogólnie przyjętych zasad etyki badań naukowych (art. 41a KEL).

Z tego wynika, że lekarz wykonujący doświadczenia medyczne związany jest ogółem norm etycznych wynikających z KEL, co w szczególności odnosić się może do art. 8 KEL, zgodnie z którym lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Lekarz podczas realizacji eksperymentu medycznego musi mieć więc na uwadze normy etyczne KEL zawarte w różnych jego rozdziałach. Przykładowo, podczas doświadczeń terapeutycznych z udziałem kobiety ciężarnej uwzględnienia wymaga *de lege lata* art. 39 KEL, ulokowany w rozdziale 1 w ramach przepisów dotyczących prokreacji, który stanowi, że podejmując działania lekarskie wobec kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka (art. 39 zd. 1. KEL).

---

[20] Ibidem, s. 84.
[21] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 18–19.
[22] Ibidem, s. 21.
[23] Tak trafnie: B. Iwańska, *Warunki prawne dopuszczalności przeprowadzania eksperymentów medycznych*, „Państwo i Prawo" 2000, z. 2, s. 73.

Kodeks etyki lekarskiej formułuje kilka szczególnych wymogów oddzielnych dla eksperymentów leczniczych i badawczych. Wymagają one szerszego komentarza uwzględniającego przepisy ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r.[24]

Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy powinien być przeświadczony, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem (art. 42 zd. 2 KEL). Nie może on też narażać pacjenta na ryzyko w istotnym stopniu większe niż to, które grozi osobie nie poddanej temu eksperymentowi (art. 42a ust. 1 KEL).

Z treści art. 42 zd. 2 KEL wynika, iż zachowanie odpowiednich proporcji pomiędzy spodziewanymi korzyściami eksperymentu leczniczego dla pacjenta, a ryzykiem, podlega uznaniu samego lekarza-eksperymentatora („powinien być przeświadczony"). Rozstrzyga więc odczucie subiektywne lekarza, lecz oczywiście przy przyjęciu jego pełnej racjonalności, obejmującej spełnienie podstawowych kryteriów obiektywnych, na które składają się takie czynniki jak aktualna wiedza medyczna, doświadczenie i przyjęta praktyka lekarska. *De lege lata* bezprawnym byłby eksperyment, który zdaniem lekarza zachowuje proporcję korzyści i ryzyka wskazaną w art. 42 zd. 2 KEL, pomimo sprzeczności z obiektywnymi przesłankami.

Ryzyko podejmowanego eksperymentu leczniczego nie tylko musi być niższe od spodziewanych korzyści (art. 42 zd. 2 KEL), lecz również nie może być w istotnym stopniu większe niż to, które grozi osobie niepoddanej temu doświadczeniu (art. 42a ust. 1 KEL). Tak więc, dopuszczalne jest większe ryzyko eksperymentu w stosunku do tradycyjnego zabiegu medycznego, jednakże pod warunkiem, że nie będzie ono „w istotnym stopniu większe". Precyzyjna i obiektywna ocena czy w danej sytuacji ryzyko jest tylko większe, czy już istotnie większe, jest trudna i zależeć będzie od osobistego nastawienia konkretnego lekarza.

W przeciwieństwie do KEL, przepisy ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r. nie przewidują elementu ryzyka w odniesieniu do eksperymentu leczniczego. W art. 21 ust. 2 zd. 2 u.z.l. stwierdzono jedynie, że może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność

---

[24] Mając na uwadze uregulowanie przesłanek dopuszczalności eksperymentu medycznego w przepisach u.z.l., należy zauważyć, że w literaturze pojawiały się głosy krytyczne co do ujęcia tej problematyki w taki sposób, a nie w ramach całkowicie odrębnej ustawy. Tak: M. Nesterowicz, *Nowe ustawodawstwo medyczne (osiągnięcia i błędy)*, „Państwo i Prawo" 1997, nr 9, s. 8. Autor wskazuje: „argument, że na takie unormowanie czekalibyśmy latami, a sprawa jest ważna, jest mało przekonywający, zwłaszcza gdy regulacja zawarta w ustawie nie realizuje w pełni postanowień deklaracji helsińskiej [...] i rekomendacji nr R/90/3 Komitetu Ministrów Rady Europy z 6 II 1990 [...], lecz także jest sprzeczna w kilku punktach z prawem polskim, a w szczególności z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym". Zob. także M. Safjan, *Wybrane aspekty prawne eksperymentów medycznych na człowieku (problem legalności i odpowiedzialności cywilnej)*, „Studia Iuridica" 1993, nr XXVI, s. 89. Przypomnieć także należy, iż sam fakt uznania legalności eksperymentu medycznego budził w piśmiennictwie różne wątpliwości. Stanowisko negatywne co do dopuszczalności eksperymentu badawczego prezentował wówczas M. Nesterowicz w: *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabiegi lecznicze*, Warszawa–Poznań 1972, s. 11. Natomiast, W. Wanatowska proponowała wprowadzić szeroką liberalizację oceny wszelkich czynności terapeutycznych o charakterze nowatorskim, przy jednoczesnym odrzuceniu legalności eksperymentu czysto badawczego. Zob. W. Wanatowska, *Eksperyment...*, passim. Stanowisko to zostało już wyżej omówione.

nie jest wystarczająca. Nesterowicz twierdzi, że eksperyment leczniczy powinien być stosowany wtedy, gdy zachodzi tzw. stan nieuleczalny[25].

Jednakże, nie oznacza to, że dopuszczalny jest eksperyment leczniczy o dowolnym ryzyku, bowiem ryzyko zastosowania nowych metod i środków musi być proporcjonalne do oczekiwanych korzyści. W konsekwencji, nie powinien być przeprowadzony, gdy zamierzone korzyści są niewielkie i istnieje uzasadniona obawa pogorszenia zdrowia pacjenta, a jego stan nie jest zagrażający życiu[26]. Natomiast, przyjąć należy, że pogarszająca się sytuacja pacjenta poszerza margines dopuszczalnego ryzyka. Jeżeli więc pacjentowi grozi śmierć w niedługim czasie, należy uznać za dopuszczalny eksperyment leczniczy o wysokim ryzyku, nawet mimo niskiego prawdopodobieństwa korzyści, o ile inne metody i środki są nieskuteczne[27]. Z drugiej strony, nie będzie legalny eksperyment, którego ryzyko wykracza poza negatywne skutki samej choroby i jej rozwoju[28].

Jeżeli natomiast chodzi o eksperyment badawczy, to legalność jego przeprowadzenia została ograniczona wyłącznie do działań o minimalnym ryzyku (art. 42a ust. 2 KEL). Takie sformułowanie wpisuje się w treść art. 21 ust. 3 zd. 2 u.z.l., zgodnie z którym uczestnictwo w eksperymencie badawczym nie może być związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu. Trafnie zauważono, że znikoma wartość naukowa projektu badawczego oznaczać może niedopuszczalność eksperymentu, nawet przy niskim poziomie ryzyka[29]. Z drugiej strony, zdaniem Filara, waga spodziewanej korzyści naukowej może uzasadnić pewne „podniesienie poprzeczki" ryzyka[30]. Jednakże, zawsze trzeba uwzględnić fakt, iż w eksperymencie badawczym margines dopuszczalnego ryzyka jest znacznie węższy niż w eksperymencie leczniczym[31].

Przeprowadzenie eksperymentu medycznego spełnić musi wymogi z art. 22 u.z.l., które nie zostały ujęte w KEL. Zgodnie z tym przepisem, eksperyment medyczny może być przeprowadzany, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki lekarskiej[32].

Nie ulega wątpliwości, że wszelkie czynności medyczne dokonywane w czasie eksperymentu muszą być wykonywane *lege artis* i w tym zakresie są oceniane na zasadach ogólnych[33]. Ponadto, działania *stricte* eksperymentalne powinny spełniać wymagania

---

[25] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 240–241.
[26] Ibidem, s. 241.
[27] Ibidem, s. 241.
[28] M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 189.
[29] Ibidem, s. 188–189.
[30] M. Filar, *Lekarskie...*, s. 164.
[31] B. Iwańska, *Warunki prawne...*, s. 76.
[32] Szerzej o wykładni tego przepisu zob. K. Sakowski w: E. Barcikowska-Szydło, K. Majcher, M. Malczewska, W. Preiss, K. Sakowski, E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 512–525.
[33] M. Sośniak w: *Uwarunkowania...*, s. 35 wskazuje, że „eksperymentator musi tu dać z siebie wszystko i że nic go nie zwolni od odpowiedzialności nawet za najlżejsze zaniedbanie".

właściwe dla eksperymentu i wskazane w przepisach stanowiących o procedurze doświadczeń[34].

Eksperyment medyczny z udziałem człowieka może być przeprowadzony wyłącznie pod nadzorem lekarza posiadającego odpowiednio wysokie kwalifikacje (art. 47 KEL). Wymóg ten wpisuje się w treść art. 23 u.z.l., chociaż zauważyć należy różnicę w użytych pojęciach: „pod nadzorem" (art. 47 KEL) i „kieruje" (art. 23 u.z.l.). Interpretacja art. 47 KEL nie może prowadzić do naruszenia przepisów rangi ustawowej. Wobec tego, należy przyjąć, że nie wystarczy sam „nadzór" lekarza o wysokich kwalifikacjach, lecz powinien on bezpośrednio kierować wykonaniem doświadczeń medycznych, tj. podejmować bieżące decyzje i czuwać nad jego sprawnym, prawidłowym przebiegiem. Przepisy ustawy, ani KEL nie precyzują, o jakie dokładnie kwalifikacje tutaj chodzi. Należy więc kierować się rozsądkiem i okolicznościami sprawy, jednakże minimum powinno stanowić posiadanie przez takiego lekarza odpowiednio wysokiego stopnia specjalizacji zawodowej w danej dziedzinie medycyny związanej z charakterem eksperymentu.

Wątpliwości budzi jednoznacznie określony w art. 45 KEL nakaz poprzedzenia eksperymentów na człowieku badaniami *in vitro* i *in vivo* na zwierzętach. Potrzeba przeprowadzenia odpowiednich działań na zwierzętach musi wynikać z konkretnego przypadku, a nie być narzucona lekarzom w art. 45 KEL jako zasada. Tym bardziej, że w literaturze prawniczej zgłoszono postulaty odejścia od badań na zwierzętach i oparcia się wyłącznie o rezultaty badań klinicznych i laboratoryjnych[35]. Przydatność i moralność eksperymentów na zwierzętach jest w dalszym ciągu przedmiotem sporu lekarzy, prawników, filozofów i etyków. Spór ten uwzględniać musi rozwój innowacyjnych technologii medycznych umożliwiających pominięcie doświadczeń na zwierzętach[36].

---

[34] W ocenie postępowania lekarskiego oprócz dochowania wymogów aktualnej wiedzy medycznej i działania zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, pod uwagę bierze się należytą staranność. Warunek dochowania należytej staranności wynika *expressis verbis* z art. 4 u.z.l., który stanowi fundamentalną zasadę dla każdego przejawu lekarskiej działalności, a w tym eksperymentu medycznego. Należyta staranność wynika również z art. 355 Kodeksu cywilnego. Zgodnie z tym przepisem, staranność dłużnika (lekarza) rozumieć należy jako staranność ogólnie wymaganą w stosunkach danego rodzaju. Chodzi więc o pewien wzorzec zachowania dłużnika „w zakresie jego zaangażowania i dbałości o wykonanie zobowiązania" – tak: A. Olejniczak, *Komentarz do art. 355 Kodeksu cywilnego*, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. III: *Zobowiązania – część ogólna*, red. Z. Gawlik, A. Janiak, A. Kidyba, G. Kozieł, A. Olejniczak, A. Pyrzyńska, T. Sokołowski, LEX 2010. Słusznie stwierdzono w orzecznictwie, że od lekarzy wymaga się staranności „wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki, które często są nieodwracalne" – zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 9 marca 2001 r., I Aca 124/01, „PS" 2002, nr 10, poz. 130.

[35] M. Sośniak, *Uwarunkowania...*, s. 39. Autor wskazuje wręcz, że eksperymenty na zwierzętach pełnią funkcję swoistego alibi wobec później podjętych działaniach na ludziach. Jego zdaniem, eksperymenty na ludziach nie mogą zostać zastąpione eksperymentami na zwierzętach. Widać tu wyraźną sprzeczność z jedną z podstawowych zasad „kodeksu norymberskiego".

[36] Wskazać należy, że pojawiają się nowe technologie w postaci hodowli komórek i tkanek zintegrowanych w jeden organizm przy użyciu specjalnych mikrochipów. Zob. E. Siedlecka, *Czy eksperymenty na zwierzętach są potrzebne, skoro np. leki działają na nie inaczej niż na ludzi?*, „Gazeta Wyborcza", 23.10.2012 r., http://wyborcza.pl/1,76842,12727297,Czy_eksperymenty_na_zwierzetach_sa_potrzebne__skoro.html.

3.2. Ochrona autonomii osób poddanych eksperymentom medycznym

Ochrona autonomii osób poddanych eksperymentom medycznym została zagwarantowana przede wszystkim poprzez ustanowienie prawa do informacji o planowanym eksperymencie wraz z prawem do wyrażenia zgody na jego uczestnictwo. Mając na uwadze wiedzę czytelnika w zakresie obowiązku informacyjnego lekarza względem osoby poddanej czynnościom medycznym[37] oraz instytucji zgody pacjenta na zabieg medyczny, a zwłaszcza przesłanek niewadliwości zgody[38], jej charakteru prawnego[39], zakresu przedmiotowego[40], podmiotowego[41] i wymaganej formy[42], w tym miejscu zwrócić uwagę należy wyłącznie na kwestie charakterystyczne dla eksperymentu medycznego.

Zgoda uczestnika eksperymentu medycznego powinna zostać wyrażona po uprzednim poinformowaniu o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą jej dotyczyć oraz o prawie do odstąpienia w każdym czasie od udziału w eksperymencie (art. 43 ust. 1 KEL). W przytoczonej normie szeroko ukształtowano zakres przedmiotowy informacji udzielanej osobie poddanej doświadczeniom, który obejmować musi „wszystkie aspekty doświadczenia", co znacznie wykracza poza standard przyjęty na gruncie tradycyjnego zabiegu medycznego (zob. art. 13 ust. 3 KEL).

Szerokie ujęcie zakresu obowiązku informacyjnego poprzedzającego realizację eksperymentu medycznego jest trafne z uwagi na zwiększone ryzyko i nieprzewidywalność działań doświadczalnych. Lekarz nie może zrezygnować z przekazania pełnej informacji co do potencjalnego ryzyka, nawet jeśli ma on0 charakter wyjątkowy[43]. W tym wypadku widoczne jest podobieństwo do zabiegów medycyny estetycznej, które poprzedzone muszą być możliwie najszerszym zakresem informacji[44]. Przytoczone

---

[37] Zob. J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, s. 269–277.

[38] Zob. M. Kapko, *Komentarz do art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, ABC 2008. Autorka wymienia, iż po pierwsze zgoda musi być udzielona przez osobę do tego uprawnioną, po drugie, przedmiotem zgody nie może być działanie sprzeczne z ustawą lub zasadami współżycia społecznego, po trzecie, zgoda musi mieć charakter zgody objaśnionej (*informed consent*), bowiem musi być rezultatem integralnej i swobodnej decyzji osoby ją składającą, a po czwarte musi być wyrażona w formie przewidzianej prawem (a więc dowolnej lub pisemnej).

[39] Zob. J. Przybylska, *Cywilnoprawne aspekty instytucji zgody pacjenta na interwencję medyczną i jej definicja*, „Monitor Prawniczy" 2003, nr 16, s. 741.

[40] Zob. wyrok SN z dnia 19 października 1971 r., II CR 421/71, LEX nr 7000. Także: M. Nesterowicz, *Prawo...*, s. 153.

[41] Zob. M. Puk, *Kompetencje przedstawiciela ustawowego do wyrażania zgody na interwencję medyczną wobec pacjenta małoletniego*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM", nr 4, Poznań 2014. Także: J. Skrzypczak, *Podstawowe zagadnienia prawa medycznego*, „Zdrowie: problem medyczny, prawny, polityczny? Tom I", Warszawa–Poznań 2012, s. 159 i n.

[42] Zob. wyrok SN z dnia 14 listopada 1972 r., I CR 463/72, „NP" 1975, Nr 4, s. 585. Także: M. Nesterowicz, *Prawo...*, s. 156.

[43] M. Świderska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 300.

[44] W wyroku SN z dnia 5 września 1980 r., II CR 280/80, OSP 1981, z. 10, poz. 170, stwierdzono, że „wymaganie zgody pacjenta na podjęcie zabiegu operacyjnego wyłącznie dla celów estetycznych (po-

sformułowanie art. 43 ust. 1 KEL *de lege ferenda* wymaga zmiany, albowiem nie wskazuje, które elementy informacji są szczególnie ważne i muszą być koniecznie uczestnikowi eksperymentów przedstawione. W celu konkretyzacji zakresu obowiązku informacyjnego, jaki ciąży na lekarzu, należy sięgnąć do art. 24 u.z.l.[45]

Treść art. 43 KEL, zgodnie z którym osoba wyrażająca zgodę na udział w eksperymencie nie może czynić tego pod wpływem zależności od lekarza czy pozostawania pod jakąkolwiek presją stanowi swoiste *superfluum*, albowiem dobrowolność zgody jest jej nieodłączną cechą, której brak w danym przypadku oznacza jednocześnie brak samej zgody i czyni działania lekarza bezprawnymi. Z drugiej strony, z uwagi na funkcję edukacyjną Kodeksu etyki lekarskiej, należałoby zostawić w stanie niezmienionym treść art. 43 ust. 2 KEL. W końcu bezpieczniej jest dopuścić rzeczy zbyteczne niż opuścić rzeczy konieczne, tak jak stwierdza łacińska paremia *superflua admittere securius est, quam necessaria omittere*.

Zgoda na eksperyment medyczny była przedmiotem niewielu orzeczeń sądowych. Pierwsze orzeczenie Sądu Najwyższego pochodzi z 1937 r. i jest do dzisiaj aktualne. SN stwierdził, że „lekarz, który przy zastosowaniu nowego sposobu leczenia, ograniczył się do ogólnikowego zapytania chorego, czy godzi się na poddanie eksperymentowi, bez dokładnego poinformowania go [...] ponosi odpowiedzialność cywilną za wszelkie ujemne skutki leczenia, wynikłe u chorego”[46]. Doniosłość zgody podkreślił również Trybunał Konstytucyjny w uchwale pełnego składu z dnia 17 marca 1993 r.: „eksperyment biomedyczny na człowieku, niemający charakteru leczniczego, dokonany bez osobiście wyrażonej zgody osoby poddanej temu eksperymentowi nie jest prawnie dopuszczalny”[47].

Przepis art. 44 KEL reguluje zasady wyrażania zgody na eksperyment medyczny w przypadku pacjenta niezdolnego do świadomego podjęcia decyzji i wyrażenia woli. Rozstrzygająca jest wówczas zgoda przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego, która zastępuje zgodę osoby poddanej doświadczeniom. Szczegółowe uregulowanie tej kwestii znajduje się w art. 25 ust. 2–7 u.z.l.[48]

---

lepszenie wyglądu zewnętrznego) jest zachowane tylko wtedy, gdy zostanie on uprzednio dostatecznie poinformowany także o szczególnych – czyli wszelkich mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia – skutkach interwencji chirurgicznej niestwarzającej dla niego ryzyka wyższego niż przeciętnego”.

[45] Zgodnie z art. 24 u.z.l., osoba, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, jest uprzednio informowana o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium. W przypadku gdyby natychmiastowe przerwanie eksperymentu mogło spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jego uczestnika, lekarz obowiązany jest go o tym poinformować.

[46] Wyrok SN z dnia 6 listopada 1937 r., C II 888/37, Zb. O. 1938, poz. 291.

[47] Uchwała TK z dnia 17 marca 1993 r., W 16/92 (Dz. U. 1993, Nr 23, poz. 103). TK stwierdził dalej, że dopuszczenie do eksperymentu badawczego osoby, która nie wyraziła na to zgody, stanowi naruszenie zasady demokratycznego państwa prawa poprzez „pogwałcenie godności człowieka sprowadzonego w takim przypadku do roli obiektu doświadczalnego”. Pamiętać należy również o art. 39 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), zgodnie z którym nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody.

[48] Podkreślić należy, że chodzi tutaj o takie podmioty jak małoletni, osoba całkowicie ubezwłasnowolniona oraz osoba mająca pełną zdolność do czynności prawnej, lecz niebędąca w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć swojej opinii w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie.

W tym miejscu podkreślić należy, że w art. 25 ust. 2 małoletniemu, który nie ukończył 16 lat przyznano prawo do wyrażenia zgody na eksperyment, jeżeli jest on w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć swoją opinię w tej sprawie. Takie rozwiązanie przełamuje pozycję prawną małoletniego pacjenta ukształtowaną na gruncie tradycyjnych zabiegów medycznych (art. 32–34 u.z.l.) i realizuje wskazania art. 6 ust. 2 zd. 2 w zw. z art. 17 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 1997 r. Chodzi tutaj o stwierdzenie, że stanowisko małoletniego jest uwzględnione jako czynnik, którego znaczenie wzrasta w zależności od wieku i stopnia dojrzałości (art. 6 ust. 2 zd. 2 EKB). *De lege ferenda* pozycja pacjenta małoletniego wymaga odpowiedniego zaakcentowania w Kodeksie etyki lekarskiej.

Rozważenia wymaga również fakt, przyznania przez art. 17 ust. 1 pkt 5 Europejskiej Konwencji Biomedycznej osobie niezdolnej do wyrażenia zgody kompetencji do zgłoszenia prawnie skutecznego sprzeciwu na uczestnictwo w badaniach naukowych w dziedzinie biologii i medycyny[49]. *De lege lata* w razie zgłoszenia takiego sprzeciwu, badanie naukowe nie może zostać przeprowadzone nawet wtedy, gdy zgoda została wcześniej udzielona przez przedstawiciela ustawowego, odpowiednią władzę albo inną osobę lub instytucję ustanowioną w tym celu na mocy przepisów prawa (art. 6 w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 4 EKB).

Powyższe rozwiązanie zasługuje zasadniczo na aprobatę i *de lege ferenda* wymaga przyjęcia na gruncie polskim przepisów, a w tym inkorporacji do Kodeksu etyki lekarskiej. Obecnie obowiązujące uregulowanie zasad wyrażania zgody na eksperyment medyczny wobec osoby niezdolnej do wyrażania zgody w art. 25 ust. 2–7 u.z.l. oraz art. 44 KEL nie uwzględnia możliwości zgłoszenia prawnie skutecznego sprzeciwu przez taką osobę. Kwestia ta została pominięta również w art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*[50], który ustanawia instytucję sprzeciwu pacjenta, lecz ogranicza jej zakres zastosowania wyłącznie do zwykłego zabiegu medycznego[51].

Przepis art. 44 ust. 2 KEL stanowi, że warunkiem niezbędnym do podjęcia eksperymentu medycznego z udziałem osób niezdolnych do świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli jest brak możliwości przeprowadzenia badań o porównywalnej skuteczności z udziałem osób zdolnych do wyrażenia zgody. Przytoczona norma zasługuje na poparcie i powinna *de lege ferenda* znaleźć swoje odzwierciedlenie w ramach art. 21–29 u.z.l.[52]

---

[49] Osobą niezdolną do wyrażenia zgody w rozumieniu konwencji jest małoletni, który zgodnie z obowiązującym prawem nie ma zdolności do wyrażenia zgody na interwencję medyczną (art. 6 ust. 2 EKB) oraz osoba dorosła, która nie posiada zdolności do wyrażenia zgody na interwencję medyczną z powodu zakłóceń czynności psychicznych, choroby albo innych podobnych powodów (art. 6 ust. 3 EKB).

[50] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

[51] Zob. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 385 i n.

[52] Ustawa *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r. nie zawiera takiego rozwiązania w stosunku do ogółu osób niezdolnych do świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli uczestniczących w eksperymentach medycznych, lecz ogranicza się do poddania małoletniego eksperymentom badawczym; eksperyment badawczy z udziałem małoletniego nie jest dopuszczalny, gdy istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych (art. 25 ust. 3 zd. 2 u.z.l.).

Kodeks etyki lekarskiej wymaga *de lege ferenda* uzupełnienia o normę dopuszczającą eksperyment leczniczy bez zgody osoby mu poddanej w przypadku niecierpiącym zwłoki i bezpośredniego zagrożenia życia, podobnie jak czyni to art. 25 ust. 8 u.z.l.[53] Należy jednoznacznie stwierdzić, że cel podjęcia natychmiastowej interwencji medycznej może dotyczyć wyłącznie działań terapeutycznych, a nigdy zaś działań „podyktowanych interesem nauki i rozwoju badań"[54]. Wobec tego, wykluczona zostaje *de lege lata* dopuszczalność przeprowadzenia eksperymentu badawczego w oparciu o art. 25 ust. 8 u.z.l., nawet jeżeli towarzyszyć mu będzie wtórny efekt terapeutyczny. *De lege lata* z uwagi na lakoniczność art. 28 ust. 8 u.z.l. należy odpowiednio stosować art. 33 i 34 ust. 7 i 8 u.z.l.[55]

Forma zgody uczestnika eksperymentu medycznego nie została określona w Kodeksie etyki lekarskiej. Wymóg pisemności skierowany jest wyłącznie do zgody wyrażonej przez przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy (at. 44 ust. 1 KEL). Nie ulega wątpliwości, że przepisy KEL wymagają *de lege ferenda* ujednolicenia z art. 25 ust. 1 u.z.l., zgodnie z którym przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga pisemnej zgody osoby badanej mającej w nim uczestniczyć. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej[56].

De lege ferenda Kodeks etyki lekarskiej powinien odnosić się szerzej do kwestii przerwania eksperymentu. Pamiętać należy, iż przerwanie eksperymentu następuje w wyniku dobrowolnej decyzji uczestnika (art. 27 ust. 1 u.z.l.), bądź z uwagi na zagrożenie jego zdrowia lub życia (art. 27 ust. 2 i 3 u.z.l.). W pierwszym przypadku chodzi o realizację uprawnień osoby poddanej doświadczeniom, natomiast drugi nakłada *de facto* na lekarzy obowiązek kontrolowania stanu zdrowia pacjenta podczas przeprowadzania eksperymentu i bezzwłocznej reakcji na pojawiające się zagrożenie. *De lege lata* konieczność przerwania eksperymentu badawczego należy traktować rygorystycznie.

3.3. Opinia niezależnej komisji bioetycznej o projekcie eksperymentu medycznego

Projekt każdego eksperymentu z udziałem człowieka powinien być jasno określony i przedłożony do oceny niezależnej komisji etycznej w celu uzyskania jej akceptacji (art. 46 KEL). Przepis ten odzwierciedla intencję art. 29 ust. 1 u.z.l., który stanowi, że eksperyment medyczny, a w tym badanie kliniczne, może być przeprowadzony wy-

---

[53] Szerzej na ten temat: P. S. Iwanowski, U. Olędzka, *Eksperyment medyczny w stanach nagłych i w stanach bezpośredniego zagrożenia życia*, „Prawo i Medycyna" 2004, nr 3, s. 43 i n.

[54] M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 196.

[55] Por. B. Iwańska, *Warunki prawne...*, s. 79 i n.

[56] O formie zgody szerzej: J. Haberko, *Instytucja świadka zgody na czynności diagnostyczne i terapeutyczne będące eksperymentem medycznym w świetle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy Prawo farmaceutyczne*, „Prawo i Medycyna" 2009, nr 3 (36), vol. 11, s. 61 i n. Także: W. Nowak, *Prawne formy zgody na eksperyment medyczny (zagadnienia cywilnoprawne)*, „Prawo i Medycyna" 2005, nr 3 (20), vol. 7, s. 53 i n.

łącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysoki autorytet moralny i wysokie kwalifikacje specjalistyczne[57].

Opinia komisji zostaje wydana w drodze uchwały, przy uwzględnieniu kryteriów etycznych oraz celowości i wykonalności projektu. Odwołania od tejże uchwały rozpatruje Odwoławcza Komisja Bioetyczna przy Ministrze Zdrowia. Szczegółowe zasady powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r.[58]

Trafnie wskazano w piśmiennictwie, że komisje mają na celu zaspokojenie istniejącej potrzeby funkcjonowania organu, który sprawować będzie nadzór nad skalą dopuszczalnego ryzyka eksperymentu oraz będzie działać prewencyjnie poprzez zapobieganie naruszeniom reguł przeprowadzenia doświadczeń na ludziach[59]. Co więcej, multidyscyplinarny charakter składu komisji „ma być rękojmią kontroli społecznej nad działaniami badaczy"[60].

Wymóg uzyskania pozytywnej opinii o projekcie przez komisję bioetyczną stanowi przesłankę o charakterze administracyjnoprawnym. Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w postanowieniu z dnia 18 kwietnia 2007 r. stwierdził, że „uchwała komisji bioetycznej w sprawie eksperymentu medycznego, pomimo określenia jej w art. 29 ust. 1 ustawy mianem pozytywnej opinii, jest decyzją administracyjną organu administracji publicznej, rozstrzygającą sprawę administracyjną wszczętą wnioskiem lekarza, jako podmiotu mającego w wydaniu tej decyzji interes prawny, w związku z czym podlega zaskarżeniu do sądu administracyjnego"[61]. Podobnie orzekł Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 28 kwietnia 2009 r.[62]

De lege ferenda, należy postulować ustanowienie w ramach u.z.l. norm zobowiązujących komisję bioetyczną do monitorowania przebiegu i rezultatów eksperymentu medycznego[63]. Dyskusji wymaga postulat, zgodnie z którym gdyby komisja bioetyczna pozytywnie zaopiniowała projekt badawczy, który *de facto* nie odpowiadałby kryteriom dopuszczalności (art. 21 i n. u.z.l.), to uczestnik eksperymentu w razie doznania z tego tytułu szkody mógłby skierować żądanie kompensacji również przeciwko członkom komisji[64].

---

[57] Zob. E. Zielińska, E. Kujawa, *Opinia w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych*, „Prawo i medycyna" 1999, nr 3, s. 121–123.

[58] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. *w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych* (Dz. U. 1999, Nr 47, poz. 480).

[59] K. Sakowski, *Ustawa o zawodach...*, s. 547.

[60] Ibidem, s. 547.

[61] Postanowienie NSA w Warszawie z dnia 18 kwietnia 2007 r., II OSK 1112/06, LEX nr 320105.

[62] Wyrok WSA w Warszawie z dnia 28 kwietnia 2009 r., VII SA/ Wa 420/09, LEX nr 533352.

[63] Obowiązek taki istnieje tylko w odniesieniu do badań klinicznych. Jednocześnie, brak merytorycznego uzasadnienia do rozróżniania w tym zakresie eksperymentów medycznych w ogólności od badań klinicznych.

[64] Tak: M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 198.

3.4. Ograniczenia podmiotowe uczestnictwa w eksperymentach medycznych

3.4.1. Uwagi ogólne

Kodeks etyki lekarskiej wyklucza uczestnictwo osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności w eksperymentach badawczych (art. 43 ust. 3 KEL). Jednakże, wyjątkowo dopuszcza eksperyment badawczy wobec tych grup podmiotowych w sytuacji, w której prowadzone badania są dla „dobra tych grup".

De lege ferenda art. 43 ust. 3 KEL wymaga pilnej zmiany, albowiem jest wyraźnie sprzeczny z art. 26 ust. 3 u.z.l. Przepis art. 26 ust. 3 u.z.l. bezwzględnie wyłącza dopuszczalność zastosowania eksperymentu badawczego u dzieci poczętych, osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności. Ponadto, art. 43 ust. 3 KEL pomija sytuację dzieci poczętych, a także nie ustanawia żadnych szczególnych zasad prowadzenia doświadczeń medycznych na kobietach ciężarnych i karmiących, jak to czyni art. 26 ust. 1 i 2 u.z.l.[65]

3.4.2. Eksperymenty medyczne z udziałem człowieka w stadium embrionalnym

Brak uwzględnienia przez art. 43 ust. 3 KEL dziecka poczętego nie oznacza, że przepisy KEL dopuszczają możliwość prowadzenia eksperymentów badawczych z udziałem *nasciturusa*. Wynika to z wykładni art. 45 ust. 2 KEL, który stanowi, że lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym. *De lege lata* skoro zabronione jest przeprowadzanie eksperymentów badawczych na embrionie, to tym bardziej powinno być zakazane ich prowadzenie na dziecku poczętym w późniejszych stadiach rozwoju wewnątrzmacicznego. Poszanowanie podmiotowości embrionu nie może przeważać bowiem nad troską o dziecko cechujące się dalej idącą dojrzałością.

Wyjaśnić należy, iż art. 45 ust. 2 i 3 KEL odnosi się zarówno do człowieka w stadium embrionalnym, rozwijającym się *in utero*, jak i do embrionu znajdującego się poza ustrojem kobiety (*in vitro*). Niedopuszczalnym byłoby różnicowanie pozycji prawnej samego dziecka poczętego w zależności od tego czy zostało poczęte naturalnie, czy pozaustrojowo oraz ze względu na to czy znajduje się w stanie preimplantacyjnym, czy rozwija się już w łonie matki. W tym kontekście, podzielić należy stanowisko Haberko, iż *de lege ferenda* embrion *in vitro* powinien przyjąć status dziecka poczętego[66]. W konsekwencji, należałoby sformułować ograniczenia dotyczące kriokonserwacji embrionów i niszczenia tzw. embrionów wadliwych. Zakaz uczestnictwa dziecka

---

[65] Zgodnie z tymi przepisami udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego. Kobiety ciężarne i karmiące mogą uczestniczyć wyłącznie w eksperymentach badawczych pozbawionych ryzyka lub związanych z niewielkim ryzykiem.

[66] Zob. J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona...*, s. 95–109.

poczętego w eksperymencie badawczym z art. 26 ust. 3 u.z.l. obejmowałby oczywiście embriony ludzkie przed implantacją.

Na marginesie, Europejska Konwencja Biomedyczna w art. 18 odnosi się do problemu badań na emrionach *in vitro*. Wskazano, że jeżeli prawo zezwala na przeprowadzanie badań na embrionach *in vitro*, powinno ono zapewnić „odpowiednią ochronę tym embrionom". Wobec tego, art. 18 ust. 1 EKB nie rozstrzyga czy wykorzystanie embrionów *in vitro* do badań naukowych jest w ogóle dopuszczalne, bowiem odsyła do krajowych systemów prawnych w tym zakresie[67]. Natomiast w art. 18 ust. 2 EKB ustanowiono zakaz tworzenia embrionów *in vitro* dla celów naukowych. *De lege lata* przyjąć należy, że zasada ta funkcjonuje w polskim systemie prawnym na mocy wykładni art. 30 Konstytucji RP, który nadaje przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka wartość nadrzędną[68].

De lege ferenda polski ustawodawca wraz z ratyfikacją Konwencji byłby zobowiązany do określenia w drodze ustawy statusu prawnego embrionów *in vitro* oraz ewentualnie zasad legalności przeprowadzania na nich eksperymentów medycznych[69]. Nie ulega wątpliwości, że materia ta z uwagi na doniosłość i złożoność problemu wymaga odrębnej regulacji i nie powinna być wprowadzona do przepisów ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r. Odpowiednich działań prawodawczych należałoby również oczekiwać ze strony samorządu lekarskiego, który odpowiada za treść Kodeksu etyki lekarskiej.

Kodeks etyki lekarskiej dopuszcza z kolei udział człowieka w stadium embrionalnym w eksperymencie leczniczym, jednak tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów niepoddanych eksperymentowi leczniczemu (art. 45 ust. 3 KEL). Posłużono się tutaj mechanizmem identycznym jak w art. 42a ust. 1 KEL, który wyraża legalną proporcję ryzyka do korzyści w przypadku przeprowadzania eksperymentu leczniczego wobec przeciętnego pacjenta. Aktualne pozostają więc przedstawione wyżej uwagi na ten temat.

Pamiętać należy jednak, że udział kobiety ciężarnej i dziecka poczętego rozwijającego się *in utero* w eksperymencie leczniczym wymaga „szczególnie wnikliwej

---

[67] Ponadto, obowiązek zapewnienia „odpowiedniej ochrony tym embrionom" pozostawia dużą swobodę w zakresie doprecyzowania na czym ta ochrona ma polegać. Wymusza również pełnienie przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, podczas interpretacji art. 18 ust. 1 EKB, roli w istocie prawotwórczej (art. 29 EKB). Taka treść art. 18 ust. 1 EKB pozostawia cały ciężar uregulowania badań na embrionach *in vitro* na poszczególnych państwach – stronach konwencji. Państwa te mogą uznać je wedle własnego uznania za dopuszczalne, bądź zakazane.

[68] Zob. J. Krukowski, *Godność człowieka podstawą konstytucyjnego katalogu praw i wolności jednostki*, w: *Podstawowe prawa jednostki i ich sądowa ochrona*, red. L. Wiśniewski, Warszawa 1997, s. 48.

[69] Obecnie trwają prace nad projektem ustawy o leczeniu niepłodności (projekt z dnia 16 lipca 2014 r.), http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/230033/230036/230037/dokument119904.pdf, 29.01.2015. Status prawny embrionu oraz zasady prowadzenia na nim badań wynikają w pewnym stopniu z „Programu – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016", którego celem jest zapewnienie równego dostępu i możliwości korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność kobiety lub mężczyzny i wyczerpały się inne możliwości jej leczenia albo nie istnieją inne metody jej leczenia. Zob. *Program – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016*, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0003/5619/12program_leczenienieplodnosci_20032013.pdf, 29.01.2015.

oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego" (art. 26 ust. 1 u.z.l.). Przepis ten nie odnosi się bezpośrednio do sytuacji embrionów *in vitro*, jednakże powinien on *de lege lata* znaleźć odpowiednie zastosowanie. W konsekwencji, każde doświadczenie terapeutyczne prowadzone w stosunku do embrionu ludzkiego przed implementacją do organizmu kobiety musi być poprzedzone szczególnie wnikliwą oceną związanego z tym ryzyka dla samego embrionu w stanie preimplantacyjnym, jak i z uwzględnieniem jego dalszego życia w przypadku implantacji do organizmu kobiety. Ponadto, poddać analizie należy wpływ ewentualnych działań wobec embriona *in vitro* na zdrowie i życie kobiety, której następnie taki embrion zostanie zaimplementowany.

Mając na uwadze powyższe, pogłębionej dyskusji w doktrynie wymaga stopień dopuszczalnego ryzyka dla dziecka poczętego i kobiety ciężarnej w ramach eksperymentu leczniczego. Ustawodawca nie precyzuje zasad uczestnictwa tych osób w doświadczeniach leczniczych, natomiast przepis art. 45 ust. 3 KEL nie zapewnia wystarczającej ochrony.

4. Wnioski końcowe

Kodeks etyki lekarskiej stanowi podstawę do sprawowania nadzoru przez samorząd lekarski nad prawidłowym wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza stomatologa, czego wyrazem jest funkcjonowanie organów odpowiedzialności zawodowej. Normy KEL uczestniczą w kształtowaniu pożądanej, idealnej w swym założeniu postawy lekarza, a więc cechuje je również pewien wymiar edukacyjny. Wskazują na granice legalności (etyczności) działalności lekarskiej i podejmują próbę rozwiązania współczesnych problemów, z jakimi stykają się lekarze w swojej codziennej pracy. Tym samym wyrażają stosunek środowiska lekarskiego do społecznie doniosłych problemów.

Biorąc pod uwagę rolę, jaką pełni Kodeks etyki lekarskiej, akt wewnętrzny samorządu lekarskiego, z zaniepokojeniem należy zaobserwować niespójność jego norm określających badania naukowe i eksperymenty biomedyczne (art. 51a–51 KEL) z przepisami ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* regulującymi eksperyment medyczny (art. 21–29 u.z.l.). Przeprowadzona w tym artykule analiza porównawcza prowadzi do wniosku, iż Kodeks etyki lekarskiej wymaga *de lege ferenda* pilnej interwencji legislacyjnej ze strony Krajowego Zjazdu Lekarzy. Oczekiwać należy jej również z uwagi na ewentualność ratyfikacji Europejskiej Konwencji Biomedycznej oraz na postępujące prace nad projektem ustawy *o leczeniu niepłodności* z 2014 r.

Zagadnieniami, które wymagają szczególnej uwagi jest udział dziecka poczętego w eksperymentach badawczych. Niestety, art. 43 ust. 3 KEL wprowadzający ograniczenia w dopuszczalności prowadzenia doświadczeń naukowych, pomija tą kategorię podmiotów z niezrozumiałych powodów, czym narusza art. 26 ust. 3 u.z.l. Jednocześnie, należy wzmocnić pozycją prawną kobiety ciężarnej i karmiącej, jako uczestnika eksperymentów leczniczych i badawczych. Dodatkowo, sam przepis art. 43 ust. 3 KEL powinien zostać zreformułowany tak, aby zawierał normę zakazującą o charakterze bezwzględnym. Powinno się usunąć następujący fragment: „z wyjątkiem badań prowadzonych dla dobra tych grup". Postulowana nowelizacja jest niezbędna dla uzyskania spójności art. 43 ust. 3 KEL z art. 26 u.z.l. Ponadto, z uwagi na potencjalną ratyfikację

Europejskiej Konwencji Biomedycznej oraz projekt ustawy *o leczeniu niepłodności* z 2014 r. aktualizacji wymagać będzie określony w art. 45 ust. 2 i 3 KEL status prawny embriona *in vitro.*

Kodeks etyki lekarskiej wymaga modyfikacji także w innych, licznych elementach prowadzenia eksperymentu medycznego. Po pierwsze, należy skonkretyzować zakres przedmiotowy informacji, jakiej lekarz udziela pacjentowi przed przystąpieniem do doświadczenia (art. 43 ust. 1 KEL), tak aby odpowiadał on przesłankom z art. 24 u.z.l. Po drugie, przepisy KEL muszą zostać uzupełnione w odniesieniu do takich instytucji jak: bezzwłoczne przerwanie eksperymentu z uwagi na zagrożenie zdrowia chorego (art. 27 ust. 2 i 3 u.z.l.), prowadzenie eksperymentu bez zgody pacjenta w stanie niecierpiącym zwłoki i bezpośredniego zagrożenia życia (art. 25 ust. 8 u.z.l.), czy prawo do cofnięcia zgody na eksperyment w każdym jego stadium (art. 27 ust. 1 u.z.l.).

Pozycja prawna małoletniego uczestnika eksperymentu medycznego wymaga odpowiedniego zaakcentowania na gruncie Kodeksu etyki lekarskiej. Wskazać należy na jego prawo do wyrażenia zgody, zwłaszcza wtedy, kiedy nie ukończył on wieku 16 lat, lecz potrafi z rozeznaniem wypowiedzieć swoją opinię w sprawie udziału w doświadczeniach lekarskich (art. 25 ust. 2 u.z.l.). Ponadto, określić należy granicę dopuszczalnego ryzyka eksperymentu medycznego, w jakim uczestniczyć może osoba małoletnia (art. 25 ust. 3 u.z.l.). Co więcej, art. 44 ust. 1 KEL nie przewiduje możliwości współdecydowania o uczestnictwie w doświadczeniach lekarskich przez osoby ubezwłasnowolnione całkowicie (art. 25 ust. 4 u.z.l.). W świetle powyższego, wypada zastanowić się nad wprowadzeniem w ramach przepisów art. 43–44 KEL instytucji sprzeciwu osoby niezdolnej do wyrażenia zgody na udział w eksperymencie medycznym, w duchu art. 6 w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 4 EKB.

Mając na uwadze wyżej przedstawione postulaty *de lege ferenda* skierowane do Krajowego Zjazdu Lekarzy, kompetentnego do stanowienia zasad etyki wykonywania zawodu lekarza, należy jednoznacznie wskazać, iż niezbędna nowelizacja art. 41a–51 KEL nie powinna polegać na kopiowaniu regulacji art. 21–29 u.z.l., celem wprowadzenia spójności norm określających eksperyment medyczny. Kodeks etyki lekarskiej z uwagi na swój charakter prawny oraz pełnioną funkcję w środowisku lekarskim, powinien w dalszym ciągu zawierać przepisy ogólne, wyznaczające jedynie ogólny kierunek postępowania. Nie ma potrzeby, aby przepisy KEL przewidywały szczegółowe rozwiązania, jakie zawarte są w ustawie *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r. oraz innych aktach normatywnych. Nie budzi wątpliwości konieczność uzupełnienia Kodeksu etyki lekarskiej o ważne instytucje służące ochronie bezpieczeństwa osób poddanych eksperymentom medycznym, gwarantujące poszanowanie ich autonomii i godności.

Streszczenie

Artykuł zawiera kompleksową analizę eksperymentu medycznego z udziałem człowieka w świetle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej. Analiza uwzględnia charakter prawny Kodeksu etyki lekarskiej i jego umiejscowienie w polskim systemie prawnym. Z tego powodu wykładnia norm etycznych w nim sformułowanych oparta jest o porównanie ich treści z przepisami ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r. oraz Europejskiej Konwencji Biomedycznej.

W pierwszej kolejności wyjaśniono pojęcie eksperymentu leczniczego i badawczego, wskazując kryteria niezbędne do ich rozróżnienia. Poruszono problem ustalenia linii demarkacyjnej pomiędzy eksperymentem leczniczym a zwykłym zabiegiem medycznym. W dalszej części artykułu analizie poddano przesłanki legalności eksperymentu medycznego. Omówiono ogólne prawno-medyczne wskazania przeprowadzenia doświadczenia lekarskiego, takie jak dopuszczalna proporcja ryzyka do korzyści. Uwagę poświęcono również zagadnieniu zgody uczestnika eksperymentu medycznego i prawie do informacji, a także roli, jaką pełni niezależna komisja bioetyczna. Szczególne zainteresowanie autora wzbudził jednak temat ograniczeń podmiotowych w uczestnictwie w badaniach naukowych i eksperymentach biomedycznych, a zwłaszcza zasady prowadzenia badań naukowych wobec człowieka w stadium embrionalnym. Artykuł zawiera liczne uwagi *de lege lata* skierowane do organów odpowiedzialności zawodowej opierających swoje orzecznictwo na Kodeksie etyki lekarskiej. Ponadto, z uwagi na występujące niespójności, wejście w życie ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. *o leczeniu niepłodności* oraz ewentualność ratyfikacji Europejskiej Konwencji Biomedycznej, sformułowano odpowiednie postulaty *de lege ferenda* wobec Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Słowa kluczowe: eksperyment medyczny, badania naukowe, Kodeks etyki lekarskiej, Europejska Konwencja Biomedyczna

Medical experiment in the light of the Code of Medical Ethics. Problematic issues

Summary

This article contains the complex analysis of the medical experiment on human being in the light of the Code of Medical Ethics. The analysis takes into account the legal character of the Code of Medical Ethics and its place in polish law system. Therefore the interpretation of ethical rules is based on comparison their content to the content of provisions of the Medical Profession Act from 1996 and the Convention on Human Rights and Biomedicine. First of all, the meaning of therapeutic and scientific experiments and their differences was explained. The problem of determination of demarcation line between therapeutic experiment and traditional medical treatment was also discussed. In the next part of the article the conditions of legality of medical experiment were analyzed. The general legal and medical terms of conducting medical experiments, e.g. the required proportion of risk and benefits were included. Attention was paid to the issue of patient's consent, his right to the information and the role which an independent bioethical comittee plays. Particular interest, however, the author has raised subjective limitations in participating in scientific research and biomedical experiments, especially the principles of scientific research to human embryonic. The article contains many de lege lata comments addressed to the doctor's liability authorities. In addition, due to occurring inconsistency, coming into force the act of infertility treatment from the 25 of June 2015 and probability of the ratification of the Convention on Human Rights and Biomedicine, there were de lege ferenda postulates addressed to The National Convention of the Doctors formulated.

Key words: *medical experiment, scientific research, Code of Medical Ethics, European Convention on Biomedicine*

Jędrzej SKRZYPCZAK

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

Zasady prowadzenia medycznych badań naukowych. Komentarz do art. 48–51 Kodeksu etyki lekarskiej

Bardzo często elementem badań naukowych, zwłaszcza w naukach medycznych, są eksperymenty badawcze lub lecznicze. To zagadnienie wymaga odrębnego opracowania. Stąd też rozważania dotyczące wykładni art. 41a–47 Kodeksu etyki lekarskiej[1] zostaną tu pominięte, a poniższy tekst dotyczyć będzie wyłącznie art. 48–51 KEL.

Zgodnie z art. 48 KEL „Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w prasie medycznej". Zamieszczony tu nakaz przekazywania wszelkich odkryć naukowych w zakresie medycyny środowisku lekarskiemu podyktowany jest głównym celem, którym należy się kierować, prowadząc taką działalność. Otóż nie powinno w tego rodzaju badaniach (które najczęściej przeprowadzane są na ludziach), chodzić wyłącznie o zaspakajanie własnej ciekawości czy ambicji, a realizację postulatów zawartych w preambule do KEL tj. służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, według najlepszej wiedzy, przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom. Dodatkowo przypomnieć należy, że w myśl postanowień art. 10 ust. 2 KEL, jeżeli zakres czynności medycznych, przed którym staje lekarz przewyższa jego umiejętności, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. W doktrynie podkreśla się, że odkrycia naukowe dokonywane poprzez lekarzy należy publikować w prasie medycznej bowiem znajdą one fachowo przygotowanych odbiorców[2]. Jeżeli chodzi o spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarza, to chodzić może w tym przypadku o różne kwestie tak jak np. warunki bytowe pacjentów, ich obyczajowość, kultura i przestrzeganie higieny itp.[3] Trzeba jednak podkreślić, że w każdym z powyższych przypadków należy w sposób bezwzględny chronić dane osobowe pacjentów.

W art. 49 KEL stwierdza się, że „należy ściśle przestrzegać praw autorskich w publikacjach naukowych. Dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób, które brały w nich udział jest naruszeniem zasad etyki. Wykorzystanie materiału klinicznego do badań naukowych wymaga zgody kierownika kliniki lub ordynatora oddziału leczących pacjenta". Jak z powyższego wynika, w przepisie tym, w kolejnych zdaniach poruszono w istocie trzy odrębne kwestie. Pierwsza z nich to problem przestrzegania praw autorskich. Skoro tak, to należy przypomnieć, że w art. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. *o prawie autorskim i prawach*

---

[1] Dalej jako KEL.
[2] A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu etyki lekarskiej*, Warszawa 1995, s. 178.
[3] Ibidem.

pokrewnych[4], zamieszczono ustawową definicję utworu, zgodnie z którą przedmiotem prawa autorskiego jest każdy przejaw działalności twórczej o indywidualnym charakterze, ustalony w jakiejkolwiek postaci, niezależnie od wartości, przeznaczenia i sposobu wyrażenia. W ust. 2 ustawodawca zdecydował się na przykładowe wyliczenie przedmiotów prawa autorskiego, a wśród nich wymieniono utwory naukowe[5]. Przy czym, jak to wyraźnie podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 marca 1971 r. „O powstaniu prawa autorskiego nie decyduje stopień wartości opracowanego dzieła. Nawet niewielkie znaczeniowo opracowania, byleby cechował je element twórczości autora, mogą stanowić przedmiot ochrony autorskiej w rozumieniu art. 1 prawa autorskiego"[6]. Nader istotne w tym stanie rzeczy jawi się odszukanie owych cech twórczych i indywidualnych. Nie każda bowiem przeróbka czy modyfikacja uchodzić będzie za działanie autorskie. Tak jest m.in. w sytuacji, gdy zmiany te mają jedynie charakter techniczny i drugorzędny. W oparciu o tezę wyżej przedstawionego orzeczenia SN stwierdzić można, iż linia graniczna pomiędzy tymi dwoma płaszczyznami przebiega w miejscu, gdzie odnajdziemy w dokonanych zmianach takie elementy, które ocenione zostaną jako mające znaczenie – choćby niewielkie – artystyczne czy naukowe[7]. Aby wynik działań człowieka zyskał miano przedmiotu prawa autorskiego, spełnione muszą zostać trzy przesłanki. Po pierwsze chodzi tu o przejaw działalności twórczej, po drugie o indywidualny charakter takiej pracy, a wreszcie o ustalenie dzieła w jakiejkolwiek postaci. W doktrynie przejaw działalności twórczej nazywa się oryginalnością, natomiast dla pojęcia „indywidualny charakter" rezerwuje się termin indywidualność. Natomiast łącznie oba pojęcia składają się na pojęcie twórczości[8]. Pierwsze z wyżej podanych pojęć, choć jego definicji nie można odnaleźć w ustawie, utożsamiane jest z powstawaniem czegoś niepowtarzalnego i niebanalnego[9]. Z kolei w przypadku przesłanki indywidualnego charakteru w literaturze panuje przekonywujący pogląd, iż pomocne może okazać się tu skorzystanie z koncepcji statystycznej jednorazowości autorstwa M. Kumera. Zgodnie z nią, dla wykazania owej jednorazowości trzeba udzielić negatywnej odpowiedzi na następujące dwa pytania. Po pierwsze, „czy wcześniej takie dzieło powstało", a po drugie „czy jest statystycznie prawdopodobne wytworzenie go w przyszłości" (Barta, Czajkowska-Dąbrowska, Ćwiąkalski, Markiewicz, Traple, 1995, s. 49). Warto odnotować, iż jeszcze na gruncie ustawy *o prawie autorskim* z 1926 r. formułującej tę przesłankę podobnie do obecnej regulacji (jako „przejaw działalności duchowej noszący cechy osobistej twórczości")[10] w orzecznictwie SN wyraźnie wówczas podkreślano, iż przedmiotem ochrony prawnej z mocy ustawy o prawie autorskim jest wszelkie dzieło piśmiennictwa będące wypływem indywidualnej

---

[4] T.j. Dz. U. 2006, Nr 90, poz. 631 z późn. zm.

[5] J. Barta, R. Markiewicz, A. Matlak, *Specyficzne problemy dotyczące niektórych kategorii utworów*, w: *System Prawa Prywatnego, Prawo autorskie*, red. J. Barta, t. 13, Warszawa 2013, s. 39–40.

[6] Wyrok SN z dnia 5 marca 1971 r. sygn. akt I CR 593/70 „OSPiKA" 1972, nr 7–8, poz. 135.

[7] Ibidem, patrz szerzej M. Szaciński, *Wkład twórczy jako przesłanka dzieła chronionego prawem autorskim*, „Państwo i Prawo", z. 2, s. 50–53.

[8] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, *Komentarz do ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych*, Warszawa, s. 18 i n.

[9] J. Sobczak, *Podstawy prawa autorskiego*, Poznań 1995, s. 18.

[10] Ibidem, s. 19.

twórczości bez względu na jej zakres i wartość. W tym nurcie pozostają także inne orzeczenia z tego okresu, które zachowują przynajmniej częściową aktualność także pod rządem obecnej ustawy. Przypomnieć tu zatem należy orzeczenie SN z 31.03.1938 r.[11], stwierdzające, iż „każda twórczość umysłowa bez względu na to czy chodzi o twórczość opartą na ściśle samoistnym pomyśle, czy też opartą na naśladownictwie już istniejących dzieł, doznaje ochrony prawnej, byleby w swoim ostatecznym wyniku, w swojej zewnętrznej formie wykazywała znamiona wyróżniające ją od innych dzieł osobliwością pomysłu i umiejętnością tematu". Tak więc w każdym przypadku odnalezienia powyżej sygnalizowanych przesłanek mowa będzie o twórczości, a więc o przedmiocie prawa autorskiego. Praca twórcza bowiem przejawiać winna się w inwencji twórczej, samodzielności i oryginalności opracowania[12]. Nie pozbawia tej cechy pracy autora – jak słusznie zauważył SN w orzeczeniu z 18.11.1960 r.[13] nawet wykorzystanie przez niego pewnych źródeł, pod warunkiem wszakże, iż nie będzie to oznaczać sprowadzenie owej działalności do mechanicznego przepisywania treści. Przy czym o dziele, a więc przedmiocie prawa autorskiego, mówić można już wtedy, gdy w jego treści widoczne jest „piętno osobistej twórczości osoby dokonującej tego opracowania bez względu na jego poziom"[14].

Przejawy działalności autorskiej można podzielić w oparciu o treść art. 1 oraz art. 2, 3 i 11 prawa autorskiego, na: a) utwory samoistne, b) samoistne ale inspirowane inną twórczością oraz c) niesamoistne[15]. Te pierwsze charakteryzują się tym, iż autor w żadnym stopniu nie wspierał się na elementach innego dzieła. Zaliczyć tu możemy „utwory w pełni samoistne" a także te, które wprawdzie wykorzystują elementy pracy innych osób, ale tylko takie, które nie korzystają z ochrony autorskiej[16]. W przypadku drugiej wyżej wymienionej kategorii, niewątpliwym impulsem do powstania nowego przedmiotu prawa autorskiego było istnienie innego dzieła, przy czym związek z dziełem inspirującym może być bliższy lub dalszy[17]. Wreszcie do trzeciej grupy zaliczyć trzeba te wszystkie wyniki pracy człowieka, których związek z innym utworami jest na tyle bliski, iż zawsze łączy się z ingerencją w cudzą domenę praw autorskich. W tej grupie wymienić po pierwsze należy opracowania nazywane także dziełami zależnymi lub z drugiej ręki[18]. Po drugie do dzieł niesamoistnych zalicza się także dzieła z zapożyczeniami, w których przytoczono cudze dzieło w całości lub w części w „rozmiarach nie

---

[11] Orzeczenie SN z 31.03.1938 r, sygn. akt C II 2531/37; J. Barta, R. Markiewicz, *Prawo autorskie. Przepisy. Orzecznictwo. Umowy międzynarodowe*, Warszawa 1997, s. 673.

[12] Orzeczenie SN z 5.03.1970 r., II CR 686/70, OSN 1971, nr 12, poz. 231, „Państwo i Prawo" 1972, nr 7, s. 132 z glosą M. Poźniak-Niedzielskiej, J. Barta, R. Markiewicz, 1997, s. 675.

[13] Orzeczenie SN 18.11.1960 r., sygn. akt I CR 234/60, OSN 1961, nr 4, poz. 124.

[14] Orzeczenie SN z 21.06.1968 r., I CR 206/69, OSN 1969, nr 5. poz. 94.

[15] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, op. cit., s. 51 i 59.

[16] Por. art. 3 i 4 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. *o prawie autorskim i prawach pokrewnych*, t.j. Dz. U. 2006, Nr 90, poz. 631 z późn. zm.

[17] B. Michalski, *Dziennikarstwo a ograniczenia praw autorskich*, Łódź 1998, s. 33–35.

[18] Pod tym pojęciem należy rozumieć w szczególności tłumaczenie, przeróbkę, adaptację, a rozporządzanie i korzystanie z nich zależy zawsze od zezwolenia twórcy utworu pierwotnego, chyba że autorskie prawa majątkowe do tego utworu wygasły. Por. art. 2 ust. 2 *prawa autorskiego*. E. Wojnicka, *Autorskie prawa zależne*, Łódź 1990, passim.

uzasadniających zastosowania przepisów o dozwolonym cytacie", a jednocześnie brak jest przesłanek do zakwalifikowania tego materiału do opracowań[19].

Odrębnym zagadnieniem jest kwestia zdefiniowania dzieła naukowego. W tym miejscu w pierwszej kolejności odwołać należy się, dla lepszego zobrazowania poniższych wywodów, do rozmaitych koncepcji budowy utworów. W piśmiennictwie wyróżnia się co najmniej dwie teorie obrazujące poruszane zagadnienie. Po pierwsze mowa tu o *koncepcjach strukturalnych*, a w szczególności o warstwowej budowie utworu oraz o *teoriach integralnych*. Według pierwszego z prezentowanych poglądów autorstwa J. Kohlera, następnie zmodyfikowanych i wzbogaconych przez A. Kopffa[20] każde dzieło zbudowane jest z możliwych do wyodrębnienia warstw, które łącznie składają się na przedmiot prawa autorskiego. Przy czym doszukać można się trzech warstw: obrazu zindywidualizowanego, formy wewnętrznej oraz formy zewnętrznej. *Obraz zindywidualizowany* to „koncepcja twórcza zawierająca wszystko co składa się na rzeczową, psychologiczną i ideologiczną treść dzieła sztuki ukształtowaną indywidualnie, a więc zgodnie z przekonaniami i predyspozycjami twórczymi artysty"[21]. Z kolei *forma wewnętrzna* to „środki, które służą obleczeniu obrazu zindywidualizowanego w kształt artystyczny"[22], wreszcie *forma zewnętrzna* to „ogół artystycznych środków przedstawieniowych oddziałujących na zmysły odbiorców[23]. Druga teoria tzw. *integralnej budowy utworu* reprezentowana w literaturze głównie przez J. Błeszyńskiego[24], opiera się na założeniu, iż elementy treści i formy składają się na utwór i bezprzedmiotowym zabiegiem jest wyodrębnianie poszczególnych warstw utworu[25]. Powyższe spory przenoszone są na grunt dzieł naukowych, wyróżniających się spośród innych utworów szeregiem cech, co pociąga za sobą bardzo poważne implikacje i konsekwencje praktyczne. Co warte podkreślenia, definicji utworu naukowego nie zawiera ustawa *o prawie autorskim i prawach pokrewnych* z 4 lutego 1994 r., choć kategoria ta została *expressis verbis* wymieniona w art. 1 ust. 1 tego aktu normatywnego. Z pomocą w definiowaniu tej kategorii przychodzi doktryna, określając tym mianem „wszelkie utwory z zawartością naukową tzn. takie, które stanowią rezultat naukowego procesu poznawczego i które równocześnie w swej podstawowej funkcji komunikacyjnej nie są zorientowane „na siebie", jak utwory artystyczne, lecz na przedstawienie obiektywne istniejącej rzeczywistości"[26]. Wedle innego spojrzenia „istotą takiego utworu jest ustalenie i zamieszczenie wyników poznania naukowego w badanej dziedzinie, a nadto przekazywanie ich w takiej postaci, aby odbiorcy mogli prowadzić dalej, a nawet rozwijać dorobek poszukiwań w zakresie tego tematu"[27]. Zważywszy na powyższe stwier-

---

[19] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, op. cit., s. 59.

[20] A. Kopff, *Dzieło sztuk plastycznych i jego twórca w świetle przepisów prawa autorskiego*, Kraków 1961, s. 47.

[21] Ibidem, s.153.

[22] Ibidem, s.153.

[23] Ibidem, s.153).

[24] J. Błeszyński, *Tłumaczenie i jego twórca w polskim prawie autorskim*, Warszawa 1973, s. 33 i n.

[25] E. Wojnicka, *Autorskie prawa zależne*, Łódź 1990, s. 12.

[26] A. Szewc, *Dzieła naukowe i ich status w prawie autorskim*, „Państwo i Prawo" 1997, nr 10, s. 24.

[27] R. Ingarden, *O poznaniu dzieła literackiego*, z języka niemieckiego przekład D. Gierulanka, Warszawa 1976; E. Wojnicka, op. cit., s. 16.

dzić trzeba, iż na określenie danego utworu jako dzieła naukowego, zasługuje tylko taki przejaw działalności ludzkiej, jeżeli łącznie spełnione zostaną dwie przesłanki: „a) zrealizowane zostają kryteria naukowości w zakresie tematyki i metody uzyskiwania rezultatów, b) odpowiada wymogom nowości i nieoczywistości (oryginalności) ocenianym z punktu widzenia stanu wiedzy środowiska naukowego"[28]. A. Kopff wraz z E. Traple postulują, aby warstwową koncepcję budowy dzieła przenosić również na płaszczyznę dzieł naukowych. Przypomnijmy w tym miejscu, iż zdaniem A. Kopffa w utworach naukowych wyróżnić można trzy warstwy, a mianowicie treść, formę wewnętrzną i formę zewnętrzną. Treść dzieła naukowego to opisywany stan faktyczny, odkrycie naukowe czy też prawda naukowa, a więc elementy, którym nie sposób przypisać cech oryginalności, indywidualności i nowości. *Forma wewnętrzna* to odpowiedni dobór argumentów, ich gradacja i następstwo oraz kompozycja całej pracy, oraz *forma zewnętrzna*, w skład której wchodzą: dobór słów, budowa zdań i stylistyka, gatunek wypowiedzi. I te dwa ostatnie elementy zasługują na objęcie ich ochroną prawnoautorską z uwagi na przesłanki, o których mowa w art. 1 *prawa autorskiego*[29]. Z kolei M. Staszkow proponuje wyodrębnienie w utworach naukowych tematu, treści i formy[30]. Temat nie korzysta najczęściej z prawnoautorskiej ochrony, natomiast inaczej przedstawia się rzecz, gdy chodzi o treść i formę, które nie powinny być rozdzielane w sposób mechaniczny[31]. Nie można z tego wyciągać wniosku, iż zdaniem tego autora ochronie prawnej podlegają odkrycia naukowe. Na takie dobrodziejstwo zasługuje jedynie – wedle tego ujęcia – sposób ich prezentowania[32]. Przywołać tu należy także pogląd J. Barty i R. Markiewicza niejako nawiązujący do ostatniego z wyżej zaprezentowanych twierdzeń. Mianowicie autorzy ci wywodzą, iż należy odróżniać „przedmiot poznania i przedmiot zrekonstruowany w dziele" stanowiący kreację autora. Zgodnie z prezentowanym poglądem zarzut, iż w ten sposób ogranicza się zakres poznania naukowego jest bezzasadny, z uwagi na możliwość stosowania również w tym zakresie przepisów o dozwolonym cytacie[33]. Abstrahując od powyżej zaprezentowanych sporów, z całą pewnością stwierdzić można, iż wobec utworów naukowych należy stosować te wszystkie reguły, które odnoszą się do prawa cytatu. Bowiem choć odkrycia naukowe nie podlegają ochronie, tym niemniej sposób ich zaprezentowania korzysta już z dobrodziejstw wypływających z ustawy *o prawie autorskim*. W doktrynie słusznie zauważa się, że pewne wątpliwości budzi możliwość spełniania odnośnie tej kategorii dzieł cechy indywidualności, co wynika chociażby z faktu, iż w procesie badawczym stosuje się zobiektywizowane metody naukowe, uznane teorie naukowe, a nadto, że przedmiot badań jest powszechnie dostępny[34].

---

[28] A. Szewc, op. cit., s. 25.

[29] M. Bieganowska, *Ochrona autorskoprawna pracowniczych utworów naukowych*, „PUG" 1998, nr 11, s. 22; R. Markiewicz, *Ochrona prac naukowych*, „Zeszyty Naukowe UJ, Prace z Wynalazczości i Ochrony Własności Intelektualnej", Warszawa–Kraków 1990, s. 22–46.

[30] E. Wojnicka, op. cit., s. 16.

[31] Ibidem, s. 16–17.

[32] M. Bieganowska, op. cit. s. 22.

[33] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, op. cit., s. 53–54.

[34] J. Barta, R. Markiewicz, A. Matlak, *Specyficzne problemy dotyczące niektórych kategorii utworów*, w: *System prawa prywatnego. Prawo autorskie*, red. J. Barta, tom 13, Warszawa 2013, s. 39.

W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują poglądy judykatury, choć linia orzecznicza nie jest jednolita. W wyroku SN z dnia 8 lutego 1978 r. podkreślono, że treść dzieła naukowego *sensu largo*, elementy istotne treści takiego dzieła, w powiązaniu z obiektywną formą bez względu zresztą na to czy zostało ono opublikowane, czy też pozostaje w rękopisie (maszynopisie) podlegają ochronie autorskoprawnej przed ich wykorzystaniem bez zgody autora lub przed innym sposobem wkroczenia w sferę uprawnień autora. Naruszenie prawa autora nie zachodzi – ze względu na treść art. 1 *prawa autorskiego*[35] wtedy – gdy inna osoba nawet wbrew woli autora przyswaja tylko określone treści opracowanego dzieła, nie wykorzystując dzieła lub jego fragmentów w jego sensie formalno-merytorycznym. Same bowiem idee tezy i rozwiązania naukowe w sensie szerokim, jako takie nie podlegają w zasadzie ochronie autorskoprawnej, co nie wyłącza jednak ewentualnej ochrony na zasadach ogólnych prawa cywilnego. Jest to istotna teza, bowiem we wcześniejszym orzeczeniu z dnia 29.12.1971 r.[36], Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż prawo autorskie nie różnicuje zakresu ochrony utworów w dziedzinie piśmiennictwa w zależności od naukowego bądź innego charakteru. Przypomnieć jednak należy, że zgodnie z art. 1 ust. 2^1 pr. aut. w obecnym brzmieniu „ochroną objęty może być wyłącznie sposób wyrażenia; nie są objęte ochroną odkrycia, idee, procedury, metody i zasady działania oraz koncepcje matematyczne". Warto także przywołać stanowisko SN zaprezentowane w wyroku z dnia 24.11.1978 r.[37], w którym zaprezentowano tezę, że obowiązujące prawo autorskie nie przewiduje, gdy chodzi i dzieła naukowe, samodzielnie z punktu widzenia prawnego skonstruowanej ochrony odkryć naukowych (prawd naukowych). [...] Natomiast w sferę ochrony autorskoprawnej ze wszystkimi rygorami prawnymi wkracza (poza oczywistymi przypadkami plagiatu) przypadek zaczerpnięcia treści lub wyjątku z cudzego dzieła bez podania w swoim utworze twórcy lub źródła"[38]. Trzeba także odnotować stanowisko zaprezentowane w bardziej współczesnych orzeczeniach. I tak w wyroku z dnia 30 czerwca 2005 r.[39] podkreślono, że „Każde dzieło podlega indywidualnej kwalifikacji, na podstawie konkretnych cech koniecznych dla stwierdzenia czy powstanie swoje zawdzięcza samodzielnemu wysiłkowi twórczemu autora i różni się istotnie od innych rezultatów analogicznego działania oraz czy ma cechy swoiste i wyróżniające, osiągnięte dzięki indywidualnemu wkładowi pracy twórczej autora"[40]. Z kolei w wyroku SN z 25.5.2011 r. wyrażono pogląd, że wprowadzenie do utworu o charakterze naukowym zmian polegających na usunięciu niektórych tez, podyktowane względami merytorycznymi, zaproponowanych przez innego współautora może mieć charakter działalności twórczej"[41].

---

[35] Ustawa (1952) z dnia 10 lipca 1952 r. *o prawie autorskim*, Dz. U. Nr 34, poz. 234 z późn. zm.

[36] Orzeczenie (1971) z dnia 29.12.1971 r., ICR 191/7; J. Barta, R. Markiewicz, op. cit., s. 676.

[37] Wyrok (1978) SN z dnia 24.11.1978 r. I CR 185/78.

[38] E. Wojnicka, *Plagiat jako zjawiskowa postać deliktu*, w: *System prawa prywatnego. Prawo autorskie*, red. J. Barta, tom 13, Warszawa 2013, s. 228–229.

[39] Wyrok (2005) SN z dnia 30 czerwca 2005 r., sygn. IV CK 763/04, „OSN" 2006; J. Barta, R. Markiewicz, A. Matlak, *Specyficzne problemy dotyczące niektórych kategorii utworów*, w: *System prawa prywatnego. Prawo autorskie*, red. J. Barta, tom 13, Warszawa 2013, s. 39.

[40] Ibidem.

[41] Wyrok (2011) SN z dnia 25.5.2011 r., sygn. II CSK 527/10; J. Barta, R. Markiewicz, A. Matlak, *Specyficzne*..., op. cit., s. 39; D. Sokołowska, 2012, s. 5 i n.

Zgodnie z treścią art. 16 ustawy *o prawie autorskim i prawach pokrewnych*, autorskie prawa osobiste chronią nie ograniczoną w czasie i nie podlegającą zrzeczeniu się lub zbyciu więź twórcy z utworem, chyba że ustawa stanowi inaczej. W szczególności do autorskich praw osobistych zaliczyć należy następujące uprawnienia: do autorstwa utworu, oznaczenia utworu swoim nazwiskiem lub pseudonimem albo do udostępniania go anonimowo, nienaruszalności treści i formy utworu oraz jego rzetelnego wykorzystania. Z punktu widzenia przedmiotu niniejszej opinii, na podkreślenie zasługuje prawo do autorstwa utworu. W doktrynie wskazuje się na aspekt negatywny uprawnienia określonego w art. 16 pkt 1, a mianowicie chodzi tu o „możności żądania przez twórcę od osób trzecich, by uznawały, iż to on jest autorem danego utworu"[42], ale także na aspekt pozytywny polegający na prawie decydowania o sposobie oznaczenia utworu[43].

Jedną z form naruszenia autorskich dóbr osobistych jest zjawisko plagiatu. Dodać tu trzeba, iż taka forma niedozwolonego korzystania z innego utworu narusza także autorskie prawa majątkowe[44]. Podkreślić jednak należy, iż tym pojęciem nie posługiwała się żadna z polskich ustaw o prawie autorskim[45]. Aczkolwiek pojęcie to występuje w innych aktach normatywnych. Wymienić należy w tej grupie: art. 211 ust. 5 ustawy[46]. Prawo o szkolnictwie wyższym, zgodnie z którym to przepisem „Nie stosuje się przedawnienia w odniesieniu do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego wobec studenta, któremu zarzuca się popełnienie plagiatu". Ponadto rozporządzenie MNiSW[47] z dnia 5 października 2011 r. *w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia* w § 11 ust. 1 stanowi „[...] Wewnętrzny system zapewnienia jakości może uwzględniać działania uczelni w zakresie zapobiegania i wykrywania plagiatów". Stąd też termin ten nie został zdefiniowany przez ustawodawcę. W doktrynie pojęcie to budzi pewne zastrzeżenia. Przywołać należy stanowisko, iż pod pojęciem plagiatu należy rozumieć „cytaty i zapożyczenia z pominięciem podania źródła, bądź jako przywłaszczenie sobie cudzego utworu, wydanie go pod własnym nazwiskiem, dosłowne zapożyczenie z cudzych podane jako twórczość własna"[48]. Podkreślić należy, iż wyróżnia się *plagiat jawny* zwany inaczej wyraźnym, prostym, oczywistym oraz *plagiat ukryty* określany też mianem złożonego, pośredniego[49], choć niektórzy autorzy rezerwują termin plagiat pośredni na te przypadki, gdy nie ujawniono lub w sposób fałszywy ujawniono autorstwo) czy też reprodukcji pośredniej[50]. Plagia-

---

[42] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, op. cit., s. 141; T. Kononiuk, B. Michalski, *Problemy prawne zawodu dziennikarskiego*, Warszawa 1998, s. 53.

[43] E. Traple, *Treść majątkowych praw autorskich*, „PUG" 1994, nr 11, s. 16.

[44] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, op. cit., s. 199.

[45] J. Sieńczyło-Chlabicz, *Odpowiedzialność nauczycieli akademickich, doktorantów i studentów z tytułu popełnienia plagiatu*, „Transformacje Prawa Prywatnego" 2010, nr 1, s. 133.

[46] Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym*, t.j. Dz. U. 2012, poz. 572.

[47] Rozporządzenie MNiSW z dnia 5 października 2011 r. *w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia*, t.j. Dz. U. 2014, poz. 131.

[48] M. Szaciński, *Naruszenie autorskich dóbr osobistych w postaci plagiatu, niedozwolonych zapożyczeń oraz zniekształceń utworu*, „Palestra" 1981, nr 6, s. 27.

[49] E. Wojnicka, B. Giesen, *Plagiat jako wynik przywłaszczenia utworu*, w: red. J. Barta, op. cit., s. 310.

[50] T. Kononiuk, B. Michalski, op. cit., s. 54.

tem jawnym nazywa się działania polegające na przejęciu całości lub części cudzego utworu bez własnego wkładu twórczego[51]. Działanie takie miałoby polegać na umieszczeniu własnego imienia i nazwiska zamiast osoby uprawnionej. Może to przybrać postać *plagiatu całościowego*, gdy przejmuje się w taki sposób całość dzieła lub *plagiatu częściowego*, gdy dotyczy to tylko fragmentu[52]. Według tej typologii zaproponowanej przez B. Michalskiego odmianą plagiatu prostego jest plagiat cytatowy, który polega na wskazaniu fragmentów cudzego utworu jako własnych[53]. Z kolei pod pojęciem plagiatu ukrytego rozumie się przejęcie całości bądź jedynie elementów cudzego dzieła odpowiednio przetworzonych, które występują wspólnie z elementami oryginalnymi i indywidualnymi, pochodzącymi od dokonującego takich zabiegów[54]. Wedle innego ujęcia, plagiat pośredni to praktyka polegającą na „nieujawnianiu lub fałszywym ujawnianiu wykorzystanych prac"[55]. Jedną z jego odmian jest – zgodnie z tą koncepcją – plagiat redakcyjny, czyli „swoisty collage fragmentów cudzych dzieł, który plagiator przedstawia jako własny utwór, mimo że nie zostały wprowadzone do niego nowe treści pochodzące od plagiatora"[56]. Autor przywołuje typologię B. Michalskiego. Według tej koncepcji plagiat informacyjny (*quasi* plagiat), to „przywłaszczenie niechronionej przez prawo autorskie warstwy informacyjnej, metodologicznej bądź faktograficznej i ich opracowanie"[57]. Z kolei plagiat inkorporacyjny, zdaniem B. Michalskiego, polega na „włączeniu do własnego utworu większych lub mniejszych fragmentów dzieł innych autorów 'bez podawania źródła i nazwiska autora oraz bez oznaczenia cudzysłowem, iż nie jest to treść własna'"[58]. Plagiat adaptacyjny to bezprawne i nieoznaczone opracowanie cudzego działa w formie przekładu, adaptacji filmowej itp. „Plagiat współautorski polega na nierozerwalnym połączeniu cudzych i własnych elementów twórczych"[59]. Warto zauważyć, że w wyroku z dnia 20 maja 1983 r.[60] wyrażono tezę, że „zarzut plagiatu jest prawdziwy nie tylko w przypadku plagiatu jawnego, ale także ukrytego (przeróbka cudzego utworu podana za utwór własny) lub częściowego (wykorzystanie tylko niektórych części, partii utworu cudzego)"[61]. Jak widać, zarówno w doktrynie, jak i judykaturze przeprowadza się różne typologie, które zresztą opierają się na różnych kryteriach i nie zawsze są konsekwentne i przejrzyste[62]. Wydaje się, że powyższe problemy wynikają z braku definicji ustawowej tego pojęcia. To zapewne sprawia, że niektórzy autorzy podnoszą dodatkowe wątpliwości co do tej kategorii, a nawet zdają się ją w całości kwestionować. Spotkać zatem można poglądy, iż „[...] nie jest przywłaszczeniem autorstwa nieoznaczenie lub niepełne oznaczenie fragmentów

---

[51] E. Wojnicka, B. Giesen, op. cit., s. 309.
[52] J. Sobczak, *Prawo autorskie i prawa pokrewne*, Warszawa–Poznań 2000, s. 111.
[53] B. Michalski, *Podstawowe problemy prawa prasowego*, Warszawa 1998, s. 160.
[54] M. Szaciński, op. cit., s. 27; J. Barta, *Plagiat muzyczny*, „Zeszyty Naukowe UJ, Prace z Wynalazczości i Ochrony Własności Intelektualnej" 1977, z. 17, nr 47.
[55] E. Wojnicka, *Plagiat jako zjawiskowa postać deliktu*, op. cit., s. 226.
[56] J. Sobczak, *Prawo autorskie*, op. cit., s. 111.
[57] Ibidem.
[58] Ibidem.
[59] Ibidem.
[60] Wyrok SN z dnia 20 maja 1983 r., sygn. akt I CR 92/83.
[61] Ibidem.
[62] E. Wojnicka, B. Giesen, op. cit., s. 309.

zaczerpniętych do swojej pracy, jeżeli wskazuje się na ich przejęcie przy użyciu np. cudzysłowu. Taka sama ocena dotyczy również postępowania osoby, która do pracy zawierającej jej własny wkład, zapożycza tekst i nie identyfikuje wyraźnie jego twórcy, a ogranicza się jedynie do wymienia go w wykazie literatury"[63]. Inni autorzy decydują się dodatkowo na wyróżnienie w tym zestawieniu tzw. zapożyczeń[64], dodając jednocześnie – co zważywszy na postanowienia prawa autorskiego jest oczywiste – że niektóre zapożyczenia mogą być dozwolone. Wymienia się przykładowo powoływanie się na odkrycia naukowe, czy też te elementy dzieła naukowego lub innego utworu, które nie podlegają ochronie prawnoautorskiej. Zdaniem J. Sobczaka „Nie stanowi jednak plagiatu dozwolony użytek z chronionych utworów [...]"[65]. Z kolei J. Błeszyński stoi na stanowisku, że „[...] pojęcie plagiat jest nie tylko obce terminologii obowiązującej ustawy, ale na gruncie prawa autorskiego jest dezorientujące, gdyż wymaga każdorazowego sprecyzowania znaczenia, w którym jest używane. Bez takiego uściślenia nie wiadomo, o jaki rodzaj sytuacji chodzi: delikt w zakresie autorskich praw majątkowych, naruszenie autorskich dóbr osobistych, w szczególności prawa do autorstwa lub oznaczenia utworu nazwiskiem twórcy, działanie zawinione (w tym z winy umyślnej) czy niezawinione"[66].

Mając powyższe wątpliwości na uwadze wyeksponować należy przede wszystkim kwestię zabronionych zapożyczeń. Formułuje się niekiedy pogląd, iż zapożyczenia mogą przybrać postać plagiatu, gdy „nasycają one dzieło – w sposób dosłowny lub przerobiony – w takim stopniu, że utwór należy ocenić jako dzieło nie tego twórcy, który podaje się za autora"[67]. Odnaleźć można także poglądy, które sugerują podział niedozwolonych zapożyczeń na plagiat jawny i ukryty, rezygnując z wyodrębniania dodatkowej jeszcze kategorii zabronionych zapożyczeń[68]. Także orzecznictwo w tym zakresie nie jest jednolite. W wyroku SN z dnia 15 czerwca 1989 r. sformułowano tezę, że „przeniesienie do utworu treści lub wyjątków z cudzego dzieła bez wyraźnego podania źródła zapożyczenia jest plagiatem i narusza autorskie dobra osobiste". Niestety poglądu tego SN nie rozwinął w uzasadnieniu, stąd też w doktrynie teza ta rodzi pewne wątpliwości[69].

Abstrahując od powyższych sporów, podkreślić należy, iż dla prawidłowego ustalenia czy mamy do czynienia z plagiatem, konieczne wydaje się także ustalenie, że plagiatorowi znany był utwór, który w sposób nieuprawniony wykorzystał. Wykluczyć bowiem należy ponad wszelką wątpliwość, iż do powstania dzieła podobnego doszło w sposób przypadkowy i niezależny[70]. Należy przy tym podkreślić, że w zasadzie postać winy ma tu drugorzędne znaczenie, choć oczywiście w kontekście odpowiedzial-

---

[63] E. Wojnicka, *Plagiat*..., op. cit., s. 226.
[64] M. Szaciński, *Wkład twórczy*, op. cit., s. 28.
[65] J. Sobczak, *Prawo autorskie*, op. cit., s. 113.
[66] J. Błeszyński, *Wątpliwości dotyczące pojęcia plagiatu*, w: *Dziennikarz, utwór, prasa. Księga jubileuszowa z okazji 50-lecia pracy naukowej prof. dr. hab. Bogdana Michalskiego*, red. T. Kononiuk, Warszawa 2014, s. 119.
[67] M. Szaciński, *Wkład twórczy*, s. 28–29.
[68] T. Kononiuk, B. Michalski, op. cit., s. 54; A. Wojciechowska, *Treść autorskich praw osobistych*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego" 1994, nr 11, s. 16.
[69] W. Wojnicka, B. Giesen, op. cit., s. 309.
[70] M. Szaciński, *Wkład twórczy*..., op. cit., s. 28–29.

ności prawnej może to mieć znaczenie w zakresie odpowiedzialności[71]. Warto także przywołać pogląd J. Błeszyńskiego, który przekonuje, że „[...] ocena zaistnienia niedozwolonego zawłaszczenia nie powinna ograniczać się do oceny pod kątem tożsamości określonych fragmentów, występujących w porównywanych utworach. Proces porównywania powinien być poprzedzony oceną przede wszystkim pod kątem tego, jakie elementy (zarówno dotyczące doboru materii, sposobu jej uporządkowania, a następnie wyrażenia) w utworze pierwotnym mają znamiona oryginalności. Kolejnym etapem jest zbadanie czy znajdują wyraz w utworze mogącym stanowić rezultat omawianego zawłaszczenia i na końcu, czy ich obecność uzasadnia traktowanie ich, jako przejętych (zawłaszczonych) z utworu pierwotnego. Sam fakt ich tożsamości, dający się na ogół stwierdzić w sposób obiektywny, nie jest bowiem wystarczający do przyjęcia zaistnienia naruszenia prawa do autorstwa utworu. Mający w tym interes prawny, zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 6 Kodeksu cywilnego, musi udowodnić, że miało miejsce ich przejęcie z określonego utworu" (Błeszyński, 2014, s. 103).

W wyroku z dnia 29.12.1971 r. zaprezentowano tezę, że „Zakres przedrukowania fragmentów cudzych prac autorskich i sposób wskazania źródeł jest unormowany przez przepisy prawa autorskiego [...] a nie przez stosowane w praktyce zwyczaje. Wymaganiu wyraźnego wymieniania źródła, z którego pochodzi fragment cudzego dzieła [...], nie czyni zadość wymienienie tego dzieła w zestawieniu literatury bez jakiegokolwiek wyjaśnienia ani zasady, ani stopnia wykorzystania tego dzieła, a w szczególności bez wskazania, że dokonano z niego przedruku określonej treści"[72]. Jak zaznaczono powyżej, korzystanie z cudzego utworu jest dozwolone w granicach określonych przez przepisy o dozwolonym użytku prywatnym i publicznym (licencje ustawowe). Na szczególną uwagę zasługuje instytucja prawa cytatu. Zgodnie z art. 29 ust. 1 *prawa autorskiego*, wolno przytaczać w utworach stanowiących samoistną całość urywki rozpowszechnionych utworów lub drobne utwory w całości w zakresie uzasadnionym celami cytatu, takimi jak wyjaśnianie, polemika, analiza krytyczna lub naukowa, nauczanie lub prawami gatunku twórczości. Wolno także w celach dydaktycznych i naukowych korzystać z rozpowszechnionych już wcześniej drobnych utworów lub fragmentów większych utworów w podręcznikach i wypisach, tyle, że w tym ostatnim przypadku twórcy przysługuje prawo do wynagrodzenia. Aby przypadek korzystania z utworu zakwalifikowany został do kategorii dozwolonego cytatu, konieczne jest spełnienie przesłanek podanych w art. 34 ustawy *o prawie autorskim i prawach pokrewnych*, tj. wymienienie twórcy i źródła. Panuje zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie utrwalony pogląd, iż brak należytego oznaczenia wykorzystywanych fragmentów uchodzić musi za przejaw plagiatu[73]. Analizując poszczególne przesłanki, o których mowa w art. 29 ust. 1 *prawa autorskiego* stwierdzić należy, iż o dozwolonym cytacie może być mowa jedynie w przypadku, gdy materiał wykorzystujący takie zapożyczenia jest utworem stanowiącym samoistną całość[74]. W tym zakresie odwołać należy się

---

[71] B. Gadek-Giesen, *Plagiat dzieł naukowych – zagadnienia wybrane*, „ZNUJ" 2011, nr 112, s. 63.

[72] E. Wojnicka, *Plagiat*..., op. cit., s. 226.

[73] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, op. cit., s. 199.

[74] J. Preussner-Zamorska, J. Marcinkowska, *Prawo cytatu*, w: J. Barta (red.), *System* (2013), op. cit., s. 564–565.

do tych wszystkich uwag i wywodów, które poczynione zostały uprzednio na gruncie art. 1 *prawa autorskiego*. Dozwolony zakres (a więc rozmiar) cytatu wynika z jego celu. I tak ustawa wskazuje jako dopuszczalny powód korzystania z takich legalnych form zapożyczeń jak: wyjaśnianie i nauczanie, analizę krytyczną oraz prawa gatunków. Ostatni z wyżej wymienionych przypadków nie odnosi się do przedmiotowej sprawy, bowiem chodzi o takie postaci wypowiedzi jak: parodia, satyra, karykatura itp. Gdy chodzi o analizę krytyczną, ustawodawca zezwala na cytowanie w takich rozmiarach, aby przeprowadzana krytyka była zrozumiała[75]. Natomiast, jak słusznie zauważa się w literaturze przedmiotu, przypadek wyjaśniania i nauczania służyć winien przede wszystkim należytemu uzasadnianiu własnych poglądów[76]. Zaznaczyć trzeba, iż przesłanka nauczania w doktrynie rozumiana jest szeroko, jako przykład wszelkich typów i sposobów edukacji[77].

W oparciu o dyrektywy zawarte w art. 34 *prawa autorskiego* podkreślić należy raz jeszcze, iż zgodnie z normami prawa autorskiego, korzystanie z cudzego utworu (np. w drodze dozwolonego cytatu) może nastąpić pod warunkiem wymienienia twórcy i źródła, z którego zaczerpnięto fragment dzieła. Spory i nieporozumienia rodzą się na tle technicznego oznaczania cytowanych twórców i źródeł. Przywołać w tym miejscu trzeba przede wszystkim tezę zaczerpniętą z wyroku SN z dnia 29.12.1971 r.[78], gdzie podkreśla się, iż zakres przedrukowania fragmentów cudzych prac autorskich i sposób wskazywania źródeł jest normowany przez przepisy prawa autorskiego, a nie przez stosowane w praktyce zwyczaje. Ten fragment stanowiska Sądu Najwyższego poddany został krytyce, i to zarówno pod rządem starej ustawy[79], jak i pod „panowaniem nowego prawa"[80]. Przytoczyć tu trzeba stanowisko J. Błeszyńskiego, który twierdzi, iż w tym zakresie należy jednak odwołać się do przyjętych zwyczajów[81]. Pogląd ten zdaje się być także podzielany przez E. Traple[82]. Zaznaczyć jednak należy w sposób niezmiernie dobitny, iż żaden w wyżej przywołanych autorów nie twierdzi, iż konsekwencją takiego ujęcia problemu może być rezygnacja z przytoczenia autora i źródła, z którego dokonano zapożyczenia. Oznacza to, iż należy zaznaczyć „jaki fragment dzieła jest przedmiotem przytoczenia"[83]. Druga część cytowanej tezy nie budzi już większych zastrzeżeń, mianowicie twierdzi się tu, iż wymaganiom wyraźnego wymienienia źródła, z którego pochodzi fragment cudzego dzieła, nie czyni zadość wymienienie tego dzieła w zestawieniu literatury, bez jakiegokolwiek wyjaśnienia ani zasady, ani stopnia wykorzystania tego dzieła, a w szczególności bez wykazania, że dokonano z niego przedruku określonej części. W doktrynie zauważa się, iż praktyka wydawnicza wymaga od autora publikacji zaznaczenia w sposób wyraźny i nie budzący wątpli-

---

[75] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, op. cit., s. 200.
[76] Ibidem.
[77] B. Michalski, *Dziennikarstwo*..., op. cit., s. 77.
[78] Wyrok SN z dnia 5 marca 1971 r. sygn. akt I CR 593/70 „OSPiKA" 1972/7–8, poz. 135.
[79] Ustawa z dnia 10 lipca 1952 r. *o prawie autorskim*, Dz. U. Nr 34 poz. 234 z późn. zm.
[80] Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. *o prawie autorskim i prawach pokrewnych*, t.j. Dz. U. 2006, Nr 90, poz. 631 z późn. zm.
[81] J. Błeszyński, *Prawo autorskie*, Warszawa 1985, s. 119–120.
[82] J. Barta, M. Czajkowska-Dąbrowska, Z. Ćwiąkalski, R. Markiewicz, E. Traple, op. cit., s. 214.
[83] J. Błeszyński, *Prawo*..., op. cit., s. 120.

wości autora cytowanego fragmentu, a nadto zaznaczenie zapożyczonego fragmentu[84]. Wskazuje się, iż możliwe są rozmaite sposoby oznaczania autorstwa cytowanego fragmentu. Takim sposobem jest w przypadku wielokrotnego powoływania się w utworze na tego samego autora, skorzystanie z innego określenia, tym niemniej uczynić należy to w sposób nie budzący wątpliwości co do osoby autora. To samo dotyczy wskazywania źródła poprzez np. skorzystanie z polskich czy łacińskich skrótów typu „op. cit.", „dzieło cytowane", „ibidem", „tamże" itd. Podkreślono tu jednocześnie, iż zebranie autorów i ich dzieł niejako sumaryczne w końcowej części materiału jest możliwe, ale jedynie w przypadku, gdy nie wykorzystano w pracy cytatów. Jednocześnie wyrażono pogląd, iż praktyka wydawnicza wypracowała zasadę, iż dla określenia cytowanego fragmentu ujmuje się go w cudzysłów. Tylko bowiem takie przedstawienie stanowi zadość regule, iż zapożyczony fragment winien być przytoczony bez zmian i zniekształceń. Twierdzi się nadto, iż wszelkie zmiany dotyczące zapożyczonej treści, a pochodzące od cytującego, winny być zaopatrzone w stosowną informację o podmiocie dokonującym zmian. Podzielając w całości przytoczone powyżej wywody zaznaczyć należy, iż niekiedy możliwa jest rezygnacja z rygorystycznego przestrzegania zasady, iż cytowany utwór winno się umieszczać w cudzysłowie. Wydaje się, iż zezwala na to przytoczona wcześniej treść art. 34 *prawa autorskiego*, domagającego się od korzystającego z licencji ustawowej przytoczenia autora i źródła. Może to mieć więc miejsce tylko w przypadku, kiedy uczyni się jednocześnie zadość wszystkim przesłankom, o których mowa w art. 34 w zw. z art. 29 ust. 1 *prawa autorskiego*. Pamiętać w tych przypadkach należy, aby zabieg taki nie godził w interesy twórcy. Zatem kontekst czy też stosowanie innych technicznych środków (np. rozpoczęcie nowego akapitu) winno w sposób jasny wskazywać, jakie rozmiary ma fragment zapożyczony. Konkludując, zgodzić należy się w pełni z przywołaną wyżej tezą J. Błeszyńskiego, że pojęcie „plagiatu" nie jest terminem normatywnym, ale co więcej, jest wysoce dezorientujące, bowiem w każdy przypadku wymaga sprecyzowania znaczenia w jakim jest używane. Takie stwierdzenie nie może jednak oznaczać nawet w najmniejszym stopniu przyzwolenia na takie praktyki. Przypomnieć w tym miejscu trzeba, że naruszenie praw autorskich może rodzić odpowiedzialność karną, dyscyplinarną, pracowniczą oraz cywilnoprawną. I tak zgodnie z art. 115 pr. aut. występkiem zagrożonym karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat trzech, są m.in. czynności polegające na wprowadzeniu w błąd co do autorstwa całości lub części cudzego utworu[85]. Jeżeli zaś chodzi o odpowiedzialność dyscyplinarną, to na podstawie art. 139 ust. 1 tej ustawy, nauczyciel akademicki podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za postępowanie uchybiające obowiązkom nauczyciela akademickiego lub godności zawodu nauczyciela akademickiego. Może to dotyczyć w szczególności przypadków wskazanych w art. 144 ust. 3 tego aktu normatywnego, a mianowicie przywłaszczenia sobie autorstwa albo wprowadzenia w błąd co do autorstwa całości lub części cudzego utworu albo artystycznego wykonania, rozpowszechnienia, bez podania nazwiska lub pseudonimu twórcy, cudzego utworu w wersji oryginalnej albo w postaci opracowania, rozpowszechnienia, bez podania nazwiska lub pseudonimu

---

[84] Glosa A. Wiśniewskiego, „Nowe Prawo" 1973, nr 10.

[85] Z. Ćwiąkalski, *Odpowiedzialność karna*, w: J. Barta (red.), *System* (2013), s. 725–726.

twórcy, cudzego artystycznego wykonania albo publicznego zniekształcenia takiego utworu, artystycznego wykonania, fonogramu, wideogramu lub nadania, innego sposobu naruszenia cudzych praw autorskich lub praw pokrewnych[86]. Co istotne, w ust. 5 tego przepisu przesądzono, że w tym zakresie nie stosuje się przedawnienia w zakresie wszczęcia postępowania. Co więcej zgodnie z art. 29a ustawy z dnia 14.03.2003 r. *o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki* przewidziano procedurę stwierdzenia nieważności decyzji w sprawie nadania tytułu lub stopnia, jak również instytucję wznowienia postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego lub profesora. W myśl art. 126 pkt 3 *Prawa o szkolnictwie wyższym* rektor może rozwiązać stosunek pracy z mianowanym nauczycielem akademickim bez wypowiedzenia w przypadku m.in. dopuszczenia się: czynu określonego w art. 115 ustawy *o prawie autorskim i prawach pokrewnych*, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądowym lub prawomocnym orzeczeniem komisji dyscyplinarnej[87]. Wreszcie na podstawie art. 78 ust. 1 *prawa autorskiego* podmiot uprawniony, którego prawa autorskie osobiste zostały naruszone może żądać zaniechania takiego działania, a nadto dopełnienia czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków np. poprzez złożenie stosownego oświadczenia, a także domagania się zadośćuczynienia z tytułu doznanej krzywdy lub odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny[88].

Drugą kwestią poruszoną w art. 49 KEL (zd. 2) jest zakaz dopisywania swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób, które brały w nich udział jest naruszeniem zasad etyki. Pierwsza z powyższych sytuacji musi być uznana za plagiat w znaczeniu podanym wyżej. Choć trzeba tu od razu dodać, że w naukach medycznych często badania naukowe prowadzą zespoły badawcze. W takich przypadkach rzeczą oczywistą jest, że wyniki takich badań „przelewa na papier" zwykle jedna z osób z takiej grupy, co nie znaczy, że pozostałe osoby nie mają udziału w redagowaniu tego tekstu, a co ważniejsze, wcześniej w sposób twórczy, przeprowadzili koncepcję badawczą. Natomiast, jeżeli takiego wkładu twórczego nie ma, to mechaniczne „dopisanie się autora" będzie nie tylko działaniem naruszającym prawo autorskie, ale także naruszeniem reguł deontologicznych.

Trzeci wątek wyróżniony w tym przepisie to stwierdzenie, iż wykorzystanie materiału klinicznego do badań naukowych wymaga zgody kierownika kliniki lub ordynatora oddziału leczących pacjenta. Ta kwestia nie ma nic wspólnego z problematyką prawa autorskiego. Zapewne w tym przypadku chodzi o okoliczność, aby kierujący oddziałem i ponoszący odpowiedzialność prawną za całość spraw związanych z prowadzeniem takiej jednostki, był poinformowany o prowadzonych w tym miejscu badaniach naukowych. Można bowiem sobie wyobrazić sytuacje, gdy podczas takich procedur dojdzie do wyrządzenia szkody lub krzywdy pacjentowi, a wówczas problematyczna mogłaby okazać się kwestia egzekwowania roszczeń cywilnoprawnych. Często wiąże się to z kwestią odpowiednich rozliczeń z podmiotami zlecającymi takie badania (np. firmami farmaceutycznymi) w jednostce, w której źródłem finansowania jest budżet szpitala.

---

[86] W. Sanetra, *Komentarz do art. 126 Prawa o szkolnictwie wyższym*, Lex 2014/el.
[87] J. Sieńczyło-Chlabicz, op. cit., s. 149.
[88] Ibidem, 152.

W art. 50 ust. 1 KEL wyraźnie przesądzono, że wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej, nie powinny być publikowane. Należy przyjąć, że sformułowanie „przeprowadzone niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej" trzeba wykładać szeroko. Odnosi się nie tylko do przepisów określających *stricte* przeprowadzanie eksperymentów medycznych, a więc przepisów 41a–47, ale także tu komentowanych, a w szczególności art. 49 KEL, ale również innych przepisów KEL (np. przeprowadzonych z naruszeniem art. 2[89] lub 3[90] KEL), a zwłaszcza normy wyrażonej w art. 2 ust. 2 KEL, iż najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*, a mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Zgadzając się w zasadzie z taką dyrektywą postępowania, trzeba odnotować, że w szczególnych sytuacjach mogą pojawić się pewne wątpliwości co do takiego restrykcyjnego stanowiska. I tak przykładowo w doktrynie podnosi się, że „[...] jeśli wyniki badań, które co do sposobu ich realizacji zasługują na potępienie, doprowadziły do poszerzenia wiedzy medycznej powstaje pytanie, czy jest racjonalne zakazywanie ich publikacji"[91]. Zatem można by przyjąć wyjątek zbliżony do stanu wyższej konieczności. Ratowane dobro prawne (życie lub zdrowie pacjentów) wymaga złamania takiej zasady. Przykładem mogłaby być sytuacja, gdyby opublikowano wyniki eksperymentów prowadzonych przez dr Mengele w Auschwitz, a które znajdują się ponoć w rosyjskich archiwach. Nikt nie ma wątpliwości, że te praktyki były zbrodnicze. Natomiast można by argumentować, że ich ofiarom nikt nie przywróci życia, nie cofnie doznanych traum. Dziś oczywiście żadna komisja bioetyczna nie wyrazi zgody na tego typu praktyki. Gdyby jednak „osiągnięcia" takich zbrodniczych praktyk, mogły w przyszłości być użyteczne dla chorych, to zakaz publikacji takich wyników byłby problematyczny. W dotychczasowej historii sądów lekarskich nie odnotowano przypadku naruszenia tej normy.

W art. 50 ust. 2 stawia się wymóg uzyskania zgody pacjenta ewentualnie innej osoby, która – zgodnie z obowiązującym prawem – może w imieniu pacjenta skutecznie wyrazić stosowne oświadczenie woli, na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych. W doktrynie podnosi się, że ust. 2 art. 51 odnosi się do tego zakresu, „który nie jest objęty tajemnicą lekarską, bo jej ujawnienie stanowi przewinienie zawodowe. Poza tym zakresem przepis przypomina o zachowaniu dobrych obyczajów"[92].

Trzeba tu dodatkowo przypomnieć, że w myśl postanowień art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*[93] osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszano-

---

[89] Zgodnie z tym przepisem „powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem".

[90] Przypomnijmy, że w myśl tej normy „Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania".

[91] A. Gubiński, op. cit., s. 178.

[92] Ibidem, s. 179.

[93] T.j. Dz. U. 2012, poz. 159 z późn. zm.

wanie intymności i godności pacjenta. W ust. 2 tego przepisu przewidziano, że osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego. Do tych osób stosuje się odpowiednio art. 13 i 14 tej ustawy co oznacza, że są one zobowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej. Natomiast zgodnie z art. 36 ust. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*[94] do klinik i szpitali akademii medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych nie stosuje się powyżej normy z art. 22 ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. W praktyce nawet w takich jednostkach zwykle uzyskuje się zgodę pacjenta.

Z kolei w przypadkach publikowania wyników badań uzyskanych zgodnie z zasadami etyki lekarskiej, konieczne jest ukrycie wszelkich danych pozwalających na identyfikację takiej osoby. I zazwyczaj tak się dzieje. Choć znany jest przypadek, gdy na jednym ze zjazdów lekarskich, prezentowano wyniki przeprowadzonych badań obrazowych pacjenta, który był sam uczestnikiem tej konferencji i mocno skonsternowany zauważył swoje dane osobowe na prezentowanym zdjęciu. W takim przypadku z pewnością dochodzi do nieuprawnionego ujawnienia tajemnicy lekarskiej. Do takiej sytuacji może jednak dojść także wówczas, gdy chodzi o przypadki chorób rzadkich, zdarzających się w jednostkowych przypadkach jak np. zespół Seckela[95]. Wówczas nawet całkowita anonimizacja kazusu może okazać się niewystarczająca. Jeden z lekarzy relacjonował autorowi tego komentarza taki właśnie przypadek, przed którym stanął. Choroba genetyczna, którą naukowo się zajmował doktorant, dotyczyła tylko jednej pacjentki w Polsce.

Wydaje się, że wszystkie powyższe regulacje należy postrzegać przez pryzmat naczelnej zasady deontologicznej, a mianowicie, iż najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego.

Streszczenie

Artykuł analizuje normy deontologii lekarskiej określające zasady prowadzenia medycznych badań naukowych zawarte w art. 48–51 Kodeksu etyki lekarskiej. Zgodnie z art. 48 KEL wszelkie odkrycia i spostrzeżenia, związane z wykonywaniem zawodu, lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w prasie medycznej. W art. 49 KEL wymaga się ścisłego przestrzegania praw autorskich w publikacjach naukowych, w szcze-

[94] T.j. Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

[95] W literaturze podaje się mniej niż jeden taki przypadek na milion. W Polsce na dzień 30.6.2005 r. było troje takich dzieci.

gólności dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób, które brały w nich udział jest naruszeniem zasad etyki. Ponadto zgodnie z tym przepisem wykorzystanie materiału klinicznego do badań naukowych wymaga zgody kierownika kliniki lub ordynatora oddziału leczących pacjenta. W art. 50 KEL stanowi się, że wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej nie powinny być publikowane. Wreszcie w art. 51 KEL przewidziano, iż wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych, a dodatkowo należy starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej.

Słowa kluczowe: zasady prowadzenia medycznych badań naukowych, wykorzystanie materiałów klinicznych do celów badawczych, medyczne badania naukowe, ochrona praw autorskich w badaniach naukowych, status prawny dzieła naukowego, plagiat

Principles of conducting of medical research – comment to the Art. 48–51 of the Code of Medical Ethics

Summary

The article analyzes the standards of medical deontology defining principles of medical scientific research contained in art. 48–51 of the Code of Medical Ethics. According to the art. 48 CME all the discoveries and insights related to the medical profession, doctor should be refered to medical environment and publish primarily in the medical press. The art. 49 CME requires to strictly observe copyright in scientific publications, in particular adding the name to the work of teams, which is not a participant or ignore the names of those who took part in them is a violation of ethics. In addition, under this provision, the use of clinical material for scientific research requires the consent of the head of clinic or the head of a hospital ward. Art. 50 CME constitute that the results of research carried out inconsistently with the principles of medical ethics should not be published. Finally, art. 51 CME provides that it is required to obtain the consent of the patient or his legal representative to participate in scientific demonstrations or teaching, in additon there should be made an effort to preserve the anonymity of the person.

Key words: *legal principles of conducting medical researches, usage a clinical specimens for research purposes, the protection of copyright in scientific research, the legal status of scientific works, plagiarism*

Dorota MICHALSKA SIENIAWSKA
Mgr, Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS

Etyczne zasady postępowania w praktyce lekarskiej

Punktem wyjścia do analizy etycznych zasad wykonywania praktyki lekarskiej jest objaśnienie dwóch charakterystycznych cech zawodu lekarza, pierwsza z nich, to konieczność ustawicznego kształcenia, a druga to zakwalifikowanie go do zawodu zaufania publicznego[1]. Z obydwu tych cech wynika obowiązek uzupełniania i doskonalenia wiedzy medycznej. Obowiązek ten jest też obowiązkiem prawnym na podstawie ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, wynikającym z jej art. 4, który określa go jako wykonywanie zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Sam Kodeks etyki lekarskiej natomiast w art. 4 zawiera określenie niezbędnej wiedzy lekarza jako „współczesnej". Przepisy zarówno ustawy, jak i kodeksu wskazują na konieczność nieustannego dokształcania i doskonalenia zawodowego. Medycyna jest jedną z najdynamiczniejszych dziedzin nauki, gdyż na tempo jej rozwoju wpływa wprost proporcjonalnie rozwój niemalże każdej innej dziedziny. Wykorzystywanie wszelkich osiągnięć myśli technicznej w ochronie zdrowia sprawia, że wykonywanie zawodów medycznych wymaga wszechstronnych umiejętności i coraz szerszych kwalifikacji. Drogę do doskonalenia zawodowego wskazuje art. 56, poprzez wzajemne dzielenie się zdobytym doświadczeniem i wiedzą ze współpracownikami (podobnie do zapisu art. 53 pkt 1, wskazującego na powinność dzielenia się z mniej doświadczonymi kolegami) oraz angażowanie się w pracach towarzystw lekarskich. Efektem ich działalności jest przede wszystkim rozpowszechnianie aktualnej wiedzy medycznej w formie organizacji szkoleń i udostępniania aktualnych standardów medycznych. W odniesieniu do dzielenia się wiedzą, należy wymienić informatyzację w ochronie zdrowia jako narzędzie realizacji tego postulatu. Posługiwanie się elektronicznymi sposobami przekazu pozwala na powszechne i sprawne publikowanie wytycznych czy organizowanie konsyliów lekarskich oraz konsultacji między specjalistami różnych dziedzin w szybki sposób tj. poprzez telekonferencje. Godzenie obowiązków w placówkach leczniczych i powinności doskonalenia zawodowego jest bez wątpienia łatwiejsze, gdy dostęp do aktualnej wiedzy medycznej może być natychmiastowy. Jednocześnie elementem doskonalenia wiedzy lekarza stały się umiejętności korzystania z technologii informatycznych. Poza nimi wiele specjalizacji medycznych, w których wymagane jest posługiwanie się wieloma produktami medycznymi, wymaga od lekarzy poszerzania wiedzy dotyczącej specyfiki tych produktów np. znajomości obsługi i działania sprzętu medycznego[2].

---

[1] R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 26.

[2] Zobacz więcej: D. Michalska Sieniawska, B. Węgrzynowski, *Informatyzacja w ochronie zdrowia*, w: *Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. K. F. Bolt, D. Michalska Sieniawska, B. Węgrzynowski, Wyd. ISE, Gdynia 2012, s. 219–235.

Rozważania nad obowiązkiem doskonalenia wiedzy należy prowadzić w kontekście praw pacjenta. Wynika on bowiem z prawa pacjenta do jakości w ochronie zdrowia[3], gwarantowanej również regulacjami prawa międzynarodowego[4]. Powinność doskonalenia wiedzy jest zarazem prawem lekarza, które może egzekwować od pracodawców. Naruszenie tego prawa jest nie tylko naruszeniem prawa pracy, ale prawa podmiotowego, wynikającego z przepisów ustawy o zawodzie lekarza i zasad deontologii medycznej, związanego z zasadą prawidłowego wykonywania zawodu[5].

Korelatywnie do obowiązku uaktualniania wiedzy art. 57 pkt 1 kodeksu wprowadza zakaz posługiwania się metodami leczniczymi zaliczanymi do niezweryfikowanych naukowo lub zweryfikowanymi jako szkodliwe. Metody te nie są elementem wiedzy medycznej, a w przypadku, gdy ich zastosowanie przyniesie szkodliwe skutki zdrowotne, lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności zarówno cywilnej – odszkodowawczej[6], jak i karnej[7]. Na podstawie KEL natomiast, stosowanie tych metod, wiąże się z poniesieniem konsekwencji – odpowiedzialności zawodowej, nawet przy braku wystąpienia niepożądanych skutków. Stosowanie ich jest podstawą do pozbawienia prawa do wykonywania zawodu. Elementem posługiwania się metodami wyżej wymienionymi jest również współpraca z osobami nieuprawnionymi do leczenia. Analogicznie do obowiązku wynikającego z poprzedniego artykułu, dotyczącego dzielenia się wiedzą, współpraca z osobami stosującymi metody niemedyczne jest drogą do zdobywania wiedzy nie tyle nieużytecznej co szkodliwej, przeczącej metodom sprawdzonym naukowo, oznacza to, że są one nieuprawnione do przekazywania wiedzy dotyczącej leczenia. W tym punkcie stykamy się ponownie z zagadnieniem wiedzy medycznej, której źródła nie są w żadnym akcie prawnym określone, natomiast art. 57 wskazuje co na pewno nie jest tym źródłem tj. metody niezweryfikowane naukowo. Niemałym problemem jest dokładne rozgraniczenie między metodami udowodnionymi naukowo a nieudowodnionymi. Rozwój nauk biomedycznych i przeprowadzane badania naukowe są sprawą międzynarodową. Międzynarodowy przepływ informacji związanych z tym rozwojem i wynikami badań nie jest jednak uregulowany na tyle, żeby równocześnie wprowadzać te same standardy medyczne w wielu krajach, zwłaszcza, że wiąże się to z problemem różnorodności systemów zdrowia i sytuacji ekonomicznej. Problemem w tej kwestii jest też brak dostatecznych regulacji, zwłaszcza

---

[3] Według ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a więc zgodnej z aktualnie obowiązującymi standardami medycznymi.

[4] M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008, s. 89.

[5] S. Molęda, *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Medicine Today Poland, Warszawa 2007, s. 33.

[6] Kodeks cywilny nakazuje każdemu, kto ze swojej winy wyrządził drugiemu szkodę, jej naprawienie w art. 415 (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny*, Dz. U. 2016, poz. 380 – tekst ujednolicony). Naprawieniem szkody jest również zadośćuczynienie, polegające na wypłacie określonej kwoty pieniężnej oraz odszkodowanie za poniesione straty materialne tj. wydatki na leczenie czy rehabilitację.

[7] Kodeks karny opisuje przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w art. od 155 do 157a, które polegają na spowodowaniu, choćby nieumyślnym, uszczerbku na zdrowiu i rozstroju zdrowia oraz na nieumyślnym spowodowaniu śmierci (ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz. U. 1997, Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami).

międzynarodowych, dotyczących zasad uznania określonych metod leczniczych za udowodnione. Przykładem tego dylematu jest homeopatia, uznana za dziedzinę medycyny przez Światową Organizację Zdrowia[8] czy przez takie wysoko gospodarczo rozwinięte kraje europejskie, jak Szwajcaria czy Niemcy (*nota bene*, kraj, w którym narodziła się homeopatia). Nieustannie rodzi ona kontrowersje w Polsce w środowisku lekarskim, czego wyrazem jest choćby sytuacja związana z kwestionowaniem powstania kierunku studiów podyplomowych o specjalności: *Homeopatia w medycynie niekonwencjonalnej i farmacji*, na Śląskim Uniwersytecie Medycznym[9].

Lekarz ma obowiązek kierowania się dobrem pacjenta w wyborze metod diagnostyki i terapii zastosowanej wobec niego, na co wskazuje pkt 1 i 2 art. 57. Dobrem tym jest przede wszystkim stan zdrowia, który powinien być chroniony jak najskuteczniej, ale również z uwzględnieniem ochrony jego dóbr finansowych, przy równoczesnym zastrzeżeniu nie kierowania się przez lekarza własnymi korzyściami finansowymi. Z tym nakazem etycznym związane jest prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, zagwarantowane ustawowo w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta*... W artykule tym znajduje się odesłanie do zasad etyki zawodowej[10] przy udzielaniu świadczeń, co oznacza, że nakaz Kodeksu etyki dotyczący ochrony również interesów finansowych pacjenta jest zarazem nakazem ustawowym. Powodzenie w postępowaniu medycznym zależy od wielu czynników, jednym z nich jest cena, jaką trzeba zapłacić za poszczególne jego etapy tj. za produkt leczniczy. Jeśli pacjenta nie będzie stać np. na zakupienie leków na całość zalecanej terapii, to cel leczniczy nie zostanie osiągnięty[11]. Należy jednak podkreślić, że nawet jeśli koszty leczenia nie odgrywają szczególnej roli dla pacjenta, to nie zwalnia to lekarza z obowiązku nienarażania go na koszty nieuzasadnione. Wobec powyższego chodzi tu o dobro szerzej rozumiane niż tylko w zakresie skuteczności leczenia. Od lekarza wymaga się właściwej moralnej postawy wobec pacjentów. Postawa ta, polega na zachowaniu dobrych, szczerych intencji, które leżą w sferze ludzkich myśli. Jeśli zabraknie takiej postawy, to nawet poczucie powinności przestrzegania określonych zasad może być niewystarczające do otoczenia pacjenta właściwą opieką. Wymóg ten nie jest utopijny, choćby ze względu na istnienie społecznego przekonania, że osoba wykonująca zawód zaufania publicznego, kierowała się *powołaniem*[12], wybierając swój zawód oraz zdobywając wiedzę

---

[8] Zobacz więcej: http://www.who.int/en/ – hasło: homeopaty oraz zobacz materiał filmowy: www.youtube.com: „The Living Matrix: The New Science of Healing – OfficialTrailer", zawierający wywiady z naukowcami z wielu dziedzin w kwestii podstaw rozwoju współczesnej medycyny, które według wielu specjalistów są uznane za błędne z powodu preferowania chemii jako dziedziny nauki w badaniach medycznych przy równoczesnym braku uznania fizyki jako dziedziny podstawowej, pozwalającej na naukowe udowodnienie skuteczności działania preparatów homeopatycznych (program ten był również tematem reportażu Ewy Ewart emitowanego kilkukrotnie w TVN 24.

[9] Zobacz więcej: http://www.nil.org.pl/aktualnosci/studia-homeopatyczne-odpowiedz-na-pismo-rektora-sum.

[10] Art. 8 ustawy z dnia 8 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. 2016, poz. 186.

[11] S. Molęda, *Prawo dla lekarzy*..., s. 74–75.

[12] *Powołanie* według encyklopedii PWN odwołuje się do norm religijnych, ze względu na powiązanie zrozumienia tego słowa jako synonimu kompilacji cech człowieka – przyrodzonych nie-

i umiejętności, kształtowała swoją postawę moralną w kierunku pełnienia ważnej roli w społeczeństwie. Można uznać również, że niejako wynagrodzeniem za pełnione ważne funkcje społeczne są satysfakcja, uznanie i spełnienie. Takie walory nie są udziałem osób kierujących się przede wszystkim wysokością dochodów przy dokonywaniu wyboru zawodu.

W art. 58 znajdujemy zapis określający etyczny i prawny wymiar odpowiedzialności lekarza, pośrednio również za kierowanie pracami zespołu, a przede wszystkim za podejmowane przez siebie decyzje, które nie mogą zależeć od opinii pozostałych członków personelu medycznego, z którym współpracuje[13]. Lekarz jest zawsze osobą prowadzącą postępowanie lecznicze, podejmującą decyzje co do metod i kierującą podejmowanymi czynnościami przez personel medyczny. Kierowanie zespołem ludzi wiąże się z takimi zadaniami jak skoordynowanie działań różnych osób i ponoszenie odpowiedzialności za sumę tych działań – wyniki pracy zespołowej oraz wiąże się z podejmowaniem decyzji strategicznych, których nie można scedować na pozostałych członków zespołu. Podstawą odpowiedzialności są posiadane specjalistyczne kompetencje. Dobra współpraca ludzi zawsze zależy od wzajemnego szacunku i kultury osobistej. Zaprowadzenie odpowiedniej kultury pracy zależy w pierwszym rzędzie od osoby kierującej, która wyznacza standardy postępowania[14]. W nauce zarządzania relacje interesariuszy w danym podmiocie są jednym z istotnych elementów dobrego zarządzania wpływającego na jakość usług[15]. Relacje interesariuszy, to relacje pomiędzy poszczególnymi członkami personelu oraz pomiędzy personelem medycznym a jego zwierzchnikami, które zawsze mają wpływ na relacje personelu z pacjentami. Znaczenie norm etycznych wzrasta we współczesnych przedsiębiorstwach[16], w tym w podmiotach leczniczych, które zaczęły być postrzegane jak przedsiębiorstwa, od wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej[17].

Jak już wcześniej było wspomniane, zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego oraz zawodem zaliczanym do zawodów wolnych[18]. Obydwie te cechy są ze sobą powiązane. Zawód wolny, będący zarazem zawodem zaufania publicznego podlega

---

jako w darze od Boga, choć według niewierzących można je określić jako przyrodzone w darze od natury (niezależne od woli), warunkujących predyspozycje do wykonywania określonych funkcji społecznych.

[13] Nawet jeżeli lekarz nie pełni wprost funkcji kierowniczej, o której jest mowa w art. 53 pkt 2 i 3, polegającej na kierowaniu pracą w placówkach leczniczych, to jest kierownikiem w zakresie wszystkich czynności związanych z przeprowadzeniem procedury leczniczej wobec pacjenta, który pozostaje pod jego opieką.

[14] Organizowanie pracy zespołu medycznego poprzez wyznaczanie odpowiednich standardów postępowania jest elementem odpowiedniego zarządzania w placówce leczniczej, wpływającego na jakość usług leczniczych.

[15] K. Jasik, *Relacje interesariuszy jako podstawa jakości przedsiębiorstwa*, „Problemy Zarządzania" 2012, vol. 10, nr 2 (37), Wyd. UW, Warszawa.

[16] E. Gołębiowska, *Wartości etyczne we współczesnym zarządzaniu*, w: *Relacje przedsiębiorstwa z interesariuszami*, red. E. Magier-Łakomy, M. Boguszewicz-Kreft, J. Dworak, Prace Naukowe WSB, Gdańsk 2014, s. 47–50.

[17] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, D. U. 2011, Nr 112, poz. 654.

[18] Por. R. Kubiak, *Prawo*..., s. 27–29 oraz S. Pożdzioch, *Prawo zdrowia publicznego*, Wyd. Zdrowie i zarządzanie Sp. z o.o., Kraków 2004, s. 53.

większej kontroli państwa, zwłaszcza poprzez odpowiednie regulacje prawne[19], chroniące te zawody przed powszechnym dostępem osób *niepowołanych*[20], w szczególności nieposiadających odpowiednich kwalifikacji. Kontrola państwa przejawia się również w zapewnieniu konstytucyjnych podstaw do istnienia samorządów zawodowych[21], które kontrolują przestrzeganie zasad etyki zawodowej – deontologii z równoczesnym obowiązkiem pociągania do odpowiedzialności zawodowej w przypadku nieprzestrzegania tych zasad. Jest to gwarancja należytego wykonywania zawodu. Podstawą istnienia zaufania do zawodu jest posiadanie odpowiedniej pozycji w społeczeństwie, budowanej w dużej mierze poprzez działania samorządów. Dlatego też, obowiązkiem każdego przedstawiciela takiego rodzaju zawodu, wyrażonym w art. 58 i 59, jest wspieranie działań swojego samorządu również powstrzymywaniem się od publicznej krytyki wobec niego, co mogłoby podważyć zaufanie do zawodu wykonywanego przez krytykującego. Elementem wspierania swojego samorządu, ale przede wszystkim elementem właściwej postawy przedstawiciela zawodu zaufania publicznego, jest wyłączne przestrzeganie zasad etyki zawodowej, mającej pierwszeństwo przed nakazami jakiegokolwiek innego zwierzchnika, nawet gdyby był nim urząd państwowy, na co wyraźnie wskazuje art. 61.

Nieposzlakowana opinia o uczciwości przedstawicieli zawodów zaufania publicznego jest wartością nie do przecenienia. Z tego względu zapis art. 60, wprost zachęca pokrzywdzonych lekarzy, których „dobra opinia zawodowa" została nadszarpnięta, do egzekwowania naprawienia wyrządzonej im szkody, a samorządom nakazuje ułatwianie pociągania do odpowiedzialności prawnej osób, które próbowały bezpodstawnie naruszyć dobre imię lekarza. Kolejna zasada wykonywania zawodu zaufania publicznego, obciążonego szczególną odpowiedzialnością za powierzone dobra osobiste, została sprecyzowana w art. 62. Kto ma ponosić odpowiedzialność za wykonywane osobiście czynności musi je wykonywać pod własnym nazwiskiem i na podstawie osobiście zdobytych kwalifikacji. Osobista odpowiedzialność polega również na nakazie unikania tworzenia zafałszowanego wizerunku zawodowego. Sprzyja temu reklamowanie swojej osoby lub firmowanie swoim nazwiskiem i wizerunkiem przedsięwzięć komercyjnych. Zasada ta wyrażona jest w formie zakazu reklamy i wspierania celów komercyjnych w art. 63. Cele te oznaczają, że chodzi również o inne formy wspierania reklamy i promocji określonych firm i produktów tj. korzystanie ze sponsoringu, czego wyrazem jest np. noszenie logo sponsora na fartuchu czy posługiwanie się przez lekarza przedmiotami (np. długopis, notes itp.) z logo. Niestety są to działania dosyć powszechne ze strony lekarzy, gdyż może się wydawać, że przyjmowanie gadżetów o nieznacznej wartości jest mało szkodliwe i nie wpisuje się w formułę reklamy, ale

---

[19] Zobacz: K. Wojtczak, *Administracyjnoprawna reglamentacja wolnych zawodów*, w: *Rola materialnego prawa administracyjnego a ochrona praw jednostki*, red. Z. Leoński, Wyd. WSB, Poznań 1998, s. 97–122.

[20] Określając zawód lekarza jako zawód wymagający powołania – szczególnych predyspozycji osobowościowych, możemy również mówić o osobach niepowołanych w znaczeniu nie tylko braku kompetencji zawodowych – wyuczonych, ale również w znaczeniu braku odpowiednich predyspozycji osobowościowych.

[21] Art. 17 Konstytucji RP otwierający drzwi do tworzenia samorządów zawodowych jest jednym z zapisów stanowiących o ustroju Rzeczypospolitej Polskiej.

w cele komercyjne na pewno. Ze względu na niekierowanie reklamy wprost i w sposób oczywisty, takie działanie nosi wszelkie znamiona kryptorekalmy. Może się wydawać, że jest to zbyt rygorystyczny zapis kodeksu. Jednak lekarze muszą mieć świadomość, że do gabinetów lekarskich trafia bliżej nieokreślone grono ludzi, dla których reklama określonego produktu, poprzez rozmieszczanie jego logo na poszczególnych przedmiotach, wtapiających się w całość, w której również funkcjonuje wizerunek określonego lekarza, jest prezentowaniem przez niego tego produktu[22]. Na zachowanie nieposzlakowanej opinii może rzutować uczestniczenie w działaniach marketingowych, które podlegają zasadom rynkowym, często stojącym przeciwko ochronie wyższych wartości, do której jest powołany lekarz. Niestety w ostatnich latach opinia publiczna na temat współpracy środowiska lekarskiego z firmami farmaceutycznym, stała się niekorzystna dla budowania zaufania i szacunku do zawodu lekarza. Nawet powszechnie krążące anegdoty świadczą o znacznym nadszarpnięciu dotychczasowego dorobku moralnego przez środowisko lekarzy (anegdoty o korzyściach materialnych odnoszonych przez lekarzy z tytułu przepisywania pacjentom zbyt dużej ilości leków, w celu generowania większych zysków koncernom farmaceutycznym)[23]. Należy również w tym kontekście pamiętać o przykrych doświadczeniach medycyny w XX wieku, odnośnie niezachwianej wiary wielu lekarzy i pacjentów do medycyny konwencjonalnej, która spowodowała przeantybiotykowanie społeczeństwa światowego[24]. Duże ilości spożywanych środków farmaceutycznych, których użycie zawsze może się wiązać z wystąpieniem skutków niepożądanych na pewno nie podnosi poziomu zdrowia społeczeństwa. Dla wszechobecnej promocji „leków na wszystko", lekarze powinni stanowić przeciwwagę!

Powodem uszczerbku na nieposzlakowanej opinii i utraty zaufania może stać się słabość do nałogów. Jednakże najgorszą rzeczą, która może się zdarzyć pacjentowi, to znalezienie się w sytuacji zagrożenia życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, równocześnie będąc pod opieką lekarską, czyli osoby, którą darzy się szczególnym zaufaniem[25], a osoba ta znajduje się w stanie odurzenia, niepozwalającego na podejmowanie właściwych decyzji terapeutycznych. O ile odurzenie alkoholowe jest łatwe do zauważenia i zidentyfikowania jego znamion, o tyle odurzenie różnego rodzaju środkami, choćby farmaceutycznymi, nie jest już tak łatwe. W takich sytuacjach, udowodnienie po wystąpieniu szkody, że jej przyczyną było wprowadzenie się w pewien stan odurzenia przez lekarza, nie jest sprawą oczywistą. Wobec powyższego, zapobie-

---

[22] S. Molęda, *Prawo lekarzy*..., s. 83–84.

[23] Powszechne stało się publikowanie żartów w tym temacie o odnoszonych różnych korzyściach przez lekarzy, które nie koniecznie są korzyściami pieniężnymi, i tak np. w gazecie Angora nr 8 z 2011 r. ukazała się anegdota, w której pacjent zwracający się z pytaniem do lekarza: „na co to lekarstwo?", otrzymuje odpowiedź, że „na Bahamy. Jeszcze tylko 48 recept". Rozpowszechnianie takiego wizerunku medyka przez media, w sposób choćby żartobliwy, jest wyrazem upadku, w znacznym stopniu, respektu do zawodu, który był dorobkiem przedstawicieli tego zawodu od tysięcy lat. Warto alarmować o większe poszanowanie zasad etyki pomagających unikać wszelkich działań marketingowych, które stoją w sprzeczności do misji tego zawodu.

[24] A. Wyke, *Medycyna przyszłości. Telemedycyna, cyberchirurgia i szanse na nieśmiertelność*, Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2003, s. 18.

[25] Zobacz więcej: M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2013, s. 13.

ganie takim niepożądanym zdarzeniom znajduje swój wyraz w zakazie etycznym w art. 64, mającym na celu uczulanie na różne możliwości sprowadzenia niebezpieczeństwa na podopiecznych z powodu użycia środków, często szczególnie łatwo dostępnych dla lekarzy.

Po wprowadzeniu zasad wolnorynkowych, również w dziedzinie usług leczniczych, łatwo jest poddać się im przez przedstawicieli wolnych zawodów. Podlegają oni bowiem tym samym obciążeniom finansowym, w tym ze strony państwa, którym podlega każdy prowadzący działalność gospodarczą na własny rachunek. Każda działalność tego typu wymaga promocji w celu pozyskania klientów. Jednakże wykonywanie wolnych zawodów, zwłaszcza zakwalifikowanych do zawodów zaufania publicznego, wymaga rezygnacji z zastosowania większej części zabiegów wolnego rynku. Zawód lekarza podlega jeszcze większym obostrzeniom w tej kwestii opisanym w art. 65 do 68. Podstawowymi metodami promocji usług lekarskich, zgodnie z treścią artykułów już omówionych, są: fachowe przygotowanie, ustawiczne dokształcanie się, również w zakresie jakości usług leczniczych pod kątem zadowolenia pacjenta z jego relacji z personelem medycznym, skuteczność w rozwiązaniu problemu terapeutycznego, niewygórowane koszty terapii oraz nieposzlakowana opinia. Dobra opinia, szeroko rozumiana, budująca autorytet do tradycyjnie postrzeganego zawodu medyka, głównie poprzez wyniki własnej pracy (zgodnie z art. 63 pkt 1), jest często czynnikiem najbardziej decydującym o konkurencyjności. Ograniczeniem, którego przekroczenie może narazić na utratę zaufania i szacunku, jest zakaz łamania zasad deontologii względem pacjentów w tym wyłudzania większego honorarium niż pacjent się spodziewa lub w ogóle się nie spodziewa, gdyż usługa powinna być bezpłatna (art. 66 i art. 68). Świadczenie w pewnym zakresie usług bezpłatnie jest też formą promocji, preferowaną etycznie na podstawie zapisu art. 66 pkt 3. Zakaz nierzetelnego informowania, innymi słowy wprowadzania w błąd co do kosztów lub własnych możliwości, w tym posiadanych kompetencji, jest absolutną podstawą w zachowaniu zasad uczciwej konkurencji w udzielaniu usług leczniczych (art. 66 pkt 4). Co do kosztów leczenia, należy zwrócić uwagę, że kodeks wskazuje na prawo lekarza do ustalenia wysokości swojego honorarium przed jego rozpoczęciem. Jest to wskazówka postępowania, które pozwala uniknąć nieporozumień w kwestii kosztów. Analizując treść ww. punktów (umieszczonych w jednym artykule 66), odnoszących się do ustalenia z góry honorarium oraz do zakazu wprowadzania w błąd co do kosztów, można wywnioskować, że nieetyczne byłoby postępowanie lekarza, gdyby w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu dopiero informował pacjenta np. o kosztach dodatkowych, o których nie było mowy przed jego rozpoczęciem. W takiej sytuacji pacjent ma prawo uważać, że został wprowadzony w błąd.

Ponownie nawiązując do omawianych już artykułów w zakresie budowania autorytetu do zawodu i samorządu lekarskiego (art. 58 i art. 60) trzeba połączyć powinności w nich wskazane z zasadą zachowania lojalności wobec kolegów. Lojalność wskazana w art. 65 obejmuje zasady uczciwej konkurencji we współuczestniczeniu na rynku usług, ale również wzajemną pomoc lekarską, gdyż każdy lekarz jest też pacjentem, tak jak członkowie jego rodziny. Głęboki moralny przekaz w tym względzie mieści się w zapisie art. 67, dotyczącym udzielania bezpłatnej opieki lekarskiej wdowom, wdowcom i sierotom po lekarzach. Znajduje on głębsze podstawy w kulturze chrześcijań-

skiej, poparte nakazami biblijnymi, odwołującymi się do sumienia. Przesłanie tego zapisu kodeksowego, z pewnością ma trafiać w sferę emocjonalną, określając taką praktykę jako dobry zwyczaj.

Zakończenie

Efektem rozwoju cywilizacji jest rosnące zapotrzebowanie na normowanie stosunków społecznych, coraz bardziej skomplikowanych, a standaryzacja we wszystkich dziedzinach gospodarki stała się synonimem poziomu jej rozwoju. Równolegle do norm prawnych, istnieją systemy norm etycznych i moralnych, mających swoje źródło w prawie naturalnym, pozwalających na odróżnienie dobra od zła[26]. Systemy te stanowią uzupełnienie i uszczegółowienie przepisów prawa. Często są prawnie obowiązujące, gdy przepisy prawa przywołują obowiązek ich przestrzegania. Dotyczy to w szczególności zasad deontologii – zasad etycznych dla konkretnego zawodu, na podstawie których przedstawiciele takiego zawodu ponoszą odpowiedzialność, wiążącą się ściśle z konsekwencjami prawnymi[27]. W obliczu stanu rozwoju praw człowieka i nowego wymiaru demokracji XXI wieku, zasady etyczne w medycynie odpowiadają w swojej treści na gwarancje ochrony praw człowieka w tym pacjenta, zamieszczone w aktach prawa międzynarodowego, unijnego i konstytucyjnego. Rodzący się nurt w filozofii prawa w ostatnich latach, to indywidualizm. Jest to doktryna przyznająca jednostce nadrzędną pozycję do społeczeństwa, gdyż według niej to społeczeństwo służy jej do samorealizacji[28]. Prawo do ochrony godności, życia i zdrowia jest podstawą wszystkich państw demokratycznych, a współczesna demokracja jest skierowana głównie na ochronę praw jednostki. Odzwierciedleniem tego nurtu w kwestii ochrony zdrowia są przepisy Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny, zwana krócej Konwencją Bioetyczną (art. 2), w której jedną z pierwszych podstawowych zasad jest prymat jednostki nad dobrem ogółu lub nauki[29]. Choć prymat ten nie ma charakteru bezwzględnego, to należy zauważyć, że jeżeli przeważy dobro nauki, to niesie to również korzyści dla określonych jednostek, korzystających z jej osiągnięć. Wszelkie nowożytnie zachodzące zmiany w ochronie praw człowieka afirmują człowieka, jego dobro i szczęście jako wartość najwyższą[30]. Znajdują one odzwierciedlenie zarówno w naczelnym akcie prawa krajowego – Konstytucji RP, jak i w unormowaniach etycznych. Nacisk na ochronę praw

---

[26] A. Łopatka, *Prawo natury a świadomość prawna*, w: *Powrót do prawa ponadustawowego*, red. M. Szyszkowska, Wyd. Interlibro, Warszawa 1999, s. 110.

[27] Zobacz więcej na temat normatywnego charakteru Kodeksu etyki lekarskiej w: S Pożdzioch, M. Gibiński, *Prawa Lekarzy Zarys problematyki, ABC* a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 205–220.

[28] G. L. Seidler, *Kilka uwag o prawie natury*, w: *Powrót do prawa ponadustawowego*, red. M. Szyszkowska, Wyd. Interlibro, Warszawa 1999, s. 14.

[29] T. Jasudowicz, J. Czepek, J. Kapelańska-Pręgowska, *Międzynarodowe standardy bioetyczne. Dokumenty i orzecznictwo*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 14–15.

[30] D. Tanalski, *Wartości Konstytucji i Konkordatu*, w: *Powrót do prawa ponadustawowego*, red. M. Szyszkowska, Wyd. Interlibro, Warszawa 1999, s. 122.

jednostki znajduje swój wyraz w omawianych w niniejszym artykule normach etycznych, nie tylko względem pacjentów, ale również względem lekarzy i ich rodzin. Ze względu na szczególną rolę, jaką pełni współcześnie medycyna w realizacji dobrostanu człowieka, również Kodeks etyki lekarskiej ma coraz donioślejsze znaczenie w tej kwestii.

Streszczenie

Rosnące zapotrzebowanie na regulację stosunków społecznych, które stają się coraz bardziej skomplikowane jest efektem rozwoju cywilizacyjnego, do którego zaliczamy również poziom rozwoju praw człowieka w XXI w. Standaryzacja jest synonimem dzisiejszego stanu rozwoju światowej gospodarki. Tak więc obok systemów prawnych rozwijają się inne systemy zasad i standardów tj. standardy etyczne, moralne czy deontologiczne. Są one komplementarne względem regulacji prawnych. Ich źródłem jest prawo naturalne. Zasady etyki zawodowej często są również obowiązującymi przepisami prawa, jak ma to miejsce w przypadku wielu zasad etyki lekarskiej. Moc prawna nadawana jest zasadom etycznym ze względu na odpowiedzialność lekarzy za życie ludzkie. Kodeks etyki lekarskiej jest również źródłem prawa medycznego. Najważniejszą normą prawa medycznego jest obowiązek leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Poza tym lekarze powinni wykonywać swój zawód, pamiętając że jest to zawód zaufania publicznego.

Słowa kluczowe: Kodeks etyki lekarskiej, praktyka lekarska, zawód lekarza, lekarz, pacjent, etyka, deontologia, moralność, zawód zaufania publicznego, zawód niezależny, usługi medyczne, medycyna, samorząd zawodowy, odpowiedzialność zawodowa, aktualna wiedza medyczna, reklama, prawa pacjenta

The ethical rules of medical practice conduct

Summary

The incrising demand for regulating social relations which are becoming more complicated is an efect of developing civilization, including in it the level of protection of human rights in XXI century. Standarization is a synonym of the nowadys developing world economy. Apart of the legal rules there are other regulation systems like moral standards, ethical standards, deontological norms or customs. These regulation systems are the complementary systems to the law regulations. Their origin is the natural law. Deontological principles mostly are legally binding like planty of ethical standards in medicine. The reason of the legal power of ethics in medicine is libility for human life. Code of Medical Ethics is also the source of legal norms in medical law. The most important legal norm for medical practice is the doctor's obligation to treat patients acording to the current medical knowledge. Besides doctors should conduct their practice in a socially acceptable way as working in a profession of public trust.

Key words: *Code of Medical Ethics, medical practise, medical profession, doctor, patient, ethics, deontology, morality, profession of public trust, independent profession, medical services, medicine, professionalself-governmet, professionallibility, current medical knowledge, advertisement, patientrights*

Leszek BARTKOWIAK
Dr n. farm., Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Tomasz MAKSYMIUK
Dr n. med., Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Zobowiązania etyczne lekarza wobec społeczeństwa w świetle zapisów Kodeksu etyki lekarskiej i niektórych propozycji ich zmiany

Treść etycznych zobowiązań wobec społeczeństwa lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych

Jako etyczne zobowiązania wobec społeczeństwa rozumiemy te, które deklarują postawy lub postępowanie nie wobec pacjenta, ani innych lekarzy, lecz społecznego ogółu, bez wyróżniania konkretnych adresatów, np. przedstawicieli przemysłu, rodziny chorego, personelu medycznego. Tu należałoby się spodziewać ogólnych deklaracji etycznych, odnoszących się do podstaw przekonań etycznych środowiska zawodowego. Te jednak zazwyczaj ujmowane są w artykułach wstępnych kodeksu, jako jego „Część ogólna". Jeśli tych samych regulacji kodeksowych nie należy powtarzać, powstaje zatem pytanie, co winno być właściwą treścią, określającą etyczne aspekty stosunku lekarza do społeczeństwa zamieszczaną pod tym tytułem?

Takie zobowiązania wobec społeczeństwa istnieją także w poczuciu samego środowiska lekarskiego, czego potwierdzenie znajdujemy np. we wstępie do wersji Kodeksu etyki lekarskiej (KEL) z 2004 r., w którym ówczesny prezes Naczelnej Izby Lekarskiej wyraził nadzieję, że przywiązanie lekarzy do zasad zawartych w Kodeksie uczyni ze środowiska lekarskiego elitę przygotowaną do „wypełniania swojego powołania zawodowego", ale też „przyczyniającą się do budowania obywatelskiego społeczeństwa opartego na sprawiedliwych i mądrych zasadach […]"[1]. Można zatem przesłanie to rozumieć jako oczekiwanie, że KEL jest także instrumentem pozytywnego oddziaływania społecznego, nie tylko zaś regulatorem postaw lekarzy wobec pacjentów i kolegów.

Ponieważ społeczeństwo obywatelskie to nie tylko ładny szyld, ale również apoteoza obywatelskiej równości, wolności, pluralizmu przekonań i współpracy, stąd zasadne jest kolejne pytanie, czy znajdujemy te wartości w treści norm etycznych Kodeksu etyki lekarskiej? Takich fundamentalnych deklaracji aksjologicznych powinniśmy spodziewać się po treści rozdziału „Lekarz a społeczeństwo", ale też po pierwszych artykułach KEL.

---

[1] *Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.*, www.pznamazowszu.ehost.pl/Kodeks%20Etyki%20Lekarskiej.pdf.

Tymczasem deklaracja zawarta w artykule 1 nie stwarza solidnego fundamentu dla pozostałych artykułów Kodeksu etyki lekarskiej[2], bo twierdzenie, że „Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych" nie odpowiada rzeczywistości. Nie ma jakichś „ogólnych norm etycznych", chyba że jakieś domniemane, bo przecież nie znajdujemy nigdzie ich uhierarchizowanego kodeksu, ani nawet swobodnego spisu. Natomiast przekonania moralne ludzi choć są w dużej swojej części zbieżne, to wykazują także odmienności, sprzeczności, niekonsekwencje, konflikty, zatem jeśliby nawet dało się je ogarnąć, to które z nich, jako „ogólne normy etyczne" miałyby stanowić podstawę dla kodyfikacji etycznej przekonań świata lekarskiego?

Jeśli owe „ogólne normy etyczne" nie mają być frazesem, to stanowią odwołanie do pewnego minimum etycznego, do tych wartości, które są powszechnie akceptowane i których poszanowania równie powszechnie oczekuje się od każdego lekarza. Jeśli taka interpretacja jest właściwa, to niestety nie wynika ona jasno i jednoznacznie z treści Kodeksu.

Specyfika działań zawodowych poszczególnych zawodów medycznych jest odmienna, jednak struktura i treść ich kodeksów etyki zawodowej wykazują podobieństwo, niekiedy powtórzenia. Nie należy spodziewać się sprzeczności pomiędzy jakimikolwiek dyrektywami etycznego działania z kodeksów lekarza, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjnego czy aptekarza, ponieważ ich systemy etyczne zbudowane są dla jednej wartości naczelnej i mają służyć jej ochronie.

Z trzech podstawowych funkcji, jakie winien spełniać kodeks każdej etyki zawodowej, czyli określania dobrego postępowania wobec przedmiotu działania (pacjenta, klienta), wskazywania właściwych relacji między członkami własnego zawodu i propagowania etycznego wizerunku przedstawicieli tego zawodu, funkcja kreowania wizerunku zawarta jest niemal w każdym zapisie kodeksu zasad etyki zawodowej, najbardziej jednak ta propagandowa funkcja przypada – z założenia – specjalnie do tego wyodrębnionemu rozdziałowi, deklarującemu stosunek zawodu do społeczeństwa. Analogiczne rozdziały znajdują się w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki („Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa"),[3] Kodeksie etyki aptekarza („Zasady postępowania wobec społeczności zawodowej i współobywateli")[4], Diagnosty laboratoryjnego („Diagnosta laboratoryjny wobec społeczeństwa")[5].

Diagności laboratoryjni zobowiązują się w 6 paragrafach czwartego rozdziału swojego kodeksu etyki zawodowej (pt. Diagnosta laboratoryjny wobec społeczeństwa) kolejno do: zachowania należnego szacunku oraz kultury osobistej wobec pacjenta, jego rodziny i otoczenia; zobowiązują się do współpracy z lekarzem zlecającym badania; nieuzależniania świadczonych przez siebie usług od dodatkowych gratyfikacji, tak od reprezentantów producentów sprzętu i zaopatrzenia medycznego, jak i od firm ubez-

---

[2] Ten sam mankament powielany jest także w kodeksach etyki aptekarza, diagnosty laboratoryjnego i pielęgniarki.

[3] *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, www.oipip-suw/osti.pl/onas/kodeks.pdf, 23.07.2015.

[4] *Kodeks etyki aptekarza Rzeczpospolitej Polskiej*, www.nia.org.pl/dat/attach/556_kodeksetykiaptekarzarporyginal.pdf, 23.07.2015.

[5] *Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego*, www.kidl.org.pl/uploads/uchwały%20NKZDL/KODEKS%20ETYKI%20DL.pdf, 23.07.2015.

pieczeniowych, osób i instytucji zainteresowanych uzyskaniem określonych wyników, jak i samych pacjentów (paragrafy 21, 22, 23)[6].

W tym rozdziale podaje się też sposób rozwiązywania konfliktów sumienia. W sytuacji konfliktu z własnym sumieniem diagnosta laboratoryjny ma możliwość odmowy wykonywania powierzonych mu czynności, pod warunkiem poinformowania o tym swoich przełożonych (par. 24). Wobec stosowania jakichkolwiek form nacisku na członka samorządu diagnostów ma on możliwość zwrócenia się o pomoc do swojej korporacji (par. 25). Podczas pracy w laboratorium diagnosta ma postępować według zasad moralnych, unikając nieuczciwej konkurencji i nepotyzmu (par. 26)[7].

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej stosunek członków zawodu do społeczeństwa ujmuje w dwóch wymaganiach: po pierwsze, zaleca, by pielęgniarka i położna czynnie uczestniczyły w zwalczaniu patologii społecznej; po drugie, by brały czynny udział w życiu społecznym, w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego oraz przeciwdziałały praktykom uznanym za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia[8].

Aptekarze swoje zobowiązania względem społeczeństwa przedstawili w czterech artykułach, nie dostrzegając różnicy między znaczeniem etycznej regulacji wewnętrznej zawodu a znaczeniem postawy członków zawodu wobec społeczeństwa. Rozdział nosi tytuł „Zasady postępowania wobec społeczności zawodowej i współobywateli". Właściwa regulacja etyczna powinna rozróżniać te dwa poziomy zobowiązań.

W art. 24 środowisko aptekarskie uzależnia etyczność postępowania swoich reprezentantów w kontaktach z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego od stosowania się do nieokreślonych „dobrych obyczajów" i „dobrej praktyki aptecznej"[9]. Art. 25 odnosi się do dwóch różnych spraw – nakazu „racjonalnej terapii środkami leczniczymi" oraz zakazu „pozyskiwania dochodów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii zawodu"[10]. Art. 26 nakazuje aptekarzowi nieprzekraczanie swoich

---

[6] *Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego*, www.kidl.org.pl/uploads/uchwały%20NKZDL/KODEKS%20ETYKI%20DL.pdf, 23.07.2015.

[7] *Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego*, www.kidl.org.pl/uploads/uchwały%20NKZDL/KODEKS%20ETYKI%20DL.pdf, 23.07.2015. Warto zwrócić tu uwagę na względnie częste uchybienie autorów kodeksów etycznych, polegające na tym, iż nawołują oni do „postępowania etycznego" w jakiejś kwestii, gdy tymczasem zadaniem całego kodeksu jest właśnie podawanie konkretnych dyspozycji słusznego działania w okolicznościach określonych zagrożeń, nie zaś pozostawania na poziomie deklaracji, że ma być to działanie „etyczne". Podobnie niejasna dla działającego jest sytuacja, gdy postulujemy, by zachował się on „uczciwie", zamiast pokazać choćby kierunek właściwego postępowania. Uwaga zatem odnosi się także więc do nakazu unikania „nieuczciwej konkurencji", gdy to Kodeks winien wskazać na czym taka „nieuczciwa konkurencja" miałaby polegać. Pozostawienie tego rozstrzygnięcia dowolnym, pozakodeksowym interpretacjom, należy uznać za jeden z powodów słabości każdego etycznego kodeksu, używającego takich sformułowań.

[8] *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, www.oipip-suw/osti.pl/onas/kodeks.pdf, 23.07.2015.

[9] Odwołanie się do „dobrej praktyki aptecznej", jako wzorca działań etycznych w relacjach międzyludzkich, jest odwołaniem się do nieistniejącego dokumentu. „Dobra praktyka apteczna" jest jedynie projektem niektórych środowisk akademickich, który już jako projekt krytykowany jest za oderwanie od rzeczywistości.

[10] Nie wskazano, które zasady Kodeksu etyki aptekarza ma aptekarz brać w tej kwestii pod uwagę, jeśli jednak miałby sam o tym zadecydować, to łatwo stwierdzić, że żaden inny artykuł kodeksu nie odnosi się do sposobu „pozyskiwania dochodów".

kompetencji zawodowych, korzystanie z konsultacji koleżeńskich w razie wątpliwości oraz nakazuje udzielanie takich konsultacji, a art. 27 zaleca aptekarzowi wykorzystywać swoje umiejętności „i pozycję w społeczeństwie" dla uczestnictwa w działaniach na rzecz środowiska naturalnego, szerzenie wiedzy prozdrowotnej i przeciwdziałanie patologiom społecznym[11].

Interesujące tu nas najbardziej artykuły KEL zawarte w rozdziale V również nie stanowią jednolitego tematycznie zasobu[12]. Niektóre (tak jak w kodeksach innych zawodów medycznych) jednoznacznie należałoby przypisać do innych rozdziałów: regulujących postępowanie przedstawicieli zawodu względem siebie i do zawodu (art. 72, 75) albo do rozdziału traktującego o stosunku do pacjenta (art. 69, 70, 73, 74). Wówczas jednoznacznie o stosunku lekarza do społeczeństwa mówiłby tylko jeden artykuł – 71: „Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych"[13].

Przypadkowość zamieszczenia pewnych regulacji w rozdziale „Lekarz a społeczeństwo" widać także po tym, że niekiedy te same dyrektywy powtarza się, lecz pod różnymi tytułami w innych częściach Kodeksu etyki lekarskiej:

Art. 7 z rozdziału „Postępowanie lekarza wobec pacjenta" brzmi: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia chorego lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej"[14].

Natomiast art. 69 z rozdziału „Lekarz a społeczeństwo" ma tę samą treść, lecz w wersji pozytywnej: „Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach

---

[11] *Kodeks etyki aptekarza Rzeczpospolitej Polskiej*, www.nia.org.pl/dat/attach/556_kodeksetykiaptekarzarporyginal.pdf, 23.07.2015.

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

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

Art. 71. Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

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

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

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

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

[13] *Kodeks etyki lekarskiej*, www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 23.07.2015.

[14] *Kodeks etyki lekarskiej*, www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 23.07.2015.

niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy".

W podobnej sytuacji są dwa kolejne zapisy: Art. 52.5. ma brzmienie: „Jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków".

Art. 21. mówi: „W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia, lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw".

Widoczne różnice, w stopniu zobowiązywania swoich członków przez samorządy zawodowe do działania pozazawodowego dla dobra ogólnospołecznego, nie są przedmiotem głównej uwagi niniejszej analizy, niemniej ich prześledzenie wykazuje, że postulowane być mogą postawy zachowawcze („zwracanie uwagi", zakaz propagowania złych postaw) albo aktywne („uczestnictwo", „branie udziału", „szerzenie wiedzy", „przeciwdziałanie", czy też, tak jak diagnosta laboratoryjny, przez zobowiązania wobec społeczeństwa rozumieć wewnętrzne sprawy zawodowe ogólniejszej natury. Rozdział V trzeba widzieć zatem w perspektywie konstrukcji i funkcji całego Kodeksu, te zaś analizować w kontekście społecznym.

Poczynione obserwacje skłaniają do wniosku, iż Kodeks etyki lekarskiej domaga się pewnych istotnych poprawek, służących jego udoskonaleniu, zwłaszcza że kolejne wersje tego Kodeksu, począwszy od 1991 r. zachowują nie tylko swoją kompozycję, ale też nie wykazują zmian w tym, zakwestionowanym powyżej, zakresie. Niezmienność literalna zapisów niesłusznie poczytywana bywa jednak za trwałość ideową kodeksu etyki.

Autorzy Stanowiska, postulujący uznanie dyspensującej roli klauzuli sumienia, również wstępnie uznają i podkreślają niezmienność zapisów KEL, a nawet jego wersję z 2004 r. uważają za „ostateczną"[15].

O tym samym wydaniu KEL ówczesny prezes NRL napisał: to „trzecie brzmienie Kodeksu, nie zmieniające, co należy podkreślić, żadnej z podstawowych i trwałych zasad zawartych już w pierwszej jego wersji, lecz dostosowujące jego zapisy do nowych wyzwań praktyki lekarskiej"[16].

Jak jednak powiedziano, pochwała niezmienności wszelkich kodeksów (poza kodeksami religijnymi) nie ma uzasadnienia. Niezmienianie zapisów nie stanowi bynajmniej o trwałości praktycznej (stosowalności) tych zapisów ani o sile kodeksu. Czym innym jest zmieniać wartości lub ich hierarchię, a czym innym nadawać lepsze zrozumienie przekazom słownym norm działania lub wskazywać nowe sytuacje zagrożenia podstawowych wartości moralnych w praktyce zawodowej. Niedoskonałość wpisana jest w naturę wszelkiej kodyfikacji ludzkiego postępowania, jeśli oddawać ma ona zmieniające się życie społeczeństw, zmieniające się uwarunkowania praktykowania zawodów.

Niezmienność kodeksów nie wyraża wcale ich siły i autorytetu. Jest wręcz przeciwnie – kodeksy etyki, by zachowały swoją żywotność, trzeba zmieniać, by formuły do-

---

[15] *Stanowisko zespołu redakcyjnego Kodeksu Etyki Lekarskiej z dnia 19.06.2013 r.*, www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowisko-zespolu-redakcyjnego-kodeksu-etyki-lekarskiej-z-dn.19.06.2013-r., 23.07.2015.

[16] *Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.*, www.pznamazowszu.ehost.pl/Kodeks%20Etyki%20Lekarskiej.pdf.

brego postępowania jak najlepiej wyrażały wartości, jakim mają służyć. Trwałość wartości etycznych może niekiedy wymagać więc zmiany zasad postępowania.

Można rozważać różne mankamenty regulacji etycznych, analizować je z różną skrupulatnością i wskazywać różne sposoby ich przezwyciężania. Aktualne kodeksy etyk zawodowych, w tym także Kodeks etyki lekarskiej, obfitują w uchybienia i usterki, niekiedy znaczące. Jak powiedziano, można się różnić w ocenie ich wagi, niemniej niewłaściwe jest uznawać obecnie obowiązujące regulacje kodeksowe etyk zawodowych, np. zawodów medycznych, za ostateczne i doskonałe.

Przedstawione poniżej Stanowisko Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej jest jednak stanowiskiem wyjątkowym i zaskakującym, ponieważ nie odnosi się do zmiany zapisu zasad czy nawet etycznych wartości, lecz całościowo kwestionuje sens kodeksowej regulacji etycznej dla zawodu lekarskiego.

Stanowisko Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej w sprawie potrzeby jego zmiany

Stanowisko Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 19 czerwca 2013 roku, wstępnie pochwalające niezmienność zawodowych norm etycznych odczytać można jako wezwanie… do ich odrzucenia, do unieważnienia kodeksowych zobowiązań etycznych. Tak bowiem można przewidywać efekty uznania tzw. klauzuli sumienia. Członkowie Zespołu Redakcyjnego jednoznacznie się za nią opowiadają, a dokument opublikowany został na oficjalnej stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Treść publikowanego stanowiska kwestionuje też, oczywisty dotąd – jak można sądzić – związek etyki i prawa.

Dla uzasadnienia swojego stanowiska autorzy odwołują się do argumentów:

- Twierdzą np.: „Nie jest uprawnione domaganie się niektórych przeciwników KEL, aby normy etyczne były zgodne z normami prawnymi". „…to raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną… Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej". Normy deontologiczne należą do zbioru norm etycznych uchwalanych przez lekarzy: „…żaden organ administracji państwowej nie był i nie może być uprawniony do określania norm deontologicznych lekarzy"[17].
- Gdy autorzy stanowiska argumentują, że „Również Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty stwierdza, że … lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej […], zgodnie z zasadami etyki zawodowej" (art. 4), to należy stwierdzić, iż to, że lekarz ma taki nakaz (postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej) w żaden sposób nie określa relacji zależności między przepisami prawa a normami tej etyki, lecz oznacza tylko, że lekarz ma przymus jej stosowania.
- Nie jest również znaczącym argumentem przypomnienie, że ustawa o Izbach Lekarskich stanowi, iż „…Członkowie samorządu lekarzy obowiązani są przestrzegać

[17] Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 7.10.1992 r., za: *Stanowisko zespołu redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 19.06.2013 r*., www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowisko-zespolu-redakcyjnego-kodeksu-etyki-lekarskiej-z-dn.19.06.2013-r., 23.07.2015.

[…] zasad etyki i deontologii" (art. 15, ust. 1). Dla Zespołu Redakcyjnego oznacza to sytuację wyjątkową, kiedy to „przestrzeganie norm etycznych jest nakazane przez normy prawne"[18].

Tymczasem, jak już powiedziano, nie ma w zależności regulacji etycznych od przepisów prawa nic nadzwyczajnego. Ponadto, nie kwestionuje się przez to, że lekarze – mimo obarczenia zobowiązaniami etycznymi – nadal podlegają, jako obywatele, przymusowi respektowania prawa. Dowód ten ma natomiast sens odwrotny od sugerowanego przez Zespół Redakcyjny: jeśli prawo nakazuje postępowanie etyczne, to tym samym regulacja etyczna podporządkowana jest prawu. Jest to zgodne zresztą z prawnym rozumieniem nadrzędności norm prawnych nad normami moralnymi i normami obyczajowymi[19].

Autorzy Zespołu Redakcyjnego przyjmują jednak inną interpretację: „Ta sytuacja podwójnego zobowiązania lekarza do przestrzegania aktualnego prawa stanowionego, a jednocześnie zasad etycznych Kodeksu, w przypadkach niezgodności zapisów normatywnych może powodować trudności w podejmowaniu decyzji przez lekarza".

Wbrew twierdzeniu Zespołu Redakcyjnego taka podwójna zależność nie rodzi żadnych trudności w podejmowaniu decyzji, bo musiałaby występować wpierw sprzeczność dyrektyw działania obu źródeł, prawnego i etycznego.

Ponadto, zasady etyczne jakiejkolwiek wspólnoty, zwłaszcza ujęte w pisemną formę kodeksu, są też formą „stanowionego prawa" – poszczególne zapisy norm nie są dane „odgórnie", lecz postulowane, dyskutowane i uchwalane demokratycznie przez zgromadzenie przedstawicieli takiej wspólnoty (zjazdy okręgowe, zjazdy krajowe) i tą drogą przyjęte do stosowania, przyjmując formę zobowiązania, którego nieprzestrzeganie obwarowane zostało odpowiednimi sankcjami karnymi, z usunięciem poza wspólnotę włącznie.

Również same zapisy (zredagowane przez Zespół Redakcyjny) KEL wielokrotnie zobowiązują (zobowiązują etycznie!) do przestrzegania prawa, wielokrotnie też przy tej okazji wskazywana jest nadrzędność przepisu prawnego wobec zasady etycznej, jak np. w licznych artykułach Kodeksu, np. 15.1, 15.2, 15.4, 15.5, 25, 26, 37, 43.1, 44.1, 51.1[20].

Należy pamiętać, że kodeksy samorządów zawodowych mają postać aktu prawnego – są integralną częścią ustaw o samorządach zawodowych. W tym sensie zawodowa regulacja etyczna ma uzasadnienie i umocowanie prawne.

Intencją zmiany zapisów Kodeksu ma być, według autorów Stanowiska, usunięcie dylematów etycznych lekarza: „Ma to szczególne miejsce [trudność podejmowania decyzji z racji podwójnego zobowiązania lekarza] w okolicznościach, kiedy lekarz jest zmuszony określać swoje stanowisko udziału lub odmowy w takich procedurach jak: aborcja, przeprowadzanie czynności eutanastycznych, ingerencje w kod genetyczny embrionu ludzkiego skutkujące zniszczeniem poczętej istoty lub wielu istot ludzkich (jak to ma miejsce w procedurach *in vitro*".

---

[18] *Stanowisko Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 19.06.2013 r*., www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowisko-zespolu-redakcyjnego-kodeksu-etyki-lekarskiej-z-dn.19.06.2013-r., 23.07.2015.

[19] A. Redelbach, S. Wronkowska, Z. Ziembiński, *Zarys teorii państwa i prawa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 127.

[20] *Kodeks etyki lekarskiej*, www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 23.07.2015.

Gdy Stanowisko stwierdza, że: „W powyższych przypadkach, dotyczących udziału lekarza w procesach niszczenia życia ludzkiego, lekarz musi podejmować decyzje we własnym sumieniu: czy ma naruszyć prawo stanowione, czy zasady etyczne", to trzeba pamiętać, że choć jest to możliwe, to zasadniczo prawo pozytywne nie musi zobowiązywać moralnie, zatem możliwy dylemat moralny – właściwości zamierzonego czynu do posiadanych przekonań, występuje zawsze niezależnie od obowiązującego prawa państwowego.

Konkluzją przedstawianego Stanowiska jest stwierdzenie: „Jesteśmy przekonani, że jednym z podstawowych warunków pozwalających na właściwe podejmowanie decyzji jest uznanie klauzuli sumienia lekarza, która jest zawarowana w najważniejszych dokumentach legislacyjnych Europy i świata. Motyw odwoływania się lekarza do klauzuli sumienia wynika zawsze z poczucia jego odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka".

Już to pozwala przypuszczać, że członkowie Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej występują przeciwko nakazowi stosowania się do jego reguł. Ale też inną możliwością, nie wyrażoną wprost, jest dążenie do uznania za obowiązujące jakichś nowych zapisów etycznych, które wyrażą zbiorowy głos zwolenników klauzuli sumienia, zatem najpewniej światopogląd religijny.

Czy klauzula sumienia jest etyczna?

Propozycja uznania klauzuli sumienia nie jest propozycją jakiejś możliwości rozwiązywania konfliktów prawa i moralności (etyki). Odwoływanie się do konkretnej moralności, niepodzielanej przez wszystkich, już w sobie jest decyzją moralną, jest wyborem moralnym, który może wywoływać nowy konflikt, tym razem między odmiennymi moralnościami.

Nie wszyscy przyjmują do wiadomości fakt, że w społeczeństwie istnieje obok siebie wiele moralności. Jeśli więc kwestionuje się funkcjonujący zapis prawny, to z dużym prawdopodobieństwem czyni się to ze względu na posiadane przekonania moralne kontestatora, więc określoną moralność, zatem jedną z przynajmniej kilku, co znaczy, że chce się jej nadać charakter obowiązujący wszystkich.

Jak zauważa prawnik, w większości przypadków prawodawczego procesu decyzyjnego wartości moralne (jako racje) i pozamoralne (ekonomiczne, polityczne, społeczne) są konkurencyjnymi racjami dla decyzji prawodawczych. Dlatego też pozytywne decyzje prawodawcze wymagają spełnienia warunku „wewnętrznej moralności prawa". Zasady wewnętrznej moralności prawa zostają naruszone wtedy, gdy ustanowienie, uchylenie lub utrzymanie w mocy przepisu prawnego opiera się wyłącznie na racjach moralnych, uznanych *prima facie* za wystarczające do podjęcia finalnej decyzji prawodawczej[21]. Nawet najbardziej przekonywujące racje moralne systemów etycznych nie stanowią racji wystarczającej do podejmowania „finalnej decyzji prawodawczej"[22].

---

[21] D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności*…, s. 96.

[22] D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje*…, s. 62.

Zatem dla nieprawników oznacza to, że choć prawo winno mieć legitymację moralną (etyczną) i choć sama moralność (więc i etyka) nie potrzebują dla swojego funkcjonowania legitymacji prawnej, to oczekiwanie prostego przełożenia jakiejś etyki na system prawa jest niewłaściwe i niepożądane. Jak stwierdza również przywoływany autor: „Moralność określa, jakie normy są ważne, ale to prawo rozstrzyga o stosunku prawa do moralności”[23]. Prawo musi się liczyć z moralnością społeczeństwa, ale podstawowym celem ingerencji jest zapewnienie trwałości społeczeństwu i stworzenie warunków dla pokojowego i rozwojowego współistnienia ludzi[24].

Zrozumiałe, że skoro w społeczeństwie istnieje wiele różnych systemów wartości, to w celu prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa musi zaistnieć zgoda na pewne minimum zasad postępowania, które państwo niejako może wymusić prawem. Prawodawca powinien trzymać się minimum etycznego, tj. wspólnych i podstawowych wartości dla ludzi w danym społeczeństwie, które leżą u jego podstaw jako konstrukcja społeczna, bez której społeczeństwo nie mogłoby przetrwać lub funkcjonować. Zgoda społeczna na minimum etyczne i właściwie egzekwowana ochrona prawna tego minimum przez porządek prawny to dwa konieczne warunki istnienia i funkcjonowania społeczeństwa. Trudną kwestią jest natomiast określenie, co wchodzi w skład minimum etycznego. Proces „odkodowania” minimum etycznego z życia i kultury społeczeństwa wymaga od prawodawcy wyjątkowej mądrości społecznej i zdrowego rozsądku[25].

W jednej z koncepcji prawnych uważa się, że niemoralny system normatywny nie jest prawem obowiązującym. Byłby to argument za słusznością uznania słuszności postulatów zwolenników klauzuli sumienia. Jednakże ową „niemoralność systemu prawnego” należy odnieść do tzw. minimum etycznego społeczeństwa, niezbędnego do jego funkcjonowania. Natomiast odnoszenie go do moralności wybranych lub perfekcjonistycznych nie byłoby słuszne i tylko pogłębiłoby konflikty społeczne. Dla ingerencji prawa w sferę moralnie trudnych przypadków należy uczynić minimum etyczne w społeczeństwie, a proces ingerencji wiązać z odpowiednią polityką społeczną[26]. Zatem ramy minimum etycznego, jak i możliwych ingerencji prawa w regulacje przypadków kontrowersyjnych etycznie określają współcześnie wartości demokracji i pluralizmu kulturowego.

Obecnie „narzucanie” moralności przez prawo należałoby traktować jako nałożenie na nią prawnego obowiązku postępowania w sposób wynikający z przekonań etycznych prawodawcy lub większości, pomijając okoliczność, że w istocie rzeczy nie można narzucić przymusem państwowym sądu etycznego komukolwiek. Prawo zmusza tylko do postępowania zgodnego z tym sądem”[27].

---

[23] „Przez dowolną manipulację polityków-prawodawców system prawa jest niszczony, jako że nie uwzględnia struktury prawa. […] Pewnych postulatów polityki (a nawet moralizatorów) po prostu nie da się przełożyć na konstrukcje prawne, czego politycy i uczestnicy dyskursu publicznego czy społecznego nie potrafią zrozumieć. Dotyczy to w dużym stopniu przypadków kontrowersyjnych moralnie i społecznie”. D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje…*, s. 96.

[24] D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności…*, s. 91, 96.

[25] Ibidem, s. 98.

[26] Ibidem, s. 107–108.

[27] Ibidem, s. 79.

Niezależnie od stopnia dopuszczalnej ingerencji prawa w sferę moralności obie te sfery wartości nadal pozostaną od siebie niezależne. Jak pisze D. Bunikowski: „Zakazy prawne dotyczące określonych czynów, surowe sankcje oraz lęk przed nimi nie oznaczają moralnej dezaprobaty dla czynu zabronionego prawnie, występującej w sumieniach poszczególnych ludzi. Porządek prawny może utrudniać dokonywanie tych czynów albo prowadzić do dokonywania ich nielegalnie czy potajemnie". „Problem ten jest szczególnie widoczny w społeczeństwach demokratycznych, w których panuje pluralizm etyczny, a więc występują zasadniczo zróżnicowane przekonania etyczne, normy i zasady moralne"[28]. Podobnie legalność pewnych czynów (np. aborcja, eutanazja) nie stanowią o ich moralnej akceptacji.

Uznając te uwarunkowania prawne i mentalne trudno zrozumieć pozytywną społeczną rolę, jaką miałaby wypełnić klauzula sumienia. Nie zwalnia ona od respektowania prawa powszechnego, jak i kodeksów etyki wspólnot samorządowych, co najwyżej może usprawiedliwiać przypadki ich łamania. Nie zwalnia też (jakby chcieli niektórzy jej zwolennicy) z odpowiedzialności, jaką postępowanie zgodne z głosem sumienia może sprowadzać (prawne, etyczne, moralne).

Wezwanie do uznania klauzuli sumienia nie jest bynajmniej wezwaniem do zaangażowania sumienia w dokonywane przez każdego (tu: każdego lekarza) wybory moralne, bo adresatami zawodowych regulacji etycznych są osoby w wysokim stopniu zaangażowane moralnie w swoje działania, nie tylko zawodowe. Etyka zawodowa nie wyklucza sumienia, nie sprzeciwia się mu, ale opiera się na nim!

Odwoływanie się do klauzuli sumienia jest natomiast proklamacją wyższości prywatnego wyboru moralnego nad wspólnotowymi nakazami etycznymi (kodeksem etyki zawodowej). Jest także uznaniem wyższości własnego osądu moralnego nad przepisami prawa państwowego, jednocześnie jednak – co uwidaczniają dyskusje publiczne ostatnich lat – walka o klauzulę sumienia okazuje się krucjatą o uznanie sumień „jedynie słusznych". Wątpliwe jest więc, czy wyraża to postawę właściwą społeczeństwu obywatelskiemu.

Uznanie klauzuli sumienia w etycznych regulacjach zawodowych jest uznaniem dowolności we wszystkich wyborach moralnych, zatem negacją etycznych ustanowień kodeksu. Uznanie klauzuli sumienia, zwłaszcza ze wskazaniem jakie to fundamenty aksjologiczne stanowić mogą jego zdrowy moralny fundament, jest groźbą ustanowienia fundamentalizmu etycznego, zapewne o konotacji religijnej.

Uznanie klauzuli sumienia dla przedstawicieli każdego zawodu medycznego ostatecznie oznaczać może trzy interpretacje:

– po pierwsze może być prostym zanegowaniem norm etycznych kodeksów etyki zawodowej i nakazem kierowania się wyłącznie głosem sumienia;
– i po drugie, może być uznaniem tych kodeksów za jedynie zbiór intuicji etycznych członków danego zawodu, być może nawet jego większości (jeśli zostaje zachowana demokratyczna procedura przyjęcia tych norm), lecz bez obowiązku stosowania się do nich każdego, kto znajduje w swoim sumieniu inne, niż kodeksowe, „wytyczne" do postępowania;

[28] Ibidem.

– po trzecie, interpretacja zapewne najbliższa życiowym realiom, klauzula sumienia może pozwolić na kwestionowanie każdego, dowolnego wskazanego artykułu Kodeksu etyki lekarskiej (aptekarskiej, pielęgniarskiej itd.), po to, by – wobec niemożności stosowania w sytuacji normatywnej anarchii – spisać „na nowo" kodeks etyki zawodowej, tym razem z uwzględnieniem już owych głosów sumienia. Byłby to oczywiście głos sumienia kontestatorów norm etycznych „starych" kodeksów.

Z tych samych względów autorzy „prawa etycznego" – czyli kodeksu etyki zawodowej – winni się liczyć z moralnością, z przekonaniami moralnymi członków zawodu, ale przede wszystkim z przekonaniami pacjentów (wszak „najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego", art. 2.2 KEL), które niewątpliwie nie są monolityczne.

I tak, jak dla twórców prawa (w państwach demokratycznych) decydujące powinno być zachowanie „minimum etycznego", tak dla redaktorów kodeksu etycznego takim kryterium winno być „minimum moralne", pacjentów i lekarzy, obręb tych dopuszczalnych działań, które nie naruszają podstawowych wartości moralnych, lecz powinny im służyć (wyrażone w zasadach kodeksu) jak najlepiej.

Moralności się nie głosuje – ale etykę tak

Argumenty zawarte w Stanowisku mają uzasadnić podjęcie dyskusji „nad nowymi problemami ochrony zdrowia i życia człowieka", choć z całej jego treści wynika, iż chodzi o to, by lekarz mógł według swobodnego uznania (czyli według swojego sumienia) odstępować od nakazów kodeksu zawodowej etyki, ale także – bo trudno uznać, by sumienie ustępowało przed prawem stanowionym – by nie stosować się do przepisów prawa, regulujących działania zawodowe posiadające aspekt etyczny.

Członkowie Zespołu, postulując uwzględnienie roli klauzuli sumienia w zawodowych regulacjach etycznych, zaproponowali jednocześnie dyskusję nad „nowymi problemami ochrony zdrowia i życia człowieka", traktując zapewne swój głos jako jej zapoczątkowanie. Jednak stwierdzili również, że dotychczasowy Kodeks „zawiera podstawowe zapisy etyczno-deontologiczne o trwałych nie do przecenienia wartościach". Jak zatem pogodzić uznanie klauzuli sumienia z podważaniem „trwałych wartości"? I czy rzeczywiście kwestie przekonań są wynikiem naukowych dyskusji? Czy klauzula sumienia jest zagadnieniem ochrony zdrowia?

Jeśli Kodeks etyki lekarskiej „zawiera podstawowe zapisy etyczno-deontologiczne o trwałych i nie do przecenienia wartościach", to do czego miałaby doprowadzić postulowana dyskusja „nad nowymi problemami ochrony zdrowia i życia człowieka", w następstwie której to dyskusji należałoby uznać klauzulę sumienia?

O ile jednak dyskusja nad nowymi problemami ochrony zdrowia ma sens przez odwoływanie się do opinii ekspertów nie tylko medycyny i biologii, prawa, czy socjologii, o tyle należy pamiętać, że to nie nauka lub medycyna zdolne są do tworzenia kryteriów dla oceny moralnej swoich działań i nie wynikają zupełnie one z ich postępów, lecz z refleksji nad człowiekiem, z jego samowiedzy, zwłaszcza zaś z rozumienia sensu własnego człowieczeństwa.

To zadanie nie jest zatem nowym zadaniem medycyny, lecz wręcz zadaniem starym jak świat, sięgającym mroku początków człowieczej samoświadomości i zadaniem po-

dejmowanym wciąż na nowo i to zadaniem – wbrew optymizmowi Zespołu Redakcyjnego – niełatwym. Nie jest bowiem wcale oczywiste, że poza, uznawanym za pewny, fundamentem godności człowieka, wiemy co jest jego dobrem i jeszcze bardziej wątpliwe jest, czy wiemy to, do czego nas się odsyła i dzięki czemu mamy wiedzieć, czym jest owo „dobro chorego jako najwyższe prawo", zwłaszcza, że to „dobro" miałby definiować lekarz.

Przedstawione przykłady ukazały jak wiele już obecnie jest niejasności i niedoskonałości zapisów, które mogą stawiać w wątpliwość możliwości stosowania się lekarzy do norm Kodeksu etyki lekarskiej. Jeśli dodamy do tego, nawet jakąś złagodzoną klauzulę sumienia niewątpliwie stracimy pewność obowiązywania jakiegokolwiek dotychczasowego zapisu Kodeksu. Ludzkie sumienia są różne, czy równie nieprzewidywalne (nie tylko dla pacjenta) mają być lekarskie decyzje i działania?

Po analizie argumentów autorów Stanowiska i rozważeniu konsekwencji uznania klauzuli sumienia jako podstawowej zasady w regulacji etycznej zawodu lekarza (choć nie tylko) można stwierdzić, że propozycja taka jest propozycją zmiany nie tyle zapisów kodeksu, co zburzeniem hierarchii wartości i umowy społecznej, na których on został oparty.

Czy kodeks etyki zawodowej powinien rozstrzygać każdy dylemat moralny?

Zapewne najczęściej spotykanym zarzutem stawianym kodeksom etyk zawodowych jest brak w nich pewnych regulacji[29]. Byłby to zarzut słuszny, gdyby uznać, że w kodeksie etyki zawodowej trzeba ująć wszystkie zagadnienia praktyki zawodowej, albo unormować postępowanie członków zawodu we wszystkich ważnych etycznie sytuacjach zawodowych. Czy potrafimy jednak odpowiedzieć na pytanie, jakie to działania zawodowe są etycznie ważne (lub etycznie nieistotne)? Ta okoliczność może być podstawą do kwestionowania w ogóle skuteczności (a więc i potrzeby) wszystkich kodeksów etyki zawodowej, zatem i Kodeksu etyki lekarskiej.

Skoro nie jesteśmy w stanie zawrzeć w kodeksie etyki lekarza wszystkich ważnych zaleceń etycznych, odnoszących się do wszystkich ważnych sytuacji zawodowych, w których ważne wartości moralne mogą być naruszone, to czy jest sens w ogóle zajmować się praktycznymi odniesieniami kodeksu do jakiejkolwiek etyki zawodowej? Może należy traktować kodeksy etyki zawodowej jako jedynie ogólną deklarację etycznych intencji?

Jeśli uznamy, że kodeks wyraża normy działania (i wartości), to każdy kodeks etyki zawodowej winien uwzględniać faktyczne konflikty wartości i rzeczywiście zachodzące problemy, konflikty moralne ludzi zawodu. Wyrażać się one powinny w jednoznacznie rozumianych deklaracjach etycznego postępowania. Bo choć – z czego niekiedy czyni się zarzut nieskuteczności etycznych regulacji kodeksowych – żaden kodeks nie zawiera (i nie może zawierać) kompletu odpowiedzi na wszystkie możliwe sytuacje trudnego wyboru moralnego, jakie zdarzać się mogą w praktyce zawodowej,

---

[29] Np. w kodeksie aptekarzy jest zobowiązanie do dbałości o „wszelkie zabytki kultury materialnej farmacji" (art. 16), gdy w kodeksie lekarzy, pielęgniarek i diagnostów zupełnie pominięto kwestię stosunku do przeszłości własnego zawodu.

to te zapisy, ujęte w postaci norm (także pod nazwą artykułów, paragrafów, punktów), jakie ostatecznie w poszczególnych kodeksach znajdujemy, winny odzwierciedlać konflikty, problemy i dylematy najpowszechniejsze w praktyce zawodowej, choć jednocześnie posiadające najwyższą wagę moralną.

Rozumieć przez to należy ważność tych działań i zagadnień zawodowych, które mają największe znaczenie dla zachowania integralności moralnej człowieka, dla ochrony ważności każdej osoby, na którą działania ludzi zawodu są nakierowane, ostatecznie dla zachowania szacunku dla każdego człowieka.

W związku z tym, podstawowym zadaniom kodeksu stawia się również podstawowy zarzut, że nie może on spełnić wiązanych z nim oczekiwań z racji swojej permanentnej i nieusuwalnej niekompletności. Chodzi o to, że żaden kodeks, w żadnym czasie nie jest w stanie uchwycić wszystkich istotnych problemów moralnych swojego środowiska i tym samym nie jest w stanie dać na nie wskazówek, co do właściwego postępowania. Przy tym uzupełnianie kodeksu nowymi normami etycznymi zapełnia stare luki, odnosi się do wczorajszych braków w regulacji kodeksowej, gdy tymczasem okaże bezradne milczenie wobec nowych dylematów i kontrowersji etycznych, przynoszonych przez każdy nowy dzień.

Choć zatem kodeks etyczny jest zawsze niekompletny, to zawierając dyrektywy niezbędne i najważniejsze dla zachowania (nienaruszania) godności każdej osoby poddanej działaniu lekarskiemu, staje się przez to zestawem dyrektyw wzorcowych i nadrzędnych, dla sytuacji nieopisanych w kodeksie i przemilczanych norm działania, które stają się w sposób oczywisty domyślne, jako te, które dopełniają dyrektywy nadrzędne lub przynajmniej nie mogą być z nimi w sprzeczności.

Normy etyki zawodowej wskazują albo konkretne działania jako słuszne, albo też właściwy „kierunek" działania, gdy wskazują wartości przewodnie, których ochronie albo osiągnięciu działania mają służyć.

Niekompletność kodeksów etyki zawodowej nie jest zatem żadną przeszkodą w jego praktycznym zastosowaniu, ani też znaczącym argumentem dla krytyków etycznych regulacji kodeksowych.

W obronie właściwej relacji między etyką zawodową a sumieniami członków zawodu należałoby zatem (wpierw albo w zupełności) dążyć do poprawiania zapisów już istniejących.

Ważne niedopełnienia etycznej regulacji w kodeksach etyki zawodowej wcześniej, czy później muszą być dostrzeżone i uzupełnione, stąd za o wiele bardziej istotne błędy w kodyfikowaniu zasad etycznych należy uznawać błędy w przedstawianej w kodeksie hierarchii norm (zatem i wartości) oraz wszelkie inne nielogiczności i niejednoznaczności.

Zaburzona hierarchia rzeczy

Zapisy etyczne zakładają, iż są zgodne z moralnością tej grupy, której postępowanie chcą regulować, lub że przynajmniej są niesprzeczne z sumieniami członków tej wspólnoty.

Zapisy etyczne mają szczególne znaczenie dla – jak to ujmuje etyka katolicka – sumień wątpliwych i sumień zawikłanych, kiedy to człowiek nie jest w stanie samodzielnie uformować sądu o wartości moralnej zamierzonego czynu, albo towarzyszy mu

uzasadniona obawa błędu lub też jest przekonany, że jakiegokolwiek wyboru dokona, to wybierze źle i popełni zło[30].

Nie jest to miejsce na wyczerpujące omówienie tego zagadnienia, dość podkreślić, że *conditio sine qua non* funkcjonowania kodeksu etycznego jest właściwe uhierarchizowanie jego zasad, co zaczyna się od jednoznacznego wskazania wartości naczelnej postulowanego systemu etycznego (w tym wypadku zespołu przekonań etycznych środowiska lekarskiego). Wartości naczelnej podporządkowane są, co znaczy że jej służą, wszystkie pozostałe wartości, wymienione w kodeksie i przywoływane w razie potrzeby. Ich hierarchia, hierarchia ważności jest – w sposób oczywisty – hierarchią wyborów. Dla podkreślenia tej hierarchii, a także – jak należy się spodziewać – dla lepszej orientacji w tej hierarchii ważności adresatów kodeksu – zapisy normujące postępowanie ludzi zawodu winny być przedstawione we właściwej kolejności: należy wskazać naczelną wartość etyczną całej wspólnoty zawodowej, a następnie – według malejącej ważności – kolejne wartości etyczne (moralne) wymagające szczególnej ochrony oraz normy działania odnoszące się do sposobu chronienia (lub przysparzania) tych wartości.

Zrozumiałe, że w tej jednoznacznej perspektywie, rozdział pierwszy powinien zawierać regulacje etycznie najważniejsze, rozdział ostatni kodeksu – regulacje istotne, lecz już mniej ważne, niż wymienione uprzednio.

Czy kodeks etyki może służyć wyłącznie propagowaniu stanowiska względem istotnych zagadnień współczesnej medycyny, czy też ma być raczej przewodnikiem w życiu zawodowym? Czy chodzi o to, co świat lekarski (w przeważającej mierze lub w znacznej części) uważa na temat genomu lub eksperymentów biomedycznych, czy o stawianie barier działaniom złym etycznie? Ile procent polskich lekarzy ma problem moralny w kwestii ludzkiego genomu, klonowania czy eksperymentów medycznych (w ogóle, niekoniecznie na embrionach) w swojej praktyce zawodowej? Jeśli uznamy, że oba zadania są godne spełnienia, to które z nich winno być ważniejsze, także w układzie treści Kodeksu? Twórcy KEL uznali, iż obecnie zagadnienia badań naukowych i eksperymentów biomedycznych (rozdział II Kodeksu) to drugie, według ważności zagadnienie etyczne polskiego lekarza, ważniejsze niż stosunki wzajemne między lekarzami (rozdział III).

Podobnie, jeśli tytułujemy rozdział „Zasady postępowania w praktyce lekarskiej", to czy to oznacza, że reszta etycznej regulacji w Kodeksie nie odnosi się do praktyki lekarskiej? Niektóre zasady rzeczywiście nie mają takiego charakteru, ale okaże się, że zdecydowana większość norm to normy nakazujące określone postępowanie zawodowe. Ponadto, jeśliby rzeczywiście jakaś znacząca część kodeksu etyki zawodowej lekarza (jak i każdego zawodu) nie odnosiła się ściśle do działań zawodowych, to po co w ogóle ją umieszczać w kodeksie etyki zawodowej?

Żeby jednak etyka zawodowa, wyrażana przede wszystkich w kodeksach etyki zawodowej, mogła pełnić tę rolę przewodnika w działaniach zawodowych i pomocnika sumienia w dokonywanych wyborach, to zapisy takiego kodeksu muszą mieć wśród swoich adresatów autorytet, muszą być słuszne – odnosić się do rzeczywistych problemów i wskazywać faktycznie dobre działania. Muszą one być zrozumiałe i – przede

[30] T. Ślipko, *Zarys etyki ogólnej*, wyd. 4, Wydawnictwo WAM, Kraków 2004, s. 381.

wszystkim – konsekwentne, niesprzeczne ani w sobie, ani w zestawieniu z innymi normami kodeksu, a w efekcie końcowym – przekonujące.

Ukazanie właściwej hierarchiczności zobowiązań szczególnie służy wypełnieniu tego zadania.

Nielogiczności i niejednoznaczności zapisu

Poza koniecznością uporządkowania hierarchii norm w zapisie kodeksowym (zatem ustalenia wpierw ważności wartości, które należy chronić) należy zabiegać o logiczność wypowiedzi, w tym także logikę struktury Kodeksu.

Wskazując tylko niektóre nielogiczności podziału tekstu Kodeksu za szczególnie rażące należy uznać praktykowanie podziału artykułu… na jedną część. Mamy art. 39, mówiący o odpowiedzialności lekarza także za życie dziecka, gdy podejmuje działania lekarskie u kobiety w ciąży, ale też następny artykuł – 39a zakazujący uczestnictwa w procedurach klonowania. Nie jest tu zachowany ani podział logiczny, ani też treściowy – rzekomy podpunkt „a" art. 39 mówi o rzeczy różnej od tej w art. 39. Tak też jest z art. 41. Składa się ten artykuł z dwóch części, jest zbudowany z odrębnego zapisu jako art. 41 i odrębnego zapisu oznaczonego jako art. 41a. Podobnie mamy art. 42 i art. 42a.

Kuriozalne w swej nielogiczności jest rozdzielenie numeracji poszczególnych artykułów Kodeksu pomiędzy kolejne rozdziały. I tak, art. 41 należy do rozdziału I i podrozdziału pt. „Zaświadczenie lekarskie", gdzie określa jakie wymagania ma spełniać zaświadczenie lekarskie, natomiast art. 41a, który logicznie biorąc powinien być pierwszym podpunktem podzielonego art. 41, należy już do kolejnego rozdziału II, do podrozdziału pt. „Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne" i mówi rzeczywiście o przestrzeganiu zasad badań naukowych. Związku, poza numerem, między tymi artykułami nie ma żadnego.

Błędny, nielogiczny podział dotyczy kolejnych artykułów: 42 (i 42a), 51.

Art. 51 występuje w Kodeksie wyłącznie jako art. 51.1., składa się tylko z jednego podpunktu w artykule, czyli artykuł ten został podzielony na jedną część i artykuł składa się wyłącznie z podpunktu.

Ten sam błąd podziału dotknął cały rozdział II Kodeksu: Rozdział ten, „Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne", podzielony został na rozdział II (art. 41.a–51.1), na rozdział II.a (Związki lekarzy z przemysłem, art. 51a.1–art. 51g) oraz rozdział II.b (art. 51h.1–art. 51h.4). Zupełnie zignorowano tu zasadę podrzędności i nadrzędności podziału, bo jeśli podzielono całość na trzy części, to czemu oznaczenie „a" i „b" mają tylko druga i trzecia z nich? Nie możemy twierdzić, że rozdział został podzielony tylko na część „a" i część „b", bo do jakiej części należą wówczas artykuły zamieszczone przed rozdziałem II.a?

Kto jest adresatem etycznych zobowiązań lekarza – obywatel czy człowiek?

Nie jest właściwe, gdy mowa o wartościach ogólnoludzkich, twierdzić, że odnoszą się one do obywatela, nie zaś do człowieka. Pojęcie obywatelstwa jest znacząco za-

wężone względem pojęcia człowieczeństwa. Choć – jak zauważają autorzy Stanowiska – akty legislacyjne stawiają „na pierwszym miejscu”[31] „powszechny obowiązek ochrony zdrowia i życia **obywatela**”, wszak akty prawne jako adresata mają zawsze obywatela (poza przepisami prawa międzynarodowego) – to, gdy podejmuje się postulaty etyczne, kierowane one być muszą do człowieka i traktować o człowieczeństwie, nie obywatelstwie.

Art. 1. Zobowiązuje lekarza do przestrzegania praw człowieka[32]. Należy zwrócić uwagę, że prawa człowieka i normy etyki zawodowej, między którymi tak często czyni się znak równości, to jedynie częściowo (w treści i intencji) zbieżne ze sobą regulacje dwóch odrębnych sfer regulacji i porządków aksjologicznych – prawa (prawa międzynarodowego) i etyki (etyki zawodowej).

Uniwersalizm moralności to właśnie przekonanie, że wyraża ona wartości ogólnoludzkie, nie zaś prawne (państwowe), religijne czy obyczajowe.

Czym jest dobro chorego?

Art. 2.2 KEL stwierdza, że „Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego […] Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”. Choć czyni się z niego wartość nadrzędną systemu etycznego lekarza, to nigdzie nie jest powiedziane, czym „dobro chorego” jest. Można przyjąć co najmniej 3 jego interpretacje:

– o tym, czym jest „dobro chorego” każdorazowo decyduje lekarz;
– „dobro chorego”, to podstawowe wartości etyczne człowieka;
– „dobro chorego”, to całość uprawnień etycznych chorego (tak jak każdego człowieka), składających się na jego godność i autonomię, do których ochrony zobowiązuje się każdy lekarz.

Istotne, by nie pojmować „dobra chorego” w interpretacji pierwszej, bowiem wówczas zabieganie o dobro chorego jest w istocie zabieganiem każdego (tak rozumiejącego to dobro) lekarza, o jego prawo swobodnego stanowienia o pacjencie. Rozumienie „dobra chorego” w wersji drugiej i trzeciej stwarza realne zobowiązania lekarza wobec pacjenta.

Także lekarz nie powinien zapominać, podejmując wszelkie starania dla „dobra pacjenta”, że wolność osobista jest wartością niepodważalną.

Czy nie mamy wątpliwości, gdy w świetle rygorów prawa lub etyki jednak zgadzamy się (zwłaszcza jako lekarze) na cierpienie (którego nie wolno przerwać), co niby jest tym dobrem, tak samo jak zgadzamy się na stan poniżenia np. człowieka umierającego, którego to stanu nie wolno przerwać? Dlaczego mamy zgadzać się (skoro do-

---

[31] Trudno zresztą dyskutować z tak ogólnikowym stwierdzeniem.

[32] Art. 1.2. „Zobowiązują one [zasady etyki lekarskiej] do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego”. Znamienne, że pierwszym zobowiązaniem lekarza, wyrażonym w Kodeksie, jest obrona godności zawodu, nie zaś pacjenta. *Kodeks etyki lekarskiej*, www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 23.07.2015.

bro chorego jest wartością najwyższą!) na naruszanie godności, jeśli już nie jesteśmy w stanie ocalić wartości życia?[33]

Jeśli to godność człowieka jest tą wartością najwyższą, której służy ochrona wszystkich innych moralnych wartości (w trakcie wypełniania zadań lekarskich, a nie zamiast nich!), to warto zastanowić się, jak często jest ona przywoływana w zasadach etycznych kodeksu. Okazuje się, że w zapisach KEL znajdujemy 2 artykuły nakazujące ochronę godności pacjenta[34] i 5 artykułów, w których nakazuje się działania w obronie godności lekarza (także jako „szacunku" czy „dobrego imienia")[35].

Tu uwaga, że stary zarzut dotyczący paternalizmu lekarzy w relacjach z pacjentem, na który odpowiedzią w kulturze Zachodu stało się podniesienie zagadnienia praw pacjentów, nie jest do końca bezpodstawny, jeśli może on nadal przejawiać swoją żywotność w formie ukrytej, zwłaszcza zaś w nieprecyzyjnych zapisach Kodeksu etyki lekarskiej.

Nie jest to główny temat podjętej analizy, stąd tylko ograniczony do uwagi, że jawna lub ukryta obrona paternalizmu lekarskiego musi znacząco osłabiać poczucie etycznych zobowiązań lekarza wobec pacjenta, innego człowieka poddanego jego swobodnym (o czym przypomina art. 4) działaniom zawodowym[36].

Paternalizm prawny głosi, że wystarczającym uzasadnieniem regulacji prawnej jest dobro osoby, której zachowania są przedmiotem regulacji. To wszelkie sytuacje, w których narzuca się danej osobie określone zachowanie, z przekonaniem, że jest to dla niej „dobre".

W węższym znaczeniu paternalizm prawny oznacza uznawanie prawa do zmuszania innych do postępowania mającego służyć ich własnemu dobru lub niewyrządzaniu sobie krzywdy. To idea ograniczania wolności jednostki w celu ochrony tej wolności. Przykład ingerencji prawa w sferę moralności[37].

Akceptacja, nawet ta nie w pełni uświadomiona, dla paternalizmu łatwo otwiera drogę dla akceptacji paternalizmu prawnego. Takie paternalistyczne myślenie prawdo-

---

[33] Obrona godności pacjenta (a tym bardziej godności własnej) nie jest najwyższym obowiązkiem lekarza. Z uznania życia za wartość najwyższą w etyce lekarskiej wynika, że wolno naruszać godność człowieka, jeśli jest to warunek zachowania (wartości) życia.

[34] Art. 3. „Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki **z poszanowaniem człowieka** bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania". Art. 12.1. „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, **szanując ich godność** osobistą, prawo do intymności i prywatności".

[35] Art. 1.2. „[Zasady etyki lekarskiej] Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i **dbania o godność zawodu lekarskiego**". Art. 1.3. „**Naruszeniem godności zawodu** jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu". Art. 52.1. „Lekarze powinni **okazywać sobie wzajemny szacunek**. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom". Art. 60. „Jeśli zostanie naruszone **dobre imię lekarza**, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzą stawianych mu zarzutów, lekarz powinien uzyskać od izby lekarskiej wszelką możliwą pomoc w naprawieniu wyrządzonej mu szkody". Art. 70. „Zadania, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania **ochrony jego godności osobistej**, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych".

[36] Art. 4. „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną".

[37] D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności*…, s. 81–82.

podobnie nie jest obce autorom postulatu zamiany kodeksów etyk zawodowych na klauzulę sumienia.

Krytykując paternalizm oraz błędy w treści i strukturze kodeksu lekarzy jednocześnie nie zgadzamy się z powtarzanym wśród etyków osądem B. Skargi, że „Rozmaite kodeksy są […] usankcjonowaniem moralnej niecnoty”[38]. Być może niektóre zawodowe zobowiązania etyczne formułowane są nazbyt enigmatycznie lub formułowane zapisy norm są pod różnymi względami niedoskonałe, jednak zapewne większość przynajmniej środowisk zawodów medycznych żywi szczere przekonanie, że ich kodeksy etyki zawodowej mają uzasadnienie etyczne. Można jednak też wyrażać obawę, że złe redakcje tych kodeksów przyczyniają się do powstawania opinii (i to opinii etyków!), że ich zadaniem jest zasłonięcie prawdziwych (niecnych) praktyk zawodowych. Także ten powód powinien skłaniać do wysiłków nad stałym udoskonalaniem kodeksów etyk zawodowych.

Kodeks etyczny nie zastąpi sumienia – sumienie nie zastąpi kodeksu

Regulacja etyczna nie powinna być w żadnej swojej części sprzeczna z obowiązującymi regulacjami prawnymi, jednakże swoimi dyspozycjami obejmuje zakres działań ludzkich znacznie szerszy, niż to obejmują regulacje prawne. Chodzi tu zazwyczaj o nakładanie dodatkowych zobowiązań członkom zawodu, albo też zaostrzenie wymagań wobec niektórych pożądanych wśród ogółu cnót ludzkich, które na gruncie zawodu stają się obowiązkiem. Etyki zawodowe przez to zawierają w sobie silny akcent perfekcjonistyczny. Tym samym nie są one skierowane do każdego człowieka i nie każdy człowiek musi przyjmować rygory etyk zawodowych. Wybór zawodu jest aktem zgody na wszelkie uwarunkowania jego wykonywania, w tym zwłaszcza wymagania etyczne.

Perfekcjonizm etyczny jest sferą indywidualnego wyboru, prawo nie jest sferą wyboru, ponieważ obowiązuje wszystkich. Kodeksy etyki zawodowej wyrażają etykę perfekcjonistyczną, co zresztą jest ich podstawową racją bytu – „zwykłej” moralności, „zwykłych” ludzi nie trzeba kodyfikować.

Etyka kodeksowa (także zawodowa) nie jest moralnością, jest jedynie postulatem określonej moralności. Prawo nie nakazuje ludziom, żeby byli doskonali, ani nawet nie nakazuje moralnego (bo o takie chodzi) doskonalenia się.

Dlatego w sporze perfekcjonistów z legalistami, to legaliści mają rację. Wynika to z niewiary, że wszyscy ludzie mogą być doskonali i z wiary, że możliwa jest między ludźmi zgoda na wspólne zasady działania.

Jeśli etyki zawodowe nakazują przyjęcie więcej zobowiązań, niż tego się wymaga w zwyczajnych (niezawodowych) relacjach międzyludzkich, to jest podstawa, by zaliczyć je do etyk perfekcjonistycznych – od swoich adresatów wymagają więcej (cnót, zasad). Ustalając przez to wyższe standardy postępowania pod względem etycznym niż prawo (które określa jedynie podstawowe standardy zachowania, niezbędne dla prawidłowej organizacji i funkcjonowania społeczeństwa. Z tego powodu nie można trakto-

[38] B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty*, w: *Dyskusja redakcyjna*, „Etyka”, R. 1994, nr 27, s. 169–174.

wać prawa jako systemu zasad perfekcjonistycznych etycznie. Do zachowania porządku społecznego wystarczają podstawowe standardy zachowania, ujęte w prawie. Na straży praw i wolności stoi państwo. Nie jest jednak zadaniem prawa karnego uczynienie ludzi lepszymi pod względem moralnym i tworzenie z nich niezłomnych etycznie, heroicznych obywateli"[39].

Jako moralność przyjmujemy tu sferę indywidualnych, wewnętrznych przeżyć jednostki, na temat słusznego postępowania człowieka złożonych z wartości, jako celów dobrego postępowania i zasad, jako sposobów osiągania tych wartości. Jako etyczność uznajemy tu (podobnie jak chyba większość autorów) wszelkie wyrazy uzewnętrznienia przekonań grupowych (wspólnotowych) na temat moralności. Stąd najistotniejsze rozróżnienie między moralnością a etycznością (etyką) w dyskusjach nad kodeksami etycznymi dotyczy tego, że ustalać możemy jedynie etykę, moralność natomiast pozostaje domeną przeżyć i decyzji jednostek. Celem wszelkich proklamacji zasad etycznych jest oczywiście skuteczne oddziaływanie na moralność, wszystkich lub określonej grupy adresatów (np. grupy zawodowej).

Założeniem regulacji etycznych, nie zawsze jawnie przywoływanym, jest stworzenie takiego zasobu dyrektyw postępowania, które w obliczu dylematów moralnych pozwolą wybierać działania słuszne lub przynajmniej najlepsze. Każdorazowe odwoływanie się do sumienia, a zwłaszcza wielu sumień, nader często bywa zawodne.

„Klauzula sumienia" faktycznie obowiązuje zawsze, niezależnie od tego, że ktoś chciałby jej prawnego uznania. Każdy ma sumienie i każdy się nim kieruje w swoim życiu, niezależnie od istniejących kodeksów ustanowionych w społeczeństwie.

Zatem odwoływanie się do sumienia powinno oznaczać dużą wagę własnych przekonań, a nie zwalnianie się z odpowiedzialności za uchylanie się od działań uznawanych za słuszne albo dopuszczalne przez wspólnotę zawodową. Odwaga posługiwania się własnym sumieniem, gdy sprowadza sankcje, łamanie zasad etycznych, niewątpliwie hartuje charaktery. Wierność sumieniu, to ustawiczne klarowanie żywionych przekonań moralnych, a więc i gotowość ponoszenia przez każdego, także lekarza, odpowiedzialności za ich urzeczywistnianie, łącznie – gdy mowa o etyce lekarskiej – z gotowością rezygnacji z zawodu lekarza (lub lepiej w ogóle niepodejmowania próby jego zdobycia), albo też rezygnacji z niektórych lekarskich specjalności lub przynajmniej niektórych miejsc pracy.

Jeśli zwolennicy klauzuli sumienia chcą, by prawnie została uznana ich moralna słuszność (nieuznawania zobowiązań etycznych i nieuznawania zobowiązań prawnych), to prawo tego uczynić nie może, bo „prawo to minimum standardów zachowania ludzkiego" i prawo może zabezpieczać wybory moralne, które nie naruszają prawa[40]. Natomiast etyki perfekcjonistyczne mogą postulować określone cnoty i zasady (np. miłość bliźniego. Te zasady i cnoty nie stanowią w procesie tworzenia prawa racji moralnych relewantnych prawnie. Nie są one bowiem nierozłącznie związane z pojęciem prawa, gdyż ustalają wyższe standardy postępowania pod względem etycz-

---

[39] D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności*…, s. 144.

[40] Ibidem, s. 130.

nym, niż prawo, które określa jedynie standardy niezbędne dla prawidłowej organizacji i funkcjonowania społeczeństwa[41].

D. Bunikowski w swoim studium o związkach prawa i moralności przywołuje fundamentalną zasadę dla tej relacji, wynikłą z postępu i wolności we współczesnym świecie. Zdaniem zapewne nie tylko prawnika, w razie poważnych wątpliwości co do potrzeby ingerencji prawa w sferę moralności (ale też, naszym zdaniem, ingerencji etyki w tę sferę) – poza minimum etycznym – w sprawach dotyczących perfekcjonizmu etycznego musi obowiązywać zasada *dubio pro libertata* – w wypadku wątpliwym należy orzekać na korzyść wolności.

Także jeśli ktokolwiek podnosi zarzut, że kodeksy etyk zawodowych przez swoje normy uzurpują sobie prawo kształtowania ludzkich sumień, to nie ma racji. Tym bardziej nie ma racji ten, kto uważa, że kodeks miałby zastępować sumienie.

Kształtowanie ludzkich sumień przez uzgadniane kodeksy byłoby wersją nazbyt idealistyczną – regulacje etyczne zakładają jedynie wiarę, że ludzkie działanie może być słuszne i dobre (etyczne!) nawet wówczas, gdy działający nie posiada własnej motywacji moralnej do działania (lub jest ona niewystarczająco mocna). Wystarcza wówczas, że zobowiąże się on do postępowania zgodnego z ustaleniami swojego zawodowego środowiska, spisanego w zasady postępowania i ogłoszonego jako kodeks etyki zawodowej.

Zatem potrzebujemy i sumienia, i prawa, i dobrze napisanych kodeksów etyk zawodowych.

Streszczenie

Artykuł jest analizą zobowiązań etycznych lekarzy wobec społeczeństwa, jakie wynikają z tekstu artykułów obowiązującego Kodeksu etyki lekarskiej oraz jakie zawarte są w propozycjach zmiany niektórych jego zapisów, w tym zwłaszcza uznania tzw. klauzuli sumienia.

Z przeprowadzonego porównania tych zobowiązań z Kodeksu etyki lekarskiej i odpowiednich deklaracji z kodeksów etyki zawodowej pielęgniarki i położnej, aptekarza i diagnosty laboratoryjnego wynika, że w różnych medycznych zawodach zobowiązania te mają różny charakter i zakres.

W artykule przyjęto tezę, że to zrozumiałość dyrektyw zawartych w kodeksie oraz niesprzeczność poszczególnych norm (konsekwencja) jest podstawowym warunkiem ich stosowania w praktyce.

Z tego względu oceniono, że proponowana klauzula sumienia może negować zapisy Kodeksu etyki lekarskiej. Za poważne usterki kodeksu etyki uznano też brak hierarchii ważności w podawanych nakazach, a także nielogiczność i niejasność niektórych zapisów.

We wnioskach stwierdzono m.in., że Kodeks etyki lekarskiej pełni ważną rolę w kształtowaniu postaw etycznych lekarzy, jego zapisy wymagają ustawicznego doskonalenia oraz że kodeks etyki nie musi być w konflikcie ani z prawem państwowym, ani z sumieniem człowieka.

Słowa kluczowe: Etyka lekarska, zobowiązania etyczne, klauzula sumienia

[41] Ibidem, s. 90–91.

Physician's ethical commitment to society in view of the Medical Code of Ethics, and to certain suggestions of its modification

Summary

The article focuses on an analysis of physician's ethical commitment to society, stemming from the binding Medical Code of Ethics, as well as of suggestions concerning modification of its certain provisions, particularly the so called Conscience Clause.

A comparison of the commitment discussed, contained in the Code, with corresponding declarations in the respective Professional Codes of Ethics for Nurses and Midwives, Pharmacists and Laboratory Diagnosticians – indicates that such commitment differs in the particular medical professions, both in its nature and its scope.

The authors surmised that the fundamental prerequisite of putting the Code's directives in practice was their intelligibility and consistency of its particular norms.

It was, therefore, judged that the proposed conscience clause might indeed negate the very Medical Code of Ethics provisions. The authors pointed to other serious flaws in the Code, such as a relative failure to prioritise the pertinent provisions, as well as a certain measure of incoherence and ambiguity of some of them.

They concluded, among other things, that the Medical Code of Ethics was instrumental in shaping ethical attitudes among physicians. Still, its provisions require constant refinement. Crucially, the Code does not need, of necessity, to clash with neither the State Law nor with human conscience.

Key words: *medical ethics, ethical commitments, conscience clause*

Владимир Александрович ГУТОРОВ[1]
Doktor filozofii, profesor, kierownik Zakładu Teorii i Filozofii Wydziału Nauk Politycznych, Petersburski Uniwersytet Państwowy

Биомедицинская этика в древнем мире

Представление о том, что процесс врачевания неотделим от моральных норм, определяющих отношение индивида к своему окружению, по-видимому, восходит к эпохам более отдаленным, чем наиболее древние из цивилизаций. Древнекитайская поговорка гласит: «Чтобы понять настоящее, надо изучать древность». И хотя ни китайским, ни индийским, ни греческим и римским историкам (исключение составляет Гален) никогда не приходила в голову мысль обратиться к истории медицины, сделав ее единственным объектом исследования, мы располагаем достаточным количеством исторического материала для того, чтобы проследить в глубине веков динамику эволюции этических представлений, связанных с искусством врачевания.

На ранних стадиях истории человеческого рода, когда еще не появилась письменность, медицина, как и другие искусства и ремесла, возникала и передавалась в устной фольклорной традиции, воплощаясь в многообразные мифы и верования, обычаи и практику. Современные археологические и этнографические исследования подтверждают, что традиция врачевания возникла задолго до появления ранних цивилизаций и письменности. Она восходит к отдаленным периодам, когда инстинкт и ум человека, перешедшего к новой стадии существования по сравнению с низшими антропоидами, соединились в поисках средств избавления от боли и преодоления многочисленных недомоганий. Позднее, по мере вытеснения чисто животных инстинктов на периферию психики, человек объединяется с членами своей семьи и друзьями в борьбе с последствиями ран и болезней. Именно на этой стадии можно говорить о возникновении медицины как своеобразной комбинации творческих усилий в борьбе со слабостью, болью и нуждой. Эти усилия неотделимы от чувств сострадания, милосердия, жалости и доброты, которые в дальнейшем, по мере превращения врачей в особую корпорацию, легли в основу профессиональной медицинской этики.

История древней медицины разделяется на три больших периода. **Первый**, и наиболее продолжительный из них, начинается с появлением человека и завершается возникновением письменности в ранних цивилизациях Месопотамии, Египта, Индии и Китая. **Второй** период продолжается несколько тысячелетий и завершается эпохой грандиозного культурного переворота (I тыс. до н.э.), когда в Древней Греции возникли ранние философские школы и медицина впервые становится объектом научной рефлексии. **Третий** период, знаменующий расцвет древней медицины завершается вместе с падением Рима в V в. н.э. Возникно-

[1] Статья написана при участии Е. А. Гуторовой.

вение традиции медицинской биоэтики связано с двумя последними периодами. Во втором периоде она является доступной для нас лишь в той мере, в какой сохранились письменные источники.

1. Месопотамия, Египет, библейская медицина

Древнейшей из цивилизаций древнего Ближнего Востока является шумерская, от которой ассиро-вавилоняне заимствовали многие элементы своей культуры. Данные археологических раскопок свидетельствуют, что уже в V тыс. до н.э. на территории Месопотамии процветали богатые города (Ур, Лагаш, Киш и др.), обладавшие всеми атрибутами, характерными для древних цивилизаций – сложной системой управления, торговлей, ремеслами, искусством и литературой. И в этом регионе, как и в других регионах древнего мира, при строительстве жилищ и храмов сооружались очистные сооружения и системы водоснабжения, свидетельствующие о том внимании, которое уделялось гигиене.

Среди многочисленных глиняных табличек уже встречаются таблички с медицинским содержанием, в том числе и личные печати врачей. В вавилонский период в правление царя Хаммурапи (2285–2242 гг. до н.э.) была разработана система законов, регулирующих здоровье и благосостояние членов общины, включая заботу о гигиене и профилактике. В Вавилоне и Ниневии существовали жреческие школы, в которых, наряду с религией, астрономией, математикой и искусством законодательства, преподавалась и медицина.

Ранняя вавилонская медицина ассоциировалась с религией и магией и была прерогативой особой группы жрецов (assipu). Позднее появились профессиональные группы светских врачей (asu) и хирургов, деятельность которых регулировалась специальными законами. Жрецы первоначально имели дело с внутренними болезнями, в особенности – с нервными и умственными расстройствами, вызываемыми, по общему поверью, демоническими силами и излечиваемыми при помощи магических заклинаний. Напротив, светские врачи занимались переломами, вывихами и ранами, для излечения которых религиозных средств было недостаточно. Сам термин «ашу» в равной степени относился как к самому врачу, так и, например, к писцу, напоминая тем самым современный термин «доктор», обозначающий ученую степень, присуждаемую на Западе выпускникам университетов.

В найденной при раскопках Ниневии библиотеке ассирийского царя Ашшурбанипала были обнаружены таблички, содержащие древнейший медицинский компендиум. Автор этого документа разделяет медицинскую практику на три различных группы: 1) лечение; 2) хирургия; 3) инструкции для произнесения заклинаний. По наиболее вероятному предположению, список заклинаний предназначался для светских врачей, которые не принадлежали к сословию жрецов и проходили курс обучения у своих старших собратьев по профессии. Использование врачами магических слов и заклинаний при приготовлении лекарств и преподнесении их пациентам было традиционной данью народным религиозным верованиям, отразившимся в мифах о происхождении человека и болезней.

Согласно вавилонскому мифу, человек был создан путем смешения крови обезглавленного бога Бела с землей. В мифе содержится ясное указание на то, что кровь рассматривалась как основание жизни. Ассиро-вавилонская религия основывалась на почитании природы, все природные явления ассоциировались с определенными богами. Главным богом, связанным с излечением, был Эа – бог космических глубин, один из божественной триады, правившей мирозданием (наряду с богом неба Ану и богом земли Белом). Болезни и другие несчастья рассматривались как наказанье за неповиновение богам и нарушение религиозных табу. Даже если прегрешение было совершено по принуждению или незнанию, ответственность целиком ложилась на нарушителя. Больной, таким образом, рассматривал охватившую его болезнь как ясное подтверждение совершенного греха. Распространенным было также убеждение, что внутренние болезни вызываются невидимыми чужеродными телами, входящими в тело вместе с пищей, питьем или вдыхаемым воздухом. Эти чужеродные элементы ассоциировались со злыми духами.

Жрецы, принадлежавшие к наиболее образованному классу и усваивая некоторые элементы врачебного искусства, объявляли себя посредниками между богами и простолюдинами. Они предсказывали источники и исход болезней, истолковывая божественную волю, умилостивляя богов и изгоняя злых духов.

Хотя в настоящее время кажется совершенно очевидным, что многие возникшие в древней Месопотамии медицинские гипотезы были фантастичны, нельзя игнорировать и того факта, что в рамках этих наполненных предрассудками гипотез прокладывали дорогу вполне рациональные идеи, вступавшие во взаимодействие с многообразными сведениями из области астрономии, математики, права. Даже если вавилонская медицина не может считаться рациональной, внутри нее уже начали развиваться метафизические идеи, отнюдь не противоречащие современным медицинским истинам. Например, представление о том, что различные органы тела управляются верховным существом – всемогущим богом Эа, предвосхищают принцип церебральной координации различных нервных центров; сопряженная с первобытными предрассудками идея о демоническом происхождении болезней также была большим шагом вперед, поскольку она укрепляла мысль о внешних источниках заболеваний. Представление о том, что физическое заболевание является нарушением религиозных запретов (табу), содержало в зародыше идею и происхождении болезней в результате заражения. Об этом свидетельствует, например, следующий текст из таблички, найденной в библиотеке Ашшурбанипала: «Запрещается идти впереди человека, на которого наложен запрет или позволять находящемуся под запретом идти впереди себя, спать на кровати, сидеть в кресле, есть или пить из посуды, принадлежащей такому человеку».

Для ранних древневосточных культур характерным является высокая оценка врачебного искусства. Соответственно в условиях непрекращающихся войн социальное положение врачей в иерархии восточных деспотий было довольно высоким. В кодексе Хаммурапи (около 1950 г. до н.э.) вознаграждение врачей регулировалось специальными законами в соответствии со шкалой, устанавливающей социальный ранг пациента, его платежеспособность, а также в зави-

симости от характера заболевания. В законе специально подчеркивалось, что профессиональное вознаграждение причиталось врачу только в случае излечение пациента. В противном случае он был не вправе требовать от пациента платы за свой труд. В то же самое время в случае смерти пациента в результате хирургической операции высокий социальный статус спасал врача от слишком суровых наказаний, которым подвергались простые члены общины в соответствии с распространенным в древних государствах правом – jus talionis (смерть за смерть). Крайним наказанием для хирурга в этом случае было отсечение руки.

Характерно, что в кодексе Хаммурапи крайние наказания относились именно к хирургам, а не к врачам, лечившим внутренние заболевания. Причиной такого различия был, по всей видимости, тот простой факт, что лечение внутренних болезней находилось по большей части в руках жрецов и заклинателей, рассматривавших себя посланниками богов, волю которых они выражали, не опасаясь наказаний со стороны властей. Хирург, с другой стороны, имея дело с видимыми повреждениями и ранами и использовавший методы лечения, лишенные какого-либо мистицизма, считался ответственным за последствия своих действий.

Характер вавилонского законодательства свидетельствовал, таким образом, о том, что этические стандарты, лежащие в основе медицинской практики, были пронизаны кастовой моралью.

Проводить параллели между древнеегипетской и вавилонской медициной довольно трудно. Хотя обе медицинские системы ассоциировались с религиозным мистицизмом и жреческой магией, они все же существенно различались между собой. Вавилоняне были более систематичны в своих исследованиях, стремясь объединить заимствованные из астрономии и математики идеи с медицинской эрудицией. Египтянам, напротив, было свойственно объединять знание и легенды, они редко проводили различие между фактами и фантазиями. Во многом это было обусловлено стремлением постоянно опираться на древнюю традицию.

Египтяне отличались от вавилонян также и по характеру определения и лечения болезней. Последние трактовали заболевания с точки зрения их симптомов по следующей схеме: «если у человека на лбу струп, то следует делать то-то и то-то» или «если у человека заболел зуб, надо применить такое-то средство». Египтяне, напротив, стремились определить и описать саму болезнь и подобрать соответствующие лекарства, при этом заранее определяя соответствующие его пропорции.

Согласно сведениям, имеющимся в хронике египетского историка эпохи Нового царства (после 1580 г. до н.э.) Манефона, медицина культивировалась в Египте уже в IV тысячелетии до н.э. Фараоны древних династий проявляли большой интерес к анатомии: фараон Джосер из третьей династии имел прозвище «Са» (божественный врач), фараон Снофру (2830–2530 г.г. до н.э.), во времена которого началось строительство пирамид, прославился своим покровительством медицине. Поразительные достижения египтян в области мумифицирования тел покойных уже в эпоху Древнего царства косвенно подтверждают истоки их интереса к анатомии.

Греческий ученый Климент Александрийский (ум. в 215 г. н.э.) сообщает, что все египетские знания были традиционно разделены на сорок две священных книги, создание которых приписывалось богу Гермесу (Тоту). Последние шесть книг были посвящены медицинским вопросам и включали в себя анатомию, описание болезней, лекарств и медицинских инструментов. Эти священные книги служили в качестве своеобразных учебных пособий для жрецов, которые в древнейшие времена были единственными врачами. Неукоснительное следование священным предписаниям было основой древнеегипетской терапии.

Вслед за Тотом в египетских медицинских анналах следовали Апис и Серапис, которые также почитались в качестве божественных патронов медицины. Имя Аписа сохранилось и в греческой мифологии. Согласно ряду греческих мифов, Апис был царем племени аргивян, уступившим трон своему брату Эграту. Вслед за этим он отправился в Египет с целью вывести местный народ из варварского состояния, приобщив его к изящным искусствам. Египтяне, обожая его при жизни, стали воздавать ему после смерти божественные почести. Расцвет его правления относится к 1745 г. до н.э. и этот же период считается временем расцвета древнеегипетской медицины.

В эпоху Нового царства стали составляться обширные медицинские хрестоматии и компендиумы. Найденный в 1862 г. знаменитый папирус Эберса включал в себя рецепты, восходящие к фараонам VI династии (около 3400 г. до н.э.). Папирус включал в себя около 800 предписаний, разбитых на секции в соответствие с различными органами и болезнями. В нем подробно описываются не только сами лекарства, но и те количества, которые необходимо принимать при различных заболеваниях. Только в некоторых случаях указываются симптомы, но, как правило, болезни только названы без каких-либо подробных их описаний.

Знание анатомии, проявившееся, как уже отмечалось выше, в искусстве бальзамирования, имело у египтян религиозные корни. Специалисты в этой области были хорошо знакомы с положением основных внутренних органов, с кровеносными сосудами и их взаимосвязью. Особое внимание уделялось сердцу, которое нельзя было повредить при бальзамировании в ходе манипуляции внутренними органами вслепую, поскольку сердце считалось вместилищем души и ума. Мозг удалялся специальными инструментами через ноздри после пробития специального прохода.

Анатомические знания накапливались постепенно. Многие египетские иероглифы, служащие для обозначения внутренних органов, изображают животных. Очевидно, что египтяне еще в древности обнаружили сходство в расположении органов у человека и некоторых видов животных, положив, таким образом, начало сравнительной анатомии.

Своеобразный этический характер имела и египетская гигиена, соблюдение правил которой практически совпадало с представлением о правильном образе жизни, подкрепляемым многочисленными нравоучительными примерами и рассказами. Греческий историк Геродот, побывавший в Египте в V в. до н.э. писал: «Образ же жизни египтян вот какой. Желудок свой они очищают каждый месяц три дня подряд, принимая слабительные средства, и сохраняют здоровье рвотными и клистирами. Ведь, по их мнению, все людские недуги происходят от

пищи. Вообще же египтяне, исключая ливийцев, самый здоровый народ на свете, что зависит, по-моему, от климата (ведь там нет смены времен года). Действительно, [климатические] перемены приносят людям большинство недугов, в особенности же смена времен года» (II, 77).

Вполне возможно, что, описывая образ жизни древних египтян, Геродот использовал греческую медицинскую литературу, содержащую диетические предписания. Не приходится, однако, сомневаться, что аналогичные предписания практиковались египетскими врачами с глубокой древности.

Древнеегипетская терапия традиционно подразделяется современными исследователями на а) магическую, б) эмпирико-магическую, в) эмпирическую, г) эмпирико-рациональную, д) рациональную. Эмпирико-магические методы лечения отличались от традиционной первобытной магии тем, что врач предусмотрительно следовал народным поверьям при назначении лечебных средств. Например, перед тем, как определить – какое лекарство необходимо пациенту, врач произносил заклинания, положив рядом с больным амулет. Назначение лекарства происходило, как правило, до восхода солнца. Эмпирические методы лечения были также традиционными в том смысле, что они не учитывали физиологического воздействия лекарственных средств. Эмпирико-рациональный метод лечения основывался на использовании лекарственных смесей, применение которых нередко определялось опытом их физиологического воздействия. И, наконец, рациональные методы хорошо засвидетельствованы в «Хирургическом папирусе» Э. Смита, в котором практические рекомендации по лечению вывихов и переломов сопровождались также диетическими и гигиеническими предписаниями, наряду с назначением лекарственных смесей. Например, в папирусе Эберса часто рекомендуется опиум в качестве обезболивающего средства. Использование этого средства возводилось к богине Изиде, излечившей, согласно легенде, головную боль верховного бога Ра с помощью лекарства, приготовленного из семян маковых растений.

В отличие от египтян древние евреи не оставили сколько-нибудь пространных медицинских документов. Тем не менее библейская история, начинающаяся с пророка Авраама (ок. 2500 г. до н.э.), сохранила немало медицинских традиций и практик, проливающих свет на древнюю медицину в целом. Подобно другим древневосточным народам, древние евреи разделяли веру в сверхъестественное происхождение медицинских явлений, отличаясь только тем, что, приписывали здоровье и болезнь одному единому божественному источнику. Болезнь и преждевременная смерть, согласно библейской монотеистической догматике, происходят только от Бога. Считалось, что каждый, кого поразил какой-либо телесный недуг, нарушил ту или иную религиозную заповедь. Хорошими примерами являются история Мариам, пораженной проказой за свои упреки Моисею (Числа, 12: 10) или история с наказанием той же болезнью царя Озии, оскорбившего священников (Паралип, II: 19–21).

Основу библейской морали составляло своеобразное сочетание теократии (идеи высшей божественной власти) и *филономизма*, т.е. веры в превосходство рода, общины над входящими в нее индивидами, в необходимость безоговорочного подчинения человека родовому принципу, освященному властью Йахве.

Поэтому ответственность за преступление вождя или нескольких его подданных могла быть возложена на всю общину в целом. Так, содомиты были наказаны слепотой за оскорбление Лота (Быт. 19: 11), а на египтян обрушилась чума за грехи фараона (Быт. 12: 17).

Согласно Ветхому завету, излечение также является божественным атрибутом. Это следует, например, из следующего пассажа: «(Моисей) возопил к Господу и Господь показал ему дерево, и он бросил его в воду, и вода сделалась сладкою. Там Бог дал народу устав и закон и там испытывал его. И сказал: если ты будешь слушаться гласа Господа, Бога твоего, и делать угодное пред очами его, и внимать заповедям его, и соблюдать все уставы его, то не наведу на тебя ни одной из болезней, которые навел Я на Египет; ибо Я Господь (Бог твой), целитель твой» (Исход 15: 25–26).

Поскольку болезнь рассматривается как естественное последствие греха, только молитва и раскаяние могут излечить или же воспрепятствовать возникновению болезни (Паралип. II 7: 13–15). Вместе с тем, общий характер религиозных запретов был вполне совместим с вполне здравой медицинской практикой, включавшей в себя и регулирование деятельности светских врачей, которые не были жрецами. Как и в древнем Междуречье, ограничения касались только внутренних болезней, симптомы которых не были ясны, как, например, при эпилепсии или малярии. Ограничений не было в случаях с травмами, этиология которых очевидна (см.: Исход 21: 9). Врачи рассматривались как представители божественной власти. Даже сами пророки использовали при излечении больных уже распространенные врачебные приемы. Например, пророк Илия, призванный к ребенку, находившемуся на пороге смерти (он почти не мог дышать), использовал следующий метод лечения: он вынес его на свежий воздух, положил на крыше дома и «простерся» над ним, возможно, применив тем самым один из приемов искусственного дыхания.

Сам факт, что за несколько столетий до Гиппократа в древней Иудее существовали профессиональные врачи, не прибегавшие к заклинаниям и магии, надежно засвидетельствован в Ветхом Завете. Первым из библейских царей, отделившим медицину от религии, был царь Аса (915–875 г.г. до н.э.): «И сделался царь Аса болен ногами на тридцать девятом году царствования своего, и болезнь его поднялась до верхних частей тела; но он в болезни своей взыскал не Господа, а врачей» (Паралипом. 16: 12). Иов упоминает врачей, но не верит им (Иов. 3: 4). В целом возникает вполне правдоподобная картина: жрецы не занимались врачеванием внутренних болезней, охраной здоровья занимались профессиональные врачи, которым вменялось в обязанность наблюдать за больными проказой, чумой, гонореей (zab), заботиться о выполнении распоряжений властей, относящихся к области социальной гигиены – изоляции очагов заражения, контактов с телами людей, умерших от заразных болезней и т.д.

Жрецы Иерусалимского храма не имели юрисдикции в отношении лечения болезней и их профилактики, они сами вызывали врачей в случае заболевания. Для этих целей специально существовали врачи, жившие при храме.

Но, конечно, главным достижением библейской медицины была не разработка диагностики и новых методов лечения, но именно принципов социальной гиги-

ены путем законодательного закрепления тех профилактических мер, которые должны были обеспечить здоровье и благосостояние народа как социального целого. В основе законов Моисея лежала забота о физической и нравственной чистоте. Предупреждение эпидемий, запрет проституции (и тем самых ограничение распространения венерических заболеваний), практика обрезания и периодических омовений, регулирование сексуальной жизни (запреты на браки с близкими родственниками, на противоестественные половые отношения и извращения), строгие диетические предписания, изоляция венерических больных как социально опасных элементов общины – все эти меры были направлены на формирование «богоизбранного народа» (см.: Исход 19: 6). В данном случае несущественно – являются ли те гигиенические и профилактические меры, которые были объявлены в Пятикнижье Моисея, чисто религиозными запретами или же вполне обдуманными рекомендациями светского свойства. Ни один из древнеегипетских медицинских документов не содержит столь развернутой профилактической «программы», как законодательство Моисея.

2. Биомедицинская этическая традиция в Древнем Китае и Древней Индии

Из всех древневосточных цивилизаций, древнекитайская была наиболее замкнутой, а ее медицинская традиция в высшей степени оригинальной. Китайская биомедицинская этическая традиция определяется той исключительной ролью, которая в ней играли заветы и авторитет прошлого. Ее основными элементами были своеобразная философия мироздания, которая в дальнейшем обогащалась этикой даоизма и конфуцианства. В основе китайской космической философии лежала концепция, согласно которой со времени сотворения мира возникли две противоборствующие силы – *ян* и *ин,* позитивный и негативный принципы, от которых зависят все природные явления. *Ян* представлял совершенную сущность неба, солнца, дня, тепла и мужского начала, тогда как *ин* олицетворял несовершенную сущность луны, земли, ночи, холода и ассоциировался с женским началом. Обозначая вечное противоборство, эти принципы лежали в основе религии, искусств и наук, включая астрономию и медицину. Великое многообразие вещей, различие полов, характеров в конечном итоге определялись преобладанием одного из принципов.

Китайская философия рассматривала человека в качестве микрокосма – «миниатюры неба и земли» и как единство животного и духовного начал. Эта же концепция с глубокой древности была применена к пище, лекарствам и травам. Наиболее укрепляющие и целительные средства рассматривались как воплощение *ян*, в то время как наименее эффективные – как проявления противоположного начала *ин.* Одухотворенная вера в природный дуализм женского и мужского начал как основы природных процессов не стимулировала открытий в области медицины. За 4000 лет ее изучения китайцы имели очень мало оригинальных медицинских школ или направлений. Китайские врачи черпали мудрость у предков, древнее искусство передавалось от отца к сыну, от мастера к ученику.

Старейшим из бесчисленных медицинских текстов считался трактат, приписываемый «Желтому Императору» (2698–2598 г.г. до н.э.). Он имел название «Ясные вопросы Желтого Императора» и действительно состоял из вопросов, которые властитель задавал своему министру. Ко времени династии Джоу (около 900 г. до н.э.) в Китае сложилась система государственной медицины со сложной системой экзаменов и последующей выдачей лицензий, позволяющих врачам практиковать. Наибольшее доверие оказывалось тем из них, кто получил образование у своих родителей, и особенно тем, кто мог указать наибольшее число предков-профессионалов. Искусство врача, ориентированного на традицию, имело практический характер, исключая, таким образом, возможность формирования теоретических школ в медицине. В этом смысле, процессы развития медицинских знаний в Китае радикально отличались от тех процессов, которые мы можем наблюдать в Древней Греции, начиная с рубежа VI–V вв. до н.э.

Весьма характерно, что величайший китайский философ Конфуций (551–479 гг. до н.э.), один из основоположников китайской философской этики не только не интересовался медициной, но и всецело разделял традиционные взгляды на нее. Афоризмы Конфуция так же применимы к медицинскому искусству, как и к живописи или поэзии. Приведем наиболее знаменитые из них: «Учиться, не думая – потерянный труд; думать, не учась, опасно»; «освоение сомнительной доктрины приносит вред»; «человек может расширять свои принципы, принципы не могут расширить человека: следовательно – человек более велик, чем любая система мыслей»; «на вопрос ученика – может ли человеческий долг быть выражен в одном слове, (Конфуций) ответил: “Разве слово ‘воздаяние’ не выражает долг”».

Хорошо известно, что афоризмы Конфуция на протяжении столетий были той питательной почвой, на которой развивалась китайская медицинская этика. Первым врачом, составившим кодекс медицинской этики был легендарный хирург Хуа То (115–205 гг.), которого китайская традиция неизменно именовала «богом хирургии». Он развивал идеи хирурга Бянь Дзяо, применившего анестезию при удалении желудка. В дальнейшем трактаты по медицинской этике стали неизменным атрибутом обучения начинающих врачей. Об этом свидетельствует уже следующие рассуждения трактата, написанного в эпоху династии Мин: «Когда пациент серьезно болен, лечи его так, как бы ты желал, чтобы лечили тебя. Если тебя призвали, чтобы дать совет, иди немедленно и не откладывай. Если тебя просят дать лекарство, давай сразу и не спрашивай (пациента) богат он или беден. Стремись всем сердцем спасать жизнь и тогда твое собственное счастье пребудет всегда. Посреди мрака этого мира будь уверен в том, что кто-то тебя оберегает. Если тебя призывают излечить тяжелого больного, а ты думаешь только о том, чтобы добыть от пациента денег и твое сердце не исполнено любви к ближнему, будь уверен, что посреди мрака этого мира найдется тот, кто накажет тебя».

Этические стимулы китайской медицины безусловно способствовали новаторским поискам в самых различных ее областях. Древние китайские врачи, вероятно, были первыми, кто стал использовать органы животных для лечения тяжелых заболеваний, создав тем самым гомеопатическую органотерапию. Пре-

параты из печени, почек и легких использовались для приготовления лекарств, воздействующих на соответствующие человеческие органы. Вторые желудки кур прописывались при желудочных заболеваниях, яички животных – для лечения импотенции, сперма молодых самцов и их ткани использовались в качестве восстанавливающих лекарств, ткань плаценты – для облегчения родов и т.д.

Геологи, работающие в Китае, имеют разочаровывающий опыт поисков останков крабов, поскольку гниющие крабы издревле считались идеальным материалом для изготовления противоядий при отравлении ядами минерального, металлического и растительного происхождения. Великий врач Джан Джун Чин (около 170 г.), которого современные ученые называют «китайским Гиппократом», был автором трактатов о лихорадках и диетике, считавшихся хрестоматийными на протяжении столетий.

В древнем Китае сформировалась законодательно оформленная традиция, в соответствии с которой врач не считался виновным, если пациент умирал от передозировки лекарства. Но если больной умирал на операционном столе, врач привлекался к ответственности, поскольку было запрещено оперировать при любых обстоятельствах. Смертный приговор врачу мог быть заменен денежным выкупом по соглашению с родственниками умершего. Если умерший был членом царской семьи, врача хоронили вместе с ним. Этот обычай просуществовал до 1650 г. и был в дальнейшем заменен простым смертным приговором.

Приведем некоторые наиболее распространенные в китайских медицинских трактатах этические афоризмы: «Ты не можешь устранить беспокойства, пока не знаешь причины»; «невоздержанность в пище порождает болезнь, невоздержанность мысли подрывает ум»; «когда ты изучаешь болезнь, изучи сперва свой ум»; «человеческое тело похоже на тела любых тварей, но ум человека превыше любого творения»; «чтобы завершить созданное недостаточно и ста лет, но для разрушения один день более чем достаточен»; «ни один человек не может считаться хорошим доктором, если он не был сам болен»; «воистину хорошее лекарство всегда горько на вкус»; «когда ты в опасности, знай: один доктор излечивает, два доктора убивают»; «ты не можешь быть хорошо вылечен, если скрываешь свою болезнь»; «чтобы проверить – способен ли врач, не скрывай своих симптомов»; «рецепт хорош, но лекарство дурно»; «человек высшего свойства, не склонный к государственной службе, займется медициной»; «чтобы стать хорошим доктором, нужно сломать три руки три раза».

Представление о том, что все науки восходят к классической древнегреческой традиции, просуществовавшее в Западной Европе несколько столетий, оказалось в XX в. окончательно похороненным, благодаря раскопкам, произведенным археологами в Индии, которые обнаружили следы древнейших цивилизаций. Некоторые из них существовали еще в VI тыс. до н.э. За много тысячелетий до возникновения эллинской культуры древние арии уже умели строить большие города с хорошо организованной системой дренажа и водоснабжения. Филологи – исследователи древнейшего индийского языка санскрита, совместно с археологами доказали, что во времена процветания древних Египта и Месопотамии арии основывали там колонии, позднее расселившись по территории всей Евразии – от Алтайских гор до Пиренейского полуострова.

Индийская медицина может быть разделена на три отдельных периода: ведический, брахманский и буддистский.

Первый период прослеживается с древнейших времен вплоть до VIII в. до н.э. Термином «ведический» обозначается определенный период древнеиндийской цивилизации, отраженный в четырех священных книгах (ведах) – гимнах Ригведы (ок. 4000 тыс. до н.э.), песнях Самаведы, тайных заклинаниях Айюрведы и поздних гимнах Атарваведы. Ведические гимны – восхваления и молитвы, обращенные к различным арийским богам, не являются плодом поэтической деятельности какого-либо одного поколения. Они возникали и видоизменялись в течение многих столетий. Поэтические чувства и образы, отразившиеся в поздних пластах, носят отчетливый отпечаток религии и морали брахманов – жрецов и религиозных наставников, живших при дворах индийских правителей (раджей), а также в любой городской и сельской общине. Им приписывается создание брахманского кодекса законов, известных как «Законы Ману». Жизнеописания Ману мифического персонажа, сына Брахмы – одного из трех главных божеств древнеиндийского пантеона (наряду с Вишну и Шивой) до нас не дошли. Он считался в древности господином всех живущих на земле существ. От него ведет происхождение вера в бесконечное перевоплощение души.

Согласно этому верованию, любая душа человека или животного переселяется после очередной смерти в новорожденное тело, возвышаясь или, наоборот, ниспадая на лестнице жизни (от ничтожнейшей личинки до наделенного высшим интеллектом человека) в зависимости от заслуг или же прегрешений в предшествовавших существованиях. Таким образом, вера в будущие награды или наказания ассоциировались в брахманизме с цепью существований, не имеющих ни начала, ни конца.

В древнейший период индийской истории медицина, как и в других восточных цивилизациях, полностью находилась в руках жреческих каст. Эта традиция сохранялась и во второй – брахманский период. Основной медицинский кодекс, посвященный Айюрведе (знанию, науке о жизни), окончательно формируется в третий период, когда появились два основных сборника (самгиты) Айюрведы, написанные согласно традиции выдающимися врачами Сушрутой и Чаракой.

Первые упоминания о врачах имеются уже в Ригведе, где прославляется целительная сила трав и воды, а также названы, по крайней мере, две болезни – туберкулез легких и проказа. В ранних ведийских текстах не проводятся различия между болезнью и теми сверхъестественными силами, которые являются их причиной. В Атарваведе источником болезней названы черви, которым приписываются демонические свойства. В одном из гимнов призывается бог Индра, чтобы уничтожить червей у ребенка. При этом черви отождествляются с женскими демонами-арати. Название лихорадки «такман» одновременно означает имя демона, который ее вызывает.

Древнеиндийское общество было разделено на касты (варны). В связи с этим весьма характерна дифференциация лекарств, применяемых для низших каст и для высших. Например, когда сын Бимбесара, царя Магадхи (около 600 г. до н.э.) заболел, его попеременно погружали в шесть лоханей со свежим маслом,

а затем погрузили в седьмую, наполненную самым дорогостоящим маслом сандалового дерева.

Восстанием против брахманистской религии стал буддизм. Основатель нового учения Гаутама Будда игнорировал существование божеств народной религии, отрицал эффективность молитв и жертв, неизменность кастовой системы, подчеркивая, что только добросердечие и мягкость являются теми свойствами, с помощью которых душа может последовательно возвышаться в своих перевоплощениях. Он установил пять заповедей, которые необходимо соблюдать – против убийства, воровства, прелюбодеяния, пьянства и лжи и учил тому, что даже малейшее нарушение одной из этих заповедей в мыслях, словах или делах составляет прегрешение, препятствующее усовершенствованию души вплоть до состояния вечного сна, или нирваны.

Буддистский период (с 600 г. до н.э.) кладет начало каноническим книгам Будды. Они включали некоторые наставления медицинского свойства и по большей части относились к чудесным исцеленьям, особенно у детей. Огромное воздействие на формирование философского и этического подходов к проблеме болезней и исцелений оказало учение о карме, согласно которому общественное положение человека при его жизни, а также его физическое здоровье или недомогания являются результатом его поступков в предшествующем рождении.

Такая система этических представлений, конечно, сдерживала прогресс в медицинском знании. Слепота, например, объяснялась как наказание за излишнее сластолюбие в предшествующей жизни, хороший слух – как вознаграждение за то, что в предшествующем существовании человек повиновался законам, чутко прислушиваясь к тем, кто был его носителем. Таким образом, все болезни и телесные недостатки объяснялись грехами прошлого: туберкулез легких был наказанием за убийство, диспепсия – за воровство пищи, хромота – за похищение лошадей, безумие – за совершение поджога, эпилепсия – за занятие ростовщичеством, слепота – за похищение светильников, болезнь зубов – за доносительство и т.д.

Рациональная медицина в Индии, также связанная с появлением санскритских медицинских текстов, начиная с 600 г. до н.э., первоначально окутана мифологией. Согласно традиции, медицина и хирургия были возвещены верховным богом Индрой мудрецу Бхарадаваге, который в свою очередь передал ее Атрейе (около 600 г. до н.э.). Хирургия же была открыта Индрой сначала Дханвантари, а от него перешла к Сушруте. В соответствии с преданием, сохраненным в буддистском фольклоре, медицина развивалась в двух крупнейших центрах: на востоке в Бенаресе, где главой был Сушрута и на западе в Таксиле, где ее возглавил Атрейя.

В своем компендиуме Сушрута перечисляет 1120 болезней, которые он разделил на три класса: болезни, которые а) влияют на тело (например, раны); б) вызывают умственные расстройства; с) вызваны естественными причинами (случайное старение организма, врожденные заболевания, голод).

Старейший медицинский компендиум Атрейя Самгита, насчитывавший 46 500 стихов, восемьсот лет спустя был отредактирован и издан Чаракой из Кашмира, придворным врачом царя Каниски (около II в. до н.э.). Чарака был

философом, астрономом и врачом, обладавшим высочайшей культурой. Его медицинский труд, разделенный на восемь частей, содержал сто двадцать глав, охватывавших практически болезни всех человеческих органов. В нем были главы, посвященные лекарствам, диете и противоядиям, описывались хирургические инструменты, а также содержались инструкции по строительству лечебниц и специальных помещений для лечения маленьких детей. В частности, Чарака утверждал: «Лечебница должна быть прочной и не подверженной воздействию сильных ветров. Каждое ее помещение должно иметь доступ к чистому воздуху...и не должно подвергаться воздействию дыма, солнца, сырости или пыли, скверным звукам, вкусовым ощущениям или запахам».

Вполне естественно поэтому, что отчетливо представленное в индийских медицинских трактатах стремление к рациональному пониманию стоящих перед врачами проблем имеет ярко выраженную этическую направленность. Будучи по профессии хирургом, Сушрута требовал от своих учеников углубленного изучения медицины в целом. В своем трактате он утверждал: «Врач, которому недостает знаний в одной из этих областей, подобен птице, лишенной одного крыла».

В трактате Чараки, девизом к которому можно смело поставить его же собственный афоризм – «для больных врач – отец, для здоровых – он друг, когда болезнь миновала и здоровье восстановилось, он – охранитель» –, сформулированы основные требования, предъявляемые к тем молодым людям, которые намеревались посвятить жизнь медицине. В ученики «годен человек степенный, почтенного происхождения, не занимающийся никаким простым рукодельем, имеющий правильные глаза, рот, нос и хребет, тонкий, красный и чистый язык, правильные зубы и губы, не гнусливый, с твердым характером, бескорыстный, умный, обладающий рассудком и памятью, вообще даровитый и происходящий из фамилии врачей или, по крайней мере, вращающийся среди врачей, любящий истину, без недостатка какого-либо члена и какого-либо чувства, скромный, простой в одежде, опрятный, не вспыльчивый, благопристойный, набожный, сметливый и ловкий, прилежный к учению и стремящийся к усвоению одинаково как теоретических, так и практических знаний, нежадный и неленивый, желающий блага всем существам, следующий всем наставлениям своего учителя и преданный ему. Кто имеет эти качества, того называют учеником».

В свою очередь будущий врач должен «даром лечить и снабжать лекарствами браминов, учителей, бедных, своих друзей и соседей, людей набожных, сирот и чужестранцев, находящихся вдали от своего отечества». Напротив, «он должен отказывать во врачебном совете тем, которые убивали на охоте животных и ловили птиц, а равно также ссыльным и преступникам... Со всей душой он должен заботиться о лечении больного и, если бы даже он рисковал собственной жизнью, он не имеет права причинять ближнему какое-либо страдание и никогда не должен иметь в помышлении оскорбить жену другого, а также попирать ногами его имущество. В одежде и вообще по внешности он должен быть прост, не должен быть пьяницей и должен удаляться от худого общества. Его речь должна быть нежна, ясна, приятна, правдива и обдуманна. Пусть он сообразуется с местом и временем, упражняется в размышлении и постоянно старается под-

креплять и расширять свои знания... Когда врач в сопровождении человека знакомого и имеющего право на вход, вступает в жилище больного, он должен представиться хорошо одетым, с опущенной головой, размышляющим, с твердой осанкой и соблюдающим всякое возможное почтение. Тут его слово, мысль и чувство должны быть обращены ни на что другое, как только на лечение пациента и на то, что касается его положения. О происшествиях в доме не следует болтать, непозволительно также сообщать что-либо относительно угрожающей преждевременной смерти больного, где это может повредить ему или кому-либо... Даже с обширнейшими сведениями врач никогда не должен хвалиться своими знаниями. Многие даже от способного врача отказываются, если он любит хвастаться. И медицину поистине не так легко изучить. Поэтому пусть каждый учиться ей старательно и постоянно».

В своем поведении врач должен руководствоваться системой определенных этических запретов. Например, он не должен «никогда принимать от женщины подарка, разве только с согласия мужа или патрона». Предвосхищая гиппократов кодекс, Чарака дает совет «браться за лечение только такого человека, болезнь которого излечима, от всех же случаев неизлечимых болезней отказываться и вообще оставлять всякого такого пациента, который не выздоровел по истечении годичного срока, ибо даже и излечимые страдания по прошествии года становятся неизлечимыми». Чарака, однако, идет гораздо дольше Гиппократа, советуя «не прописывать никакого лекарства людям, которых не любит правитель или народ и которые в свою очередь огорчают их, а также людям чрезвычайно уродливым, испорченным, опасным, диким и неукротимым, коим не нужно советовать и помогать, и умирающим, равно также и женщине в отсутствии ее господина или патрона».

В трактате Чараки хорошо описан известный до сего времени тип медицинского шарлатана, выдающего себя за опытного врача. Такого рода люди «под маской врачей, для муки людей и настоящего обмана праздно шатаются по странам, потому что власти нерадивы». Они «жадно отыскивают случаи для практики. Услыхав о больном, они спешат к нему, выхваляют перед ним свои врачебные способности и неутомимы в исчислении ошибок пользующего врача. Друзей пациента они стараются расположить к себе путем небольшого внимания, лести и наущений и прославляют свою собственную непритязательность. Если они принимаются за лечение, то посещают во всякую минуту. Чтобы скрыть свое незнание и неумение излечить болезнь, они приписывают свой неуспех тому, что больной не имел нужных средств и ухода и не держал себя надлежащим образом. Когда они замечают, что больной должен умереть, они исчезают. Сходясь с людьми из народа, они отговариваются и умеют в качестве непричастных выхвалить свое искусство, в качестве профанов – унизить знания действительно сведущих врачей. Встречи же с образованными людьми они избегают, как путешественник избегает опасности густого леса».

Параллелизм между греческой и индийской рациональной медициной настолько бросается в глаза, что, учитывая бесспорный приоритет более ранней индийской традиции в описании болезней и методов лечения, а также в формулировании этического кодекса поведения древнего врача, многие современные

исследователи разделяют гипотезу о заимствовании греками медицинских знаний у своих индийских предшественников. Данная гипотеза пока не может быть ни надежно обоснована, ни бесспорно доказана (равно как и распространенное представление о заимствовании греками медицинских традиций из древнего Египта), поскольку факты прямых взаимовлияний надежно подтверждаются только начиная с эпохи эллинизма (т.е. с конца IV – начала III вв. до н.э.). Тем не менее параллелизм в отдельных случаях представляется вполне очевидным и мы вправе говорить о развивавшейся на протяжении нескольких тысячелетий традиции индоевропейской медицины (к которой принадлежали и индийцы, и греки). Но также очевидным представляется и тот факт, что только в древнегреческой медицине основные идеи биомедицинской этики получают наиболее полное философское и логическое обоснование.

3. Биомедицинская этика в Древней Греции и Древнем Риме

При всей обширности источников по истории греческой и римской медицины, проблема эволюции этических идей в этой области является одной из самых дискуссионных, прежде всего, вследствие запутанности вопросов об этапах становления светской рациональной медицины, о статусе врачебной профессии в античном мире и целого ряда других. Для понимания особенностей медицинской этики древнего мира важным является и следующий вопрос: какой именно слой врачей-специалистов стимулировал ее возникновение и последующее развитие. Как совершенно справедливо отмечал исследователь медицинского персонала в Древнем Риме Ю. Коппела, «...медицинский персонал (в древности) представлял собой разнородную группу. Среди врачей, вращавшихся в высших слоях римского общества, имелись ученые врачи-философы, в то время как в низших слоях встречались врачи, бывшие чуть ли не фельдшерами-самоучками. Работа последних была слишком повседневной и нетеоретической. Философы-врачи, со своей стороны, могли быть чистыми теоретиками, не занимаясь своим искусством практически. При этом следует также помнить, что врачи и прочий медицинский персонал не представляли собой какой-либо гомогенной группы. С точки зрения обучения латинское слово medicus и греческое слово iatros означали многие различные профессии, которые можно лишь с трудом и весьма неточно разграничить и определить. Современное значение слова “врач” нельзя даже сравнивать с тогдашним».

Греческое мировоззрение отличается синтетическим подходом к проблеме мироздания и человека. Рождение философии и теоретической медицины (вторая пол. VI – начало V вв. до н.э) происходило параллельно: философы не чуждались медицинских сведений, врачи обращались к философии в поисках методов познания, связанных с изучением природы человека. Возникает всеобщее убеждение: человека нельзя познать, не познавая природу, природу нельзя познать, не изучая человека. В человеке нельзя познать тело, не познавая души, ибо душа и тело взаимообусловлены, равно как и здоровье и болезнь. В сочинениях, входящих в гиппократовский кодекс, врач-философ представляется фигурой,

равной богам. Интерес к устройству мира и человека как микрокосма делали неизбежным обращение к медицине. Один из наиболее ярких представителей ранней философии Эмпедокл активно занимался врачеванием, написав сочинения «О природе» и «Врачебное слово» (Iatrikos logos).

Возникновение профессиональной медицины в Греции уходит в глубины религии и мифологии. Ее родоначальником по традиции считается бог Асклепий (Эскулап). Его культ первоначально был распространен в Пелопоннесе и Малой Азии, но постепенно становится общегреческим. В честь бога в укромных местах, на возвышенностях, среди священных рощ и лесов сооружаются асклепейоны – посвященные богу храмы, где больных пользовали жрецы. Прежде чем пациент туда допускался, он подвергался предварительному осмотру. Если он признавался безнадежно больным, то и вовсе не допускался в храм. Предварительное лечение состояло из запрета употреблять определенные виды пищи и питья (вина), очистительных средств и ванн. После этого двери храма открывались и пациент препровождался в обширный двор (абатон) храмовой лечебницы. Одним из наиболее эффективных методов лечения был так называемый «инкубационный сон» – погружение в сонное состояние на шкурах животных в специальной раке перед статуей Асклепия с целью получить божественное откровение и помощь. Находясь в летаргическом состоянии, больной получал оракул от Асклепия, который в дальнейшем истолковывался храмовыми врачами. Возможно, сон вызывался при помощи наркотического средства из мака или какого-либо другого растения. Считалось, что душа, улетая из тела в период сна, может лучше общаться с божественными силами, чем тогда, когда она находится в бренном теле. Лечение в храме Асклепия не было обусловлено альтруистическими принципами. Больной, достигший исцеления, должен был выплатить храму определенный гонорар и принести благодарственные жертвы.

Утвердившееся в прошлом веке представление, согласно которому возникновению рациональной профессиональной медицины предшествовало господство «храмовой медицины», было значительно поколеблено многочисленными надписями, найденными археологами в конце XIX – начале XX вв. В ходе изучения этих надписей было установлено, что уже к VII в. до н.э. в Греции (еще раньше в Ю. Италии и на Сицилии) возник институт государственных медиков, т.е. врачей, нанимаемых городской общиной для государственных нужд, ставший в дальнейшем основным конкурентом асклепейонов. Одним из самых ранних свидетельств появления общественных врачей является знаменитый рассказ Геродота о приключениях врача Демокеда из Кротона (Геродот III, 131 слл.). Демокед был нанят городом Эгиной после того как он независимо практиковал в течении года и снискал большую славу. На следующий год он отправился в Афины по приглашению тирана Писистрата, а в дальнейшем переехал на о. Самос, поскольку тамошний тиран Поликрат предложил ему гораздо большую плату. Следовательно, гипотеза о том, что только Гиппократ в V в. до н.э. вывел медицину из храмов, основав светскую школу на острове Кос, является, очевидно, не вполне достоверной – традиция светской медицины в Греции существовала изначально.

Универсальность греческого гения связана с теми импульсами, которые философия – сфера свободного исследования мира – дала ранним медицинским шко-

лам. К их числу относятся кротонская, агригентская (Ю. Италия) и киренаикская (Сев. Африка), о которой писал Геродот. Вместе с тем, следует отметить постоянно возраставшую роль гимнасиев в эпоху расцвета древнегреческой полисной культуры (V в. до н.э.). Распространение гимнасиев, в которых под руководством опытных педагогов (гимнасиархов) юноши осваивали эстетику тела, основы гигиены, способствовали возникновению особой отрасли народной медицины, получившей название «медицина гимнасиев».

Светский характер медицинских школ, усиленный распространением гимнасиев, имел крайне важные последствия – традиционные асклепейоны принимают более светский, открытый характер, перемещаясь из укромных мест в города. В результате именно в Греции возникает феномен, до этого неизвестный древним цивилизациям – секуляризированная медицина. Возникают три великие медицинские школы – на Родосе, Книде и Косе. Медицина обретает научную основу в эпоху великого культурного переворота VIII–V вв., когда, наряду с философией, возникли математика, астрономия, светская художественная литература (трагедия и комедия).

Именно многообразие конкурирующих направлений в медицине, которое стимулировалось спорами между различными философскими школами, породило столетие спустя тот великий этический конфликт, который, собственно, и лежит в основе современной медицинской биоэтики. Традиционное античное представление о смысле человеческой жизни состояло в том, что жизнь гражданина должна быть всецело подчинена государственным интересам. В IV в. до н.э. эту точку зрения отстаивал великий греческий философ Платон. Объектом его резкой критики стал гимнасиарх Геродик, разработавший специальную систему упражнений и диету, цель которых – максимальное продление человеческой жизни.

Главную угрозу человеческой жизни всегда составляли хронические заболевания и тяжелые травмы. И в древности, и, до известной степени, в настоящее время основным источником травм была война. Для античной традиции лечение ран и хронических заболеваний рассматривалось всегда как вид врачебной помощи, целью которой является восстановление сил человека для того, чтобы он в дальнейшем мог вернуться к своим традиционным занятиям ремесленника, воина, купца и т.д. Идея лечения просто с целью продления человеческой жизни казалась многим дикой. В этом плане критика Платоном Геродика является особенно показательной и заслуживает быть воспроизведенной более или менее полно. В диалоге «Государство» Платон всецело разделяет точку зрения врачей асклепейонов, не принимавших безнадежно больных: «Асклепиады, как утверждают, не умели направлять течение болезни, то есть не применяли нынешнего способа лечения. Геродик же был учителем гимнастики. Когда он заболел, он применил для лечения гимнастические приемы; сперва он терзал этим главным образом самого себя, а затем, впоследствии, и многих других.

– Каким образом?
– Он отодвинул свою смерть; сколько он не следил за своей болезнью – она у него была смертельной, и излечиться он, я думаю, был не в силах, вот он и жил, ничем другим не занимаясь, а только лечась да мучась, как бы не нарушить

в чем-либо привычный ему образ жизни. Так, в состоянии беспрерывного умирания он и дожил до старости благодаря своей премудрости.

– Хорошо же его вознаградило искусство!

– По заслугам, раз человек не соображал, что Асклепий не по неведению или неопытности ничего не сообщил своим потомкам об этом виде лечения. Асклепий знал, что каждому, кто придерживается законного порядка, назначено какое-либо дело в обществе и он его обязан выполнять, а не заниматься всю жизнь праздным лечением своих болезней... Так не сказать ли нам...: у кого от природы здоровое тело и кто ведет здоровый образ жизни, но схватил какую-либо необычную болезнь, таким людям и при таком их состоянии Асклепий указал, как надо лечиться, – лекарствами и разрезами надо изгонять болезни, сохраняя, однако, обычный образ жизни, чтобы не пострадали общественные дела. В случае же внутренних болезней, продолжающихся всю жизнь, Асклепий не делал попыток чуть-чуть облегчить положение больного и, изменяя его образ жизни и затягивая болезнь, удлинить человеку никчемную его жизнь да еще дать ему случай произвести, естественно, такое же точно потомство. Кто в положенный человеку срок не способен жить, того, считал Асклепий, не нужно и лечить, потому что такой человек бесполезен и для себя, и для общества» (Государство III, 406–407).

Разумеется, Платон выражает распространенный в античном мире утилитарный взгляд на жизнь и смерть, которые должны быть опосредованы государственной пользой. Этому взгляду Геродик противопоставил вполне современный взгляд на жизнь человека как священный дар, т.е. взгляд, имеющий сугубо моральную основу: человек является носителем моральной субстанции и имеет долг заботиться о жизни себе подобных.

Окончательно древнегреческий медицинский этический кодекс оформляется в гиппократовских сочинениях. Гипократ родился в 460 г. до н.э. на о. Косе. По отцу великий врач принадлежал к роду Асклепиадов. Непосредственными его наследниками были зять Полибий, и двое сыновей Фессал и Дракон. И древняя, и новейшая историография сходятся в признании его гения, но относительно частностей его жизни, сочинений, учения существует множество гипотез. К медицинской школе о. Коса, как и в других школах, кроме Асклепиадов по рождению, принадлежали и другие врачи, прошедшие обряд инициации. Гиппократов кодекс, безусловно, – продукт коллективного творчества. И сами входящие в него труды, и развиваемые в них теории невозможно распределить по отдельным авторам. Поэтому Гиппократ, известный нам по своим трудам, – далеко не реальное лицо, скорее, это семейный портрет школы. Его философия и этика – это этика школы и семейная этика.

Этика гиппократова кодекса является одной из составных частей его учения, наряду с философией, логикой, анализом челевеческой природы (антропологией). Помимо знаменитой «клятвы Гиппократа», этические вопросы рассматриваются и в других гиппократовых сочинениях – «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления», «Об искусстве», «О древней медицине», «О воздухах, водах и местностях» и, конечно, в не менее знаменитых «Афоризмах».

Жизнь Гиппократа приходится на эпоху софистов, когда все предшествующие традиции философского знания, обычаи и общественные институты подверглись критическому анализу. Медицина не была исключением. Занимаясь медициной, как и его предшественники, Гиппократ постоянно задавал себе вопросы – что такое медицина, каков ее предмет, ее цель? Что такое человеческий дух, каковы его свойства, способы развития? Главная задача трактатов «О древней медицине» и «Об искусстве» состоит в доказательстве положения о том, что медицина является главным и наиболее полезным искусством, так как ее целью является сохранение и восстановление здоровья, т.е. защита здорового человека и лечение больного. Ее основным правилом является воздержание от иллюзорных обманчивых советов неизлечимо больным.

Существование медицинского искусства является неоспоримым фактом. Его следует или признать или отрицать, например, при помощи того довода, что ни один из больных не был излечен средствами, специально изобретенными для данного случая. Существуют плохие врачи, это бесспорно, но существуют и хорошие, а без медицинского искусства все люди были бы в равной степени невеждами, так как случай единственно предписывал бы средства.

Против медицины приводились и другие доводы: многие больные излечиваются и без вмешательства врачей. Однако они восстанавливают здоровье, прибегая или к определенным вещам, или же их избегая – воздерживаются от питья или еды, принимают лекарства, т.е. прибегают к лечению, что доказывает необходимость медицины. Медицина, таким образом, существует и помимо врачей; она является реальным, необходимым и законным искусством, которое ученые люди доводят до совершенства и которое без их вмешательства представляет собой бесконечную совокупность разрозненных фактов и наблюдений. Медицина не всемогуща и не непогрешима. Смерть может наступить и в результате лечения. Она, например, не в состоянии победить болезнь, если сам больной ее постоянно поддерживает и провоцирует. В случае неудачи обычно обвиняют врача и жалеют пациента, тогда как нередко следует поступать противоположным образом.

Одним из наиболее весомых доводов, приводимых против медицины, был следующий: медицина выносит сама себе приговор, отказываясь заботиться о неизлечимо больных. Долг искусства излечения, достойного этого звания, заключается в том, чтобы излечивать всех. Искусство, обращающееся к легким болезням, которые могут быть излечены и без него, и отвращающее свой взор от тяжелых случаев, требующих помощи – не является ли оно мошенничеством? Врачи появляются там, где они излишни и исчезают там, где они необходимы.

Ответ Гиппократа звучит так: все упреки такого рода бессмысленны. Требовать от медицины исправлять неисправимое, значит требовать от нее чудес. Если болезнь сильнее всех даже наиболее могущественных терапевтических средств, медицина должна признать себя бессильной. Но такова природа вещей, а не только одной медицины. Иногда болезнь имеет настолько скрытый характер, что ее обнаруживают слишком поздно. Но и в этом случае следует обвинять природу, а не искусство. Медицина – истинное искусство, наблюдающее и истолковывающее человеческий организм вплоть до самых потаенных его прояв-

лений. Если она оставляет на произвол судьбы тех, кого считает неизлечимыми, то только потому, что она не желает тратить зря время и компроментировать себя.

Для того, чтобы медицина стала тем, чем она может и должна быть, необходимы две вещи: а) чтобы ее адепты обладали требуемыми качествами; б) чтобы они применяли методы, которые определяются природой самого искусства.

Если медицина безупречна, то этого ни в коем случае нельзя сказать о самих врачах. Автор трактата "Закон" относится к ним без всякого снисхождения, особенно к тем, кто позорит медицинское искусство. К их числу он относит и софистов, которые, не занимаясь врачеванием, только рассуждают о нем.

Гиппократ постоянно отмечал – для того, чтобы стать настоящим врачом, необходимо не только понимать природу профессии, но и специфику врачебных обязанностей. Профессиональные обязанности врача, быть может, являются наиболее важными их всех профессиональных кодексов. Это проистекает из природы самого объекта медицины – здоровья и жизни людей. Тем самым устанавливаются совершенно определенные отношения между врачем, пациентом и его семьей. Эти обязанности стали предметом специального изучения в гиппократовской школе, были возведены в кодекс и ненарушимый закон. В этом смысле современная медицинская этика ведет свое происхождение именно от гиппократовской традиции. Основные элементы этой этической традиции, переданные потомкам, облечены таким авторитетом, что даже сегодня никто не может отрицать большинство из них.

Наиболее древним и наиболее известным греческим кодексом медицинской этики является "Клятва Гиппократа". Само название говорит о том, что это не трактат в полном смысле этого слова, а формула клятвы, которую Гиппократ или какой-либо другой выдающийся представитель его школы предъявляет (устанавливает в качестве предварительного требования) ко всем стремящимся посвятить себя карьере врача.

Начинается она с предварительных клятвенных слов, за которыми следует перечисление обязанностей, свойственных медицинской профессии. Основная часть этого замечательного документа – перечисление обязанностей – носит чрезвычайно методический характер. Она включает в себя три отчетливо выделенных раздела: обязанности врача по отношению к своему учителю, обязанности врача по отношению к своим ученикам и обязанности врача по отношению к больным.

1. К учителю надо относиться как к отцу, испытывая к нему приверженность, уважение, а в старости проявляя нежную заботу. К его детям надо относиться как к родным братьям, обучать их бесплатно медицинской профессии, если у них имеется к ней склонность.

2. Ученикам, давшим клятву, учитель обязан передать все секреты своего мастерства, все результаты, добытые искусством и опытом.

3. Больным врач прописывает режим, наиболее благоприятный для их состояния, позволяющий наиболее эффективно бороться с болезнью, насколько позволяют ресурсы и опыт. Врач никогда не посоветует и не уступит наиболее настоятельным просьбам дать больным отравленное питье. Он никогда не спро-

воцирует выкидыша, сохраняя чистыми руки и свое искусство. Если врач входит в дом пациента, он вносит туда заботу и спасительные средства, не оскорбляя ничьей нравственности. Если в процессе лечения или в обычной жизни ему будет доверена тайна, он сохранит ее и никогда не разгласит.

Этические проблемы, затрагиваемые в трактатах "О благоприличном поведении" и в "Наставлениях", касаются качества гуманитарного образования врача, в особенности, необходимости изучения философии, манер и характера обращения со своими пациентами. Врач должен усвоить основные принципы философского образа жизни, чтобы относиться к людям подлинно гуманно. Словами надо пользоваться только для укрепления состояния больного и объяснения характера лечения, врач должен излучать спокойствие, быть уверенным в себе и действовать сообразно обстоятельствам.

Врач должен посещать больных часто или достаточно часто, чтобы не быть застигнутым врасплох внезапным усилением болезни.

Следя за своими манерами, скромностью туалета, выражениями, врач должен иметь перед собой только одну цель – оказать больному моральную поддержку и путем благотворного воздействия на его рассудок укреплять его надеждой на скорое выздоровление. Врач, заботящийся о своем имени, никогда не проявит колебаний в том, чтобы позвать своих коллег на помощь в особо затруднительных случаях. На консилиуме всякое самолюбие должно быть отодвинуто в сторону. Главное – установить истинную причину болезни и ее лечение, а не заставить восторжествовать свое мнение.

Вопрос о гонораре в гиппократовском кодексе также был подвергнут всестороннему методическому рассмотрению. В обыкновенных случаях, когда время терпит, лучше заранее договориться о гонораре не только потому, что у врача будет больше уверенности и шансов, что ему заплатят. Это придает уверенность и самому больному: он не будет бояться, что его оставят или им будут пренебрегать. Но в чрезвычайных случаях острого протекания болезни на первое место выступает немедленная реакция врача, а забота о гонораре – на второе. Врач должен видеть в гонораре только средство усовершенствования в собственном искусстве и умерять этим соображениям свои требования. Он не должен отказываться от бесплатного лечения, поскольку признательность сама по себе является платой; он должен охотней посещать чужестранцев и бедняков, поскольку этого требует человечность. Кто не любит людей, тот не любит медицину. Медицина – не искусство обогащения, но искусство делать благо.

Интересно, что в трактатах Салернской школы (XI–XII в.в.) гиппократовская традиция была возобновлена и усилена комментариями. Один из наиболее выдающихся представителей этой школы – Архиматеус в трактатах "О способе, при помощи которых врач должен обращаться с больными", "О наставлении врача", "Введение в медицину" предписывает врачу поведение, которого тот должен придерживаться вплоть до мельчайших жестов – от начальной стадии болезни вплоть до полного выздоровления больного. Другой представитель этой школы – Кофон ввел важное различие между медициной для бедных и медициной для богатых. Врач должен интересоваться всеми пациентами, но в выборе лекарств он должен учитывать различия, проистекающие из различных состояний (в пря-

мом и переносном смыслах). Бедным, но сильным и кряжистым, он должен выписывать медикаменты более грубые, которые окажутся не менее целебными и будут им стоить дешевле. Богатым и более изнеженным врач должен прописывать более пригодные для них и мягкие лекарства, которые более подходят их женственным натурам и не наносят ущерба их толстым кошелькам. Очистить архиепископа, как каменьщика было бы таким же преступлением против медицины, как и против церкви.

О том, насколько прочно в античном мире был усвоен и безоговорочно принят гиппократовский кодекс, свидетельствует, например, такой комментарий Стефана Афинского, жившего тысячу лет после смерти Гиппократа, к знаменитым вводным словам его "Афоризмов": "Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение трудно. Поэтому не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности".

Подробно комментируя фразу о взаимных обязанностях врача и пациента, Стефан Афинский, в частности писал:"...Слова "делать то, что необходимо", требуют более внимательного рассмотрения. Мы должны уточнить – что должен делать врач, когда его призывают к больному… Прежде всего, нужно начать с того, что врач должен отличаться представительностью и честностью, а также соблюдать все приличия в отношении прически, ногтей, запаха и характера поведения. Что касается прически, то волосы должны быть ни слишком длинны, ни неестественно коротки, поскольку оба вида нелепы. Его ногти не должны быть слишком длинны, за исключением случаев с хирургом, который нуждается в них в хирургии, используя ногти вместо щипцов...Он не должен также ни пахнуть дурно, ни пользоваться ароматическими маслами, поскольку последнее относится к привычке людей привлекать к себе внимание. Его одежда не должна быть ни слишком грязной, ни слишком утонченной, к примеру, нельзя одеваться в шелка. Что касается характера, то врач должен быть скромным и сдержанным не только как человек, но именно как врач. Он не должен быть несносным, самонадеянным и надоедливым, ведь это результаты излишней самоуверенности... Врач должен культивировать все эти привычки, в первую очередь, как человек, и только во-вторых, как врач".

Позднеантичные комментарии свидетельствуют, что гиппократовы этические принципы не претерпели в теории и на практике никаких изменений ни в эллинистическую эпоху (III–I в.в. до н.э.), ни в римский период античной истории. После того, как центр античной медицины стал перемещаться в эллинистический Египет (в Александрию), где ей покровительствовали все цари династии Птолемеев, исключительную широту получили развитие анатомии и хирургических экспериментов. Александрия стала единственным в античном мире местом, где анатомические исследования могли осуществляться на трупах беспрепятственно. Одной из причин такого положения вещей было усвоение греками египетских традиций бальзамирования, уменьшавших религиозный страх перед мертвыми телами. Второй причиной было само поощрительное внимание новых владык Египта к анатомическим экспериментам. Античные источники (напри-

мер, Цельс) повествуют о том, что царь Птолемей дал разрешение врачу Герофилу (родился около 335 г. до н.э.), внуку философа Аристотеля, которого называли "вторым Гиппократом", производить вивисекцию на преступниках для того, чтобы изучать на живых людях расположение, цвет, вид, размер, плотность тканей и органов. Плиний рассказывает, что сам Птолемей время от времени принимал участие в анатомических сеансах.

Такие эксперименты на живых людях вызывали осуждение. Христианский философ Тертуллиан так резюмировал свое отношение к подобной практике: "Герофил, этот врач или мясник, который изрезал шестьсот людей для того, чтобы исследовать природу, который убивал людей для того, чтобы изучить структуру их органов, не смог при помощи таких средств придти к совершенному пониманию внутренней структуры человека, поскольку смерть производит сильные изменения во всех частях и тем самым делает их внешний вид после смерти отличным от того, каким он был прежде, особенно если они умирали не естественной смертью, но среди смертельной агонии, которой их подвергло любопытство анатомов".

Новые медицинские школы – догматиков, эмпириков и методиков спорили между собой преимущественно по вопросам о методах лечения, принимая в качестве аксиомы гиппократовский этический кодекс. Если основатель школы догматиков Герофил развивал методику лечения на основе анатомических исследований, то его ученик Филин из Коса, возглавивший школу эмпириков, протипопоставлял анатомии наблюдение за внешними симптомами болезней и установлению диагноза на основе метода аналогии. Методизм, более тесно связанный с атомистической философией Эпикура, первоначально зародился в Риме и вскоре распространился по всему античному миру, включая Александрию. Его представители – Асклепиад, Фемисон, Фессал, Соран, Целий Аврелиан и др. развивали идеи римского поэта-эпикурейца Лукреция, автора поэмы "О природе вещей". Эпикурейцы учили, что, подобно тому, как все в природе состоит из атомов, человеческое тело также имеет атомарную структуру. Оно представляет собой особенную комбинацию атомов, принявших соответствующую форму в силу случайных обстоятельств. В своих методах лечения, например, Асклепиад – современник и друг Лукреция уделял особое внимание порам и пустотам человеческого тела, через которые в организм проникает жизненная энергия. Тем самым Асклепиад теоретически, вернее, на основе философско-догматического подхода предвосхитил идею обмена веществ в человеческом организме.

Последний великий представитель античной медицины – Гален, живший и работавший в Риме и Пергаме (Малая Азия) во II в., автор огромного количества сочинений, охватывающих все разделы медицины, писал трактаты по медицинской этике. К сожалению, до нас не дошел его трактат "О нравах", в котором нашла отражение его моральная философия. Развивая гиппократовские традиции, Гален написал специальное сочинение "Хорошим врачом можно стать только при условии, если становишься философом". Если врач чуждается физики, писал он, то как же он может постичь причины болезней тела? Если врач чужд морали, где он найдет силы и постоянство, чтобы побеждать трудности,

связанные с его профессией, как он станет достаточно бескорыстным и добродетельным, чтобы противостоять искушениям? Кроме утраченного сочинения “О нравах”, Гален написал и другие моральные трактаты: “О страстях и заблуждениях любого: как их различать и истолковывать”, “О различных образах жизни и их последствиях”, “Рассуждения против сект”, “О стыде” и многие другие.

Следуя Гиппократу, Платону и Аристотелю, Гален резко нападал в своих сочинениях на атлетику, целью которой было исключительно развитие физической силы путем увеличения веса и силы мышц, и развивал концепцию гигиенической гимнастики, обеспечивающей при помощи индивидуально подобранной системе упражнений, наиболее эффективное поддержание здоровья и душевных сил.

Литература

Геродот, *История в девяти книгах*, Ленинград 1972.

Гиппократ, *Избранные книги*, М. 1994.

Грекова Т. И., Мефодовский А. Ф., *Библейская медицина*, СПб. 1998.

Зайцев А. И., *Культурный переворот в древней Греции VIII–V в. до н.э.*, Ленинград 1985.

Платон, *Собрание сочинений в четырех томах*, Том 3, М. 1994.

Щепотьев Н., *Врачебная этика древних индийских и греческих врачей*, Казань 1890.

Chauvet E., *La philosophie des médecins grecs*, vol. I, Paris 1886.

Cohn-Haft L., *The Public Physicians of Ancient Greece*, Northampton 1956.

Denis J., *Histoire des théories et des idées morales dans l’antiquité*, 2. ed., vol. I–II, Paris 1879.

Filliozat J., *La doctrine classique de la médicine indienne. Ses origines et ses parallèles grecs*, Paris 1949.

Gordon B. L., *Medicine throughout Antiquity*, Philadelphia 1949.

Koppela J., *Das Medizinalpersonal im antiken Rom*, Helsinki 1987.

Leslie Ch. (ed.), *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley 1976.

Leslie Ch., Young A. (eds.), *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley 1992.

Moulinier L., *La pur et l’impur dans la pensée et la sensibilité des Grecs jusqu’à la fin du IV-ème siècle av*, J.C. Paris 1956.

Müller C. W., *Medizin, Effizienz und Ökonomie im griechischen Denken der klassischen Zeit*, Berlin 1994.

Pearson L., *Popular Ethics in Ancient Greece*, Stanford, California 1962.

Atheniensis S., *Hippocratis Aphorismos Commentaria I–II*, *Corpus Medicorum Graecorum*, ed. L. G. Westerink, Ediderunt Academiae Berolinensis Hauniensis Lipsiensis, XI, 1, 3, 1. Berolini MCMLXXXV.

Temkin O., *Galenism: Rise and Decline of a Medical Philosophy*, Ithaca 1973.

Temkin O., *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*, Baltimore 1991.

Резюме

Представление о том, что процесс врачевания неотделим от моральных норм, определяющих отношение индивида к своему окружению, по-видимому, восходит к эпохам более отдаленным, чем наиболее древние из цивилизаций. Древнекитайская поговорка гласит: «Чтобы понять настоящее, надо изучать древность». И хотя ни китайским, ни индийским, ни греческим и римским историкам (исключение составляет Гален) никогда не приходила в голову мысль обратиться к истории медицины, сделав ее единственным объектом исследования, мы располагаем достаточным количеством исторического материала для того, чтобы проследить в глубине веков динамику эволюции этических представлений, связанных с искусством врачевания.

Ключевые слова: биомедицинская этика, история медицины, биомедицина в древнем мире

Etyka biomedyczna w świecie starożytnym

Streszczenie

Przekonanie, że proces leczenia pozostaje nieoddzielnym od norm moralnych, określających stosunki indywiduum z jego otoczeniem, w sposób widoczny sięga epok znacznie dawniejszych, niż czasy najstarszych cywilizacji. Starożytne przysłowie głosi: „Aby zrozumieć teraźniejszość, trzeba zrozumieć przeszłość". I choć ani chińskim, ani indyjski, ani greckim i rzymskim historykom (wyjątkiem jest Galen) nigdy nie przyszła do głowy myśl, by zwrócić się ku historii medycyny, czyniąc z niej wyodrębniony obiekt badań, współcześnie dysponujemy dostateczną ilością materiału historycznego, by prześledzić antyczną ewolucję etycznych wyobrażeń, związanych ze sztuką leczenia.

Słowa kluczowe: *etyka biomedyczna, historia medycyny, biomedycyna w świecie starożytnym*

Biomedical ethics in the ancient world

Summary

The belief that the healing process is inseparable from moral norms, which define relations between individual and his or her surroundings, visibly reaches ages much earlier than the times of the oldest civilizations. The ancient proverb says: "To understand the present, you need to understand the past." And although neither Chinese nor Indian, nor the Greek and Roman historians (except Galen) never thought about turn to the history of medicine, making it a separate object of research, today we have a sufficient amount of historical sources, to investigate the ancient evolution of ethical ideas related to the art of healing.

Key words: *biomedical ethics, history of medicine, biomedicine in the ancient world*

Piotr STĘPNIAK
Prof. n. prawn., Zakład Prawa Medycznego,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Odpowiedzialność cywilna lekarzy a stosunek zatrudnienia

Artykuł jest poświęcony odpowiedzialności cywilnej, jaką ponoszą lekarze w związku ze świadczeniem usług zdrowotnych. Odpowiedzialność ta lokuje się przede wszystkim w dziedzinie prawa cywilnego, niektóre jej aspekty reguluje także prawo pracy. Ponieważ wiąże się ona z odpowiedzialnością cywilną zatrudniających lekarzy podmiotów leczniczych, w tym zwłaszcza szpitali, na wstępie nieco uwagi poświęcę także i temu zagadnieniu.

Problematyka odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych nabiera systematycznie znaczenia. Jest to skutkiem zmian systemowych i ekonomicznych w obecnej rzeczywistości gospodarczej i społecznej. Warto zatem przeanalizować jej najważniejsze zagadnienia.

Zasady odpowiedzialności cywilnej są zróżnicowane w zależności od tego, kogo ona dotyczy. Na innej podstawie odpowiada szpital, na innej lekarz, szerzej zaś personel medyczny. Odpowiedzialność szpitala wiąże się z funkcjonalnym aspektem jego działalności. Z kolei odpowiedzialność lekarza związana jest m.in. ze stosunkiem zatrudnienia, jaki łączy go ze szpitalem.

Analizując prawne aspekty funkcjonowania szpitali, w związku z którym powstawać mogą różnego rodzaju szkody, należy zwrócić uwagę na przepisy regulujące odpowiedzialność przedsiębiorstwa[1]. Przypomnieć warto, że obecnie, pod rządami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*[2], szpital traktowany jest właśnie jako przedsiębiorstwo. Zgodnie bowiem z art. 2 ust. 1 pkt 9 tej ustawy – „szpital jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne". W pkt 8 tegoż ustępu przedsiębiorstwo zostało zdefiniowane jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej[3].

Podstawowym przepisem określającym odpowiedzialność cywilną szpitala jako przedsiębiorstwa jest art. 435 Kodeksu cywilnego. Przepis ten reguluje odpowiedzial-

---

[1] Szczegółowo problematyka ta została omówiona m.in. w następujących komentarzach do Kodeksu cywilnego: E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008; Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – Część ogólna*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008.

[2] Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654.

[3] Nieco inaczej określa przedsiębiorstwo art. 55 Kodeksu cywilnego. Stanowi on bowiem, że przedsiębiorstwem jest zorganizowany zespół składników niematerialnych i materialnych przeznaczonych do działalności gospodarczej. Jak zatem widać, różnica polega tu na uwzględnieniu także składników niemajątkowych oraz wskazaniu celu, jakim jest działalność gospodarcza.

ność za szkodę na zasadzie ryzyka[4]. Chodzi o ryzyko związane z ruchem przedsiębiorstwa opartym na siłach przyrody, wskutek którego powstać może szkoda. Zgodnie z normą w nim zawartą, odpowiedzialność za szkody ponosi ten, kto przedsiębiorstwo prowadzi.

Do przedsiębiorstw poruszanych za pomocą sił przyrody został obecnie zaliczony także i szpital[5]. Uzasadnia to do postawienia wniosku, że jego odpowiedzialność cywilna wobec pacjentów oraz osób trzecich kształtuje się tak, jak odpowiedzialność przedsiębiorstwa. Odpowiada on zatem za wszelkie zdarzenia, w wyniku których mogą powstać szkody, związane z jego ruchem. Obejmuje ona odpowiedzialność za szkody powstałe podczas i w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny, zwłaszcza zaś lekarzy. Ponadto, zdarzenia losowe, których nie można przewidzieć. Dla przykładu tego, że w danym dniu pacjent złamie rękę, idąc do toalety na korytarzu. Tego rodzaju odpowiedzialność sięga więc bardzo daleko. Wobec pewnej nieuchronności tego rodzaju zdarzeń, uniknąć jej jest bardzo trudno.

Mając to na uwadze, ustawodawca dał szpitalowi różne możliwości obrony przed tego rodzaju odpowiedzialnością odszkodowawczą. Podstawowe jej zasady określa wskazany wyżej przepis art. 435 Kodeksu cywilnego. Dopuszcza on możliwość wyłączenia odpowiedzialności szpitala za szkodę spowodowaną jego ruchem, jeśli szkoda powstała wskutek siły wyższej, bądź wyłącznie z winy samego poszkodowanego albo też wyłącznie z winy osoby trzeciej, za którą szpital nie ponosi odpowiedzialności. Warunkiem jest jednak wykazanie, iż któraś ze wskazanych wyżej sytuacji wystąpiła. Musi to zrobić szpital, bowiem pociąga to za sobą określone skutki prawne dla niego. Dokładniej, zniesienie odpowiedzialności cywilnej (por. art. 232 Kodeksu postępowania cywilnego). Nie jest to jednak proste. Obserwacja praktyki sądowej wskazuje na to, że udowodnienie wystąpienia jednej z powyższych przesłanek wyłączenia odpowiedzialności odszkodowawczej w procesie cywilnym bardzo często nie udaje się. Chyba, że w grę wchodzą przypadki oczywiste. Dla przykładu, nieuwaga pacjenta, który wchodzi na śliską podłogę pomimo ostrzeżenia, wskutek czego przewraca się. Albo dostarczenie szpitalowi nieświeżej żywności, której spożycie powoduje zatrucia. Paradoks polega na tym, że w takich przypadkach do sporów odszkodowawczych na ogół nie dochodzi.

Wypada zgodzić się z M. Nesterowiczem, że powstanie szkody w szpitalach może dotyczyć dwóch aspektów ich funkcjonowania, tj. „winy organizacyjnej" oraz czynów lekarzy i innych osób personelu medycznego[6]. Analizując nieco dokładniej drugi z tych aspektów, należy wskazać, że obecnie o zakresie odpowiedzialności cywilnej lekarzy decyduje m.in. rodzaj stosunku zatrudnienia, jaki łączy ich ze szpitalem. Obecnie, najczęściej jest tak, że lekarze zatrudniani są w szpitalach publicznych na podstawie tzw. kontraktów, będących umowami cywilnoprawnymi oraz umów o pracę. W szpitalach niepublicznych, bądź też klinikach i lecznicach prywatnych również na podstawie kon-

---

[4] Szeroko na ten tej zasady m.in.: A. Śmieja, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez ruch przedsiębiorstwa (art. 435 k.c.)*, „Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu – Research Papers of Wrocław University of Economics" 2014, nr 372.

[5] Por. art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*.

[6] M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2007, s. 334.

traktów, poza nimi jednak w oparciu o umowy zlecenia, bądź będącymi ich odmianą – umowy o świadczenie usług medycznych. Znaczenie rodzaju zatrudnienia dla odpowiedzialności odszkodowawczej obecnie wyraźnie wzrosło[7]. Warto więc poświęcić mu nieco więcej uwagi. Tym bardziej, że, z uwagi na przemiany stosunków własnościowych, odpowiedzialność lekarzy ze szpitali publicznych stanowi tylko wąski fragment ich ogólnej odpowiedzialności cywilnej.

Umowa o pracę stanowiła w minionych dekadach powszechną, najszerzej w praktyce stosowaną podstawę stosunku pracy. Cechą odróżniającą tę umowę od tzw. umów cywilnoprawnych (kontrakt, zlecenie) jest specyficzny przedmiot tej umowy. Stanowi go bowiem praca wykonywana osobiście, w warunkach podporządkowania, w miejscu wskazanym przez zatrudniającego, a także na jego ryzyko[8]. Dalszy wywód w tym zakresie, dla jego większej przejrzystości, warto oprzeć o analizę przykładu konkretnej sprawy o odszkodowanie.

Powód J.N. w dniu 19 września 2008 r. uległ wypadkowi w drodze do pracy. W wyniku tego doznał uszkodzenia łąkotki kolana prawego. W dniu 12 października tegoż roku wykonano zabieg operacyjny w publicznym centrum ortopedii. Po zabiegu został ze szpitala wypisany z zaleceniem chodzenia przy pomocy kul łokciowych. Jego niezdolność do pracy określono do dnia 3 grudnia 2008 r. Po tym terminie, powód jednak dalej przebywał na zwolnieniach lekarskich. Skutkiem tego został zwolniony z pracy w dniu 26 kwietnia 2009 r.

W dniu 22 czerwca 2009 r. został ponownie przyjęty do centrum ortopedii, gdzie przeprowadzono zabieg artroskopii i usunięcia ciała wolnego. Trzy miesiące później, poddano go badaniu rezonansem magnetycznym. Badanie to stwierdziło podwyższoną punktowo intensywność sygnału łąkotki bocznej, rozfragmentowany róg tylni łąkotki przyśrodkowej oraz nieznacznie zwiększoną ilość płynu stawowego wokół kłykcia przyśrodkowego kości udowej. Opierając się o wynik tego badania, powód zarzucił trzem operującym go lekarzom popełnienie błędu lekarskiego.

Pierwszą kwestią, którą należy rozstrzygnąć w tej sprawie, jest prawidłowe określenie strony pozwanej. Wymaga to wskazania, jaki stosunek zatrudnienia łączył lekarzy ze szpitalem, w którym dokonano operacji. Powód bowiem pozwał o odszkodowanie właśnie lekarzy. Tak więc, lekarze byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę. Skutkowało to po ich stronie brakiem tzw. biernej legitymacji procesowej. Legitymacja ta pozwala na bycie pozywanym w procesie[9]. Nie mając tego rodzaju legitymacji, lekarze pozwanymi być nie mogli. Jeśli tak, to należało prawidłowo wskazać, kogo pozwać. Pomocna w tym zakresie jest treść dwóch przepisów, tj. art. 430 Kodeksu cywilnego oraz art. 120 § 1 Kodeksu pracy. Warto je przytoczyć. Artykuł 430 Kodeksu cywilnego stanowi, co następuje:

---

[7] Szerzej na ten temat m.in. P. Stępniak, *Prawne aspekty odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej oraz jego personelu*, w: *Sprawne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. nauk. M. Głowacka, J. Galicki, Poznań 2010.

[8] Por. Wyrok SN z 18 czerwca 1998, I PKN 191/98, OSP 1999, nr 10, poz. 184; także: *Kodeks pracy. Komentarz*, pod red. B. Wagner, Gdańsk 2004, s. 35.

[9] Art. 65 oraz art. 194–196 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – *Kodeks postępowania cywilnego*, Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.

> „kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności".

Przepis ten reguluje zasady odpowiedzialności przełożonego za podwładnego. W oparciu o wykładnię jego treści należy więc przyjąć, że lekarze byli podwładnymi podmiotu powierzającego im wykonanie operacji. Z redakcji wskazanego przepisu wynika zatem, że materialną przesłanką odpowiedzialności za szkodę jest stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania pomiędzy osobą powierzającą wykonanie czynności a tym komu czynność powierza się. W takim ujęciu, zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. Z kolei podwładnym jest osoba podlegająca temu kierownictwu oraz mająca obowiązek stosowania się do poleceń zwierzchnika. Podwładny wykonuje powierzoną mu czynność na „własny rachunek" tego ostatniego.

Wykładnia art. 430 Kodeksu cywilnego, prowadzi do wniosku, że szczególne znaczenie dla stosunku zwierzchnik–podwładny ma to, że ten pierwszy nie jest przy wykonywaniu danej czynności samodzielny. Pojęcie podporządkowania można jednak rozumieć szeroko i wąsko. W pierwszym przypadku chodzi o podporządkowanie ogólnoorganizacyjne. W drugim, tylko o podległość wskazówkom przełożonego, formułowanym przy wykonywaniu danej czynności. W konsekwencji określenie, kto jest przełożonym lekarzy może budzić pewne wątpliwości. W grę bowiem mogą wchodzić dwa podmioty albo jak kto woli – dwie osoby. Osoba fizyczna albo osoba prawna. Pierwszą z nich byłby przełożony hierarchiczny pozwanych ortopedów. Drugą – zatrudniający ich szpital.

W doktrynie prawa cywilnego i orzecznictwie sądów powszechnych przeważa drugie z tych ujęć. Tak więc, przyjmuje się, że zwierzchnikiem lekarza nie jest jego hierarchiczny przełożony, wskazany w strukturze organizacyjnej szpitala (np. ordynator), lecz sam szpital jako instytucja, a więc osoba prawna[10]. Wątpliwość może jednak budzić jego odpowiedzialność za działania fachowców, bo takimi są lekarze. Przysługuje im bowiem szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji[11]. Kształtuje się ona nie tylko w zależności od istnienia bądź nie stosunku zwierzchnictwa, lecz także od rodzaju stosunku zatrudnienia, jaki łączy ich ze szpitalem. W efekcie, chociaż szpital będzie odpowiadał za szkodę wyrządzoną pacjentowi przez lekarza jako jego zwierzchnik, to jednak zakres tej odpowiedzialności jest mocno zróżnicowany.

Ogólnym warunkiem koniecznym jego odpowiedzialności jest to, aby szkoda była następstwem wykonywania powierzonych lekarzowi świadczeń zdrowotnych, a także aby lekarze jako podwładni szpitala ponosili winę za jej powstanie. Mówiąc inaczej, zaistnieć musi odpowiedzialność bezpośredniego sprawcy, tj. lekarza[12]. Chodzi tu

---

[10] Szpital reprezentuje określony w statucie jego organ, tj. najczęściej dyrektor. Por. art. 38 Kodeksu cywilnego.

[11] *Komentarz do kodeksu cywilnego*, pod red. G. Bieńka, Warszawa 2005, s. 365.

[12] Dotyczy to także pielęgniarki, analityka medycznego, a także innych kategorii personelu medycznego.

w pewnym uproszczeniu, o sytuację, kiedy wykonał on świadczenie medyczne, np. zabieg operacyjny, wadliwie. Wynika to najczęściej z błędu w sztuce. Może on być spowodowany różnymi przyczynami, np. nieostrożnością albo niedbalstwem przy diagnozowaniu, wykonywaniu zabiegów, stosowaniu nieadekwatnych leków itp. Dla przyjęcia winy lekarza nie jest przy tym potrzebne wykazanie, że naruszył on przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego. Przeciwnie, zgodnie z poglądem wyrażonym przez Sąd Najwyższy, wystarczającym jest, aby zaniechał on przestrzegania zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku[13]. Warto zaznaczyć, że o ile przesłanką odpowiedzialności szpitala jako zwierzchnika lekarza jest zawsze wina podwładnego, o tyle nie jest wymagana jakakolwiek wina po stronie zwierzchnika.

Jeszcze inną przesłanką odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jako zwierzchnika lekarza jest ustalenie, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu, nie zaś przy okazji wykonywania czynności. Wymaganie wyrządzenia szkody przy wykonywaniu czynności powierzonej oznacza, że „pomiędzy powierzeniem czynności a działaniem, w wyniku którego powstała szkoda, powinien zachodzić związek przyczynowy. Rozważając istotę tego związku należałoby wskazać na artykuł 361 § 1 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Normalnymi następstwami działania w wykładni tego przepisu są zaś takie, które – na podstawie doświadczenia życiowego – można uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań, w odróżnieniu od wypadków, które poza taką regułę wykraczają[14].

Podkreślić należy, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego w sposób konsekwentny przyjmuje się zasadę, że w art. 430 Kodeksu cywilnego chodzi wyłącznie o szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu powierzonej czynności, nie zaś o szkodę wyrządzoną tylko przy sposobności jej wykonywania. Kryterium rozróżniania pomiędzy tymi dwoma sytuacjami jest cel działania sprawcy lub związek przyczynowy pomiędzy wyrządzoną szkodą a powierzoną czynnością. Jeśli można stwierdzić winę lekarza, zaś lekarz nie jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, szpital i lekarz odpowiadają solidarnie. Dla lekarza jest to odpowiedzialność bardzo daleko idąca, bowiem oznacza odpowiedzialność całym majątkiem.

Od zasady odpowiedzialności solidarnej, określonej w art. 430 Kodeksu cywilnego istnieją jednak wyjątki. Ich konstrukcja prawna oparta jest przede wszystkim na różnicach w rodzaju stosunku zatrudnienia, jakie łączy lekarza ze szpitalem. W najkorzystniejszej sytuacji jest on wtedy, kiedy podpisał umowę o pracę. Jest bowiem pracownikiem w rozumieniu tego kodeksu.

Przepisy prawa pracy korygują radykalnie na korzyść lekarza zakres jego odpowiedzialności cywilnej. Są one zawarte w podstawowym akcie prawnym, regulującym problematykę zatrudnienia, w tym również personelu medycznego, tj. Kodeksie pracy.

---

[13] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 kwietnia 1975 r. w sprawie II CR 140/75 (niepublikowany).

[14] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 1958 r. w sprawie I CR 867/58, OSPiKA 1960, poz. 292.

Warto jednak przypomnieć, że określenie pracownika w przepisach prawa pracy jest ścieśniające. Zgodnie bowiem z art. 2 Kodeksu pracy jest nim tylko osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Tylko ona korzysta z ochrony przed odpowiedzialnością cywilną przewidzianą w tym kodeksie. Tak więc, pomimo, że pracę można wykonywać albo jak kto woli być zatrudnionym także na innych podstawach niż dających osobie zatrudnionej status pracowniczy, przede wszystkim zaś na podstawie umowy o dzieło, umowy zlecenia oraz umowy agencyjnej, osoba która ją podejmuje nie będzie korzystać z elementów ochronnych prawa pracy[15]. Dotyczy to także ochrony przed odpowiedzialnością cywilną.

Zasady ochrony lekarzy przed tą odpowiedzialnością reguluje kilka przepisów Kodeksu pracy. Zostały one zebrane w Dziale Piątym Rozdziale I. Jako pierwszy należałoby wskazać art. 115. Zgodnie z nim, pracownik ponosi odpowiedzialność za szkodę w granicach rzeczywistej straty poniesionej przez pracodawcę i tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda. Przepis ten jest bardzo ważny, bowiem ustala jednocześnie zakres odpowiedzialności cywilnej pracodawcy, tj. podmiotu leczniczego, a więc również i szpitala.

Kluczowym jednak dla ustalenia samej zasady odpowiedzialności cywilnej operujących J.N. lekarzy ortopedów jest art. 120 § 1 Kodeksu pracy. Zgodnie z nim, w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, do jej naprawienia zobowiązany jest wyłącznie pracodawca. Komentując znaczenie tego przepisu dla ustalania odpowiedzialności cywilnej szpitala oraz zatrudnionych w nim lekarzy, warto powołać Uchwałę 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 1976 r. w sprawie III CZP 5/76[16]. Ma ona moc zasady prawnej i stanowi co następuje:

> „art. 120 & 1 Kodeksu pracy jest wyłomem w zasadach przyjętych w Kodeksie cywilnym w związku z odebraniem osobie trzeciej czynnej legitymacji materialnoprawnej w stosunku do sprawcy szkody, gdyż do naprawienia szkody w takim układzie zobowiązany jest wyłącznie zakład pracy".

Podkreślić należy, że przepis ten dotyczy szpitala bez względu na to, czy jest on publiczny, czy nie, spółdzielni lekarskiej, a nawet kliniki prywatnej. Oznacza to, że w każdym przypadku, kiedy lekarz zatrudniony jest na podstawie umowy o pracę, za wszelkie popełnione przez niego błędy i uchybienia, w szczególności zaś za błędy w sztuce lekarskiej, odpowiada – i to na zasadzie wyłączności – zatrudniający go instytucjonalny podmiot leczniczy.

Przepis art. 120 § 1 Kodeksu pracy uchyla zatem odpowiedzialność cywilną lekarza, bądź innego personelu medycznego jako pracowników wobec poszkodowanego pacjenta. Mówiąc inaczej, odbiera im czynną legitymację procesową, o której mowa jest w powołanej uchwale. Gdyby więc, operujący powoda lekarze nie byli zatrudnieni w centrum ortopedii na podstawie umowy o pracę, taką legitymację mieliby. Oznacza to, że mogliby zostać pozwani i odpowiadaliby za wyrządzoną jemu szkodę solidarnie ze szpitalem, w którym operowali. Pozwani pierwotnie lekarze byli jednak zatrudnieni

---

[15] *Kodeks pracy. Komentarz*, pod red. B. Wagner, Gdańsk 2004, s. 15.
[16] OSNCP 1977, nr 4, poz. 61.

w szpitalu na podstawie umowy o pracę. Korzystali więc z dobrodziejstwa ochrony przed odpowiedzialnością cywilną, przewidzianego w art. 120 § 1 Kodeksu pracy. Przysługuje ona pracownikom zawsze, niezależnie od tego czy szpital jest publiczny, czy też prywatny.

Reasumując uwagi sformułowane dotychczas, można więc postawić wniosek, że lekarz zatrudniony na podstawie umowy o pracę znajduje się w sytuacji komfortowej. Jego odpowiedzialność cywilna za wadliwe leczenie, zaniedbania itp. zostaje bowiem bardzo poważnie zredukowana. Szpital ma co prawda tzw. prawo regresu wobec lekarza, jednak z roszczenia tego może skorzystać dopiero wtedy, kiedy naprawił szkodę wyrządzoną pacjentowi. Najczęściej poprzez wypłacenie mu stosownego odszkodowania, ustalonego bądź w drodze ugody z nim, bądź też podczas postępowania sądowego.

Niezależnie od wysokości odszkodowania, konstrukcja roszczenia regresowego w przepisach Kodeksu pracy pozwala szpitalowi wezwać lekarza jedynie do zwrotu tylko części należnej kwoty. Nie może ona przekraczać 3-miesięcznego wynagrodzenia (por. art. 119 k.p.). Jeśli więc podejmie on decyzję o dochodzeniu roszczenia regresowego, może za zgodą pracownika kwotę regresu potrącać po prostu z wynagrodzenia do kwoty wolnej od zajęcia zgodnie z przepisami o egzekucji w zakresie określonym w przepisach Kodeksu pracy[17]. Warto przypomnieć, że wysokość odszkodowania ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia lekarza w chwili wyrządzenia szkody[18], a oblicza zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 29 maja 1996 *w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy oraz wynagrodzenia stanowiącego podstawę obliczania odszkodowań, odpraw, dodatków wyrównawczych do wynagrodzenia oraz innych należności przewidzianych w kodeksie pracy*[19]. Zapłata kwoty regresowej w sposób wskazany powyżej, pozwala więc uniknąć wysokich kosztów sądowych. Także kosztów postępowania egzekucyjnego, wszczętego przez komornika w oparciu o wyrok sądu. W braku jednak zgody na to ze strony lekarza, szpital musiałby wystąpić na drogę sądową.

Warto przy tym zwrócić uwagę, że regres jest prawem szpitala. Może więc z niego skorzystać albo nie. Jeśli więc szpital nie wystąpi wobec lekarza z roszczeniem regresowym, a nie musi tego zrobić, odpowiedzialności cywilnej ten ostatni nie poniesie w ogóle. Wyjątek od takiej reguły zachodziłby jedynie wtedy, kiedy lekarz wyrządziłby szkodę umyślnie. Praktyka pokazuje jednak, że sytuacje takie są niezwykle rzadkie. Inna jeszcze sytuacja, to sytuacja, kiedy szpital jest niewypłacalny bądź też został wadliwie ubezpieczony, wreszcie gdy szkoda została wyrządzona nie przy wykonywaniu świadczeń medycznych, lecz przy okazji ich wykonywania (tj. pełnienia różnych obowiązków pracowniczych).

Reasumując, pacjent, w naszym przypadku powód, któremu wykonano wadliwie operację kolana może dochodzić swoich roszczeń jedynie od centrum ortopedii. Operujący go lekarze, zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, podlegają reżimowi odszkodowawczemu, określonemu w Kodeksie pracy, nie zaś znacznie dalej idącym regułom Kodeksu cywilnego. Te ostatnie miałyby zastosowanie, w przypadku zatrud-

---

[17] Por. art. 832 Kodeksu postępowania cywilnego.
[18] Por. uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego w sprawie V PZP 4/75, OSNCP 1976, z. 1, poz. 2.
[19] Dz. U. Nr 62, poz. 289.

nienia ich na podstawie kontraktu bądź umowy zlecenia. Warto więc nieco szerzej omówić i to zagadnienie.

Sytuacja prawna przy zatrudnianiu lekarzy, a także innych osób personelu medycznego na podstawie umowy zlecenia jest zupełnie inna. Umowa ta jest bowiem umową cywilnoprawną. Jej istotę określają art. 734 § 1 oraz 735 § 1 Kodeksu cywilnego. Warto ich treść w tym miejscu przypomnieć.

> „Art. 734 § 1
>
> Przez umowę zlecenia przyjmujący zlecenie zobowiązuje się do dokonania określonej czynności prawnej dla dającego zlecenie

oraz

> Art. 735. § 1
>
> Jeżeli ani z umowy, ani z okoliczności nie wynika, że przyjmujący zlecenie zobowiązał się wykonać je bez wynagrodzenia, za wykonanie zlecenia należy się wynagrodzenie".

Z treści powołanego przepisu wynika zatem, że umowa zlecenia jest pod wieloma względami zbliżona do umowy o pracę. Tym niemniej, istnieje pomiędzy nimi kilka różnic i to o charakterze zasadniczym. Dwie najważniejsze polegają na tym, że zleceniobiorca nie wykonuje pracy pod kierunkiem zleceniodawcy, a więc zakładu opieki zdrowotnej, lecz całkowicie na własny rachunek, nadto iż nie musi wykonywać pracy w miejscu wskazanym przez zleceniodawcę. Z dwóch powyższych różnic, dla bytu i zasad odpowiedzialności cywilnej lekarza ważniejsza jest pierwsza. Skoro bowiem, nie świadczy on usług medycznych pod kierunkiem zwierzchnika wyznaczonego przez zleceniodawcę, to ten ostatni za wyrządzone szkody odpowiada wspólnie z lekarzem, w oparciu o zasadę solidarności. Oznacza to, że pacjent może pozwać o odszkodowania zarówno instytucjonalny podmiot leczniczy, jak i konkretną osobę świadczącą usługi zdrowotne, która bezpośrednio spowodowała szkodę.

Warto zauważyć, że sytuacja taka jest dla lekarza nieporównanie mniej korzystna. W przypadku zatrudnienia w oparciu o umowę o pracę jest on z mocy ustawy wyłączony z uczestnictwa w procesie (Kodeks pracy). Zupełnie inaczej kształtuje się jego sytuacja procesowa w przypadku zatrudnienia na umowę zlecenia. Przepisy Kodeksu cywilnego, które normują jej elementy, nie przewidują bowiem żadnego jej ograniczenia. W konsekwencji lekarz musi wziąć udział w procesie, chociaż solidarnie z zakładem opieki zdrowotnej, który go zatrudnił. Solidarność w tym przypadku oznacza jednak, że poszkodowany pacjent ma prawo pozwać jedynie samego lekarza. Może tak zrobić zwłaszcza w przypadku, kiedy zatrudniający go podmiot leczniczy stanie się np. niewypłacalny. W takim też przypadku, nawet gdyby wyrok zasądzał odszkodowania solidarnie od szpitala i lekarza, do zapłaty całości odszkodowania zobowiązany zostanie lekarz.

Podobnie sytuacja ma się w przypadku zatrudnienia na podstawie tzw. kontraktu. W jednym i drugim przypadku, odpowiedzialność lekarza jest w zasadzie nieograniczona.

Kończąc krótką prezentację problemów związanych z odpowiedzialnością cywilną lekarzy za ewentualne szkody wyrządzone pacjentom podczas i w związku ze świadczeniami medycznymi, warto postawić kilka wniosków końcowych.

1. Współczesny rynek pracy i usług medycznych jest bardzo elastyczny. Podlega przy tym ostrym regułom gry ekonomicznej. Ma to jednak swoje zalety i wady. Znajduje to odbicie we współczesnych uregulowaniach prawnych, omówionych w tym artykule.

2. Uregulowania prawne są obecnie bardzo elastyczne, co umożliwia dostosowywanie różnych konstrukcji prawnych, w szczególności zaś różnych umów o wykonywanie usług medycznych do potrzeb pracodawców lekarzy, a także ich samych. W artykule wskazywałem na to, że różne umowy o zatrudnienie dają nie tylko zróżnicowane korzyści, lecz pociągają za sobą różne ryzyka. Jedną z najważniejszych konsekwencji stosowania różnych umów jest zmniejszenie lub zwiększenie zakresu odpowiedzialności lekarzy za różnego rodzaju błędy i uchybienia, zwłaszcza zaś za błędy w sztuce.

3. W niniejszym artykule starałem się zarówno na to ryzyko wskazać, jak również rozważyć, w jaki sposób można je zredukować. Największe w tym zakresie możliwości daje umowa o pracę. Problem w tym, że nie zawsze tak pracodawca, jak i lekarz chcą ją zawierać.

4. Praktycznym wnioskiem, jaki wynika z powyższych uwag, jest zalecenie, aby ubezpieczać się od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywanym zawodem medycznym. Zwłaszcza zaś od odpowiedzialności za błędy w sztuce.

5. Zasady i zakres ubezpieczenia należy określać tak, aby w optymalny sposób chroniło ono lekarza przed odpowiedzialnością cywilną w sytuacji, kiedy wadliwie wykonanym świadczeniem zdrowotnym wyrządzi on pacjentowi szkodę.

Bibliografia

Gniewek E. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008.

Jończyk J., *Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym*, „Praca Socjalna" 2003, nr 9.

Kodeks pracy. Komentarz, pod red. B. Wagner, Gdańsk 2004, s. 15.

Komentarz do kodeksu cywilnego, pod red. G. Bieńka, Warszawa 2005, s. 365.

Nestorowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2007.

Radwański Z., Olejniczak A., *Zobowiązania – Część ogólna*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008.

Stępniak P., *Prawne aspekty odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej oraz jego personelu*, w: *Sprawne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. nauk. M. Głowacka, J. Galicki, Poznań 2010.

Śmieja A., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez ruch przedsiębiorstwa (art. 435 k.c.)*, „Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu – Research Papers of Wrocław University of Economics" 2014, nr 372.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654.

Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego w sprawie V PZP 4/75, OSNCP 1976, z. 1, poz. 2.

Wyrok SN z 18 czerwca 1998, I PKN 191/98, OSP 1999, nr 10, poz. 184.

Streszczenie

Artykuł podejmuje problematykę odpowiedzialności cywilnej lekarzy w związku ze świadczeniem usług zdrowotnych. Autor wskazuje, że odpowiedzialność ta kształtuje się w zależności od rodzaju ich zatrudnienia przez podmiot leczniczy. Reguluje ją więc prawo cywilne oraz prawo pracy. Sam podmiot leczniczy odpowiada jak przedsiębiorstwo, tj. na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza zależy od tego, czy zatrudniony jest na podstawie umowy cywilnoprawnej, czy też umowy o pracę.

Autor omawia szeroko konsekwencje różnych umów zatrudnienia. Wskazuje, że w najkorzystniejszej sytuacji jest lekarz jako pracownik w rozumieniu Kodeksu pracy. Jego odpowiedzialność cywilna zostaje w takim przypadku zredukowana do minimum, tj. do wysokości 3-miesięcznego wynagrodzenia. W przypadku umów cywilnoprawnych jest ona nieograniczona. W związku z tym, Autor zaleca, we wnioskach końcowych, zawieranie przez lekarzy umów ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność cywilna lekarzy, świadczenie usług zdrowotnych, podmiot leczniczy

Civil liability of physicians in relation to the type of their employment

Summary

The article addresses the issue of civil liability among physicians, in relation to rendered medical services. The author points out that such liability depends on the type of their employment in a given medical entity. It is thus regulated by both civil and labour law. The medical entity's liability is then that of an enterprise, that is, on the risk principle. The physician's liability may vary, according to the type of his/her engagement, either through civil-law agreement or standard contract of employment.

The author broadly discusses the consequences of diverse types of employment contract, indicating that the most optimal situation for the physician is to be employed within the labour code framework. His/her civil liability gets thereby reduced to minimum, that is, to the equivalent of 3-month wages. Contrastingly, in the case of civil-law agreements – it is limitless. Concluding, the author recommends the physicians to enter insurance agreements against civil-law liability.

Key words: *civil liability among physicians, medical services, medical entity*

Agnieszka WOJCIESZAK

Mgr, Katedra Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego
Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Forma sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich

1. Wstęp

Określenie transplantacja *ex mortuo* jest rodzajem skrótu myślowego, który nie oddaje w całości istoty aktu medycznego jakiego dotyczy[1]. Mówiąc o transplantacji *ex mortuo* mamy na myśli nie tylko transplantację samą w sobie, ale również szereg czynności, które ją poprzedzają. Dlatego też, zgoda wyrażana na ewentualny zabieg operacyjny dotyczy zarówno pobierania materiału biologicznego, jak i jego wszczepieniu.

W Polsce tak jak w przeważającej większości państw europejskich (np. Belgia, Austria, Hiszpania, Włochy) obowiązuje model zgody domniemanej (tzw. model *opting out*). Sposobem na wzruszenie tego domniemania są różne formy sprzeciwu wyrażonego przez dawcę za życia[2]. Takie rozwiązanie wprowadzone zostało również do polskiego systemu prawnego. Norma zawarta w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. *o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów* (zwana dalej: u.t.) stanowi, że pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu[3]. Podobny nakaz wyrażony w powyższej normie występuje w art. 33 KEL, zgodnie z którym lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepienia, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu[4]. Z kolei w przypadku osoby małoletniej lub osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy (sprzeciw zastępczy), z zastrzeżeniem, że małoletni, który ukończył 16 lat może również wyrazić ten sprzeciw.

Wzruszenie domniemania może nastąpić poprzez wykazanie, że osoba uprawniona wyraziła za życia sprzeciw wobec pośmiertnego pobrania tkanek, komórek i narządów[5]. Sprzeciw może, co do zasady, zostać wyrażony w formie przewidzianej przez ustawę[6].

---

[1] M. Świderska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 338.

[2] R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 484.

[3] Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. *o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, t.j. Dz. U. 2015, poz. 793. Podobne uregulowanie było zawarte art. 4 ust. 1 poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 26 października 1995 r. *o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, Dz. U. 1995, Nr 138, poz. 682.

[4] Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.

[5] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 484.

[6] J. Haberko, *Kilka uwag o pobieraniu tkanek, komórek i narządów od cudzoziemców*, „Medyczna Wokanda" 2011, nr 3.

Jeżeli pacjent nie wyrazi sprzeciwu, to traktowany jest jako potencjalny dawca *ex mortuo*. Innymi słowy, brak sprzeciwu zmarłego legalizuje pobranie ze zwłok ludzkich komórek, tkanek i narządów zarówno w celach diagnostycznych, leczniczych, jak i naukowych, a nawet dydaktycznych[7]. Zdaniem M. Nesterowicza lekarz nie musi więc uzyskiwać zgody rodziny, a nawet informować jej o pobraniu tkanek czy narządów od zmarłego. Z reguły chodzi bowiem o ratowanie życia innego człowieka, co nie powinno zależeć od stanowiska osób bliskich. Przy porównaniu wartości dóbr: integralności cielesnej zmarłego i ratowania życia pacjenta jest oczywiste, że to drugie musi przeważać[8].

Przeciwniczką modelu *opting out* jest E. Kujawa, która wskazuje na niski poziom świadomości społecznej w tym względzie. Autorka twierdzi, że model ten powinien być stosowany w sytuacjach, gdy praktyka taka ma już swoją tradycję oraz istnieje zaufanie do lekarzy, że nie będą w tej sferze dopuszczać się nadużyć[9].

Oprócz modelu *opting out*, w niektórych porządkach prawnych państw europejskich występuje model *opting in* (np. Grecja, Dania, Wielka Brytania). W modelu tym potencjalny dawca za życia wyraźnie udziela zgody na pobranie od niego materiału[10]. Zgoda ta może przybrać formę pisemną albo ustną w obecności świadków[11]. Istota przyjętej konstrukcji przejawia się w konieczności respektowania wyrażonej za życia wyraźnej i jednoznacznej zgody na pobranie po śmierci komórek, tkanek czy narządów[12]. W przypadku gdy osoba nie zdążyła lub nie mogła wyrazić takiej zgody może w ostateczności uczynić to za nią członek rodziny.

Trudno nie zgodzić się ze stanowiskiem M. Nesterowicza, który twierdzi, że konstrukcja zgody domniemanej jest przyszłościowa. Nie narusza ona praw osób zmarłych, a jednocześnie daje szanse ratowania życia pacjentom[13]. Jednocześnie niektóre państwa europejskie (np. Belgia, Szwecja) zrezygnowały z modelu *opting in* na rzecz modelu *opting out* argumentując to przede wszystkim tym, że model *opting out* sprzyja wzrostowi przeprowadzanych transplantacji.

W mojej ocenie ustawodawca słusznie wprowadził do polskiego systemu prawnego model *opting out*. Model zgody dorozumianej działa na korzyść szeroko pojętego środowiska transplantacyjnego. Mimo wielu wątpliwości natury praktycznej, jak i etycznej system *opting out* eliminuje nadmierny formalizm, powodując tym samym, że z roku na rok liczba przeprowadzanych przeszczepów wzrasta. Dzięki temu, coraz więcej osób oczekujących na przeszczep ma szanse dalej żyć.

Warto wspomnieć o tym, że mimo przyjęcia w Polsce modelu *opting out* możliwe jest złożenie oświadczenia zawierającego wyraźną zgodę na oddanie po śmierci swoich tkanek i narządów do przeszczepienia. Istnieje specjalny kwestionariusz „Oświadczenie woli – w nadziei ratowania życia innych" dostępny na stronie internetowej Pol-

---

[7] M. Świderska, *Zgoda pacjenta*..., op. cit., s. 338–339.

[8] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010, s. 326–327.

[9] E. Kujawa, *Opinia o ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, Druk senacki III Kadencji nr 246, Warszawa 1995, s. 4.

[10] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 484.

[11] Ibidem.

[12] J. Haberko, *Kilka uwag o pobieraniu tkanek, komórek i narządów od cudzoziemców*, „Medyczna Wokanda" 2011, nr 3.

[13] M. Nesterowicz, *Prawo*..., op. cit., s. 326.

transplantu, za pomocą którego potencjalny dawca może oświadczyć, że po śmierci chce, aby jego tkanki i narządy były wykorzystane do transplantacji[14]. Istotne z punktu widzenia potencjalnego dawcy jest to, że złożenie takiego oświadczenia ma charakter tylko informacyjny i nie wymaga żadnej rejestracji ani zgłoszenia. Z informacji zawartych na stronie internetowej Poltransplantu wynika, że tego rodzaju kwestionariusz został zarezerwowany tylko dla osób dorosłych. Rodzi się zatem pytanie jakie kryteria należy brać pod uwagę, aby stwierdzić, że dana osoba może być uważana za dorosłą. Wydaje się, że chodzi tu o kryterium wieku. Tak więc, biorąc pod uwagę dosłowne brzmienie informacji zawartych na stronie internetowej Poltransplantu wynika, że osoby niepełnoletnie nie mogą korzystać z tej formy wyrażania zgody[15]. Niemniej jednak, osoby poniżej 18 lat nie są pozbawione możliwości bycia potencjalnym dawcą. Warunkiem koniecznym jest tylko to, aby za swojego życia nie złożyły sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek i narządów.

Mimo wielu problemów natury prawnej związanych z „Oświadczeniami woli" wprowadzonymi przez Poltransplant, należy edukować społeczeństwo o takiej formie wyrażenia zgody. Warto pamiętać o tym, że przekaz medialny w tym zakresie powinien być wzbogacony również o rzetelne informacje na temat konstrukcji sprzeciwu[16]. Każdy z nas ma bowiem prawo decydowania o swoim ciele nie tylko w ciągu życia, ale również po śmierci.

Analizując tematykę zgody na transplantacje *ex mortuo* należy pochylić się nad zagadnieniem sprzeciwu pacjenta wobec pobrania i przeszczepienia komórek, tkanek i narządów. Obecna praktyka lekarska w zakresie transplantacji postmoralnej przewiduje szczególne formy w jakich pacjent powinien wyrazić swój sprzeciw skutecznie. Powszechnie przyjmuje się, że sprzeciw stanowi oświadczenie odwrotne wobec zgody. W związku z tematem niniejszego artykułu, nie sposób zatem pominąć zagadnienia dotyczącego formy, w jakiej powinien zostać wyrażony sprzeciw przez pacjenta.

2. Forma sprzeciwu

Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Sprzeciw może zostać wyrażony w jednej z trzech form przewidzianych w art. 6 u.t.:

1) wpis w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich;
2) oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis;
3) oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone.

Pierwszy z wymienionych sposobów wyrażenia sprzeciwu polega na dokonaniu wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów prowadzonym przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant. Z kolei drugi, polega na pisemnym

---

[14] Kwestionariusz dostępny na stronie: http://www.poltransplant.org.pl/ow.html, 5.03.2016.
[15] Informacje dostępne na stronie: http://www.poltransplant.org.pl/ow.html, 5.03.2016.
[16] R. Kubiak, *Prawo*…, op. cit., s. 487.

wyrażeniu sprzeciwu i zaopatrzeniu go we własnoręczny podpis, natomiast trzeci wymaga złożenia ustnego sprzeciwu w obecności co najmniej dwóch osób, które potwierdzą pisemnie złożone oświadczenie. Powyższe sposoby odnoszą się również do sprzeciwów składanych przez przedstawicieli ustawowych (art. 6 ust. 2 u.t.). Natomiast dla skuteczności sprzeciwu wyrażonego w imieniu małoletniego lub osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnej wymagane jest złożenie sprzeciwu przez jednego przedstawiciela ustawowego (art. 6 ust. 3 u.t.)[17].

Sprzeciw można wyrazić w każdym czasie. Jednak cofnąć go skutecznie można tylko w formach przewidzianych przepisami prawa (art. 6 ust. 1 u.t.). Wobec braku złożonego za życia sprzeciwu do pobrania komórek, tkanek i narządów, prawo do decydowania o dalszym losie ciała zmarłego pozostaje w rękach zakładu leczniczego[18]. Niestety teoria mija się z praktyką. Najczęściej dochodzi do sytuacji, w których lekarz stara się uzyskać zgodę od najbliższych osób zmarłego na przeprowadzenie przeszczepu. W konsekwencji, rodzina często zwlekając z podjęciem decyzji o przeprowadzeniu przeszczepu doprowadza do jego uniemożliwienia z uwagi na zbyt długi czas, jaki upłynął od chwili śmierci (w takich przypadkach często dochodzi do niewydolności wielonarządowej, która deklasyfikuje komórki, tkanki i narządy do przeprowadzenia transplantacji *post mortem*).

Co istotne, ustawodawca nie nakłada na personel medyczny obowiązku pozyskania zgody na transplantacje od rodziny nieżyjącego. T. Gardocka twierdzi, że pobranie komórek, tkanek lub narządów wymaga spełnienia określonych warunków. Po pierwsze, musi nastąpić stwierdzenie faktu śmierci. Procedurę stwierdzania tego faktu regulują obwieszczenia Ministra Zdrowia. Można domniemywać, że lekarze obawiają się podejrzeń osób najbliższych o przedwczesne stwierdzenie, iż nastąpiła śmierć i można wobec tego pobrać ze zwłok komórki, tkanki lub narządy. Uzyskanie zgody osób najbliższych na dokonanie pobrania, usuwa w odczuciu lekarzy taką obawę. Jest to chyba jedyna obawa lekarzy, którą można zrozumieć – obawa oskarżenia o przedwczesne stwierdzenie śmierci, czyli o zaniechanie leczenia[19].

A) Sprzeciw wyrażony przez małoletniego poniżej 16 roku życia

Szczególną uwagę należy zwrócić na sytuację małoletniego określoną w wielokrotnie przywoływanym art. 5 ust. 1 u.t. Ustawodawca w tym przepisie określił dwie grupy osób, które mogą złożyć sprzeciw: osoby pełnoletnie, które składają go samodzielnie albo w przypadku małoletniego poniżej szesnastu lat lub osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych sprzeciw taki może złożyć jej przedstawiciel ustawowy. Z art. 6 ust. 3 u.t. wynika, że sprzeciw może być wyrażony tylko przez jednego przedstawiciela ustawowego. Rodzi się zatem pytanie, co w sytuacji, gdy małoletni po-

---

[17] Zob. J. Strzebińczyk, *Prawo rodzinne*, Kraków 2003, s. 292; J. Gajda, *Kodeks. rodzinny i opiekuńczy. Akty stanu cywilnego. Komentarz*, Warszawa 2002, s. 381; J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, System Informacji Prawnej LEX.

[18] Zob. T. Gardocka, *Pobieranie*…, op. cit., s. 98–99.

[19] Ibidem, s. 98–99.

siada dwóch przedstawicieli ustawowych (ojca i matkę) o odmiennych stanowiskach w kwestii przeprowadzenia transplantacji? Biorąc pod uwagę dosłowne brzmienie art. 6 ust. 3 u.t. można dojść do wniosku, że nawet jeżeli jeden spośród dwóch przedstawicieli ustawowych opowiada się za, a drugi przeciwko pobraniu komórek, tkanek i narządów od małoletniego, to i tak sprzeciw jednego przedstawiciela ustawowego jest skuteczny w stosunku do pozostałych. Jak słusznie zauważa R. Kubiak zgoda drugiego rodzica nie ma więc znaczenia prawnego[20]. Wydaje się, że w sytuacji, gdy dochodzi do sprzecznych stanowisk pomiędzy przedstawicielami ustawowymi w sprawach istotnych dla dobra dziecka, należy skierować sprawę do sądu w celu jej rozstrzygnięcia (art. 97 § 2 k.r.o.). Należy jednak mieć na uwadze fakt, że Kodeks rodzinny i opiekuńczy przyjmuje zasadę tzw. samodzielnej reprezentacji rodzica mającego władzę rodzicielską. Oznacza to, że rodzice decydują wspólnie, ale przejaw tej decyzji może być objawiony lekarzowi przez jednego z rodziców w postaci sprzeciwu wobec pobrania po śmierci dziecka[21]. Niemniej jednak, dla skuteczności sprzeciwu składanego przez przedstawiciela ustawowego istotne jest to, aby został złożony za życia małoletniego, a nie po jego śmierci.

B) Sprzeciw wyrażony przez małoletniego powyżej 16 roku życia

Zupełnie inaczej przedstawia się sytuacja małoletniego powyżej szesnastego roku życia. W myśl art. 5 ust. 3 u.t. małoletni powyżej szesnastego roku życia może wyrazić sprzeciw. Z kolei art. 6 ust. 3 u.t. wprowadza pewną nieścisłość, ponieważ zgodnie z tym przepisem sprzeciw przedstawiciela ustawowego lub osoby, o której mowa w art. 5 ust. 3 u.t. jest skuteczny w stosunku do pozostałych. Ustawodawca posługując się alternatywą łączną w postaci spójnika „lub" wprowadza możliwość kumulatywnego (wraz z przedstawicielem ustawowym) bądź też samodzielnego wyrażenia sprzeciwu. Tym samym, ustawodawca umożliwił małoletniemu powyżej szesnastego roku życia samodzielne decydowanie o „dalszym życiu swojego ciała". Jak słusznie zauważa R. Kubiak z dogmatycznego punktu widzenia, dobro, którym dysponuje zainteresowany, ma ściśle osobisty charakter[22]. Podzielam zdanie M. Świderskiej, która uważa, że ten ściśle osobisty charakter samostanowienia, także po śmierci, uzasadnia wyjątek od zasady, iż oświadczenie woli może być skutecznie złożone tylko przez osobę o pełnej zdolności do czynności prawnych[23].

2.1. Centralny Rejestr Sprzeciwów

Sprzeciw na pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów można wyrazić przy pomocy systemu informatycznego prowadzonego przez Centrum Organiza-

---

[20] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 490.

[21] J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *Komentarz do art. 5 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, System Informacji Prawnej LEX.

[22] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 491.

[23] M. Swiderska, *Zgoda pacjenta*..., op. cit., s. 340–341.

ZGŁOSZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DUŻYMI LITERAMI CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

W PRZYPADKU NIEPRAWIDŁOWEGO WYPEŁNIENIA ZGŁOSZENIE ZOSTANIE ODESŁANE DO NADAWCY BEZ REJESTRACJI W CENTRALNYM REJESTRZE SPRZECIWÓW.

Adresat: POLTRANSPLANT, Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa

ZGŁOSZENIE

Wnoszę o wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, iż wyrażam sprzeciw na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów.*

Wnoszę o skreślenie wpisu sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie po śmierci, tkanek i narządów.*

A. DANE OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY**

1 . Numer ewidencyjny PESEL										

2. Nazwisko	3. Pierwsze imię
4. Drugie imię	5. Data i miejsce urodzenia

B. ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY

6. Kod pocztowy	7. Miejscowość
8. Poczta	9. Ulica
	10. Nr domu 11. Nr lokalu

C.ADRES DO KORESPONDENCJI**
(wypełnić, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

12. Kod pocztowy	13. Miejscowość
14. Poczta	15. Ulica
	16. Nr domu 17. Nr lokalu

D. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

18. Numer ewidencyjny PESEL										

19. Nazwisko	20. Pierwsze imię

21. Drugie imię	22. Data i miejsce urodzenia

* niepotrzebne skreślić

** gdy sprzeciw (cofnięcie sprzeciwu) dotyczy osoby niepełnoletniej lub osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych w punktach „A" i „B" wpisuje się dane tej osoby, a w punktach „C" i „D" dane osoby będącej jej przedstawicielem ustawowym; w takim przypadku podpis składa przedstawiciel ustawowy.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy faktu, iż wyrażenie sprzeciwu (cofnięcie sprzeciwu) w powyższej formie będzie skuteczne od daty wpisu (cofnięcia wpisu) w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Data ta będzie uwidoczniona na otrzymanym przeze mnie zawiadomieniu określonym w § 2 ust. 3 i w § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze (Dz.U.06.228.1671).

.....

miejsce, data i podpis osoby składającej zgłoszenie**

Wypełnia Jednostka Organizacyjna:

• numer sprawy .....

• data rejestracji w systemie .....

• adnotacje urzędowe .....

• podpis operatora CRS .....

Ryc. 1. Wzór formularza zgłoszenia o wpis sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek tkanek i narządów albo skreślenie takiego wpisu

cyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant". Ustawodawca w art. 7 u.t. postanowił kompleksowo określić sposoby w jaki sprzeciw ma być wyrażany oraz możliwość jego wykreślenia z rejestru. Ponadto, w art. 7 ust. 3–4 u.t. sprecyzowano zakres informacji, jakie gromadzone są w rejestrze – chodzi tu przede wszystkim o dane osobowe składającego sprzeciw. Zgłoszenie sprzeciwu następuje za pośrednictwem strony internetowej Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant" po wypełnieniu odpowiedniego formularza umieszczonego na stronie internetowej www.poltransplant.org.pl. Formularz sprzeciwu można otrzymać również w zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie internetowej „Poltansplantu" sprzeciw należy zgłosić osobiście lub listownie po wypełnieniu formularza i przesłania go do Centralnego Rejestru Sprzeciwów w Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji w Warszawie. Jeśli formularz został wypełniony prawidłowo, to osoba zgłaszająca sprzeciw zostanie powiadomiona listownie o jego wpisaniu do rejestru. W przypadku gdy formularz zawiera dane nieprawidłowe lub niepełne, wtedy sprzeciw nie zostanie zarejestrowanym, o czym zgłaszający również zostanie powiadomiony[24].

Wpisu do Rejestru dokonuje się z zachowaniem danych umożliwiających identyfikację osoby, której sprzeciw dotyczy, jak również danych jej przedstawiciela ustawowego. Chodzi w tym zakresie o imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, numer PESEL, jeżeli osoba, której sprzeciw dotyczy posiada numer PESEL, adres i miejsce zamieszkania, datę oraz miejscowość, w której sprzeciw albo jego cofnięcie zostały sporządzone, datę wpłynięcia sprzeciwu albo datę wpłynięcia zgłoszenia o wykreślenie wpisu sprzeciwu. Dane te umożliwiają identyfikację osoby składającej sprzeciw oraz pozwalają na pisemne poinformowanie jej o wpłynięciu zgłoszenia[25].

Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia dokonywany jest wpis w centralnym rejestrze sprzeciwów. Dane zgromadzone w rejestrze przechowywane są przez okres 5 lat, licząc od dnia śmierci osoby, której sprzeciw dotyczy. Po upływie tego czasu zostają one zniszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację tej osoby[26].

Przed pobraniem komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej lekarz lub osoba przez niego upoważniona zasięgają informacji, czy nie został zgłoszony sprzeciw w postaci wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów (art. 10 u.t.). Zdaniem M. Świderskiej lekarz ma również obowiązek ustalić czy istnieje sprzeciw wyrażony w dwóch pozostałych formach przewidzianych przez art. 6 ust. 1 pkt 2 i 3 u.t., na podstawie dostępnych informacji lub dokumentów[27]. Podobne uregulowanie ma miejsce w § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. *w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze zgodnie, z którym lekarz lub osoba upoważniona przez lekarza ustala istnienie sprzeciwu telefonicznie, faksem lub pocztą elektroniczną*[28]. Innymi słowy, ciężar uzys-

---

[24] Informacje dostępne na stronie: http://www.poltransplant.org.pl/crs1.html, 6.03.2016.

[25] I. Uhrynowska-Tyszkiewicz w: *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, System Informacji Prawnej LEX.

[26] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 488.

[27] M. Świderska, *Zgoda pacjenta*…, op. cit., s. 342.

[28] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. *w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu*, Dz. U. 2006, Nr 228, poz. 1671.

kania informacji o ewentualnym sprzeciwie na pobranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów wyrażonym za życia przez zmarłego spoczywa na lekarzu. Po przesłaniu przez osobę uprawnioną zapytania dotyczącego potwierdzenia istnienia albo braku sprzeciwu udziela się odpowiedzi niezwłocznie w formie wydruku komputerowego potwierdzonego podpisem dyrektora Poltransplantu przesyłką poleconą.

Sprzeciw jest oświadczeniem o charakterze odwołalnym, dlatego też można cofnąć go w każdym czasie. W tym celu wykorzystuje się ten sam formularz, zaznaczając na nim odpowiednie pola. Potwierdzeniem wykreślenia jest również odpowiednie zawiadomienie w postaci wydruku komputerowego[29]. Konstrukcja cofnięcia wyrażonego sprzeciwu nie budzi jakichkolwiek zastrzeżeń w przypadku osób pełnoletnich, które samodzielnie mogą decydować o dysponowaniu ciałem *post mortem*. Problem pojawia się w sytuacji, gdy sprzeciw wyrażony w imieniu małoletniego przez przedstawicieli ustawowych nastąpił przed ukończeniem 16 lat, a małoletni chce dokonać jego cofnięcia. W takiej sytuacji zastosowanie znajduje § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. *w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze* zgodnie, z którym małoletni po ukończeniu 16 lat otrzymuje z Poltransplantu informację o możliwości podtrzymania stanowiska wyrażonego przez jego przedstawicieli ustawowych albo wycofania sprzeciw w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Rodzi się pytanie czy wycofanie takiego sprzeciwu przez małoletniego po ukończeniu 16 lat jest wiążące. Z art. 6 ust. 3 u.t. wynika, że sprzeciw jednej osoby jest skuteczny wobec pozostałych. W konsekwencji, wycofanie sprzeciwu złożonego przez przedstawiciela ustawowego nie wyłącza ostatecznie jego skutków.

Uważam, że nie należy sugerować się literalnym brzmieniem przytoczonego przepisu ustawy. Małoletni powinien móc skutecznie wyrazić swoją wolę. Takie rozwiązanie wynika bezpośrednio z zasady poszanowania autonomii i godności człowieka.

2.2. Oświadczenie pisemne potwierdzone własnoręcznym podpisem

Oświadczenie pisemne potwierdzone własnoręcznym podpisem jest kolejną formą, w jakiej pacjent może wyrazić swój sprzeciw. Ustawa nie precyzuje bliżej w jaki sposób należy sporządzić to oświadczenie, dlatego też w praktyce przyjmuje się, że właściwe będzie stosowanie przepisów Kodeksu cywilnego. R. Kubiak podkreśla, że jest to forma zastrzeżona jedynie dla celów dowodowych. Niezachowanie zatem formy pisemnej nie skutkuje nieważnością oświadczenia[30]. Z kolei M. Świderska podnosi, że należy przestrzegać ograniczeń dowodowych, o których mowa w art. 74 k.c., co oznaczać powinno niedopuszczalność dowodu ze świadków. Autorka twierdzi, że liberalne podejście mogłoby bowiem prowadzić do nadużyć ze strony rodziny, co negatywnie rzutowałoby na rozwój transplantologii[31].

Oświadczenie pisemne, jak sama nazwa wskazuje, powinno być sporządzone na piśmie. Ustawodawca nie precyzuje czy ma być to pismo własnoręczne, czy też

---

[29] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 488.
[30] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 489.
[31] M. Świderska, *Zgoda pacjenta*…, op. cit., s. 341.

sporządzone przy pomocy komputera albo maszyny do pisania. Przepisy nie nakładają również obowiązku osobistego sporządzenia oświadczenia. Kluczowe jest jednak, by zostało ono podpisane własnoręcznie przez oświadczającego[32]. Ponadto, oświadczenie powinno być opatrzone datą jego sporządzenia. Data ma istotne znacznie dla stwierdzenia, że wyrażający sprzeciw na pobranie i przeszczepienie komórek, tkanek i narządów działał w sposób świadomy i swobodny.

2.3. Oświadczenie ustne złożone w obecności dwóch świadków

Ostatnią i najbardziej dyskusyjną formą wyrażenia sprzeciwu jest oświadczenie ustne złożone w obecności dwóch świadków. Ustawodawca nie poświęca zbyt wiele uwagi temu sposobowi wyrażenia sprzeciwu.

Metoda ta budzi szereg kontrowersji i może prowadzić do wypaczenia rzeczywistej woli zmarłego[33]. Znane są w praktyce przypadki, gdy pacjent po przekroczeniu izby przyjęć umiera, a rodzina twierdzi, że chwilę przedtem zmarły złożył swój sprzeciw ustnie[34]. Jak słusznie zauważa R. Kubiak, lekarze przed przystąpieniem do pobrania narządów zwracają się z pytaniem do osób najbliższych czy zmarły nie sprzeciwiał się takiej czynności. Takie pytanie często jest interpretowane przez rodzinę zmarłego jako pytanie o zgodę na pobranie materiału, co w konsekwencji doprowadza do deformacji systemu *opting out.* Doświadczenie wskazuje, że tego typu sytuacje prowadzą do zaniechania podjęcia czynności pobierania, gdyż rodzina nie akceptuje tego i informuje lekarza, że został złożony sprzeciw[35].

Zdaniem B. Świątek lekarze prowadzący rozmowy z rodziną chcą teoretycznie dowiedzieć się tylko czy pacjent sporządził pisemne oświadczenie lub wyraził sprzeciw co do bycia dawcą narządów. Niestety, praktyka sprowadza się najczęściej do tego, że bliscy usilnie twierdzą, że zmarły w ich obecności sprzeciwiał się na pobranie komórek, tkanek i narządów po śmierci, a co gorsza sporządzają i opatrują swoim podpisem taki sprzeciw, byleby tylko nie dopuścić do przeprowadzenia transplantacji. Autorka podkreśla również, że nie ma możliwości weryfikacji takiego oświadczenia[36]. Według A. Dziatkowiaka niezależnie od dosłownego brzmienia przepisów ustawy należy uszanować wolę rodziny, bowiem pobranie i przeszczepienie komórek, tkanek lub narządów bez zgody najbliższych może przynieść więcej szkody aniżeli pożytku. Zdaniem autora rozmowa z rodziną zmarłego jest niezbędna, gdyż działanie wbrew jej woli może „rozpętać burzę w mediach" czyniącą wiele złego w transplantologii[37].

---

[32] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 489.
[33] Ibidem, s. 489.
[34] M. Świderska, *Zgoda pacjenta*..., op. cit., s. 341–342.
[35] R. Kubiak, *Prawo*..., op. cit., s. 489–490.
[36] B. Świątek, *Inne oblicze medycyny*, w: *Iure et Facto. Księga jubileuszowa ofiarowana Doktorowi Józefowi Gurgulowi*, red. J. Wójcikiewicz, Kraków 2006, s. 247–248.
[37] M. Sych, S. Kwiatkowski, B. Świątek, A. Dziatkowiak, *Czwórgłos w ustawie z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 138, poz. 682 z dnia 6 grudnia 1995 r.)*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii" 1996, nr 46, s. 89–90.

W mojej opinii, rodzina zmarłego nie powinna decydować o rozporządzaniu jego poszczególnymi częściami ciała. Zmarły, nie wyrażając za życia sprzeciwu na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, godził się na ich pobranie po śmierci. Ustawodawca, wprowadzając obowiązek uzyskania zgody rodziny na przeprowadzenie przeszczepu *ex mortuo*, doprowadziłby do sytuacji, w której lekarz notorycznie spotykałby się ze stanowiskiem odmownym. W konsekwencji, liczba przeszczepień w Polsce gwałtownie zaczęłaby spadać.

Zdaniem M. Świderskiej, celowa byłaby modyfikacja art. 6 ust. 1 pkt 3 u.t., tak aby w przypadku składania oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, przynajmniej jeden z nich był członkiem personelu medycznego, niebędącego osobą bliską dla potencjalnego dawcy, pisemnie przez nich potwierdzonego[38]. Podzielam pogląd wyrażony przez autorkę, co więcej wydaje mi się, że wprowadzenie w życie takiej regulacji pozwoliłoby na ograniczenie swobody decydowania o losie ciała zmarłego po śmierci przez najbliższych.

3. Podsumowanie

Pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich niegdyś budziło spore wątpliwości. Rozwój medycyny spowodował, że zabiegi te wykonywane są coraz częściej i na coraz większą skalę. W związku z tym, ustawodawca postanowił uregulować formę, w jakiej pacjent ma wyrazić swoją wolę. Obowiązujący w polskim porządku prawnym model *opting out* opiera się na domniemaniu zgody pacjenta. Tak więc, jeżeli pacjent za życia nie wyraził skutecznego prawnie sprzeciwu, poczytuje się, że wyraził zgodę na pobranie od niego komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia. Istotne z punktu widzenia potencjalnego dawcy jest to, aby zachował przewidzianą przepisami prawa formę wyrażenia swojej woli. Niedotrzymanie powyższego obowiązku spowoduje, że pacjent nie będzie miał wpływu na dalszy los swojego ciała. Nie ulega zatem wątpliwości, że zarówno zgoda, jak i sprzeciw wyrażony przez pacjenta – w formie przewidzianej przepisami prawa – pozwala na zachowanie przez niego prawa do samostanowienia i ma istotne znaczenie dla całej procedury przeprowadzenia przeszczepu.

Streszczenie

Niniejszy artykuł przedstawia zagadnienie dotyczące formy sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich. Powszechnie przyjmuje się, że fundamentalnym prawem pacjenta, zapewniającym poszanowanie jego autonomii, jest prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego przez lekarza. Z uwagi na to, że w literaturze przedmiotu brakuje kompleksowego przedstawienia formy, w jakiej pacjent ma wyrazić sprzeciw, niniejsza praca ma na celu przybliżenie tej tematyki.

Słowa kluczowe: forma sprzeciwu, transplantacja, autonomia, dawca

---

[38] M. Świderska, *Zgoda pacjenta*..., op. cit., s 342.

Form of objection to harvesting cells, tissues and organs from the human corpse

Summary

The article presents the issue regarding the form of objection to harvesting cells, tissues and organs from the human corpse. It is commonly accepted that the fundamental right of a patient, ensuring them the respect for their autonomy, is the right to grant consent or express objection to providing particular health service by a doctor. Due to the fact that in the literature within this subject matter there is no comprehensive presentation of the form in which the patient should grant consent or provide an objection, therefore this shall be the aim of this paper.

Key words*: form of objection, transplantation, patient's autonomy, donor*

Ksenia PECUSZOK
Mgr, Katedra Prawa Karnego, Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS w Warszawie

Terminologia prawnicza z zakresu chirurgii plastycznej i estetycznej oraz mini-inwazyjnych zabiegów kosmetycznych

Wstęp

Intensywny rozwój medycyny i diagnostyki dokonujący się w ostatnich dziesięcioleciach otworzył nowe perspektywy przed poszczególnymi gałęziami nauk medycznych i przyczynił się do niezaprzeczalnego rozkwitu chirurgii plastycznej. Podkreślić należy, że główny nurt zainteresowań tej ostatniej przesuwa się w ostatnich dziesięcioleciach coraz bardziej w kierunku chirurgii kosmetycznej, zwanej tu wymiennie także estetyczną. W opinii ekspertów wzrost zapotrzebowania społecznego na tego typu zabiegi może niedługo zdominować całą chirurgię plastyczną i spowodować, że zajmowanie się tradycyjną chirurgią rekonstrukcyjną stanie się, między innymi także ze względów finansowych – mniej interesujące dla lekarzy. Jednocześnie zauważa się tendencję wzrostu zapotrzebowania na estetyczne zabiegi niechirurgiczne – minimalnie inwazyjne – kosztem zabiegów operacyjnych[1].

Ogromny wzrost zapotrzebowania na zabiegi z zakresu medycyny estetycznej[2], a także płynność granic między różnymi specjalizacjami chirurgii plastycznej, powoduje między innymi konieczność wprowadzenia przepisów prawnych regulujących

---

[1] Tendencję tę uwidacznia statystyka: w USA ilość estetycznych operacji plastycznych spadła o 20% z 1,9 miliona w 2000 roku do do 1,5 miliona w 2009, natomiast ilość zabiegów kosmetycznych niechirurgicznych wzrosła w tym czasie o 100% z 5,5 do 11 milionów. Jeśli chodzi o Polskę, to brak jest niestety tak dokładnych danych statystycznych odnośnie ilości i rodzaju wykonywanych zabiegów niechirurgicznych, jak i operacji. Podaje się jednak, że jedynie 3% pacjentów korzystających z medycyny estetycznej, a jest ich około pół miliona rocznie, decyduje się na zabieg operacyjny. Obecnie średnio 25–30% polskich pacjentów chirurgii plastycznej stanowią panowie. Wartość rynku medycyny estetycznej w Polsce szacuje się na niebagatelne 2–4 miliardów złotych. Por.: N. Grądzka, K. Kasner, *Medycyna estetyczna w Polsce*, w: *Raport o innowacyjności sektora medycznego w Polsce w 2012 roku*, red. T. Baczko, Warszawa 2012, s. 40.

[2] Niemiecki „Focus" podaje za Międzynarodowym Towarzystwem Chirurgii Estetyczno-Plastycznej, że w 2013 roku przeprowadzono ponad 23 miliony zabiegów kosmetycznych na świecie. 87% z nich dotyczyło kobiet, przy czym największą popularnością cieszyło się powiększanie piersi (1,77 miliona), a następnie odsysanie tłuszczu – liposukcja (1,6 miliona). Najczęściej stosowany zabieg niebędący operacją plastyczną to wstrzykiwanie botoksu (5,1 miliona). W 2013 roku 3 miliony mężczyzn zdecydowało się poddać zabiegowi estetycznemu. Mężczyźni najczęściej decydowali się na korektę nosa lub pomniejszenie gruczołów sutkowych. Największą liczbę zabiegów w 2013 roku przeprowadzono w USA – 3,99 miliona, drugie miejsce zajęła Brazylia – 2,1 miliona, następnie Meksyk 884 353 oraz Niemcy z liczbą 654 115 zabiegów. Por.: *Leiden für die Schönheit*, „Focus" 2014, nr 33, s. 83.

funkcjonowanie rynku tego typu usług. Definicja samego pojęcia „chirurgia plastyczna" oraz związanych z nią pokrewnych terminów (chirurgia estetyczna/kosmetyczna) budzi wiele kontrowersji, ponieważ dotychczas nie została wypracowana jednoznaczna ich wykładnia. W doktrynie i orzecznictwie dominują dwie oceny: jedni uważają, że zabiegi chirurgii kosmetycznej należy zaliczyć do leczniczych, jeśli na przykład obejmują one rekonstrukcję twarzy po wypadku czy przywrócenie funkcjonalności kończyn w czasie wojny, przeprowadzenie mastektomii z powodu nowotworu lub też przywrócenia pierwotnego wyglądu po przebytej chorobie. Inni natomiast prezentują stanowisko, iż chirurgia kosmetyczna, to działalność komercyjna, ukierunkowana na zysk i niemająca nic wspólnego ze służbą społeczną niosącą pomoc[3]. W Polsce dotychczas nie wypracowano regulacji prawnych z zakresu chirurgii estetycznej, a w przypadkach spornych stosuje się przepisy Kodeksu karnego i/lub cywilnego, co jednak nie likwiduje licznych kontrowersji związanych z rozwiązywaniem poszczególnych przypadków. Nauki prawnicze oraz ustawodawca nie zdefiniowały dotychczas jednoznacznie wyżej wymienionych pojęć, co skutkuje koniecznością podjęcia próby dookreślenia terminów: chirurgia plastyczna, rekonstrukcyjna, kosmetyczna i estetyczna oraz związanych z nimi pojęć zdrowia i choroby.

W pracy podjęto próbę porządkowania wyżej wymienionych pojęć oraz postanowiono znaleźć odpowiedź na pytanie czym różnią się poszczególne gałęzie chirurgii plastycznej i na jakiej podstawie i za pomocą jakich wyznaczników można poddawać je różnicowaniu? W zaproponowanych definicjach wsparto się metodą wyliczającą uściślając w sposób obrazowy poszczególne terminy.

Definicje poszczególnych pojęć z zakresu chirurgii plastycznej

Chirurgia plastyczna obejmuje **chirurgię plastyczną rekonstrukcyjną** oraz **chirurgię kosmetyczną zwaną także estetyczną**[4]. Celem chirurgii plastycznej rekonstrukcyjnej jest dążność do usunięcia deformacji, które są wynikiem wad wrodzonych, wypadków, poparzeń, zranień i skutkiem choroby oraz dążność do likwidacji psychicznych dolegliwości, stygmatyzacji, dyskryminacji czy społecznego wykluczenia związanego z chorobowymi zniekształceniami ciała[5]. Chirurgia rekonstrukcyjna zajmuje się poprawą formy i funkcji uszkodzonych części ciała i jest stosowana w stanach patologicznych skóry i tkanek miękkich, a jej podstawowym celem jest przywrócenie funkcji czynnościowych.

Zakres leczenia w ramach chirurgii plastycznej (przykłady):

1) *wady wrodzone twarzy* – rozszczep wargi, podniebienia, rozdwojenie nosa, wady wrodzone uszu i małżowiny, szczęki dolnej;

---

[3] M. Żyła, *Przesłanki legalności zabiegu kosmetycznego w świetle odpowiedzialności prawnej lekarza*, „Prawo i Medycyna" 2010, nr 38, s. 45; M. Wieczorkowska, *Dylematy etyczne medycyny estetycznej – medycyna naprawcza, czy urynkowienie ciała?*, „Annales. Etyka w życiu gospodarczym", Łódź 2007, t. 10, nr 2, s. 101.

[4] E. Haiken, *Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery*, Baltimore–London 1997, s. 4.

[5] W. Posch, *Körper machen Leute – der Kult um die Schönheit*, Frankfurt am Main 1999, s. 166.

2) *wady wrodzone kończyn* – zrosty palców, palce nadliczbowe, rozszczepienie całej dłoni lub palców/palca, przerosty kończyny dolnej – słoniowatość, stopy szpotawe;
3) *inne wady* – narządów płciowych: niedorozwój, zanik zewnętrznych narządów u dziewczynek, spodziectwo, korekta anomalii zewnętrznych narządów moczowo-płciowych;
4) *choroby wewnętrzne leczone przez chirurga plastyka:* żylaki, choroby prowadzące do zwężenia i zamknięcia światła naczyń tętniczych – zgorzel, martwica skutki stanów chorobowych uszkadzających skórę;
5) *chirurgia urazowa:* leczy uszkodzenia ciała pochodzenia urazowego[6].

Chirurgia kosmetyczna zwana także estetyczną obejmuje wszelkie ingerencje lekarskie w integralność cielesną, których celem podstawowym jest udoskonalenie wyglądu ciała ewentualnie usunięcie defektów będących następstwem zmian naturalnych (w tym także ciąży). U jej podłoża nie leży konieczność likwidacji choroby, a jedynie chęć poprawy wyglądu i własnej atrakcyjności.

Przykładowe operacje medycyny estetycznej:

1) *zabiegi w obrębie tułowia* – korekcje sutka (podniesienie, powiększenie, redukcja), korekcje brzucha (liposukcja – odsysanie tłuszczu);
2) *zabiegi w obrębie głowy* – korekta nosa i małżowin usznych, podniesienie owalu twarzy, operacyjne usuwanie zmarszczek połączone z wycięciem nadmiaru skóry, przeszczep owłosienia, wszczepienie implantów silikonowych w policzki;
3) *modelowanie wybranych części ciała* – silikonowe pośladki, muskulatura nóg, ramion, liposukcja kolan itp.

Zabiegi niechirurgiczne medycyny estetycznej:

W ramach medycyny estetycznej wykonuje się także szereg ingerencji niechirurgicznych, których celem jest likwidacja lub spłycenie głębokich zmarszczek i bruzd, rozjaśnienie i odmłodzenie cery. Do tego typu ingerencji zwanych tutaj także *minimalnie inwazyjnymi* zaliczyć można następujące zabiegi[7]:

1) *wypełniacze stałe* – na przykład podskórne ostrzykiwanie przezroczystym żelem o nazwie aquamid (97,5% wody i 2,5% poliakrymidu);
2) *wypełniacze czasow*e – podskórne lub śródskórne wstrzyknięcie kwasu hialuronowego lub botoksu;
3) *przeszczep autogenny tkanki tłuszczowej* – wypełnienie zmarszczek własną tkanką tłuszczową pobraną wcześniej w okolicy nadłonowej lub przyśrodkowych okolic ud[8];

---

[6] T. Kostek, *Chirurgia plastyczna. Jej dzieje, możliwości i środki*, Warszawa 1954, s. 11–37.

[7] Podane niżej zabiegi stanowią jedynie przykłady ingerencji lekarskich omawianego typu, gdyż niemożliwe jest choćby wyliczenie wszystkich wypełniaczy. Ocenia się, że na rynku obecnych jest około 160 rodzajów samych wypełniaczy, które różnią się między sobą pochodzeniem (własny lub obcy: ludzki, zwierzęcy, fermentatywny, syntetyczny), trwałością efektu i rozkładu (tymczasowy, semi-permanentny, permanenty), głębokością iniekcji (skórny, podskórny, okołokostnowy), a w końcu profilem ryzyka. Por.: G. Gauglitz, *Evidenz-gestützte Medizin*, http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Dermatologie-und-Allergologie/de/ForschungLehre/Evidenz-gestuetzte_aesthetische_Medizin/index.html, 27.08.2014.

[8] *Wypełniacze zmarszczek*, http://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/1,107103,5189424.html, 26.08.2014.

4) *mezoterapia igłowa* – wstrzykiwanie za pomocą specjalnej strzykawki koktajlu witaminowego w głębsze warstwy skóry;
5) *mikrodermabrazja* – mechaniczne ścieranie powierzchni skóry;
6) *pillingi chemiczne* – za pomocą substancji chemicznych (fenole, kwasy AHA, kwas salicylowy, glikolowy);
7) *pilingi enzymatyczne* – z użyciem enzymów trawiennych zwierząt lub substancji pochodzenia roślinnego;
8) *pilingi fizyczne* – z użyciem lasera[9].

Medycyna estetyczna obejmuje całość zabiegów chirurgicznych i niechirurgicznych wykonywanych na ludzkim ciele, których celem nie jest wyłącznie osiągnięcie celów leczniczych, a również przywrócenie lub ulepszenie naturalnego wyglądu technikami zabiegów stomatologicznych, dermatologicznych, kosmetycznych, a także chirurgii plastycznej[10].

Komentarze do definicji

Zróżnicowanie terminów chirurgii kosmetycznej o charakterze leczniczym oraz chirurgii kosmetycznej nieleczniczej dał wyraz ustawodawca w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027). § 3 pkt 2 tego rozporządzenia stwierdza, że świadczenia „z zakresu chirurgii plastycznej lub chirurgii kosmetycznej" podlegają refundacji w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, ale tylko wtedy, gdy są one udzielane „w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem ich leczenia"[11].

Granica pomiędzy chirurgią plastyczną/rekonstrukcyjną a chirurgią kosmetyczną bywa bardzo płynna. Na przykład dużą otyłość spowodowaną przez zaburzenia przemiany materii można uznać za efekt stanu chorobowego, natomiast otyłość spowodowaną błędną dietą wpisać w defekty wywołane przez skutki naturalne. Ponadto pacjent otyły, poddając się operacji, nie zawsze kieruje się względami kosmetycznymi, ponieważ otyłość może wywoływać różne dolegliwości[12]. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku zabiegu jakiegokolwiek defektu (lub domniemanego defektu) wywołującego zaburzenia psychiczne – dysmorfofobię. O ile na przykład operację nosa w przypadku występowania dysmorfofobii uznać można za zabieg leczniczy, o tyle jego korektę bez współistnienia zaburzeń psychicznych, a jedynie chęci poprawy własnej atrakcyjności, wpisać można w zabieg medycyny estetycznej. Przebieg i efekty przeprowadzonych zabiegów zarówno chirurgii plastycznej rekonstrukcyjnej, jak i chirurgii kosmetycznej, są często podobne, ale *intencje* ich przeprowadzenia są różne. Pierwsze z nich ukierun-

---

[9] Por.: http://www.mikrodermabrazja.org/, 27.08.2014.
[10] Z. Mazan, *Skalpel i piękno. Ciało w oglądzie lekarskim*, w: *Pokusy piękna i urody. Rynek chirurgii plastycznej w oglądzie socjologicznym*, red. B. Pawlica et al., Tychy 2007 s. 35.
[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*, Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027.
[12] T. Kostek, *Chirurgia plastyczna*..., op. cit., s. 38.

kowane są na przywrócenie zdrowia, drugie natomiast na upiększenie. Celem chirurgii plastycznej jest zatem zdrowie, natomiast chirurgii kosmetycznej i minimalnie inwazyjnych zabiegów estetycznych – piękno, ulepszenie naturalnego wyglądu i potrzeby estetyczne pacjenta. Jednak i tutaj pojawia się zakres terminów trudno definiowalnych, ponieważ pojęcie piękna i estetyki jest niestałe i zmienia się pod wpływem wielu czynników społeczno-kulturalno-ekonomicznych. W tym wypadku należałoby zaproponować zastosowanie *zasady subiektywności* polegającej na tym, że to pacjent sam określa cel operacji według własnego odczucia i wyobrażenia, a nie obiektywnych kryteriów. Jednocześnie wagi nabiera konieczność rozgraniczenia czy celem zabiegu jest poprawa wyglądu ukierunkowana na subiektywnie pojmowane upiększenie, czy też leczenie. W ten sposób w próbie definicji pojęcia zabiegu o charakterze estetycznym decydujące staje się *obiektywne określenie ostatecznego jego celu* (upiększenie czy leczenie)[13]. W tym kontekście konieczne staje się także zdefiniowanie pojęcia zdrowia, które to decyduje czy dany zabieg posiada charakter kosmetyczno-estetyczny, czy też leczniczy.

Definicja zdrowia

Przy próbie definicji terminu „zdrowie" natrafiamy na wiele nieścisłości, ponieważ pojęcie to posiada odniesienie subiektywne i jest zjawiskiem bez uniwersalnej normy (punktu odniesienia). Jego interpretacja zależy najczęściej od podmiotu definiującego, który odwoływać się może do wiedzy z zakresu medycyny, prawa czy wiedzy empirycznej. Rozbieżne może być pojęcie zdrowia w orzecznictwie lekarskim, czy w interpretacji instytucji ubezpieczeniowej[14]. Podstawowym podziałem definicji „zdrowia" jest ich rozróżnienie na definicje potoczne i profesjonalne. Potoczne rozumienie zdrowia odnosi się do jego subiektywnego spostrzegania przez poszczególne jednostki i jest mocno zindywidualizowane[15]. W zakresie naszych zainteresowań pozostają profesjonalne sposoby interpretacji terminu „zdrowie". Bardzo szerokie jego ujęcie proponuje Preambuła do Konstytucji *World Health Organisation* (WHO) z 22.07.1946 roku, która mówi, że zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy ułomności, lecz „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu"[16]. Termin dobrostan (*well-being*) jest synonimem dobrego samopoczucia i odnosi się do subiektywnej oceny zdrowia. Niektórzy interpretują go jako *stan pełnej pomyślności*. W definicji tej podkreśla się wielowymiarowość zdrowia (aspekt psychiczny, fizyczny i społeczny)

---

[13] S. Lorz, *Arzthaftung bei Schönheitsoperationen*, Berlin 2007, s. 34.

[14] Z. Woźniak, *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny konspekt nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2004, rok LXVI, z. 1, s. 161.

[15] Badania wykazują, że 30–50% osób zgłaszających się do jednostek niepsychiatrycznego lecznictwa otwartego to osoby, u których nie stwierdza się uchwytnej choroby organicznej. Z punktu widzenia praktyki klinicznej są to zatem ludzie zdrowi, choć ich subiektywne odczucie przekonuje o czymś wręcz odwrotnym. Por.: K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, Łódź 1997, s. 99.

[16] *Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu. Streszczenie*, Publikations WHO, Regional Office for Europe 2013, s. 3.

oraz znaczenie własnej oceny zdrowia (samopoczucie). Ze względu na swą obszerność i subiektywność interpretacja WHO stała się przedmiotem krytyki. Barbara Woynarowska zwraca uwagę, że kontrowersje wywołują następujące aspekty: statyczność – „stan" jako sytuacja chwilowa; brak aspektu duchowego zdrowia; nieprecyzyjność pojęcia „dobrostan" oraz pojmowanie zdrowia jako stanu idealnego, bowiem osiągnięcie pełnego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego jest w praktyce niemożliwe[17]. A więc definicja podkreśla konieczność istnienia zdrowia psychicznego jako gwaranta dobrego samopoczucia, kontroli, optymizmu, umiejętności radzenia sobie z przeciwnościami losu i kształtowania zadowalających stosunków społecznych[18]. Według tej interpretacji negatywny stosunek do ciała, jego odrzucenie połączone z brakiem poczucia własnej wartości i obniżonym poczuciu samoświadomości jest zaprzeczeniem zdrowia. Zgodnie z wykładnią WHO człowiek cierpiący i niezadowolony ze swego wyglądu nie może osiągnąć stanu pełnej pomyślności, a więc nie jest zdrowy[19]. W tej interpretacji celem ostatecznym operacji kosmetycznej będzie więc przywrócenie stanu zdrowia – poprzez cel pośredni, jakim jest chęć osiągnięcia lepszego wyglądu, czyli piękna.

Rozpatrując zagadnienie chirurgii kosmetycznej w Brazylii Alexander Edmonts proponuje nieco inne ujęcie zdrowia. Uważa on, że popularność zabiegów chirurgii plastycznej nie wiąże się z próbą zaprzeczenia śmierci czy procesowi starzenia się. proponuje Edmonts zastosowania pojęcia „zdrowie estetyczne" („aesthetic health")[20]. Autor podkreśla, że termin ten nie donosi się do zabiegów kosmetycznych, ale raczej do pewnego rodzaju działania terapeutycznego, gdzie jakość życia oraz mentalne i erotyczne doświadczenia stają się właściwą domeną zdrowia subiektywnego[21].

Medyczne ujęcie zdrowia proponuje nieco odmienną, węższą w swym ujęciu interpretację, której głównym elementem jest redukcja człowieka do sfery cielesnej[22]. Według tej wykładni życie psychiczne, trudne do naukowego zbadania, zostaje zepchnięte na drugi plan, a badacz/lekarz koncentruje się na organizmie ludzkim składającym się ze współdziałających ze sobą odrębnych biologicznie części. Fragmenty te

---

[17] B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2008, s. 18–19.

[18] Ibidem, s. 165.

[19] Problem zdrowia został rozwinięty w tzw. *Ottawa Charta* uchwalonej 21.11.1986 roku przez I Międzynarodową Konferencję WHO ds. Promocji Zdrowia. W dokumencie czytamy: „W celu osiągnięcia pełnego dobrego samopoczucia cielesnego, duchowego i społecznego konieczne jest, aby zarówno grupy, jak i jednostki zaspakajały swe potrzeby, uświadamiały sobie i realizowały oczekiwania i nadzieje, a także organizowały i przekształcały swe środowisko. W tym rozumieniu zdrowie jest rozumiane jako ważna część składowa codziennego życia, a nie jako nadrzędny cel". Oznacza to, że zdrowie jest nierozłącznie związane z ogólnymi warunkami codziennego życia, a więc tymi czynnikami, które wpływają na nie w sposób pozytywny. Warunkiem zdrowia jest akceptacja świata, która może zostać osiągnięta tylko w kontekście akceptacji własnej osoby i ciała. Por.: *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, 31.08.2014.

[20] A. Edmonds, *Pretty Modern. Beauty, Sex, And Plastic Surgery In Brazil*, Durham–London 2010, s. 119.

[21] Ibidem.

[22] Do powstania biomedycznego modelu zdrowia przyczyniła się filozofia Kartezjusza, który wprowadził m.in. dualistyczne ujęcia istoty ludzkiej na duszę i ciało. Por. B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, op. cit., s. 26–27.

tworzą całość i podlegają prawom anatomii i fizjologii[23]. Zdrowie człowieka w tym ujęciu określone jest przez właściwą „normę budowy i funkcjonowania ciała" i rozumiane jako brak występowania choroby. W ocenie Krzysztofa Puchalskiego podejście takie jest wygodniejsze, ponieważ łatwiej jest określić stan chorobowy niż samo zdrowie. Choroba w ujęciu medycznym zaś spostrzegana jest jako „zmiana ewentualnie zaburzenie cielesne lub psychiczno-duchowe"[24]. Niemniej zbyt uogólnione pojęcie choroby nie spełnia założeń naukowości, co skutkuje posługiwaniem się w medycynie definicjami cząstkowymi, opisującymi węższe zjawiska scharakteryzowane na podstawie ich przebiegu i objawów – czyli definicjami konkretnych jednostek chorobowych i ich wyliczeniu[25]. Opis choroby w sensie medycznym ukierunkowany jest na empiryczne ujęcie odchyleń od stanu normalnego, przez co pojęcie choroby sytuuje się na pograniczu doświadczenia i nauki. W definicji stanu chorobowego centralna rola przypada lekarzowi, który posługuje się własną subiektywną oceną. Jej kryteria wyznaczone są jednocześnie często na podstawie społecznego postrzegania wartości (np. zmiany psychiczne w jednych kulturach mogą być uznane za dar od Boga, a w innych za Jego karę). Przez ten fakt choroba posiada także charakter normatywny[26].

W aktach prawnych zarówno międzynarodowych, jak i krajowych zdrowie pojawia się najczęściej w kontekście konieczności jego ochrony i gwarancji. Uchwalona 10.12.1948 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w Paryżu *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* mówi w art. 25.1, że każda osoba „ma prawo do odpowiedniego poziomu życia odpowiadającego potrzebom zdrowia i dobrobytu jej samej i jej rodziny [...]"[27]. Deklaracja nie posiada mocy prawnej, a wyznacza jedynie standardy, jakie powinny być spełnione przez państwa członkowskie ONZ. Podobny charakter posiada także przyjęty przez ONZ w 1966 roku *Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych*, który w art. 12.1. stanowi, że sygnatariusze „uznają prawo każdej osoby do korzystania z najwyższego osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego"[28]. Wytyczne wymienionego Paktu podkreślają prawo do opieki zdrowotnej, ale kładą jednocześnie duży nacisk na prawa do zaspakajania wielu potrzeb społeczno-ekonomicznych gwarantujących zdrowe życie (dostęp do zdrowej wody i żywności, bezpieczeństwa w miejscu pracy czy czystego środowiska). W tym zakresie katalog praw wspomnianego Paktu pokrywa się z wytycznyczmi WHO z 1948 i 1986 roku.

Wewnętrzne regulacje odnoszą się także do problemu zdrowia. Art. 68 *ustawy zasadniczej* gwarantuje każdemu prawo do zdrowia; równy, niezależny od sytuacji materialnej dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej; obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w starszym wieku, a jednocześnie zwraca uwagę na zapobieganie negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska naturalnego[29].

---

[23] K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, Łódź 1997, s. 27.
[24] S. Lorz, *Arzthaftung bei Schönheitsoperationen*, op. cit., s. 35.
[25] K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, op. cit., s. 28.
[26] S. Lorz, *Arzthaftung bei Schönheitsoperationen*, op. cit., s. 36.
[27] W. Nowicka, A. Solik, *Międzynarodowe standardy zdrowia i praw reprodukcyjnych oraz seksulanych a ich realizacja w Polsce*, Warszawa 2003, s. 5.
[28] Ibidem.
[29] *Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 2 kwietna 1997 roku.*

Zdrowie w *prawie cywilnym* stanowi przede wszystkim dobro osobiste, którego kolidujące z prawem i zawinione naruszenie wymaga odszkodowania. Zdrowie zostaje naruszone, gdy dochodzi do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Uszkodzenie ciała polega na naruszeniu integralności fizycznej człowieka pozostawiającej wyraźne ślady, rozstrój zdrowia zaś definiowany jest jako zakłócenie funkcjonowania jego poszczególnych organów lub ich zespołu bez widocznego zewnętrznego naruszenia czy uszkodzenia[30].

Przykłady szkód zdrowotnych wywołanych niepowodzeniem operacji plastycznych:

1) zmniejszenie nosa skutkujące trudnościami z oddychaniem;
2) umieszczenie niewłaściwego rozmiaru implantu;
3) utrata/zniekształcenie brodawki sutkowej;
4) wykonanie zbyt małej lub zbyt dużej korekty np. za duże wargi;
5) paraliż wywołany uszkodzenia nerwu, ślepota;
6) asymetria, zniekształcenie np. twarzy, powiek;
7) nadmierne usunięcie skóry np. przy liftingu twarzy;
8) niezdolność do zamknięcia całej powieki;
9) przedawkowanie leku znieczulającego miejscowo przy liposukcji;
10) wystąpienie niepożądanych efektów zastosowanych leków;
11) powikłania powodujące konieczność wykonania czynności korekcyjnych;
12) obrzęk płuc, śmierć[31].

Dodatkowymi powikłaniami mogą być infekcje, tromboza, reakcje odrzucenia sztucznych implantów, obumarcie tkanki. Dotkliwe dla pacjenta mogą być niezadowolenie, poczucie dyskomfortu czy rozczarowanie z efektów zabiegu, które wymagają jednak konfrontacji z uprzednimi jego oczekiwaniami, które mogły być wyolbrzymione lub wyidealizowane[32].

Mimo ścierania się przeciwstawnych opinii w ocenie zjawiska operacji plastycznych we współczesnym świecie (nie tylko w Polsce) przyjąć należy, że współczesny człowiek nadal będzie mocno zainteresowany poprawą własnego wyglądu. Przekonuje o tym już dzisiaj stale zwiększająca się liczba pacjentów gabinetów chirurgii estetycznej, a także coraz szersza akceptacja społeczna wyrażana wobec mniej czy bardziej inwazyjnych zabiegów kosmetycznych. Wszystko to powoduje, iż wcześniej czy później nauki prawnicze będą zmuszone zmierzyć się ze zjawiskiem operacji i zabiegów estetycznych w celu wypracowania odpowiedniej wykładni. Tym samym staną przed koniecznością dalszej precyzji wyżej przeanalizowanych pojęć.

---

[30] A. Cisek, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, Warszawa 2011, s. 808; W. Czachórski, w: *System prawa cywilnego*, red. A. Czachórski, t. III, cz. 1: *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. Z. Radwański, Wrocław 1981, s. 662–663; M. Safjan, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2011, s. 1723.

[31] Cyt. za: S. Gładysz, *Katalog szkód wywołanych wadliwą operacją plastyczną*, http://www.i-kancelaria.pl/przydatne_informacje2/katalog_szkod_zdrowotnych_wywolanych_wadliwa_operacja_plastyczna, 28.08.2014.

[32] Ibidem.

Streszczenie

Celem artykułu jest próba definicji takich pojęć jak: chirurgia plastyczna, chirurgia estetyczna oraz mini-inwazyjny zabieg kosmetyczny. Autorka wskazuje na elementy pozwalające dokładnie określić dosyć płynne granice między zjawiskami kryjącymi się pod wymienionymi terminami oraz omawia pojęcia zdrowia i choroby, które mogą stać się pomocne w ich dyferencjacji. Interpretacje tych ostatnich zaprezentowano w oparciu o polskie oraz międzynarodowe akty prawne. Na koniec poruszone zostało zagadnienie uszkodzenia ciała w polskim prawie cywilnym.

Słowa kluczowe: chirurgia plastyczna, chirurgia estetyczna, mini-inwazyjny zabieg kosmetyczny, zdrowie, choroba, uszkodzenie zdrowia

Legal terminology in the field of plastic and aesthetic surgery and minimally invasive cosmetic procedures

Summary

This article attempts to provide definition for the following terms: 'plastic surgery', 'aesthetic surgery' and 'minimally invasive cosmetic procedures'. The author sets forth the constituent elements of the above-mentioned terms and establishes demarcation line between them with the help of the concepts 'health' and 'illness', defined in Polish and international Legal acts. Further, the issue of 'bodily injury' in the Polish civil law was raised.

Key words: *plastic surgery, aesthetic surgery, minimally invasive cosmetic procedures, health, illness, health damage*

Mateusz LANGER

Mgr, Katedra Prawa Finansowego, Wydział Prawa i Administracji,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Reklama produktu leczniczego a przyjmowanie korzyści przez lekarza w świetle prawa podatkowego i etyki zawodowej

I. Wprowadzenie

Aspekt fiskalny przyjęcia przez lekarza określonej korzyści majątkowej będącej dość często formą promocji lub reklamy danej firmy farmaceutycznej stanowi niezwykle drażliwy punkt, zwłaszcza z perspektywy beneficjentów otrzymywanych świadczeń. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy są ciążące na świadczeniobiorcy następstwa prawnopodatkowe aktualizujące się w momencie przyjęcia rzeczonej korzyści. Problem ten niejednokrotnie był już podnoszony w literaturze przedmiotu[1], zarówno z uwagi na wielopłaszczyznowość zasygnalizowanego zjawiska, jak i ciągły brak wyraźnie zarysowanego – na gruncie prawa podatkowego – charakteru normatywnego przekazywanego świadczenia. W szczególny zaś sposób ów niedobór objawia się w świetle przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych[2]. Albowiem według unormowań zawartych w tym akcie normatywnym, korzyści majątkowe potocznie utożsamiane z drobnymi upominkami – w przepisach ustawy traktowane są, jako pewna zbiorcza kategoria, która z analizowanego punktu widzenia, jest niczym nieuzasadnionym uproszczeniem istniejącej rzeczywistości, nieuwzględniającym złożoności praktyki[3].

W kontekście podejmowanych rozważań na nie mniejszą uwagę zasługuje również zagadnienie uczciwości, zgodności działania lekarza z obowiązującym wzorcem postępowania, który odzwierciedlony został w skodyfikowanym zbiorze reguł etyki zawodowej[4]. Wszak przyjęcie przez lekarza określonej korzyści majątkowej nie w każdych okolicznościach będzie traktowane za moralnie obojętne, a przy tym fiskalnie neutralne. Nierzadko bowiem lekarz stawiany jest w takiej sytuacji, w której musi dokonać wyboru między partykularną korzyścią a etyczną powinnością; ranga konkurujących wtenczas ze sobą wartości może okazać się sporna. Postanowienia zawarte w kodeksie etyki mają mu służyć za wskazówkę, pozwalającą dokonać właściwego

---

[1] Zob. szerzej: Z. Banasiak, *Opodatkowanie świadczeń nieodpłatnych i częściowo odpłatnych*, „Przegląd Podatkowy" 2000, nr 7, s. 3–7; B. Brzeziński, *Szaleństwo opodatkowania nieodpłatnych świadczeń*, „Kwartalnik Prawa Podatkowego" 2010, nr 3–4, s. 115–117; S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, *Nieodpłatne świadczenia*, „Monitor Podatkowy" 1999, nr 10, s. 13–15.

[2] Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. (tekst jedn. Dz. U. 2014, poz. 1863 ze zm.), dalej: u.p.d.o.f.

[3] Zob. art. 21 ust. 1 pkt 68a u.p.d.o.f.

[4] Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004, dalej: KEL.

wyboru[5]. Czy jednak stwarza to wystarczającą rękojmię do tego, by uchronić lekarza przed dylematami natury moralnej, a przy tym ewentualnymi konsekwencjami prawnopodatkowymi?

Celem niniejszego opracowania jest próba rozwiania wskazanych przed chwilą wątpliwości. W artykule szczególna uwaga została poświęcona przybliżeniu najistotniejszych założeń doktrynalnych dotyczących kwalifikacji prawnej korzyści majątkowych, jako nieodpłatnego świadczenia, a także ukazaniu pewnych zasadniczych mankamentów, jakie niesie ze sobą przyjęte rozwiązanie dla uczestników akcji promocyjno-reklamowych. Autor osadził całość poruszanych zagadnień na dorobku nauki prawa podatkowego, uwzględniając przy tym ich wymiar etyczny.

II. Nieodpłatne świadczenia – problem kwalifikacji pojęciowej w obrębie nauki prawa podatkowego

Samo pojęcie nieodpłatnego świadczenia – co należy wyraźnie podkreślić – rodzi w teorii, jak i praktyce dość duże trudności interpretacyjne. Przede wszystkim z uwagi na brak definicji legalnej wskazanego pojęcia. W doktrynie nieodpłatne świadczenie rozpatruje się dwutorowo: w węższym (*sensu stricto*) albo w szerszym (*sensu largo*) ujęciu.

Węższe ujęcie nieodpłatnego świadczenia (*sensu stricto*) wywodzi się z unormowań prawa cywilnego, przede wszystkim art. 353 Kodeksu cywilnego[6], w świetle którego przez samo świadczenie rozumie się pewne zobowiązanie dłużnika wobec wierzyciela, mogące polegać na działaniu bądź zaniechaniu[7]. Nie wnikając jednak zbyt głęboko w sam „rdzeń znaczeniowy" świadczenia, z uwagi na bezprzedmiotowość takiego zabiegu dla przedmiotu niniejszego opracowania, za wskazane należy uznać przesunięcie kierunku dalszych rozważań w stronę jego nieodpłatnego charakteru. Niezwykle pomocne w tym względzie może okazać się spostrzeżenie wysunięte na odnośny temat przez Stefana Grzybowskiego, który za nieodpłatne świadczenie uznaje tylko takie, w wyniku którego spełniający świadczenie nie uzyska żadnych korzyści majątkowych pod jakąkolwiek postacią[8], wskutek np. wykonania za spełnione świadczenie określonego zobowiązania, przyznania spełniającemu korzystniejszych niż dla innych podmiotów warunków współpracy w zamian za to świadczenie, czy też wykonania na rzecz spełniającego pewnych usług.

Przywołane stanowisko ukazuje refleks cywilistycznej interpretacji pojęcia nieodpłatnego świadczenia, które w tym ujęciu należy rozpatrywać jako pewien węzeł

---

[5] R. Sarkowicz, *Uwagi o kodeksie etyki lekarskiej*, w: *Filozoficzne i prawne aspekty kodeksów etyki lekarskiej*, Kraków 25–27 maja 2007, http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=cnf4&m=44&ij=1&ii=3, 20 stycznia 2016.

[6] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – *Kodeks cywilny* (tekst jedn. Dz. U. 2014, poz. 121 ze zm.), dalej: k.c.

[7] P. Machnikowski, w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2014, s. 595.

[8] S. Grzybowski, w: *System prawa cywilnego, tom I. Część ogólna*, red. W. Czachórski, Wrocław–Warszawa 1985, s. 496.

wzajemnych zobowiązań pomiędzy dwoma podmiotami stosunku cywilnoprawnego; zaś samo nieodpłatne świadczenie jawi się nam, jako swoiste następstwo zawartej pomiędzy stronami umowy cywilnej, której immanentną cechą jest brak równoważności. Można więc z powyższego wywieść, że świadczenie otrzymane przez osobę wykonującą zawód lekarza w sytuacji, gdy spełniający świadczenie uzyska lub ma uzyskać w przyszłości porównywalną korzyść – niezależnie od jej formy – nie będzie nieodpłatnym świadczeniem, bez znaczenia przy tym pozostaje to czy świadczona *in futuro* korzyść będzie mieć taką samą, czy zbliżoną wartość ekonomiczną[9].

Natomiast w ujęciu szerszym (*sensu largo*) nieodpłatne świadczenie obejmuje nie tylko świadczenie w jego cywilistycznym znaczeniu – tzw. przez pryzmat art. 353 k.c. – lecz w jego zakres wchodzą także „wszystkie zjawiska gospodarcze i zdarzenia prawne, których następstwem jest uzyskanie korzyści kosztem innego podmiotu, a także te wszystkie zdarzenia, których skutkiem jest nieodpłatne, a więc niezwiązane z kosztami lub inną formą ekwiwalentu, przysporzenie majątku tej osobie, mające konkretny wymiar finansowy”[10]. W tym znaczeniu nieodpłatne świadczenie nie musi wynikać wprost ze stosunku obligacyjnego[11], lecz może powstać w następstwie zdarzenia niemającego pozornie nic wspólnego z zawiązaniem jakiejkolwiek symetrycznej więzi cywilnoprawnej między podmiotami. Często w tym miejscu przywołuje się takie sytuacje jak: przekazanie określonej partii leków przez hurtownie farmaceutyczne aptece, która będzie oferować ich sprzedaż pacjentom w ramach prowadzonej promocji, w tym sprzedaży premiowej o charakterze „kupisz dwa preparaty lecznicze, trzeci dostaniesz za darmo”[12].

Nie zatrzymując się jednak dłużej nad istotą doktrynalnego rozgraniczenia nieodpłatnego świadczenia, warto w tym miejscu wskazać, które z prezentowanych wyżej ujęć będzie mieć dla nas przesądzające znaczenie. Pomocne w tym względzie może okazać się sięgnięcie do orzecznictwa sądów administracyjnych. Jak się bowiem okazuje, judykatura w sposób niebudzący większych wątpliwości opowiada się za szerszym ujęciem (*sensu largo*) nieodpłatnego świadczenia. Wskazuje na to szereg zapadłych orzeczeń, w których jednoznacznie stwierdzono, że pojęcie nieodpłatnego świadczenia należy ujmować zakresowo znacznie szerzej niż w nauce prawa cywilnego[13]. Z analogicznym stanowiskiem w przedmiotowej kwestii można się także spotkać w praktyce organów podatkowych, które bardzo często podzielają zapatrywania judykatury, przyjmując że „nieodpłatne świadczenie to świadczenie stanowiące przysporzenie tylko po stronie obdarowanego niezwiązane z żadnym wzajemnym zobowiązaniem «obdarowanego» na rzecz «darczyńcy»”[14].

---

[9] S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, *Nieodpłatne*…, op. cit., s. 14.

[10] Uchwała NSA z 18 listopada 2002 r., FPS 9/02, ONSA 2003, nr 2, poz. 42.

[11] Wyrok SN z 2 kwietnia 2003 r., III RN 49/02, Lex, nr 79071.

[12] D. Walerjan, *Akcje promocyjno-reklamowe – problemy podatkowe*, „Przegląd Podatkowy” 2001, nr 10, s. 14.

[13] Tak m.in.: NSA (7) w uchwale z 18 listopada 2002 r., FPS 9/02, OSNA 2003, nr 2, poz. 47; NSA (7) w uchwale z 16 października 2006 r., II FPS 1/06, OSNAiWSA 2006, nr 6, poz. 153; NSA w uchwale z 24 maja 2010 r., II FPS 1/10, ONSAiWSA 2010, nr 4, poz. 58; NSA w wyroku z 1 czerwca 2012 r., II FSK 2351/10, MoPod 2012, nr 7, s. 2.

[14] Dyrektor IS w Warszawie z 28 lutego 2012 r., IPPB4/415-841/11-5/MP; Dyrektor IS w Warszawie z 30 września 2008 r., IPPB/415-855/08-2/AM.

III. Krąg potencjalnych świadczeniobiorców i świadczeniodawców nieodpłatnych świadczeń w kontekście akcji promocyjno-reklamowych produktów leczniczych

Podejmując się gruntownej analizy nieodpłatnego świadczenia, jako prawnopodatkowej emanacji korzyści otrzymywanych przez lekarza, nie sposób w tym miejscu nie odnieść się bardziej wnikliwie do zakresu podmiotowego poruszanej problematyki. Chodzi mianowicie nie tyle o przybliżenie charakteru i specyfiki zawodu lekarza, którego dokładne objaśnienie zostało dokonane w odpowiednich uregulowaniach prawnych tudzież pracach naukowych[15], lecz bardziej o precyzyjne zarysowanie kręgu podmiotów, które mogą stać się potencjalnymi świadczeniobiorcami nieodpłatnych przysporzeń w kontekście prowadzonych akcji promocyjno-reklamowanych produktów leczniczych. Rozpocząć jednak należy w tym względzie nieco przewrotnie – zważywszy na to, co zostało powiedziane przed chwilą – od dokonania dychotomicznego podziału grupy podmiotów, które łączy obopólna ekonomiczno-prawna relacja przepływu korzyści majątkowej na dwie odrębne kategorie:

1) świadczeniodawców, czyli osoby fizyczne, osoby prawne oraz jednostki organizacyjne niebędące osobami prawnym, posiadające zdolność prawną, które funkcjonują na rynku, zajmując się profesjonalnym prowadzeniem działalności gospodarczej o ściśle sprecyzowanym profilu (obrót produktami leczniczymi) w celu osiągnięcia i pomnożenia zysku;
2) świadczeniobiorców, czyli osoby fizyczne, których praca polega na udzielaniu, stosownie do uzyskanych kwalifikacji, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich[16].

Powyższe rozróżnienie wymaga krótkiego komentarza. Otóż w przypadku pierwszej z wyszczególnionych kategorii, przede wszystkim dają o sobie znać firmy farmaceutyczne, które poprzez różnego rodzaju zabiegi marketingowe dążą do zwiększenia swoich obrotów[17]. Z kolei co do drugiej kategorii, to odnosi się ona do lekarzy; kluczowe dla nas znaczenie nabiera jednak dokonanie jeszcze dalej idącego zróżnicowania. Chodzi bowiem o wydzielenie spośród nich dwóch grup podmiotów: prowadzących i nieprowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą[18]. Posłużenie

---

[15] Zob. np. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 27 kwietnia 2010 r. *w sprawie kwalifikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakres jej stosowania* (Dz. U. Nr 82, poz. 537); A. Fiutak, *Formy wykonywania zawodów medycznych*, w: *Leksykon prawa medycznego 100 podstawowych pojęć*, red. A. Górski, Warszawa 2012, s. 292.

[16] Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (tekst jedn. Dz. U. 2014, poz. 1877 ze zm.).

[17] M. Michalik, B. Pilarczyk, H. Mruk, *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym*, Warszawa 2011, s. 11.

[18] Warto nadmienić, że zgodnie z art. 49a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (tekst jedn. Dz. U. 2015, poz. 464 ze zm.), wykonywanie zawodu lekarza może odbywać się poprzez prowadzenie: indywidualnej praktyki lekarskiej; indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej; grupowej praktyki lekarskiej. Dla celów podatkowych poczyniona typizacja nie ma jednak większego znaczenia. Jako pewne uproszczenie można przyjąć, że każda z wyszcze-

się tego rodzaju dystynkcją jest o tyle uzasadnione, że znajduje swe odzwierciedlenie w sferze następstw prawnopodatkowych. Wszak lekarze nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, pozostający ze świadczeniodawcą w stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnym, niezależnie od wysokości otrzymanego nieodpłatnego świadczenia w ramach tej działalności, będą musieli się rozliczyć z uzyskanego przychodu[19]. Tymczasem w przypadku przeciwnym, a więc lekarzy prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, którzy nie pozostają ze świadczeniodawcą w żadnym z wymienionych wyżej stosunków, sytuacja przedstawia się zgoła odmiennie. Wobec nich ustawodawca zdecydował się na zastosowanie pewnej preferencji podatkowej w odniesieniu do świadczeń przekazanych na ich rzecz, nieprzekraczających ściśle oznaczonej kwoty[20]. Preferencję tę można potraktować, jako swoiste odstępstwo od powszechności opodatkowania, które w rzeczonym przypadku polega na zwolnieniu z obowiązku podatkowego tych lekarzy, którzy uzyskają nieodpłatne świadczenie o wartości nie wyższej niż 200 zł. Wspomniana kwota zwolnienia od podatku dochodowego od osób fizycznych została uregulowana w hipotezie normy art. 21 ust. 1 pkt 68a u.p.d.o.f., gdzie jednorazowa wartość przekazanego świadczenia w istocie decyduje o wystąpieniu neutralności podatkowej.

Aby uzyskać pełną jasność w tym względzie, za wskazane należy uznać skonfrontowanie treści przytoczonego powyżej unormowania z tezami wybranych interpretacji indywidualnych organów podatkowych. W pierwszej kolejności na uwagę zasługuje wykładnia zwrotu „jednorazowa wartość świadczenia" dokonana przez dyrektora Izby Skarbowej w Poznaniu, w której wskazano[21], że „jednorazowy to «raz jeden dany lub uczyniony». Chodzi, zatem nie o pojedyncze świadczenie, tylko o sumę świadczeń, jaka jest otrzymywana w związku z jedną sytuacją. Należy mieć tu na uwadze, że mowa jest o […] jednorazowej wartości wszystkich świadczeń, które zostały dane w związku z daną sytuacją, czy też w danej sytuacji". Czyli w powyższym rozumieniu „jednorazowa wartość świadczenia" będzie oznaczać nic innego, jak sumaryczną wartość świadczeń, przekazanych w ściśle określonych warunkach, które zamiast podlegać jednostkowej wycenie, będą szacowane łącznie. Co równie ważne, ze zwolnienia tego będą korzystać tylko takie świadczenia, które w omawianym przypadku zostaną wręczone wyłącznie w formie rzeczowej, a nie pieniężnej[22].

Idąc dalej, warto także przeanalizować fragment interpretacji podatkowej, w której stwierdzono[23], że „wartość nieodpłatnych świadczeń otrzymanych od firmy farmaceutycznej w związku z promocją lub reklamą konkretnego produktu, jeżeli skumulowana wartość przekazanych upominków reklamowych jednemu lekarzowi lub farmaceucie – nieprowadzącemu pozarolniczej działalności gospodarczej – w da-

---

gólnionych tutaj form, w dalszej części rozważań będzie określana wspólnym mianem pozarolniczej działalności gospodarczej.

[19] J. Marciniuk, *Podatek dochodowy od osób fizycznych. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 359.

[20] Ibidem, s. 359.

[21] Dyrektor IS w Poznaniu z 11 stycznia 2011 r., ILPB1/415-1171/10-2/AP.

[22] Wyrok WSA w Gliwicach z 6 lutego 2014 r., http://orzeczenia.nsa.gov.pl/cbo/query.

[23] Dyrektor IS w Poznaniu z 31 sierpnia 2010 r., ILPB1/415-653/10-4/AMN.

nym cyklu akcyjno-promocyjnym nie przekroczy 200 zł brutto, wolna będzie od podatku dochodowego od osób fizycznych". To z kolei prowadzi do wniosku, że w razie gdy w ramach jednego cyklu akcyjno-promocyjnego będą prowadzone rozmaite zabiegi promocyjne odnoszące się tylko do jednego z wyselekcjonowanych produktów, to wolna od podatku będzie kwota mieszcząca się w zakreślonym limicie 200 zł niezależnie od sumy kwot przypadających odpowiednio na poszczególne akcje promocyjne.

IV. Prawnopodatkowe następstwa wręczenia nieodpłatnego świadczenia ujawniające się po stronie świadczeniodawcy

Przechodząc zaś do oceny ewentualnych skutków prawnopodatkowych po stronie świadczeniodawcy nieodpłatnego świadczenia (np. przedstawiciela firmy farmaceutycznej), należy uzmysłowić sobie pewną nieuchronność zetknięcia się z dwoma aspektami wzmiankowanej sytuacji, ujawniającymi się podczas przekazywania lekarzowi nieodpłatnej korzyści, tylko gdy wartość świadczenia nie będzie się mieścić w granicach kwoty wolnej od podatku. Otóż po pierwsze, przy zaistnieniu tego rodzaju zdarzenia na świadczeniodawcy spoczywać będzie obowiązek sporządzenia i przekazania w terminie do końca lutego następnego roku podatkowego lekarzowi (podatnikowi) oraz urzędowi skarbowemu, którym kieruje naczelnik właściwy według miejsca zamieszkania podatnika informacji o wysokości przychodów na formularzu PIT 8-C[24]. Obowiązek ten z istoty swej nie powinien przysparzać większych problemów dla świadczeniodawcy, aczkolwiek niekiedy może rodzić pewne trudności zwłaszcza, gdy podmiot obowiązany do jego sporządzenia nie jest w stanie zdobyć danych podatnika (np. numeru PESEL) niezbędnych do wystawienia deklaracji PIT 8-C. W razie zaistnienia tego rodzaju komplikacji, pewną wskazówką do ich przezwyciężenia może się okazać orzecznictwo sądów administracyjnych, w świetle którego nie można żądać od podatnika realizacji obowiązków niemożliwych do wykonania[25]. Toteż należy uznać, że jeśli dany świadczeniodawca nie może uzyskać danych koniecznych do sporządzenia informacji podatkowej, pomimo podjęcia wszelkich niezbędnych działań w tym celu, to z tego obowiązku jest zwolniony. Drugą kwestią, do której warto w tym miejscu się odnieść, to możliwość zaliczenia wydatków poniesionych przez świadczeniodawcę z tytułu dokonania nieodpłatnego świadczenia w ciężar kosztów podatkowych w sytuacji, gdy przedmiotowe wydatki zostały poniesione w celu osiągnięcia, zachowania albo zabezpieczenia źródła przychodu – pod warunkiem, że zostanie na nich umieszczone wyraźne oznaczenie firmy farmaceutycznej[26]. Konieczność udokumento-

---

[24] J. Paprota, A. Taudul, *Akcje promocyjno-reklamowe – problemy podatkowe (2)*, „Przegląd Podatkowy" 2001, nr 11, s. 18.

[25] Zob. Wyrok WSA w Poznaniu z 1 grudnia 2009 r., I SA/Po 874/09, http://orzeczenia.nsa.gov.pl/cbo/query.

[26] D. Kosacka, B. Olszewski, *Reklama 2013. Reprezentacja, nieodpłatne świadczenia*, Białystok 2013, s. 90.

wania tych wydatków oraz wykazania ich związku z uzyskanym przychodem spoczywać będzie na świadczeniodawcy[27].

V. Prawnopodatkowe następstwa otrzymania nieodpłatnego świadczenia ujawniające się po stronie świadczeniobiorcy

Z perspektywy świadczeniobiorcy (lekarza), któremu wręczono korzyść majątkową, następstwa te w zestawieniu z obowiązkami obciążającymi świadczeniodawcę ogniskują się wokół zgoła odmiennych kwestii. Przede wszystkim w razie rozpoznania przychodu z tytułu otrzymania nieodpłatnego świadczenia, które zazwyczaj następuje po otrzymaniu kwoty przewyższającej ustawowy próg 200 zł, świadczeniobiorca będzie obowiązany rozliczyć się z tego przychodu łącznie z innymi przychodami według progresywnej skali podatkowej[28], czyli według jednej z dwóch stawek 18% oraz 32%, których przekroczenie uzależnione zostało od wysokości osiągniętego *en bloc* dochodu w danym roku podatkowym. Rozliczenia należy dokonać na formularzu PIT-36 do końca kwietnia następnego roku podatkowego. Okoliczność ta wręcz prowokuje do zmierzenia się następującym pytaniem, czy istnieje jakieś rozwiązanie, mogące złagodzić wspomniany obowiązek podatkowy?

Wydaje się, że w praktyce obrotu taką możliwość zapewnia nam umowa darowizny. Jest to jedna z umów nazwanych prawa cywilnego, przez którą darczyńca zobowiązuje się do bezpłatnego świadczenia na rzecz obdarowanego kosztem swego majątku[29]. Rozwiązanie to *prima facie* może się wydawać dość prozaiczne; zwłaszcza gdy przedmiotem umowy darowizny są rzeczy „widoczne gołym okiem", takie jak pieniądze czy samochód – różnice pomiędzy jednym pojęciem a drugim są oczywiste i niebudzące wątpliwości; niemniej w pozostałych wypadkach pojawiają się całkiem poważne trudności z zakwalifikowaniem poszczególnych przysporzeń do tego lub innego podatku[30]. Wszak wiele przychodów określanych przez urzędy skarbowe, jako nieodpłatne świadczenia spełnia jednocześnie definicję darowizny z Kodeksu cywilnego, i jako takie nie powinny podlegać opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, tylko podatkiem od spadków i darowizn[31]. Co więcej, przeprowadzenie wyrazistego rozróżnienia między umową darowizny, a nieodpłatnym świadczeniem rodzi spore trudności kwalifikacyjne w praktyce zwłaszcza w sytuacji, gdy dokonanie darowizny następuje z pominięciem formy pisemnej, np. poprzez wręczenie rzeczy – co w nauce prawa cywilnego zwykło się określać jako darowizna „rękodajna"[32]. W przywołanej bowiem

---

[27] A. Bartosiewicz, *PIT. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 553; zob. także: wyrok NSA z 26 listopada 2003 r. SA/Sz 1387/02, „Przegląd Podatkowy" 2004, nr 4, s. 49; Pismo Ministerstwa Finansów nr PO 4/N-722-187/96, LexisNexis, nr 324344.

[28] Art. 9a ust. 1 w zw. z art. 27 u.p.d.o.f.

[29] Art. 888 § 1 k.c.

[30] S. Brzeszczyńska, *Granice pomiędzy darowizną a nieodpłatnym świadczeniem w podatku dochodowym od osób fizycznych*, „Monitor Podatkowy" 1997, nr 8, s. 230.

[31] Ustawa z dnia 28 lipca 1983 r. *o podatku od spadków i darowizn* (tekst jedn. Dz. U. 2013, poz. 1623 ze zm.).

[32] P. Machnikowski, w: *Kodeks cywilny*..., op. cit., s. 1576.

sytuacji umowa darowizny staje się ważna, pomimo braku zachowania wymaganej prawem formy oświadczenia woli darczyńcy, która powinna mieć postać aktu notarialnego, jeśli przyrzeczone świadczenie zostanie spełnione.

Niewątpliwą zaletą opodatkowania darowizny jest relatywnie niska stawka podatku wynosząca od 3% do 20% czystej wartości otrzymanych rzeczy, bądź praw, przy czym należy najpierw uwzględnić kwoty wolne od podatku. Wydaje się zatem, że tego rodzaju rozwiązanie z finansowego punktu widzenia może okazać się dla lekarza korzystne, zwłaszcza przy otrzymaniu nieodpłatnego świadczenia o znacznej wartości, aczkolwiek winno rodzić pewne wątpliwości natury etycznej w szczególności, gdy fakt przyjęcia korzyści majątkowej rzuca się cieniem na obiektywizmie jego opinii bądź stawia go w niekorzystnym świetle[33].

VI. Etyczne dylematy otrzymania nieodpłatnego świadczenia ujawniające się po stronie świadczeniobiorcy

Możliwość osiągnięcia znacznego zysku związanego z działalnością promocyjno-reklamową produktów leczniczych nieuchronnie skłania różne osoby w nią zaangażowane do podejmowania zachowań społecznie nieakceptowanych, rodzących określone dylematy moralne. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest coraz szersze wkraczanie norm etyki lekarskiej w subtelną materię powinności zawodowych, a w ślad za tym następuje wysuwanie coraz śmielszych postulatów jej zmiany. Tendencja ta od pewnego już czasu nasila się pod wpływem powtarzających się doniesień o niejasnych powiązaniach branży farmaceutycznej z przedstawicielami środowiska lekarskiego, wśród których najwięcej kontrowersji budzi kwestia reklamy produktów leczniczych. W odniesieniu bowiem do lekarzy oczekuje się szczególnych kwalifikacji moralnych, ponieważ dbałość o etyczną stronę profesji nieodzownie wiedzie do utrzymania powagi i charyzmy zawodu, która pacjentowi potrzebna jest nieraz bardziej niż samemu lekarzowi[34]. Moralna wrażliwość profesjonalisty wespół z jego fachową wiedzą, kładzie solidny fundament pod budowę zaufania pacjenta do lekarza, który po tym ostatnim ma prawo oczekiwać bezstronności w wyborze właściwej dla niego ze względu na stan zdrowia terapii. Słuszność tej intuicji potwierdza treść art. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, który poza nałożeniem na lekarza nakazu wykonywania zawodu zgodnie ze aktualną wiedzą medyczną, obliguje go również do postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że tego rodzaju powinność, choć znajduje swe odzwierciedlenie w przepisach obowiązującego prawa, nie przekłada się wprost na realia życia zawodowego. Co prawda, lekarzom zaleca się, żeby odmawiali przyjmowania korzyści majątkowych, o ile może to godzić w dobro pacjenta, niemniej ocenę tego, czy dany upominek i związane z nim zobowiązanie stanowi zagrożenie, czy też nie, pozostawia się osądowi ich sumienia[35]. Polski KEL (art. 51a–51b) ogranicza się do zale-

---

[33] Art. 51a ust. 1 KEL.
[34] T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 285.
[35] W. Słomski, *Dylematy etyki lekarskiej. Zagadnienia wybrane*, Warszawa 2008, s. 24.

cenia dużej przezorności w kontaktach z przemysłem farmaceutycznym, wskazując, że wszelkie rozstrzygnięcia odnośnie kryteriów wyboru terapii, przepisywania leków czy kierowania pacjenta na określone badania, nie powinny powodować konfliktu interesów i podważać obiektywizmu decyzji klinicznych; wyznacza również konieczność zachowania jawności na płaszczyźnie powiązań lekarza z producentami leków oraz wyrobów medycznych, jeśli tego typu związki polegają na przekazywaniu gratyfikacji (art. 53c).

Takie ujęcie zasad etycznych będących z założenia podstawą praktycznych decyzji, stawia przed lekarzami dość wysokie wymagania. Ponieważ ocena konkretnych, jednostkowych przypadków z racji uniwersalności przybliżonych wyżej unormowań, musi opierać się nie tylko na dużej wrażliwości moralnej ich adresatów, ale także na intuicyjnym rozpoznaniu przez nich dopuszczalności określonych poczynań; inspirując lekarzy do trafnego rozpoznania zawodowej powinności w warunkach permanentnej i nieubłaganej niepewności[36]. Jednocześnie jednak z powyższego faktu nie należy wyciągać wniosku, że etyka lekarska jawi się tu, jako zbiór pozaprawnych reguł, które wolno w sposób dowolny interpretować, a oceny negatywne formułować tylko w sytuacjach najbardziej ewidentnych. Zauważyć trzeba, że mimo nieodpartego uroku tego stanowiska, wiodącego do odmowy przyznania KEL waloru *stricti iuris*[37], to pogląd ten jest tylko częściowo słuszny. Analiza katalogu norm zawartych w odnośnym akcie, prowadzi do wniosku, że część z nich (dotycząca praw i obowiązków) winna być traktowana na równi z normami prawnymi należącymi do porządku prawnego danego państwa[38], pociągając za sobą, w przypadku ich złamania, znacznie poważniejsze restrykcje niż stwierdzenie, że ta czy inna norma została naruszona.

VII. Podsumowanie

Reasumując powyższy wywód, należy podkreślić złożoność i niebagatelne znaczenie właściwej kwalifikacji prawnej korzyści majątkowych przyjmowanych przez lekarza od organizatora akcji promocyjno-reklamowej. Jak się okazuje przy rozważaniach tego typu nie da się całkowicie uciec do wartościowań[39], które nie pozostają bez wpływu na sferę powinności etyczno-zawodowych świadczeniobiorców grających nierzadko rolę pośredników między pacjentem a przemysłem medycznym. Pewien zamęt wokół tych kwestii wzmaga współcześnie brak jasnych, niebudzących poważniejszych zastrzeżeń interpretacyjnych unormowań w tym obszarze, skłaniając ku refleksji nad zakresem niezbędnych zmian, które umożliwiłyby zarówno lekarzom, jak i przedstawicielom firm farmaceutycznych uniknięcia dość restrykcyjnych skutków obecnego prawodawstwa. Ponoszenie bowiem zbędnych „kosztów podatkowych" przez uczestników sek-

---

[36] M. Langer, *Formalizacja etyki w administracji finansowej rękojmią prawidłowego gospodarowania groszem publicznym*, w: *Perspektywa – wyzwania współczesnej gospodarki*, red. M. Buszko, D. Krupa, D. Sadłakowski, t. 2, Toruń 2015, s. 199.

[37] K. Radziwiłł, *Dlaczego nowelizujemy Kodeks etyki lekarskiej*, w: *Ogólnopolska Konferencja. Dyskusja nad projektem nowelizacji Kodeksu etyki lekarskiej*, Warszawa 2003.

[38] R. Sarkowicz, J. Stelmach, *Teoria prawa*, Kraków 1998, s. 213.

[39] A. Gomułowicz, *Podatki a etyka*, Warszawa 2013, s. 64.

tora ochrony zdrowia pociąga za sobą nie tylko niekorzystne następstwa w sferze rozwoju gospodarczego kraju, ale również godzi w grupę zawodową lekarzy, której przypisuje się niezwykle istotną rolę w społeczeństwie. Sytuacja ta w ocenie autora powinna ulec daleko idącej zmianie, pytanie tylko czy interwencja ustawodawcy w tym przypadku jest w pełni zasadna. Problematyka ta od dłuższego już czasu stanowi niezwykle podatny grunt pod formułowanie w tym względzie rozmaitych rozwiązań, które najczęściej przybierają dość powściągliwą postać. W tym kontekście warto zwłaszcza przywołać pogląd Bogumiła Brzezińskiego, wedle którego sedno problemu wynika z błędu metodologicznego, jaki popełniają sądy administracyjne dokonując wykładni nieodpłatnego świadczenia[40], a nie z ubytków legislacyjnych w tej materii. Zdaje się jednak, że stanowisko zaprezentowane przez przywołanego autora jest zorientowane nazbyt legalistycznie. Sedno problemu tkwi bowiem w obrębie nieco innej płaszczyzny, a mianowicie: sfery moralnej *ethosu* zawodowego, którego upadek można przezwyciężyć jedynie przez stałą dbałość o podnoszenie standardów etycznych całego środowiska lekarskiego. Oczywiście całkowite wyeliminowanie z zawodu jednostek, które traktują swoją profesję jako środek do szybkiego wzbogacenia się, a nie cel sam w sobie, jest niemożliwe. Niemniej możliwe wydaje się stworzenie atmosfery braku przyzwolenia na tego typu nadużycia powstające na styku medycyny i przemysłu farmaceutycznego.

Streszczenie

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie zarysu najistotniejszych, fiskalnych aspektów przyjmowania korzyści majątkowych przez lekarza, przy uwzględnieniu specyficznego kontekstu akcji promocyjno-reklamowych. Podjęte przez autora kwestie ogniskują się nie tylko wokół charakteru prawnego otrzymywanych świadczeń, lecz także dotykają sfery etycznej i zachodzących na tym tle konfliktów wartości. Całość prezentowanych rozważań znajduje swoje odzwierciedlenie w obecnie obowiązującym ustawodawstwie oraz dorobku przedstawicieli nauki prawa podatkowego.

Słowa kluczowe: akcja promocyjno-reklamowa, nieodpłatne świadczenie, lekarz

Advertising of Medicinal Products and Physician Benefit in the Light of Tax Law and Professional Ethics

Summary

This article investigates the most important fiscal aspects of physician benefits as part of the overall Poland tax compliance regime. Two perspectives of tax regulations are considered: fiscal nature of the gratuitous benefits, with amounts to exceeding the statutory threshold under the Personal Income Tax; and whether the accepting any of benefits by physicians are ethically neu-

[40] B. Brzeziński, *Szaleństwo opodatkowania nieodpłatnych świadczeń*, „Prawo i Podatki" 2010, nr 12 s. 6.

tral from him. Furthermore, the article compares the selected provisions of Personal Income Tax and Gift Tax in a specific context of promotional and advertising campaigns in Poland. The whole presented considerations are reflected in the current legislation, and the doctrine achievements.

Key words: *gratuitous benefit, advertising campaign, physician*

Witold SOBCZAK
Prof. nadzw. dr hab., adwokat, Instytut Prawa, Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu

Grzegorz STRABURZYŃSKI
Mgr, psycholog, terapeuta, wykładowca, UAM, Pomoc Psychologiczna s.c. Dorota Kubiak-Wąsiewicz, Katarzyna Sęk, Prywatne Liceum Ogólnokształcące im. Kossaka w Poznaniu

Tajemnica zawodowa psychologa ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań pracy psychologa szkolnego

Mimo, iż ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. *o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów*[1] (dalej: z.p.s.z.p.) obowiązuje już blisko dziesięć lat, a od jej uchwalenia upłynęło ponad czternaście lat, na jej tle pojawiły się tylko nieliczne judykaty oraz w niewielkim stopniu treść tej ustawy wzbudziła zainteresowanie doktryny prawniczej. Jakkolwiek była ona przygotowywana przez środowisko zawodowe, którego dotyczy[2], to jednak nie wydaje się ona zbyt dobrze znana poszczególnym osobom wykonującym ten zawód. Sytuacja ta musi budzić poważne zdziwienie, a nawet zaniepokojenie, zważywszy, w jak obfitą literaturę prawniczą obrosły ustawy: *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z dnia 5 grudnia 1996 r.[3], *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* z dnia 8 września 2006 r.[4], *o izbach aptekarskich* z dnia 19 kwietnia 1991 r.[5], *o zawodzie felczera* z dnia 20 lipca 1950 r.[6], *o zawodach pielęgniarki i położnej* z dnia 15 lipca 2011 r.[7] W tym miejscu podkreślić należy, że jak wynika z uzasadnienia projektu ustawy *o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów*, ustawodawca podejmując regulację zawodu psychologa chciał określić go jako zawód zaufania społecznego. Użycie w treści uzasadnienia projektu ustawy terminu „zaufania społecznego" musi budzić wątpliwości, zważywszy, że odwołano się przy tej okazji do tekstu art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, w którym mowa o „zawodach zaufania publicznego". Przypomnieć przy tym należy, że Konstytucja wyraźnie wiąże zawód zaufania publicznego z istnieniem samorządu zawodowego, reprezentującego osoby wykonujące taki zawód i sprawującego pieczę nad jego należytym pełnieniem w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony[8].

---

[1] Dz. U. 2001, Nr 73, poz. 763 ze zm.

[2] Akcentuje to uzasadnienie projektu ustawy *o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów*, druk Sejmowy Sejmu RP III kadencji nr 1302.

[3] T.j. Dz. U. 2015, poz. 464 ze zm.

[4] T.j. Dz. U. 2013, poz. 757 ze zm.

[5] T.j. Dz. U. 2014, poz. 1429 ze zm.

[6] T.j. Dz. U. 2012, poz. 1133 ze zm.

[7] T.j. Dz. U. 2014, poz. 1435 ze zm.

[8] W kwestii pojęcia zawodu zaufania publicznego zob. M. Kulesza, *Pojęcie zaufania publicznego*, w: *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki*

W literaturze nie budzi wątpliwości to, że zawodami zaufania publicznego, w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji, są zawody, których wykonywanie łączy się z przyjmowaniem informacji dotyczących sfery życia osobistego, a nawet intymnego innych ludzi. Zorganizowanie takiego zawodu w korporację samorządową, z konstytucyjnie założonym istnieniem pieczy nad jego wykonywaniem, z pewnością w określonym stopniu niweluje niepewność jednostki zawsze przecież występującą przy powierzaniu informacji osobistych osobie trzeciej. Podkreśla się, że łączy się to z obowiązkiem zachowania tajemnicy tych informacji, powiązanej tradycyjnie z odpowiednim immunitetem społecznie akceptowanym[9]. Zauważa się przy tym, że od zawodu zaufania publicznego wymaga się spełnienia takich kryteriów jak regulowany charakter, posiadania zdolności do autoregulacji i samoregulacji, umiejętność określenia standardów postępowania, posiadanie kodeksu etycznego oraz rzeczywiste funkcjonowanie zawodu w praktyce[10]. Uznaje się także, że charakterystyczne dla zawodów zaufania publicznego jest to, że nie podlegają one regułom hierarchii urzędniczej, wykonujący je podlegają sformalizowanym normom etyki zawodowej, nie narzucanej z zewnątrz, a kształtowanej przez korporację. Wskazuje się także na konieczność oddzielenia samorządu zawodu zaufania publicznego od samorządu gospodarczego[11]. Podnosi się przy tym, że zaufanie publiczne mogą uzyskać środowiska zawodowe wykazujące konieczną spoistość moralną deontologiczną i organizacyjną. Zastrzega się przy tym, że jeśli określone środowisko zawodowe nie spełnia tych kryteriów, to nie należy organizować go w samorząd, a zadania publiczne powierzyć raczej organizacjom lub stowarzyszeniom zawodowym.

Judykatura dość mocno podkreśla, że jednoczesne wypełnianie funkcji, o których mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji, nie jest wolne od napięć czy wręcz konfliktów między partykularnymi interesami grupy wykonującej określony zawód, a interesem publicznym, w granicach którego i dla którego ochrony samorząd sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tego zawodu. Nie zmienia to jednak istoty samorządu zawodowego. Zawiera się ona w obowiązku harmonijnego łączenia wspomnianych funkcji. Postanowienia Konstytucji, jak stwierdzono, należy bowiem rozumieć w ten sposób, że

---

Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka 8 kwietnia 2002 r., Warszawa 2002, s. 27; H. Izdebski, *Sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu przez samorządy zawodowe*, w: *Zawody zaufania publicznego*…, s. 134; W. J. Wołpiuk, *Zawód zaufania publicznego z perspektywy prawa konstytucyjnego*, w: *Zawody zaufania publicznego*…, s. 19; tenże, *Samorząd zaufania publicznego a interes publiczny*, Warszawa 2002, s. 131; K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999, s. 29–171; tejże, *Reglamentacja zawodów zaufania publicznego ze względu na prawną formę ich wykonywania w świetle rozwiązań polskich i państw członkowskich Wspólnot Europejskich*, Warszawa 2002, s. 157; J. Smarż, *Definiowanie pojęcia „zawód zaufania publicznego"*, „Studia Prawnicze" 2012, nr 3, s. 123–155. W kwestii medycznych zawodów zaufania publicznego zob. D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 263–298.

[9] P. Sarnecki, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z 29 maja 2001*, I CKN 1217/98, „Palestra" 2002, nr 5–6, s. 185.

[10] H. Izdebski, *Sprawowanie pieczy*…, s. 34.

[11] J. Hausner, D. Długosz, *Tezy w sprawie zawodów zaufania publicznego*, w: *Zawody zaufania publicznego*…, s. 119.

samorząd zawodowy ma nie tyle eliminować czy niwelować partykularne interesy osób wykonujących zawody zaufania publicznego, ile zmierzać do ich uzgodnienia z interesem publicznym. Może to, jak stwierdza w uzasadnieniu wyroku z dnia 22 maja 2001 r. Trybunał Konstytucyjny, pociągać za sobą konieczność wprowadzenia całego szeregu ograniczeń, zarówno w zakresie wolności wykonywania zawodu, jak i wolności podejmowania działalności gospodarczej, jeżeli z taką działalnością wykonywanie zawodu miałoby się wiązać. Trybunał przy tym bardzo mocno podkreślił, że nie każdy samorząd zawodowy, jest tym samorządem, o którym mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji. Jest nim tylko taki, który nie zajmuje się wyłącznie ochroną interesów indywidualnych i zbiorowych swoich członków, lecz także sprawuje nadzór nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu oraz ustanawia obowiązujące zasady etyki i deontologii tego zawodu, a także współpracuje z odpowiednimi szkołami wyższymi i towarzystwami naukowymi w zakresie kształcenia i przygotowania zawodowego. Trybunał bardzo mocno podkreślił, że należyte wykonywanie konstytucyjnych funkcji samorządu zawodowego wymaga zapewnienia mu możliwości nie tylko decydowania o tym, kto może wykonywać dany zawód, ale także kontrolowania sposobu jego wykonywania[12]. Stanowisko Trybunału zbieżne jest z poglądami doktryny, wskazującej, iż nadanie pewnym zawodom charakteru zawodów zaufania publicznego, oznacza ustawową dopuszczalność nakładania pewnych ograniczeń w zakresie konstytucyjnej wolności dostępu do zawodu i jego wykonywania oraz objęcie osób wykonujących takie zawody obowiązkiem przynależności do samorządu zawodowego[13].

Fakt, iż ustawodawca zmierzał ku temu, aby ukształtować zawód psychologa jako zawód zaufania publicznego w konsekwencji niejako wymuszał stworzenie samorządu zawodowego, którego jednostkami organizacyjnymi stały się Krajowa Izba Psychologów oraz Regionalne Izby Psychologów. W rezultacie koniecznym było także określenie zasad odpowiedzialności dyscyplinarnej oraz sformułowanie obowiązków ciążących na osobach wykonujących zawód psychologa, a także wskazanie jakie osoby mogą wykonywać ten zawód. Ważnym elementem tych regulacji jest kwestia tajemnicy zawodowej. Obowiązek strzeżenia tajemnicy zawodowej nałożono w przepisach prawa na przedstawicieli różnych zawodów, zwłaszcza prawniczych i medycznych. Warto jednak zauważyć, że w przepisach prawa nie zdefiniowano pojęcia „tajemnicy zawodowej", ani tajemnicy w ogóle. Wyjątkiem jest treść art. 147 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r.

---

[12] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 maja 2001 r., sygn. akt K 37/00, *Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego 2001*, nr 4, poz. 86.

[13] J. Smarż, *Konstytucyjne uwarunkowania tworzenia samorządów zawodowych*, „Studia Prawnicze" 2013, nr 3, s. 5–40. Wypada zauważyć, że w doktrynie sformułowano też pogląd, że konieczność sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu, nie wymaga ograniczania wolności zrzeszania się. Por. M. Zubik, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008*, sygn. akt SK 16/07, „Przegląd Sejmowy" 2008, nr 6, s. 234–242. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego wyakcentowano, że ustrojodawca dopuszcza nie tylko odrębne samorządy dla poszczególnych zawodów, ale także powoływanie kilku samorządów dla tego samego zawodu, które np. różniłyby się pod względem światopoglądowym. Taki pluralizm musiałby mieć jednak na celu ochronę interesu publicznego i wynikać z przekonania ustawodawcy, że interes ten będzie lepiej chroniony przez kilka samorządów dla danego zawodu niż przez jedną organizację. Zob. uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 18 października 2010 r. OTKA 2010, nr 8, poz. 76.

o obrocie instrumentami finansowymi[14], art. 35 i 36 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych*[15] oraz art. 2 pkt 10 ustawy z 26 października 2000 r. *o giełdach towarowych*[16]. Wiele aktów normatywnych odwołuje się do tajemnicy zawodowej, ale terminu tego nie definiuje[17]. W literaturze stwierdza się, że „kluczem do definicji tajemnicy jest niejawność, która wyznacza zarówno jej granice jak i treść"[18]. Zauważyć przy tym należy, że ugruntowany niegdyś w literaturze podział tajemnic na państwowe i służbowe stracił swoją aktualność wraz z uchyleniem przez art. 90 nieobowiązującej już ustawy z 22 stycznia 1999 r. *o ochronie informacji niejawnych*[19] ustawy z 14 grudnia 1982 r. *o ochronie tajemnicy państwowej i służbowej*[20]. Obowiązująca ustawa z 5 sierpnia 2010 r. *o ochronie informacji niejawnych*[21] operuje terminem „informacje niejawne", które dzieli na opatrzone klauzulą „ściśle tajne" (art. 5 ust. 1), „tajne" (art. 5 ust. 2) oraz „zastrzeżone" (art. 5 ust. 3).

---

[14] T.j. Dz. U. 2014, poz. 94 ze zm. W przywołanym przepisie stwierdzono, że tajemnica zawodowa obejmuje informację uzyskaną, przez osobę wymienioną w art. 148 ust. 1 tejże ustawy, w związku z podejmowanymi czynnościami służbowymi w ramach pozostawania w stosunku pracy, zlecenia lub w innym stosunku prawnym o podobnym charakterze, dotyczącą chronionych prawem interesów podmiotów dokonujących czynności związanych z obrotem instrumentami finansowymi lub innych czynności w ramach regulowanej ustawą działalności objętej nadzorem Komisji lub zagranicznego organu nadzoru, jak również dotyczącą czynności podejmowanych w ramach wykonywania tego nadzoru, w szczególności informację zawierającą: dane osobowe strony umowy lub innej czynności prawnej; treść umowy lub przedmiot czynności prawnej; dane o sytuacji majątkowej strony umowy, w tym oznaczenie rachunku papierów wartościowych, innego rachunku, na którym zapisywane są instrumenty finansowe niebędące papierami wartościowymi, lub rachunku pieniężnego służącego do obsługi tych rachunków, liczbę i oznaczenie instrumentów finansowych oraz wartość środków zgromadzonych na tych rachunkach; oznaczenie rachunku zbiorczego, liczbę i oznaczenie zapisanych na nim instrumentów finansowych oraz dane osób uprawnionych z tych instrumentów finansowych.

[15] T.j. Dz. U. 2013, poz. 885 ze zm. W przywołanych przepisach mowa o tajemnicy skarbowej, której treść znalazła także odbicie w art. 196 § 2 i art. 293–305 ustawy z dnia 29 sierpnia 1996 r. *ordynacja podatkowa*, t.j. Dz. U. 2015, poz. 613 ze zm. Warto zauważyć, że ta ostatnia ustawa odróżnia tajemnicę skarbową od tajemnicy zawodowej, aczkolwiek podział ten nie jest precyzyjny.

[16] T.j. Dz. U. 2014, poz. 197 ze zm. W przywołanym przepisie stwierdzono, że pod pojęciem tajemnicy zawodowej rozumie się informację uzyskaną przez osobę wymienioną w art. 53 ust. 1 w związku z czynnościami służbowymi, zatrudnieniem, stosunkiem zlecenia lub innym stosunkiem prawnym o podobnym charakterze, dotyczącą giełdowego obrotu towarami giełdowymi lub czynności wynikających z uczestnictwa w tym obrocie, albo działalności podmiotów podlegających nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego, zwanej dalej „Komisją", jeżeli nieuprawnione ujawnienie takiej informacji mogłoby narazić na szkodę interes państwa, interes publiczny lub prawnie chroniony interes osoby fizycznej lub prawnej, bądź jednostki organizacyjnej, której ta informacja dotyczy, a w szczególności informację zawierającą: dane osobowe klienta, inwestora, strony umowy, czynności lub transakcji, treść umowy i przedmiot czynności lub transakcji, dane o sytuacji majątkowej osób, o których mowa w lit. a, w tym oznaczenie rachunku lub rejestru towarów giełdowych lub rachunku pieniężnego oraz stany tych rachunków.

[17] Przykładem może być, art. 32 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych*, t.j. Dz. U. 2014, poz. 1182.

[18] Zob. M. Kunicka-Michalska, *Ochrona tajemnicy zawodowej w polskim procesie karnym*, Warszawa 1972, s. 5; także M. Rusinek, *Tajemnica zawodowa i jej ochrona w polskim procesie karnym*, Warszawa 2007, s. 16.

[19] T.j. Dz. U. 2005, Nr 196, poz. 1631 ze zm.

[20] Dz. U. 1982, Nr 40, poz. 271 ze zm.

[21] Dz. U. 2010, Nr 182, poz. 1228 ze zm.

W starszej literaturze podejmowano próby wyróżnienia obok tajemnic państwowej i służbowej, tajemnicy zawodowej i funkcyjnej[22]. Podział ten wraz z uchyleniem ustawy o tajemnicy państwowej i służbowej oraz z racji niezbyt jasnych kryteriów, a także nierozłączności tajemnic, wydaje się niezbyt przystający do obecnego stanu prawnego. Próbowano także zastąpić pojęcie tajemnicy zawodowej, funkcyjnej i służbowej w ślad za doktryną niemiecką, terminem „tajemnicy cudzej"[23]. Nie zdało to jednak egzaminu. Starając się określić zakres tajemnicy zawodowej, nawiązuje się zwykle do kryterium formalnego, a więc do okoliczności uzyskania wiadomości. Wskazuje się przy tym, że są to wiadomości powzięte z wykonywaniem przez kogoś zawodu i mogą dotyczyć życia osobistego i rodzinnego jednostki, jej aktywności społecznej bądź publicznej. Niepowodzeniem, jak wykazał M. Rusinek, kończą się jednak próby zmierzające do wyznaczenia zakresu tajemnicy zawodowej według kryterium treści wiadomości[24].

Źródłem tajemnicy zawodowej mogą być z jednej strony przepisy ustawy, z drugiej, normy etyczne[25]. Tajemnicę zawodową psychologa normują z jednej strony przepisy prawne wspomnianej ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, z drugiej normy etyczne zawarte w Kodeksie etyczno-zawodowym psychologa[26] oraz w Kodeksie etycznym psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego[27].

---

[22] B. Kunicka-Michalska, *Ochrona tajemnicy*…, s. 12; J. Sawicki, *Tajemnica zawodowa lekarza i dziennikarza w prawie karnym*, Warszawa 1960, s. 23 i 29.

[23] B. Kunicka-Michalska, *Ochrona tajemnicy*…, s. 18, w nawiązaniu do koncepcji R. Maurach, *Deutsches Strafrecht, Besonderer Teil*, Karlsruhe 1959, s. 153.

[24] M. Rusinek, *Tajemnica zawodowa*…, s. 23.

[25] W literaturze podnosi się niekiedy, że wymóg zachowania tajemnicy może wynikać ze zobowiązania, wiążącego przedstawiciela danego zawodu, a więc umowy cywilnoprawnej. O takim źródle tajemnicy można mówić jedynie wówczas, gdy w odniesieniu do określonego zawodu brak jest norm prawnych lub etycznych, z których wynikałby taki obowiązek. Zauważa się wszakże, że wymóg dyskrecji wynikający z umowy cywilnoprawnej nie zawsze może spełniać swoją społeczną funkcję. Stanie się tak w sytuacji, gdy umowny obowiązek zachowania powierzonej tajemnicy będzie sprzeczny z zasadami współżycia społecznego. Zob. E. Plebanek, M. Rusinek, *Ujawnienie tajemnicy zawodowej w procesie karnym, a odpowiedzialność karna*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2007, z. 1, s. 73–100. Wskazuje się, że niekiedy źródłem tajemnicy może być treść art. 23 k.c., jednak zwykle podkreśla się, że nie może on być utożsamiany z nakazem dyskrecji, który mógłby być zakwalifikowany jako tajemnica zawodowa. Zob. w tym przedmiocie M. Safjan, *Problemy prawne tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego" 1995, nr 1, s. 13.

[26] Kodeks ten w obecnej wersji został zatwierdzony przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1991 r., a więc jeszcze przed uchwaleniem ustawy z 8 czerwca 2001 r. *o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów*.

[27] Kodeks ten został przyjęty na Walnym Zgromadzeniu Członków Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w dniu 8 grudnia 2000 r., oraz na Walnym Zgromadzeniu Członków Sekcji Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w dniu 3 marca 2001 r. Należy w tym miejscu dodać, że członkami Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i psychoterapeutami są także psychologowie. Wypada podkreślić, że w Polsce zawód psychoterapeuty nie został należycie uregulowany przez prawo. Przygotowywana jest ustawa o niektórych zawodach medycznych zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, której zakresem przedmiotowym mają być objęci obok fizjoterapeutów, logopedów, masażystów, protetyków słuchu, ratowników medycznych, techników dentystycznych, farmaceutycznych, terapeutów zajęciowych i innych także psychoterapeuci. W treści art. 24 ust. 1–4 projektu

W treści art. 14 ust. 1 z.p.s.z.p. stwierdzono, że psycholog ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z klientem uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. W ust. 3 tegoż przepisu wskazano, że nie stosuje się tej regulacji,, w sytuacji, gdy poważnie jest zagrożone zdrowie bądź życie klienta, ewentualnie innych osób oraz wtedy, gdy tak stanowią ustawy. W płaszczyźnie postępowania karnego zakres tajemnicy zawodowej sprowadza się do tzw. bezwzględnych i względnych zakazów dowodowych. Zauważyć należy, że bezwzględne zakazy dowodowe formułuje art. 178 pkt 1–2 k.p.k. stwierdzając, że nie wolno przesłuchiwać w charakterze świadków obrońcy albo adwokata lub radcy prawnego działającego na podstawie art. 245 § 1 k.p.k. co do faktów, o których dowiedział się on udzielając porady prawnej

---

ustawy z 2012 r. wskazano, że osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanej w związku z wykonywaniem zawodu oraz, że treścią tej tajemnicy związani są po śmierci pacjenta, przy czym nie mogą podawać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody. Wskazano także, że obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem nie stosuje się, gdy tak stanowią przepisy innych ustaw, zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób; pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrażą zgodę na ujawnienie tajemnicy; zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń; jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych; jest to niezbędne dla celów naukowych. Zob. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/puzawmedyczbe_23022010.pdf, 27.12.2015, 18:08. Odrębnym kodeksem etyki zawodowej psychoterapeuty posługuje się Polska Federacja Psychoterapii. W jego treści, w § 7 stwierdzono, że: psychoterapeuta jest zobowiązany do zachowania poufności dotyczącej wszystkich informacji, w jakich posiadanie wszedł w związku z wykonywaniem psychoterapii; jeżeli istnieją okoliczności ograniczające zachowanie poufności psychoterapeuta informuje o tym pacjentów/klientów przed rozpoczęciem działań zawodowych oraz wtedy, gdy pojawia się taka konieczność; psychoterapeuta omawia poufne informacje dotyczące psychoterapii czy superwizji jedynie z psychoterapeutami, psychiatrami, psychologami w szczególnie uzasadnionych okolicznościach i w niezbędnym zakresie, zachowując anonimowość pacjenta/klienta, jeśli to możliwe. W przypadku, gdy klient utracił zdolność samokontroli psychoterapeuta podejmuje interwencję mającą na celu zminimalizowanie, bądź wyeliminowanie zagrożenia; dokonywanie zapisów na wszelkich nośnikach przekazu informacji podczas terapii wymaga zgody pacjenta/klienta albo pisemnej zgody jego prawnego pełnomocnika; w przypadku, kiedy psychoterapeuta chce się posłużyć informacjami o pacjencie/kliencie w wykładach lub publikacjach, musi uzyskać na to jego zgodę i zadbać o to, by pacjent/klient nie został zidentyfikowany. Psychoterapeuta jest zobowiązany do zapewnienia anonimowości pacjenta/klienta poprzez zmianę jego imienia, nazwiska i innych danych, zastosowanie różnych form kamuflażu w opisie pacjenta/klienta, omawiając jego problem; konsultując, superwizując czy biorąc udział w profesjonalnych wystąpieniach dotyczących swoich pacjentów/klientów przekazuje jedynie takie informacje, które nie umożliwiają identyfikacji pacjenta/klienta; w przypadku, kiedy publiczne lub prywatne instytucje zwrócą się z pisemnym wnioskiem o udostępnienie informacji dotyczących pacjenta/klienta, psychoterapeuta stosuje się do obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie. W takim przypadku psychoterapeuta podejmuje na ten temat rozmowę z pacjentem/klientem i działa w sposób najbardziej korzystny dla procesu terapeutycznego; nawiązując kontakt z pacjentem/klientem, w życiu którego mogą zaistnieć okoliczności wyjątkowe ograniczające jego odpowiedzialność za siebie, psychoterapeuta prosi o wskazanie przez pacjenta/klienta innej osoby, do której będzie mógł on się zwrócić w sytuacji kryzysowej; psychoterapeuta jest zobowiązany do ochrony autonomii pacjenta/klienta i zagwarantowanie mu dyskrecji także w sytuacjach, gdy proces terapeutyczny stanowi część szerszych działań leczniczych podjętych wobec pacjenta/klienta na polecenie instytucji państwowych lub organizacji społecznych. Zob. http://www.psychoterapia-polska.org/kodeks-etyczny-pfp, 27.12.2015, 18:16.

lub prowadząc sprawę, duchownego, co do faktów, o których dowiedział się on przy spowiedzi. Ponadto z mocy art. 178a k.p.k. nie wolno przesłuchiwać jako świadka mediatora, co do faktów, o których dowiedział się od oskarżonego lub pokrzywdzonego, prowadząc postępowanie mediacyjne z wyłączeniem informacji o przestępstwach, o których mowa w art. 240 § 1 k.k. Ponadto z mocy art. 108 k.p.k. nie jest dopuszczalne zwolnienie od zachowania w tajemnicy przebiegu narady i głosowania nad orzeczeniem w sprawie karnej. Nie wolno także z mocy art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*[28] przesłuchiwać osoby zobowiązane do zachowania tajemnicy z mocy tej ustawy jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z tej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary, w tym do lekarzy wykonujących czynności biegłego. Warto jednak zauważyć, że takie osoby zwalniane są od obowiązku zachowania tajemnicy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych w stosunku do Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Służby Więziennej, Biura Ochrony Rządu i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy. Ponadto zaś wobec policjanta upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze, w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób. Warto zauważyć, że zakres przedmiotowy tajemnicy określonej w art. 50 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* jest szerszy od zakresu tajemnicy przewidzianej w art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, gdyż tajemnicą „psychiatryczną" objęte są wszystkie informacje powzięte w związku z wykonywaniem czynności, a w ustawie *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* tajemnica ta obejmuje jedynie informacje związane z pacjentem, a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu lekarza[29]. Podkreślić należy, że przy wykonywaniu zespołowej opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego bierze zwykle udział psycholog, aczkolwiek, jego opinia nie może dotyczyć tego czy oskarżony w chwili popełnienia czynu miał zdolność rozumienia znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Niemniej opinia psychologa jest opinią osoby, która wykonuje czynności wynikające z ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* i z tej racji psycholog jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powziął wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności i nie może być przesłuchiwany jako świadek, na okoliczność wypowiedzi osoby, wo-

---

[28] T.j. Dz. U. 2011, Nr 231, poz. 1375 ze zm.

[29] Zob. A. Augustynowicz, *Lekarz psychiatra jako świadek w postępowaniu karnym*, „Prawo i Medycyna" 2013, z. 3–4, s. 89–106. W literaturze podkreśla się, że lekarz psychiatra wykonujący czynności biegłego nie może być przesłuchiwany na okoliczności, o których dowiedział się od pacjenta. Podkreśla się też, że złożone wobec biegłego albo lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu (art. 199 k.p.k.). Wspomniany zakaz jak wskazuje Z. Kwiatkowski dotyczy także sytuacji kiedy osoba, wobec której podjęto czynności wynikające z ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* dopuściła się czynu zabronionego, stanowiącego wykroczenie. Zob. Z. Kwiatkowski, *Zakazy dowodowe w postępowaniu w sprawach o wykroczenia*, „Przegląd Sądowy" 2004, nr 1, s. 149. Por. także Z. Kwiatkowski, *Zakazy dowodowe w procesie karnym*, Kraków 2005, s. 182–185.

bec której powzięto czynności wynikające z tej ustawy, co do popełnienia przez takową osobę czynu zabronionego pod groźbą kary. Zauważyć jednak wypada, że zakaz dowodowy sformułowany w treści art. 52 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* nie obejmuje informacji, które lekarz uzyskał w wyniku własnych obserwacji. Mogą to być informacje dotyczące zachowania i wyglądu pacjenta podczas wizyty np. w dniu popełnienia przestępstwa[30]. Stwierdzenie to odnosi się również do obserwacji poczynionych przez psychologa.

Nie zawsze oczywiście psycholog występować będzie jako osoba, która powzięła pewne informacje od pacjenta, wykonując czynności wynikające z ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*. We wszystkich pozostałych sprawach, traktowana być musi jako osoba zobowiązana do zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu lub funkcji. Dlatego też w myśl art. 180 § 1 k.p.k. może on odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek. Pamiętać jednak należy, że sąd lub prokurator dla dobra wymiaru sprawiedliwości może zwolnić takie osoby od obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli ustawy szczególne nie stanowią inaczej. Zauważyć także należy, że na postanowienie w przedmiocie zwolnienia z zachowania tajemnicy przysługuje zażalenie. Powyższe stwierdzenia pozwalają na konstatacje, że zakres tajemnicy zawodowej psychologa w postępowaniu karnym jest dość szeroko określony i silnie strzeżony, aczkolwiek tajemnica psychologa nie została wymieniona w treści art. 180 § 2 k.p.k. obok tajemnicy, notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej, dziennikarskiej lub statystycznej. Tak więc psychologa nie dotyczy treść wspomnianego przepisu i nie należy on do grupy osób, które mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność ta nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. Niemniej psycholog w pewnych sytuacjach objęty zostaje, jak stwierdzono wyżej, tajemnicą wynikającą z ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, która daje większą ochronę zachowania tajemnicy niż przepisy odnoszące się do tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego itd. Warto zauważyć, że psycholog jest oczywiście zwolniony od obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli powzięta przez niego informacja dotyczy przestępstw, o których mowa w art. 240 § 1 k.k. Ma więc on obowiązek poinformować o karalnym przygotowaniu albo usiłowaniu lub dokonaniu czynów zabronionych w postaci eksterminacji, zamachu przeciwko ludzkości, stosowania środków masowej zagłady lub zakazanych przez prawo międzynarodowe, wytwarzaniu ich, gromadzeniu, nabywaniu, zbywaniu, przechowywaniu, przewożeniu lub przesyłaniu oraz prowadzeniu badań mających na celu wytwarzanie lub stosowanie takich środków oraz o czynach z art. 122–124 k.k., zamachu stanu, działań zmierzających do usunięcia przemocą konstytucyjnych organów Rzeczpospolitej Polskiej, szpiegostwie, zamachu na życie prezydenta, zamachu terrorystycznym, zabójstwie, sprowadzeniu zdarzenia zagrażającego życiu lub zdrowiu wielu osób, piractwie, bezprawnemu pozbawieniu wolności wreszcie wzięciu lub przetrzymywaniu zakładnika – słowem wszystkich czynów objętych treścią art. 240 k.k. – i ma obowiązek poinformować organy powołane do ścigania przestępstw.

---

[30] A. Augustynowicz, *Lekarz psychiatra jako świadek…*, s. 89–106.

Tajemnica zawodowa obowiązuje psychologa, niezależnie od tego czy świadczy on swoje usługi ludziom chorym, czy też zdrowym, wykonując badania diagnostyczne, w oparciu o które, określone osoby mogą być dopuszczane do wykonywania takiego czy innego zawodu[31]. Pamiętać przy tym należy, że ujawnienie przez psychologa lub wykorzystanie wbrew przepisom lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu tajemnicy, z którą zapoznał się on w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, gospodarczą lub naukową podlega karze w myśl art. 266 § 1 k.k.[32] Truizmem jest stwierdzenie, że poufność ma ogromne znaczenie w wykonywaniu zawodu psychologa, szczególnie w psychoterapii. Trudno jednak zgodzić się z tezą prezentowaną przez M. Toeplitz-Winiewską, że nie jest ona wartością bezwzględną. Smutkiem napawa natomiast dalsze stwierdzenie, że nie jest ona zawsze przestrzegana[33]. Oczywiście nie jest tajemnicą psychologa „tajemnicą bezwzględną" w tym sensie, że wyłącza ona możliwość przesłuchiwania psychologa w charakterze świadka, podobnie jak to ma miejsce w stosunku do osób wymienionych w treści art. 178 pkt 1 i 2 k.p.k., a więc w odniesieniu do obrońcy albo adwokata lub radcy prawnego, co do faktów, o których dowiedzieli się, udzielając porady prawnej lub prowadząc sprawę oraz duchownego, co do faktów, o których dowiedział się przy spowiedzi, a także w odniesieniu do wiadomości, które zostały powzięte w ramach ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, zwłaszcza przez biegłych lekarzy psychiatrów oraz biegłego psychologa, w końcu zaś w odniesieniu do osób związanych tajemnicą narady nad orzeczeniem w sprawach karnych. Ma jednak tajemnica psychologa charakter bezwzględny o tyle, że biegły psycholog związany jest jej treścią i nie może ujawniać jej według swojego uznania. Tak więc obowiązek przestrzegania tajemnicy psychologa w tym sensie jest bezwzględny i nieprzewidujący wyjątków.

---

[31] Zob. rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z 31 sierpnia 2009 r. *w sprawie badań psychologicznych osób powoływanych do czynnej służby wojskowej*, Dz. U. 2009, Nr 150, poz. 1251; rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 19 września 2014 r. *w sprawie badań lekarskich i psychologicznych kandydatów do objęcia urzędu sędziego*, Dz. U. 2014, poz. 1293; rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 września 2003 r. *w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających pozwolenia na nabywanie oraz przechowywanie materiałów wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego*, Dz. U. 2003, Nr 158, poz. 1536; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2002 r. *w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających prawo do wykonywania lub kierowania działalnością gospodarczą albo bezpośrednio zatrudnionych przy wytwarzaniu i obrocie materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją, oraz wyrobami o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym*, Dz. U. 2002, Nr 150, poz. 1246; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. *w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób wykonujących czynności mające istotne znaczenie dla bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w jednostce organizacyjnej wykonującej działalność związaną z narażeniem, polegającą na rozruchu, eksploatacji lub likwidacji elektrowni jądrowej*, Dz. U. 2011, Nr 220, poz. 1310; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. *w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy*, Dz. U. 2014, poz. 937.

[32] Na tle tego przepisu analizowano w doktrynie zakres tajemnicy zawodowej lekarza. Zob. T. Dukiet-Nagórska, *Lekarski obowiązek współdziałania z organami ścigania a tajemnica lekarska*, „Prawo i Medycyna" 2002, nr 12, s. 4; A. Huk, *Tajemnica zawodowa lekarza*, „Prokuratura i Prawo" 2001, nr 6, s. 69–85.

[33] J. Brzeziński, B. Chyrowicz, W. Poznaniak, M. Toeplitz-Winiewska, *Etyka zawodu psychologa*, Warszawa 2008, s. 95.

Szczególna sytuacja zaistnieć musi w pracy psychologa szkolnego, zwłaszcza tego, który pracuje z młodzieżą niemającą wprawdzie lat 18, ale zdolną już do ponoszenia odpowiedzialności karnej z racji ukończenia 16, a przy odpowiedzialności nieletnich, w niektórych sytuacjach, 13 roku życia. Psychologowie w takich wypadkach mogą być i prawdopodobnie są, narażani na naciski rodziców, aby ujawnić im informacje przekazywane przez ich dorastające dzieci. Psycholog częstokroć rozmawiając z uczniem, osobą niepełnoletnią, może obiecuje poufność, chcąc zdobyć jego zaufanie, przy czym z góry może zakładać, że obietnicę tę złamie, informując o treści rozmów rodziców. Czy jednak w świetle art. 19 i 20 Kodeksu etyczno-zawodowego psychologa postąpi słusznie? Wydaje się, że prawa dziecka zgodnie z treścią przywołanego przepisu, są niemniejsze niż prawa jego rodziców czy opiekunów. Zasadą pracy z osobami małoletnimi powinno być ich dobro, co jak słusznie stwierdzono w art. 20 wspomnianego kodeksu, oznacza, że osoby takie mają w kontaktach z psychologiem prawa nie mniejsze niż klienci dorośli. Zgodzić się należy z dalszą konstatacją w tym przepisie, że kontakty z psychologiem nie mogą być realizowane pod presją ze strony osób dorosłych decydujących w imieniu małoletniego, a także z tym, że w razie stwierdzenia naruszenia przez osoby dorosłe dobra małoletniego, psycholog ma prawo odmówić współpracy z takimi osobami i mając moralny obowiązek stać w obronie praw małoletniego, ma także obowiązek respektować decyzje małoletniego w zakresie kontaktu z nim.

Kodeks etyczno-zawodowy nie odpowiada na pytanie jak ma postąpić psycholog w sytuacji, gdy małoletni domagał się, aby zachował on w tajemnicy treść jego rozmowy, a rodzice małoletniego wywierają presję na ujawnienie tej informacji. Pozostawiono to, być może słusznie, decyzji psychologa. Podejmując ją winien kierować się wskazaniami etycznymi, mieć na względzie swoje obowiązki, dać dojść do głosu empatii i wrażliwości. Nie wszystko może zostać uregulowane w przepisach prawa i w zawodowych normach etycznych. Każda ze spraw, z którymi przyjdzie zetknąć się psychologowi jest inna i każda wymaga indywidualnego podejścia, podobnie jak sędzia indywidualizuje odpowiedzialność i wymiar wobec oskarżonych stojących pod zarzutem popełnienia w gruncie rzeczy identycznych czynów.

Rozważenia wymaga w tej sytuacji treść art. 14 ust. 1 z.p.s.z.p. co zmusza do odpowiedzi na pytanie czy małoletni w kontakcie z psychologiem jest jego klientem w rozumieniu ustawy *o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.* Odpowiedź na to pytanie musi być pozytywna, nawet jeśli zważyć, że małoletni nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych lub ma ją z racji wieku ograniczoną. Nie zawiera on z psychologiem umowy, nie zatrudnia go, gdyż jest on pracownikiem szkoły bądź kuratorium okręgu szkolnego. Z tego punktu widzenia obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z małoletnim klientem nie może ulegać najmniejszej wątpliwości. Sytuacja nie rysuje się jednak tak jasno, jeśli wziąć pod uwagę treść art. 14 ust. 3 pkt 2 z.p.s.z.p., w myśl którego nie stosuje się przepisu art. 14 ust. 1 z.p.s.z.p. jeśli tak stanowią ustawy. W grę może tu wchodzić, jak się wydaje, w pierwszym rzędzie Kodeks rodzinny i opiekuńczy (dalej k.r.o.) w szczególności treść art. 92 k.r.o., dziecko aż do pełnoletności, czyli do ukończenia 18 roku życia pozostaje pod władzą rodzicielską. Zauważyć przy tym należy, że w myśl art. 10 k.c. pełnoletnim jest ten, który ukończył lat 18. Pamiętać trzeba, że przez zawarcie małżeństwa małoletni uzyskuje pełnolet-

ność, której nie traci po ustaniu małżeństwa[34]. Z chwilą uzyskania pełnoletności nabywa się także pełną zdolność do czynności prawnych[35]. Dziecko pozostające pod władzą rodzicielską winno rodzicom posłuszeństwo, a w sprawach, w których może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców, formułowanych dla jego dobra (art. 95 § 1 k.r.o.). Władza rodzicielska winna być przy tym wykonywana tak jak wymaga tego dobro dziecka i interes społeczny. Pojęcia te są dość nieokreślone, aczkolwiek w judykaturze wskazuje się, że władza rodzicielska obejmuje nie tylko prawo rodziców do pieczy nad dzieckiem, ale i obowiązki w tym zakresie[36]. Można w tej sytuacji zaryzykować tezę, że przepis art. 14 ust. 1 z.p.s.z.p. dotyczący tajemnicy psychologa nie znajdzie zastosowania w stosunku do małoletniego, z racji treści przywołanych przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, aczkolwiek przyznać należy, że taka sytuacja nie była rozważana zarówno w doktrynie jak i w judykaturze. Niemniej stwierdzić trzeba, że wykonywanie władzy rodzicielskiej, tak jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny, może prowadzić do wniosku, że rodzice powinni mieć pełną informację o swoim pozostającym pod ich pieczą dziecku, nawet jeśli uzyskanie takiej informacji godziłoby w ustawową tajemnicę zawodową psychologa. Z drugiej jednak strony interes społeczny i dobro dziecka może w szczególnych sytuacjach faktycznych przemawiać przeciwko takiemu prawu.

Psycholog wykonując swój zawód winien mieć na względzie w pierwszym rzędzie dobro małoletniego, to kim są jego rodzice, rozważyć z jaką reakcją z ich strony spotka się ujawnienie tajemnicy, jakie skutki wywoła dla małoletniego, w końcu czy nie poderwie zaufania do pomocy psychologicznej oraz do rodziców. Niewątpliwie bardzo ważnym będzie też to czego tajemnica dotyczy. Ujawniając ją rodzicom psycholog jako regułę, ale jak się wydaje dopuszczającą wyjątki, powinien przyjąć to, że przedstawi przebieg rozmowy w obecności małoletniego. Ważnym jest aby małoletniego starał się traktować podmiotowo. Nikt nie zdejmie z psychologa szkolnego ciężaru decyzji, którą będzie zmuszony podjąć. Nikt tej decyzji nie podejmie za niego, gdyż jest ona wpisana w obowiązek zawodu, który wykonuje. Nie ma natomiast psycholog prawa do tego, aby o treści powierzonej mu tajemnicy informować szkołę, do której uczęszcza małoletni, nawet jeśli jej władze powołują się na fakt, że są pracodawcą tego psychologa. Oczywiście wyjątkiem będą, po pierwsze sytuacje kiedy zagrożone jest życie bądź zdrowie klienta lub innych osób, względnie gdy obowiązek powiadomienia, ale nie szkoły, lecz organów powołanych do ścigania, wynika z przepisów Kodeksu karnego.

---

[34] Zob. K. Osajda (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. I, Warszawa 2013, s. 345; K. Pietrzykowski, *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. I, Warszawa 2011, s. 97; E Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2006, s. 37; S. Dmowski, S. Rudnicki, *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna*, Warszawa 1999, s. 59.

[35] Zob. J. Bodzio, *Zdolność do czynności prawnych a zdolność procesowa – na wybranych przykładach i sprawach z zakresu prawa osobowego i rodzinnego*, „Studia Prawnicze" 2011, nr 2, s. 135–158.

[36] Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 1969 r., III CZP 44/69, OSNC 1970, nr 1, poz. 4.

Streszczenie

W niniejszym artykule przeanalizowano kwestię tajemnicy zawodowej psychologa, uwzględniając w szczególności uwarunkowania pracy psychologa szkolnego. Psycholog wykonując swój zawód winien mieć na względzie w pierwszym rzędzie dobro małoletniego, to kim są jego rodzice, rozważyć z jaką reakcją z ich strony spotka się ujawnienie tajemnicy, jakie skutki wywoła dla małoletniego, w końcu czy nie poderwie zaufania do pomocy psychologicznej oraz do rodziców. Niewątpliwie bardzo ważnym będzie też to czego tajemnica dotyczy. Ujawniając ją rodzicom psycholog jako regułę, ale jak się wydaje dopuszczającą wyjątki, powinien przyjąć to, że przedstawi przebieg rozmowy w obecności małoletniego. Ważnym jest, aby małoletniego starał się traktować podmiotowo.

Słowa kluczowe: Tajemnica zawodowa psychologa, psycholog szkolny, małoletni

The issue of professional secrecy among psychologists, and particularly elements of work of a school psychologist

Summary

The issue of professional secrecy among psychologists, and particularly elements of work of a school psychologist, were analysed. Such professional should, first and foremost, have the well-being of a minor at heart, then be aware of who the latter parents are, reflect upon how they will react if a certain sensitive information is inadvertently revealed, consider possible consequences of it, and finally take the long view whether such act may possibly damage the child's trust in psychological assistance, and in the parents themselves. It is also important what a given secret is about. Disclosing it to the parents the psychologist should, as a rule, though with certain exceptions, do it in the child's presence. It is also vital that the minor is treated as a carrier of rights.

Key words: *professional secrecy among psychologists, a school psychologist, a minor*

SPRAWY MIĘDZYNARODOWE

Magdalena ZAMROCZYŃSKA

Mgr, Katedra Postępowania Karnego, Wydział Prawa i Administracji,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Przegląd orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydanego w sprawach z aspektem medycznym w 2015 roku

W 2015 roku Europejski Trybunał Praw Człowieka rozpatrywał sprawę lekarza tylko jeden raz. W niniejszym artykule przedstawiono ten przypadek. Sprawa dotyczy lekarza pochodzącego z Lublina, przeciwko któremu toczyło się postępowanie karne w zakresie przyjęcia korzyści majątkowej. Lekarz ten cierpiał na bezdech senny i musiał korzystać z respiratora w trakcie snu. Zastosowanie tymczasowego aresztowania spowodowało u niego pogorszenie stanu zdrowia, a w konsekwencji chęć szukania sprawiedliwości w Europejskim Trybunale Praw Człowieka.

W drugiej części przedstawiono, jedynie w celu zasygnalizowania, istotę ciekawszych spraw z aspektem medycznym w innych państwach objętych orzecznictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Sprawa Stettner przeciwko Polsce (Skarga nr 38510/06) – wyrok z dnia z dnia 24 marca 2015 roku (ostateczny 24 czerwca 2015 r.)

Stan faktyczny

Skarżący urodził się w 1951 r. i mieszka w Lublinie. Skarżący był chirurgiem w szpitalu nr 4 w Lublinie i posiadał trzydzieści dwa lata praktyki oraz przeprowadzał tam jako pierwszy operacje przeszczepu nerki. Skarżący był także adiunktem na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. W 1998 roku u skarżącego zdiagnozowano bezdech senny i od tego czasu musiał korzystać z respiratora w trakcie snu.

W dniu 1 czerwca 2006 roku o godzinie 6:00 pięciu uzbrojonych funkcjonariuszy policji w strojach cywilnych pojawiło się w mieszkaniu skarżącego, by go zatrzymać. Według skarżącego funkcjonariusze gwałtownie pukali do drzwi. Przedstawili prokuratorski nakaz zatrzymania. Około godziny 8:00 skarżący został zabrany w kajdankach do jego kliniki. Zdarzenie obserwował personel szpitala oraz pacjenci. Policja przeszukała szafkę skarżącego. Zatrzymanie zostało nagrane przez jednego z funkcjonariuszy policji. Następnie skarżący został zabrany na Komendę Wojewódzką Policji w Lublinie, gdzie został przesłuchany i poinformowany o stawianych mu zarzutach przyjęcia korzyści majątkowej. Po przesłuchaniu, skarżący został zabrany do Wojskowego Szpitala Klinicznego w Lublinie w celu przeprowadzenia badania lekarskiego. Doktor O. wydał zaświadczenie, że skarżący może przybywać w areszcie i zalecił korzystanie

z respiratora. Następnie skarżący został przewieziony do Prokuratury Rejonowej Lublin-Północ. Prokurator postawił mu dziesięć zarzutów przyjęcia korzyści majątkowych od pacjentów za przeprowadzenie leczenia oraz/lub uzależnienia przeprowadzenia leczenia od otrzymania korzyści majątkowej (odpowiednio artykuł 228 § 1 oraz artykuł 228 § 4 Kodeksu karnego). Zarzuty odnosiły się do okresu pomiędzy rokiem 1997 i 2004, a kwestionowane kwoty wahały się pomiędzy 100 a 500 złotych (około 25 do 125 euro).

W dniu 1 czerwca 2006 roku Sąd Rejonowy w Lublinie uwzględnił wniosek prokuratora i zastosował wobec skarżącego tymczasowe aresztowanie do dnia 1 września 2006 roku. Około godziny 18:00 w dniu 1 czerwca 2006 roku skarżący został skierowany do Aresztu Śledczego w Lublinie. Według skarżącego został on umieszczony w celi mieszkalnej o powierzchni 10 metrów kwadratowych z pięcioma innymi osadzonymi. Skarżący obawiał się, że jeden z nich mógłby odłączyć jego respirator. Skarżący wniósł zażalenie na postanowienie w przedmiocie tymczasowego aresztowania. Podniósł, że zastosowanie tymczasowego aresztowania poważnie zagrażało jego życiu lub zdrowiu, ponieważ cierpiał na bezdech senny. W przypadku awarii zasilania lub odłączenia respiratora przez jednego ze współosadzonych skarżący mógłby zostać narażony na utratę życia. Skarżący sformułował następnie zarzut, że zaświadczenie wydane przez lekarza O. dotyczyło krótkiego okresu osadzenia i nie potwierdzało, że może zostać tymczasowo aresztowany na okres trzech miesięcy. Ponadto, skarżący stwierdził, że nie istniały żadne konkretne okoliczności, które uzasadniały obawę, że będzie on zakłócał prawidłowy tok postępowania, jeżeli zastosuje się środki nieizolacyjne. Przeciwnie, skarżący był chirurgiem cieszącym się dobrą reputacją zawodową oraz praworządnym obywatelem.

W dniu 22 czerwca 2006 roku Sąd Okręgowy w Lublinie utrzymał w mocy postanowienie w przedmiocie tymczasowego aresztowania z dnia 1 czerwca 2006 roku, argumentując postanowienie zagrożeniem surową karą – powyżej 8 lat pozbawienia wolności. Ponadto, Sąd Okręgowy stwierdził, że nie znajduje podstaw, by uznać, że umieszczenie go w areszcie będzie stanowić poważne zagrożenia dla jego życia lub zdrowia. Sąd zauważył, że skarżącemu zapewniono stałą opiekę medyczną w trakcie osadzenia oraz że może on zostać umieszczony we właściwej jednostce leczniczej, jeżeli wymagać tego będzie jego stan zdrowia.

W dniu 28 sierpnia 2006 roku Sąd Rejonowy w Lublinie przedłużył okres stosowania wobec skarżącego tymczasowego aresztowania do dnia 1 grudnia 2006 roku. Sąd stwierdził, że postępowanie przygotowawcze nie mogło zostać zakończone w ciągu trzech miesięcy z uwagi na „szczególne okoliczności sprawy", mianowicie potrzebę przeprowadzenia przesłuchań bardzo dużej liczby świadków – pacjentów leczonych przez skarżącego. Sąd Rejonowy uznał, że zwolnienie skarżącego ze względów zdrowotnych nie było konieczne. Ponadto zapewniono mu opiekę medyczną. Obrońca skarżącego wniósł zażalenie w dniu 29 sierpnia 2006 roku, która nie przyniosła efektu w postaci zastosowania nieizolacyjnych środków zapobiegawczych.

W dniu 29 listopada 2006 roku Sąd Rejonowy w Lublinie przedłużył okres stosowania wobec skarżącego tymczasowego aresztowania do dnia 1 marca 2007 roku. Sąd uznał, że nie ustały przesłanki uzasadniające stosowanie wobec skarżącego tymczasowego aresztowania. Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie potwierdzał, że

istnieje uzasadnione podejrzenie wobec skarżącego. Ponadto, liczba zarzutów (przynajmniej dwadzieścia w chwili wydania postanowienia przez sąd) oraz inne przesłanki, na które powoływał się uprzednio sąd wskazywały na prawdopodobieństwo orzeczenia wobec skarżącego surowej kary. Mając na względzie jednakże fakt, że najbardziej dotkliwy środek zapobiegawczy stosowano już przez okres około sześciu miesięcy oraz że prokurator przeprowadził liczne czynności, sąd uznał, że poręczenie majątkowe będzie wystarczającym środkiem w celu zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania na tym etapie. Na koniec, powołując się na zaświadczenie lekarskie z dnia 22 września 2006 roku oraz opinię biegłego z dnia 15 listopada 2006 roku sąd uznał, że stan zdrowia skarżącego sprzeciwia się stosowaniu wobec niego tymczasowego aresztowania. Poręczenie majątkowe zostało wpłacone i skarżący został zwolniony w dniu 30 listopada 2006 roku.

Skarżący stwierdził, że w trakcie osadzenia był zastraszany przez władze w różny sposób. Jego respirator został rzeczywiście uszkodzony przez funkcjonariuszy Służby Więziennej w trakcie dokonywania przeszukania jego celi mieszkalnej. Musiał oczekiwać pięć tygodni w bólu na wizytę u dentysty. Nie zapewniono mu żadnych tanich leków na nadciśnienie. Przez dwa tygodnie przebywał w celi mieszkalnej nr 60 z pięcioma palaczami, co było bardzo trudne mając na uwadze jego stan zdrowia. Następnie został umieszczony w celi mieszkalnej nr 38, która była uprzednio zajmowana przez osadzonych cierpiących na gruźlicę i nie została odkażona. W tej celi znajdował się kącik sanitarny, który nie zapewniał żadnej prywatności. Zgodnie z treścią zaświadczenia lekarskiego z dnia 1 grudnia 2006 roku, które zostało wydane przez specjalistę chorób płuc objawy zaburzeń snu u skarżącego uległy nasileniu. Zalecił on leczenie skarżącego w specjalistycznym instytucie w Warszawie. W grudniu 2006 oraz kwietniu 2007 roku skarżący był hospitalizowany i zdiagnozowano u niego chorobę niedokrwienną serca. Z treści zaświadczenia lekarskiego z dnia 28 grudnia 2006 roku wynika, że skarżący stracił na wadze 26 kg. Ze względu na stan zdrowia po zwolnieniu, skarżący nie mógł wykonywać praktyki lekarskiej przez pewien okres.

I. Zarzut naruszenia artykułu 3 Konwencji

Stanowisko Skarżącego

Skarżący sformułował zarzut, że stosowanie wobec niego tymczasowego aresztowania stanowiło zagrożenie dla jego życia i zdrowia, mając na względzie jego zaburzenia snu oraz potrzebę korzystania z respiratora. Podniósł, że nie zapewniono mu właściwej opieki medycznej w jednostce penitencjarnej. Skarżący był mocno zaniepokojony możliwością wystąpienia awarii zasilania w więzieniu lub odłączeniem jego respiratora przez współosadzonych, co mogło być fatalne w skutkach. Poinformował on władze o fakcie uszkodzenia respiratora przez funkcjonariuszy Służby Więziennej jednak nie przyniosło to skutku. Zapewnił, że w wyniku stosowania wobec niego tymczasowego aresztowania jego stan psychiczny i fizyczny uległ znacznemu pogorszeniu. Skarżący nie odwołał się do żadnego z postanowień Konwencji, lecz Trybunał stwierdził, że

jego skarga podlega rozpoznaniu na mocy Artykułu 3 Konwencji, który stanowi co następuje:

> „Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu".

Stanowisko Rządu

Rząd podniósł, że skarżący nie wyczerpał krajowych środków odwoławczych w związku z wniesioną przez niego skargą na podstawie Artykułu 3 Konwencji. Nie wystąpił on z powództwem cywilnym o zadośćuczynienie na mocy artykułów 23 oraz 24 w związku z artykułem 448 Kodeksu cywilnego stanowiącym, że osoby pozbawione wolności, których dobra osobiste zostały naruszone w związku z warunkami osadzenia mogą wystąpić z powództwem cywilnym przeciwko Skarbowi Państwa. Odnosząc się do meritum skargi wniesionej na podstawie Artykułu 3, Rząd stwierdził, że skarga jest oczywiście bezzasadna, ponieważ nieuniknione dolegliwości wynikające z osadzenia zostały zminimalizowane przez władze, które regularnie monitorowały stan zdrowia skarżącego oraz zapewniły mu wymaganą pomoc medyczną, w tym badania poza terenem jednostki penitencjarnej. Był on regularnie badany przez lekarzy i konsultowany przez specjalistów, w szczególności pulmonologa oraz psychiatrę. W okresie tymczasowego aresztowania skarżący mógł korzystać z respiratora w nocy, zgodnie z zaleceniami pulmonologa. Rząd podkreślił, że ryzyko wystąpienia awarii zasilania w jednostce penitencjarnej nie było wyższe niż poza terenem więzienia, a ponadto Areszt Śledczy w Lubienie posiadał generator prądu, który mógłby zostać wykorzystany w sytuacji awarii zasilania.

Stanowisko Trybunału

Trybunał przypomina, że Artykuł 3 Konwencji nie może być interpretowany jako ustanawiający generalne zobowiązanie do zwolnienia tymczasowo aresztowanego ze względów zdrowotnych lub przeniesienia go do szpitala publicznego, nawet gdy cierpi na chorobę, która jest szczególnie trudna do leczenia. Jednakże przepis ten wymaga od Państwa zapewnienia, aby więźniowie byli osadzeni w warunkach, które są zgodne z poszanowaniem godności ludzkiej, a sposób i metody wykonywania środków przymusu nie narażały ich na cierpienia lub trudności o intensywności przekraczającej nieunikniony poziom cierpienia, właściwy dla pozbawienia wolności, jak również, uwzględniając praktyczne wymogi osadzenia, by ich zdrowie i dobre samopoczucie były odpowiednio zagwarantowane poprzez, między innymi, zapewnienie wymaganej pomocy medycznej. Istnieją trzy szczególne elementy, które należy uwzględnić w odniesieniu do stanu zdrowia skarżącego podczas jego osadzenia: a) stan zdrowia więźnia, b) adekwatność pomocy medycznej i opieki zapewnionej w więzieniu oraz c) celowość utrzymywania pozbawienia wolności z punktu widzenia stanu zdrowia skarżącego.

Trybunał zauważa, że zarzut sformułowany przez skarżącego na podstawie Artykułu 3 jest podwójny. Po pierwsze, skarżący podniósł, że nie powinien przebywać

w warunkach osadzenia z uwagi na zaburzenia snu oraz brak właściwej opieki medycznej w jednostce penitencjarnej. Po drugie, skarżący zarzucił, że jego stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu na skutek niewłaściwej opieki zapewnionej w jednostce. Trybunał zbadał po kolei przedmiotowe kwestie.

Odnosząc się do pierwszej części skargi wniesionej na podstawie Artykułu 3, Trybunał zauważył, że Skarżący regularnie wskazywał w zażaleniach na postanowienia w przedmiocie tymczasowego aresztowania na rzekome ryzyko, jakie niesie tymczasowe aresztowanie dla jego zdrowia. Trybunał stwierdził, że liczba opinii lekarskich uzyskanych w przeciągu sześciu miesięcy stosowania wobec skarżącego tymczasowego aresztowania wskazuje, że sądy zwracały uwagę na to, czy skarżący powinien przebywać w warunkach penitencjarnych. W świetle tych ustaleń medycznych, które były jednolite przez cały istotny dla sprawy okres, Trybunał stwierdził, że nie istnieją przesłanki, by uznać, że tymczasowe aresztowanie skarżącego winno być uchylone ze względów medycznych. Co więcej, sądy krajowe wskazały, że skarżący może zostać umieszczony w odpowiedniej jednostce leczniczej, jeżeli wymagać tego będzie jego stan zdrowia. Odnosząc się do obawy skarżącego związanej z awarią zasilania w jednostce lub wyłączeniem urządzenia przez więźnia, Trybunał zwrócił uwagę na argument Rządu, że jednostka penitencjarna posiadała generator prądotwórczy.

Odnosząc się do odpowiedniego poziomu opieki medycznej, Trybunał zauważył, że skarżący był regularnie badany przez lekarzy pierwszego kontaktu w areszcie śledczym oraz konsultowany przez specjalistów, również spoza jednostki penitencjarnej. W świetle dostępnych dowodów Trybunał nie dopatrzył się żadnych oznak, jakoby opieka medyczna zapewniona Skarżącemu była niedostateczna lub poniżej poziomu opieki zdrowotnej dostępnej dla ogółu społeczeństwa.

Trybunał stwierdził, że w okolicznościach sprawy Skarżącego środki cywilnoprawne wydają się rzeczywiście odpowiednie. Po pierwsze, sytuacja, która doprowadziła do zarzucanego naruszenia Artykułu 3 Konwencji zakończyła się po zwolnieniu skarżącego. Po drugie, Skarżący podniósł, że jego niewłaściwie leczona choroba spowodowała szkodę materialną w postaci uszczerbku na jego zdrowiu, co miało długotrwałe skutki. Trybunał uznał, że cywilny sąd krajowy jest właściwy do badania przedmiotowej kwestii oraz, jeżeli jest to konieczne, do przyznania skarżącemu słusznego zadośćuczynienia za doznane krzywdy.

Trybunał uwzględnił zatem sprzeciw Rządu w odniesieniu do tej części skargi wniesionej na podstawie Artykułu 3. Wynika z tego, że skarga musi zostać odrzucona zgodnie z Artykułem 35 § 1 oraz 4 Konwencji z uwagi na niewyczerpanie środków krajowych.

II. Zarzut naruszenia Artykułu 5 ust. 3 Konwencji

Stanowisko Skarżącego

Skarżący sformułował zarzut naruszenia Artykułu 5 ust. 1 lit. c oraz Artykułu 5 ust. 3 Konwencji z tego powodu, że władze nie uzasadniły w sposób właściwy stosowania

wobec niego tymczasowego aresztowania. W szczególności, stosowanie wobec niego tymczasowego aresztowania nie mogło być uzasadnione groźbą orzeczenia wobec niego surowej kary wobec braku konkretnych okoliczności, które wskazywałyby na obawę, że będzie on utrudniał postępowanie. Skarżący stwierdził w tym względzie, że nie miał możliwości zakłócania toku postępowania, ponieważ policja miała zamiar przesłuchać 2000 jego byłych pacjentów. Stwierdził następnie, że sądy nie wzięły pod uwagę jego nieposzlakowanej reputacji oraz poręczeń udzielonych przez Okręgową Izbę Lekarską w Lublinie oraz lekarzy z jego kliniki. Skarżący podniósł, że przestępstwa o popełnienie, których został oskarżony nie były na tyle poważne, by uzasadniać stosowanie wobec niego tymczasowego aresztowania. Skarżącemu postawiono dziesięć zarzutów przyjęcia korzyści majątkowej od swoich pacjentów obejmujących okres ośmiu lat w kwotach wahających się od 100 do 500 złotych (25–125 euro), o łącznej wartości mniejszej niż 1500 złotych (375 euro). Zamiarem skarżącego nie było podważenie powagi korupcji lub jej wpływu na społeczeństwo, lecz pragnienie wskazania, że Rząd uznał zasadniczo, że domniemanie przyjęcia od pacjentów korzyści majątkowej w kwocie niższej niż 50 euro rocznie stanowi na tyle poważne przestępstwo, że uzasadnia automatyczne stosowanie tymczasowego aresztowania bez stwierdzenia, nie mówiąc już o dowodzie, że skarżący będzie utrudniał postępowanie przygotowawcze.

Skarżący został zatrzymany w dniu 1 czerwca 2006 roku i został zwolniony za poręczeniem majątkowym w dniu 30 listopada 2006 roku. Rozpatrywany okres wynosi zatem sześć miesięcy.

Trybunał stwierdził, że skarga podlega rozpoznaniu na mocy Artykułu 5 ust. 3 Konwencji. Postanowienie to stanowi co następuje:

> „Każdy zatrzymany lub aresztowany zgodnie z postanowieniami ustępu 1 lit. c) niniejszego Artykułu …ma prawo być sądzony w rozsądnym terminie albo zwolniony na czas postępowania. Zwolnienie może zostać uzależnione od udzielenia gwarancji zapewniających stawienie się na rozprawę".

Stanowisko Rządu

Rząd stwierdził, że zastosowanie tymczasowego aresztowania w sprawie skarżącego było uzasadnione. Spełniono zarówno wymóg generalny w zakresie zastosowania wobec skarżącego tymczasowego aresztowania, który został określony w artykule 249 § 1 oraz szczególny wynikający z artykułu 258 § 2 Kodeksu postępowania karnego. Skarżący został zatrzymany i postawiono mu dziesięć zarzutów przyjęcia korzyści materialnej od swoich pacjentów oraz/lub uzależnienia leczenia od otrzymania korzyści majątkowej. W odniesieniu do każdego z tych przestępstw groziła mu kara pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej osiem lat. Materiał dowodowy zgromadzony w toku postępowania wskazywał na duże prawdopodobieństwo, że skarżący popełnił zarzucane mu czyny. W postanowieniu wydanym w dniu 22 czerwca 2006 roku Sąd Okręgowy w Lublinie zauważył, że wysoki stopień społecznej szkodliwości czynów podejrzanego, niskie motywy działania, wielość czynów oraz ich charakter uzasadniają przypuszczenie o realności wymierzenia surowej kary pozbawienia wolności w rozumieniu artykułu 258 § 2 Kodeksu postępowania karnego.

Stanowisko Trybunału

Stosuje się domniemanie na korzyść uchylenia aresztu. Dalsze stosowanie tymczasowego aresztowania może być zatem uznane za zasadne w konkretnej sprawie jedynie w sytuacji, gdy zaistnieją szczególne wskazania z uwagi na rzeczywisty interes publiczny, które pomimo istnienia zasady domniemania niewinności przeważą nad zasadą poszanowania wolności jednostki określoną w Artykule 5 Konwencji.

W pierwszej kolejności krajowe organy sądowe winny upewnić się, że w konkretnej sprawie okres stosowania tymczasowego aresztowania nie wykracza poza uzasadniony termin. W tym celu, uwzględniając zasadę domniemania niewinności, organy te winny zbadać wszelkie fakty przemawiające za lub przeciw istnieniu wskazanej powyżej przesłanki interesu publicznego, uzasadniającej odstąpienie od zasady określonej w Artykule 5 oraz winny uwzględnić to w wydawanych postanowieniach w przedmiocie wniosków o uchylenie tymczasowego aresztowania. Co do zasady w oparciu o przesłanki wskazane w tych postanowieniach oraz ustalone fakty, które zostały przedstawione przez skarżącego w zażaleniach na te postanowienia, zadaniem Trybunału jest rozstrzygnięcie czy nastąpiło naruszenie Artykułu 5 ust. 3 Konwencji. Reasumując, sądy krajowe są zobowiązane do kontrolowania dalszego stosowania tymczasowego aresztowania w toku postępowania, z uwzględnieniem konieczności zwolnienia w sytuacji, gdy okoliczności nie uzasadniają już dalszego pozbawiania wolności. Istnienie uzasadnionego podejrzenia może uzasadniać tymczasowe aresztowanie przynajmniej na początkowym etapie postępowania, jednakże w pewnym momencie nie jest już wystarczające.

Sądy krajowe przywołały zasadniczo dwie przesłanki, by uzasadnić stosowanie wobec skarżącego tymczasowego aresztowania. Po pierwsze, powołały się na uzasadnione podejrzenie skarżącego, podstawowy warunek określony w artykule 249 § 2 k.p.k. Po drugie, powołały się na surowość grożącej kary, szczególny warunek, o którym stanowi artykuł 258 § 2 Kodeksu postępowania karnego. Przepis ten przewiduje we właściwym zakresie, że w sprawach, w których oskarżonemu zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 8 lat, zastosowanie tymczasowego aresztowania w celu zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania może być uzasadnione surowością grożącej kary. Sądy krajowe twierdziły ponadto, że przyjęcie surowości grożącej kary wynika z szeregu istotnych okoliczności, takich jak wielość czynów oraz ich charakter, ich stopień społecznej szkodliwości oraz niskie motywy działania skarżącego. Trybunał zauważył zatem, że sądy krajowe nie przywołały po prostu przesłanki surowej kary, lecz usiłowały wykazać, że przedmiotowa kara zostanie prawdopodobnie orzeczona w okolicznościach niniejszej sprawy. Ocena tego czy przesłanki są „właściwe i wystarczające" nie może być dokonana w oderwaniu od rzeczywistej długości tymczasowego aresztowania. W niniejszej sprawie skarżący przebywał w areszcie przez sześć miesięcy, co nie stanowi szczególnie długiego okresu w zestawieniu z szeregiem podobnych spraw przeciwko Polsce, które zostały rozpoznane przez Trybunał. Decydującą rolę w ocenie Trybunału odgrywa fakt, że po upływie niemal sześciu miesięcy stosowania tymczasowego aresztowania sądy krajowe uznały, że środek ten nie jest już niezbędny, mimo, że pozostaje spełniony warunek określony w artykule 258 § 2 k.p.k. Trybunał zauważył,

że sądy krajowe rozważyły czy inne niż tymczasowe aresztowanie środki zapobiegawcze, byłyby wystarczające do zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania.

Powyższe względy są wystarczające dla Trybunału do stwierdzenia w konkluzji, że przesłanki przywołane w celu zastosowania wobec skarżącego tymczasowego aresztowania są „właściwe" i „wystarczające", by uzasadnić umieszczenie go w areszcie przez cały okres obejmujący sześć miesięcy. Pozostaje zatem ustalić, czy władze krajowe wykazały „szczególną staranność" w prowadzeniu postępowania. Trybunał zauważa w tym względzie, że postępowanie przygotowawcze było dość złożone, ze względu na ilość świadków w powiązaniu z zakresem postępowania dowodowego do przeprowadzenia. Trybunał nie dostrzega żadnych znaczących okresów bezczynności w postępowaniu przygotowawczym. Z tych względów, Trybunał stwierdza, że w omawianym okresie władze krajowe rozpoznawały sprawę skarżącego dość sprawnie.

Mając na względzie powyższe, Trybunał stwierdza, że nie doszło do naruszenia Artykułu 5 ust. 3 Konwencji.

III. Zarzut naruszenia Artykułu 5 ust. 4 Konwencji

Stanowisko skarżącego

Skarżący sformułował zarzut na podstawie Artykułu 5 ust. 4, z uwagi na to, że doszło do zwłoki w rozpoznaniu jego zażalenia na postanowienie Sądu Rejonowego w Lublinie z dnia 28 sierpnia 2006 roku przedłużające stosowanie wobec niego tymczasowego aresztowania Artykuł ten stanowi co następuje:

> „4. Każdy, kto został pozbawiony wolności przez zatrzymanie lub aresztowanie, ma prawo odwołania się do sądu w celu ustalenia bezzwłocznie przez sąd legalności pozbawienia wolności i zarządzenia zwolnienia, jeżeli pozbawienie wolności jest niezgodne z prawem".

Skarżący utrzymywał, że wniesione przez niego zażalenie nie zostało bezzwłocznie rozpoznane. Sprzeciwiał się uznaniu go odpowiedzialnym za zwłokę w rozpoznaniu jego zażalenia. W jego ocenie Rząd nie przedstawił odpowiednich wyjaśnień dotyczących kwestionowanej zwłoki. Miejscowi lekarze zostali wyłączeni z możliwości przedstawienia opinii w zakresie stanu zdrowia skarżącego, ponieważ byli z nim powiązani. Skarżący zarzucił, że biegły sądowy z zakresu medycyny z Poznania nie dochował terminu. Przygotowanie opinii o stanie zdrowia skarżącego zajęło mu ponad dwa i pół miesiąca, nawet mimo tego, że nie badał skarżącego, a nawet z nim nie rozmawiał na temat jego stanu zdrowia. Praktyka ta stanowiła naruszenie profesjonalnych standardów medycznych obowiązujących w Polsce.

Stanowisko Rządu

Rząd stwierdził, że w świetle orzecznictwa Trybunału dopuszczalne terminy rozpoznawania zażaleń wniesionych na podstawie Artykułu 5 ust. 4 winny być liczone w dniach

lub tygodniach, nie zaś w miesiącach. Jednak w sprawie skarżącego pierwszy termin posiedzenia dotyczącego zażalenia skarżącego na postanowienie z dnia 28 sierpnia 2006 roku został wyznaczony niezwłocznie po wniesieniu zażalenia. Termin wydania rozstrzygnięcia w zakresie zażalenia skarżącego został odroczony dwukrotnie na wniosek obrońcy skarżącego, który powoływał się na potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących zdrowia skarżącego. Rząd podniósł, że pewna zwłoka w rozpoznawaniu kwestionowanego zażalenia była uzasadniona okolicznościami sprawy.

Stanowisko Trybunału

Trybunał przypomniał, że Artykuł 5 ust. 4 w zakresie, w jakim gwarantuje osobom zatrzymanym lub aresztowanym prawo kontroli legalności ich osadzenia, ustanawia także prawo, w następstwie wszczęcia takiego postępowania, do bezzwłocznego wydania postanawiania sądowego dotyczącego legalności osadzenia oraz do zarządzenia zwolnienia, w sytuacji gdy okaże się, że osadzenie jest bezprawne.

Kwestia, czy prawo do bezzwłocznego wydania postanowienia było respektowane – jak w przypadku warunku „rozsądnego terminu" wynikającego z Artykułu 5 ust. 3 oraz 6 ust. 1 Konwencji – musi zostać ustalona w świetle okoliczności każdej sprawy, z uwzględnieniem stopnia złożoności postępowania, sposobu prowadzenia go przez władze krajowe i skarżącego, a także jego konsekwencji dla tego ostatniego. Niekiedy złożoność zagadnień medycznych – lub innych kwestii – wymagających określenia tego czy osoba winna zostać zatrzymana lub zwolniona może stanowić czynnik, który należy uwzględnić przy ocenie zgodności z wymogami wynikającymi z Artykułu 5 ust. 4. Nie oznacza to jednak, że złożoność dokumentacji – nawet wyjątkowa – zwalnia władze krajowe z zasadniczego obowiązku ustanowionego w tym postanowieniu.

Zażalenie skarżącego na postanowienie Sądu Rejonowego w Lublinie z dnia 28 sierpnia 2006 roku przedłużające stosowanie tymczasowego aresztowania zostało rozpoznane w dniu 23 listopada 2006 roku. Zatem brany pod uwagę na mocy Artykułu 5 ust. 4 okres wynosił osiemdziesiąt sześć dni.

Trybunał zauważa, że w dniu 31 sierpnia 2006 roku Sąd Okręgowy w Lublinie postanowił uzyskać opinię lekarza z aresztu śledczego, w którym przebywał skarżący. Opinia została sporządzona i przedstawiona po upływie ponad trzech tygodni, tj. w dniu 22 września 2006 roku. W dniu 28 września 2006 roku ten sam sąd zlecił sporządzenie opinii z zakresu medycyny sądowej dotyczącej stanu zdrowia skarżącego Uniwersytetowi Medycznemu w Lublinie. Wniosek sądu był bezskuteczny, ponieważ Uniwersytet Medyczny w Lublinie nie mógł sporządzić opinii dotyczącej własnego pracownika. Wniosek spowodował kolejne opóźnienie w postępowaniu, które trwało około trzech tygodni. Sąd zwrócił się następnie do Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i ostatecznie uzyskał opinię z zakresu medycyny sądowej po upływie prawie miesiąca. Nastąpiła kolejna zwłoka w wymiarze ośmiu dni pomiędzy otrzymaniem opinii (w dniu 15 listopada 2006 roku) a faktycznym wydaniem postanowienia Sądu Okręgowego (w dniu 23 listopada 2006 roku). Przedmiotowa opinia została sporządzona jedynie na podstawie dokumentacji medycznej skarżącego. Trybunału nie

przekonuje zatem stanowisko Rządu, że potrzeba pozyskania materiału dowodowego z zakresu medycyny uzasadnia ogólną zwłokę w rozpoznaniu zażalenia skarżącego. Mając na względzie sztywne standardy określone przez Trybunał w orzecznictwie dotyczącym kwestii stosowania się państwa do wymogów „szybkości procedowania" określonych w Artykule 5 ust 4 Trybunał stwierdza, że Sąd Okręgowy w Lublinie nie rozpoznał legalności stosowania wobec skarżącego tymczasowego aresztowania „bezzwłocznie".

Doszło zatem do naruszenia Artykułu 5 ust. 4 Konwencji.

IV. Zastosowanie Artykułu 41 Konwencji

Artykuł 41 Konwencji stanowi:

> „Jeżeli Trybunał stwierdzi, że nastąpiło naruszenie Konwencji lub jej Protokołów, oraz jeśli prawo wewnętrzne zainteresowanej Wysokiej Układającej się Strony pozwala tylko na częściowe usunięcie konsekwencji tego naruszenia, Trybunał orzeka, gdy zachodzi potrzeba, słuszne zadośćuczynienie pokrzywdzonej stronie".

Skarżący dochodził kwoty 24 000 euro (EUR) z tytułu szkody majątkowej oraz kwoty 6000 euro z tytułu szkody niemajątkowej w związku z nieuzasadnionym stosowaniem wobec niego tymczasowego aresztowania przez okres sześciu miesięcy, warunkami osadzenia oraz wpływem tymczasowego aresztowania na niego oraz jego rodzinę, co spowodowało znaczne cierpienie fizyczne i psychiczne.

Odnosząc się do zarzutu poniesienia szkody majątkowej, Rząd podniósł, że był on hipotetyczny i nie miał zwyczajnego związku przyczynowego z zarzucanymi naruszeniami Konwencji. Odnosząc się do zarzutu poniesienia szkody niemajątkowej, Rząd podniósł, że roszczenie było nadmierne.

Trybunał zauważył, że z trzech zarzucanych naruszeń Konwencji stwierdził jedynie, że doszło do naruszenia Artykułu 5 ust. 4. Trybunał nie dostrzega żadnego związku przyczynowego pomiędzy stwierdzonym naruszeniem a zarzucaną szkodą majątkową; a zatem nie uwzględnia roszczenia. Z drugiej strony, Trybunał przyjmuje, że skarżący poniósł szkodę niemajątkową – taką jak cierpienie i frustracja – czego nie rekompensuje w sposób wystarczający stwierdzenie naruszenia Artykułu 5 ust. 4 Konwencji. Mając na względzie charakter naruszenia oraz oceniając roszczenie z uwzględnieniem zasady sprawiedliwości, Trybunał przyznał Skarżącemu kwotę 2000 euro, powiększoną o wszelkie podatki, które mogą zostać nałożone na tę kwotę, tytułem poniesionej szkody niematerialnej.

Z powyższych przyczyn Trybunał jednogłośnie:

1) *uznał* skargę w zakresie Artykułów 5 ust. 3 oraz 5 ust. 4 za dopuszczalną a pozostałą część skargi za niedopuszczalną;
2) *stwierdził*, że nie doszło do naruszenia Artykułu 5 ust. 3 Konwencji;
3) *stwierdził*, że doszło do naruszenia Artykułu 5 ust. 4 Konwencji;
4) *stwierdził*:
   a) że pozwane Państwo ma zapłacić skarżącemu w terminie trzech miesięcy od daty uprawomocnienia się wyroku zgodnie z Artykułem 44 ust. 2 Konwencji kwotę 2000 euro (dwa tysiące euro), powiększoną o wszelkie podatki, które

mogą zostać nałożone na tę kwotę, tytułem poniesionej szkody niemajątkowej, przeliczoną na walutę polską po kursie obowiązującym w dniu wydania rozstrzygnięcia;

b) że po upływie powyższego trzymiesięcznego terminu, do momentu zapłaty, winny zostać naliczone od tych kwot odsetki zwykłe według marginalnej stopy procentowej Europejskiego Banku Centralnego powiększonej o trzy punkty procentowe;

5) *oddalił* pozostałą część roszczenia skarżącego o słuszne zadośćuczynienie.

Sprawy innych państw z aspektem medycznym

Sprawa Akkoyunlu przeciwko Turcji, skarga nr 7505/06, wyrok z dnia 13 października 2015 r.

W dniu 24 maja 2001 roku skarżący rozpoczął swoją obowiązkową służbę wojskową. W dniu 25 lipca 2001 roku udał się do szpitala swojego pułku, skarżąc się na silny ból w lewym oku. Lekarz wojskowy był nieobecny. Inny żołnierz podał mu krople do oczu. Nie miał on żadnych kwalifikacji medycznych. Według rządu, zapisy ambulatorium (które nie zostały udostępnione Trybunałowi) wykazały, że skarżący został zbadany przez lekarza wojskowego i to on podał mu krople do oczu, a nie żołnierza. Następnego dnia ból się utrzymywał, więc wnioskodawca skontaktował się ze szpitalem po raz kolejny. Powiedziano mu, że powinien udać się do swojego dormitorium i odpoczywać. Zdaniem skarżącego, mimo bólu, nie został zwolniony ze swoich obowiązków wartowniczych w tym okresie. W dniu 2 sierpnia 2001 roku został skierowany do szpitala stanowego, gdzie zdiagnozowano wrzód rogówki. W dniu 6 sierpnia 2001 roku skarżący został przeniesiony do Szpitala Wojskowego, gdzie rozpoczęto leczenie. Jednak całkowicie stracił wzrok w lewym oku. Według wnioskodawcy, lekarze poinformowali go, że stracił wzrok z powodu opóźnienia w rozpoczęciu leczenia. Skarżący przeszedł kilka operacji. Nie był już zdolny do służby wojskowej i kwalifikował się do założenia protezy gałki ocznej. Skarżący wszczął postępowanie przed sądem krajowym w celu uzyskania odszkodowania.

Trybunał uznał, że nastąpiło naruszenie artykułu 3 Konwencji poprzez niewywiązanie się państwa z obowiązku udzielenia natychmiastowej pomocy. Pozwane państwo ma zapłacić 66 000 euro za szkodę majątkową oraz 15 000 euro za szkodę niemajątkową.

Sprawa Ivko przeciwko Rosji, skarga nr 30575/08, wyrok z dnia 15 grudnia 2015 r.

Skarżący urodził się w 1973 roku i do chwili aresztowania mieszkał w miejscowości Volzhsky, w regionie Wołgograd. W latach 2007–2009 toczyło się przeciwko niemu

postępowanie karne pod zarzutem usiłowania przemytu narkotyków. W tym czasie przebywał w areszcie. Później został skazany. W dniu 11 października 2014 roku skarżący zmarł na gruźlicę. Za życia skarżący wniósł szereg skarg twierdząc, że nie zapewniono odpowiedniej opieki medycznej. Według wnioskodawcy, służba medyczna w kolonii karnej była bardzo słaba. Kolonia nie zatrudniała specjalisty od gruźlicy, na którą chorował i miał ograniczony dostęp do niezbędnych leków. Testy potwierdziły również zakażenie wirusowym zapaleniem wątroby typu C.

Trybunał stwierdził poważne uchybienia w leczeniu skarżącego podczas głównego okresu tymczasowego aresztowania. Wnioskodawca nie otrzymał kompleksowej, skutecznej i odpowiedniej pomocy medycznej, a w związku z tym wnioskodawca był narażony na długotrwałe cierpienie psychiczne i fizyczne, które zmniejszyły jego godność człowieka. W związku z powyższym należało stwierdzić, że doszło do naruszenia artykułu 3 Konwencji. Wnioskodawczyni występującej w miejsce zmarłego państwo ma wypłacić 20 000 euro z tytułu szkody niemajątkowej, plus 2000 euro z tytułu kosztów i wydatków poniesionych przed Trybunałem.

Sprawa Nogin v. Rosja, sprawa nr 58530/08, wyrok z dnia 15 stycznia 2015 r.

Skarżący urodził się w 1981 roku i mieszka w Syktywkaru. Toczyło się wobec niego postępowanie karne, które zakończyło się skazaniem. Skarżący cierpi na cukrzycę od czwartego roku życia. Choroba spowodowała różne powikłania, w tym zaćmę cukrzycową. Skarżący w 2006 roku przeszedł badania lekarskie w związku z jego problemami wzroku w klinice komunalnej w jego miejscu zamieszkania. Badanie potwierdziło, że ostrość wzroku w prawym oku wnioskodawcy wynosił 0,02, co odpowiadało jego zdolności do policzenia palców u dłoni z odległości jednego metra, i że ostrość wzroku w lewym oku odzwierciedla jego zdolność widzenia ruchu ręki w pobliżu twarzy. Zdaniem skarżącego, w tym czasie był w stanie zorientować się w obrębie znanych miejsc, takich jak jego mieszkaniu, instytucji medycznych i ulic w mieście. Później stan się pogorszył, przeprowadzono wiele badań i zalecono operację zaćmy, lecz wykonano ją dopiero w 2009 roku. Zdaniem skarżącego, w trakcie jego zatrzymania jego wzrok stale się pogarszał, a odmówiono niezbędnej interwencji chirurgicznej.

Mając na uwadze powyższe, Trybunał stwierdził, że opóźnienie w umożliwieniu wnioskodawcy operacji zaćmy stanowiło niedostarczenie mu odpowiedniego leczenia choroby podczas jego zatrzymania. Zdaniem Trybunału, nie można wykluczyć, że ten błąd w znacznym stopniu przyczynił się do ewentualnej całkowitej utraty wzroku przez wnioskodawcę, a tym samym prowadził do cierpienia fizycznego i psychicznego zmniejszającego jego ludzką godność. Biorąc pod uwagę te rozważania, Trybunał może jedynie stwierdzić, że niezdolność władz do zapewnienia wnioskodawcy terminowej opieki medycznej naruszyła artykuł 3 Konwencji. Pozwane Państwo ma wypłacić skarżącemu 30 000 euro z tytułu szkody niemajątkowej oraz 2600 euro tytułem kosztów i wydatków.

Sprawa Patranin przeciwko Rosji, skarga nr 12983/14, wyrok z dnia 23 lipca 2015 r.

Skarżący urodził się w 1976 roku i jest przetrzymywany w poprawczej kolonii nr 2 w Republice Tatarstanu. Od 1999 roku skarżący cierpi na postępującą postać stwardnienia rozsianego, a jego stan został zakwalifikowany jako 1 stopień niepełnosprawności.

W dniu 22 lutego 2012 roku skarżący został zatrzymany pod zarzutem czynnej przynależności do zorganizowanej grupy przestępczej w latach 1995 i 2005 i morderstwo lub usiłowanie zabójstwa kilku osób w 1999 roku. Stan zdrowia skarżącego pogorszył się znacząco i szybko w zakładzie karnym, gdzie jego dolegliwości zdrowotne nie zostały uwzględnione w żaden sposób, ponieważ zakład nie miał żadnych specjalistów medycznych. W sierpniu 2012 roku władze więzienne zapisały, że skarżący nie był w stanie chodzić bez laski. We wrześniu 2012 roku wnioskodawca doznał padaczki, co spowodowało paraliż lewej strony ciała. Zdiagnozowano postępujące stwardnienie rozsiane, lewostronne porażenie, ostry niedowład prawej strony (osłabienie mięśni prawej strony ciała), utrzymanie depresji, osłabienie pamięci, częściowy zanik nerwów wzrokowych, padaczka objawowa, ataki uogólnione trzy do czterech razy w miesiącu, nadciśnienie tętnicze. W 2013 roku skarżący został umieszczony w szpitalu więziennym w kolonii poprawczej, gdzie został poddany badaniom. Zarówno skarżący, jak i jego żona składali wielokrotnie skargi do wszystkich możliwych władz, żądając przeprowadzenia należnej oceny medycznej. Skargi pozostawały bez pozytywnej reakcji. Skarżący skarżył się, że nie był w stanie uzyskać skutecznej opieki medycznej podczas zatrzymania, co doprowadziło do poważnego pogorszenia się jego stanu zdrowia, a nawet do sytuacji zagrażającej życiu i poddano go ciężkiemu cierpieniu fizycznemu i psychicznemu.

Trybunał stwierdził, że skarżący został pozostawiony bez opieki medycznej istotnej dla jego choroby – stwardnienie rozsiane. Nie było dokładnej i ciągłej oceny jego stanu zdrowia lub odpowiedniej diagnozy w odpowiedzi na rosnącą liczbę swoich dolegliwości zdrowotnych. W związku z tym doszło do naruszenia artykułu 3 Konwencji, a państwo ma obowiązek zapłacić 15 000 euro z tytułu szkód materialnych oraz 900 euro z tytułu kosztów i wydatków.

Streszczenie

Europejski Trybunał Praw Człowieka został powołany w 1959 roku do orzekania w sprawach ze skarg indywidualnych oraz w sprawach międzypaństwowych. ETPC stwierdza naruszenie praw i wolności na podstawie Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Konwencja przewiduje obowiązywanie jednolitych standardów i zasad w sferze praw człowieka, a wyroki ETPC mogą zapoczątkować wprowadzenie zmian w ustawodawstwie i praktyce. Niniejszy artykuł prezentuje orzeczenie dotyczące polskiego lekarza oraz wybrane orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka zawierające aspekty medyczne wydane wobec różnych państw w 2015 roku.

Słowa kluczowe: ETPCz, lekarz, sprawy sądowe z aspektem medycznym

A review of judicial decisions by the European Court of Human Rights with medical aspects in 2015

Summary

A review of judicial decisions by the European Court of Human Rights with medical aspects to different European countries gave in 2014 Summary The European Court of Human Rights was established in 1959 for the purpose of examining individual complaints and international cases. The ECtHR ascertains the infringement of rights and freedoms on the basis of the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. The Convention provides uniform principles and standards in the field of human rights while ECtHR judgments may provide arguments to introduce amendments in legislature and in practice. The paper presents selected verdicts issued by the ECtHR against different countries in 2015 in the cases involving medical issues.

Key words: *ECHR, a doctor, judicial decisions with medical aspects*

Anna WILIŃSKA-ZELEK

Mgr, Zakład Systemów Prasowych i Prawa Prasowego,
Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Przegląd orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej związanego z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia (lata 2015–2016)

1. Uwagi ogólne

Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej[1] nierzadko dotyczy istotnych z perspektywy funkcjonowania ochrony zdrowia aktów prawnych (stanowionych przez Unię Europejską w ramach kompetencji dzielonych, w zakresie takich dziedzin jak: rynek wewnętrzny, ochrona konsumentów czy wspólne problemy bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego[2]).

Aktywność TSUE w latach 2015–2016[3] dotyczyła niezwykle różnorodnych problemów, stąd duża rozbieżność tematyczna przedstawianych orzeczeń. Subiektywna selekcja wyroków została zdeterminowana ich oceną przez pryzmat: wpływu na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (możliwości skorzystania z wykładni poczynionej przez Trybunał przy prowadzeniu działalności leczniczej czy naukowej) oraz zajęcia nowego czy kontrowersyjnego stanowiska przez TSUE.

Wykładnia przepisów prawa Unii Europejskiej była niezbędna z uwagi na licznie formułowane przez sądy krajowe pytania prejudycjalne[4]. Zwrócić jednak należy uwagę, iż w mijających miesiącach Trybunał rozstrzygał również w przedmiocie skarg Komisji Europejskiej na uchybienia przez Państwa Członkowskie zobowiązaniom wynikającym z Traktatów[5]. W niniejszej publikacji omówiono m.in. sprawy prowadzone przeciwko Polsce.

---

[1] Dalej jako: TSUE albo Trybunał.

[2] Por. art. 4 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dz, Urz. C 326 z 26.10.2012 r., s. 47–390 (wersja skonsolidowana, dalej również jako: TFUE).

[3] Publikacja uwzględnia orzecznictwo z okresu czerwiec 2015 r.–kwiecień 2016 r. (dorobek judykatury z pierwszych sześciu miesięcy 2015 roku uwzględnia poprzedni numer „Medycznej Wokandy", por. A. Wilińska-Zelek, *Przegląd orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej związanego z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia (lata 2014–2015)*, „Medyczna Wokanda" 2014, nr 6, s. 151–163.

[4] Szerzej o roli TSUE w dokonywaniu wykładni prawa Unii Europejskiej, A. Wilińska-Zelek, *Przegląd*…, op. cit., s. 152–153. Statystycznie to właśnie odesłania prejudycjalne stanowią główny przedmiot działalności TSUE. W 2014 r., spośród 622 nowych spraw – pytania sądów krajowych objęły 428 spraw (por. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej, *Sprawozdanie roczne 2014. Przegląd działalności Trybunału Sprawiedliwości, Sądu oraz Sądu do spraw Służby Publicznej Unii Europejskiej*, Luksemburg 2015, s. 98).

[5] Zgodnie z art. 258 TFUE: „Jeśli Komisja uznaje, że Państwo Członkowskie uchybiło jednemu z zobowiązań, które na nim ciążą na mocy Traktatów, wydaje ona uzasadnioną opinię w tym przed-

W opracowaniu nie uwzględniono orzeczeń i opinii rzeczników generalnych[6], które jedynie potencjalnie mogłyby stanowić przedmiot zainteresowania pracowników systemu ochrony zdrowia. Za przykład może posłużyć opinia Rzecznika Generalnego Juliane Kokott, przedstawiona w dniu 23 grudnia 2015 r., w sprawie ze skargi Rzeczpospolitej Polskiej przeciwko Parlamentowi Europejskiemu i Radzie Unii Europejskiej (C-358/14). W skardze wniesionej w dniu 22 lipca 2014 r., Rzeczpospolita Polska sformułowała żądanie stwierdzenia nieważności art. 2 pkt 25, art. 6 ust. 2 lit. b), art. 7 ust. 1–5, ust. 7 zdanie pierwsze i ust. 12–14 oraz art. 13 ust. 1 lit. c) dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylającej dyrektywę 2001/37/WE[7]. W treści uzasadnienia, Rzecznik Generalna wielokrotnie odwoływała się do konieczności zapewnienia obywatelom Unii Europejskiej odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia[8], jakkolwiek zarówno opinia, jak i orzeczenie będą miały przede wszystkim praktyczne znaczenie dla funkcjonowania rynku wyrobów tytoniowych, a pozostanie bez wpływu na działalność systemu ochrony zdrowia.

2. Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (wybór)

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

a) **wyrok Trybunału z dnia 28 stycznia 2016 r. w sprawie C-50/14** (dokonano wykładni przepisów dyrektywy 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane, dostawy i usługi[9] a także art. 49 TFUE i 56 TFUE, pod kątem dopuszczalności powierzenia stowarzyszeniom wolontariackim świadczenia usług transportu sanitarnego w drodze bezpośredniego udzielenia zamówienia);

---

miocie, po uprzednim umożliwieniu temu Państwu przedstawienia swych uwag. Jeśli Państwo to nie zastosuje się do opinii w terminie określonym przez Komisję, może ona wnieść sprawę do Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej".

[6] Zgodnie z art. 252 TFUE: „Trybunał Sprawiedliwości jest wspomagany przez ośmiu rzeczników generalnych. Jeżeli Trybunał Sprawiedliwości tego zażąda, Rada, stanowiąc jednomyślnie, może zwiększyć liczbę rzeczników generalnych. Zadaniem rzecznika generalnego jest publiczne przedstawianie, przy zachowaniu całkowitej bezstronności i niezależności, uzasadnionych opinii w sprawach, które zgodnie ze Statutem Trybunału Sprawiedliwości, wymagają jego zaangażowania". Opinie prawne rzeczników nie są jednak wiążące dla TSUE w procesie wyrokowania.

[7] Dz. Urz. L nr 127, s. 1.

[8] Podkreślono m.in. za orzeczeniem Azienda Sanitaria locale n. 5 „Spezzino" i in., C-113/13, iż: „zdrowie i życie ludzi ma pierwszorzędne znaczenie pośród dóbr i interesów chronionych traktatem […]".

[9] Dz. Urz. L nr 134, s. 114.

b) **wyrok Trybunału z dnia 23 grudnia 2015 r. w sprawie C-180/14** (doszło do stwierdzenia uchybienia przez Grecję, zobowiązaniom wynikającym z dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy[10] ze względu na przewidziany w ustawodawstwie krajowym obowiązek pracy przez 60–93 godzin tygodniowo);
c) **wyrok Trybunału z dnia 22 października 2015 r. w sprawie C-552/13** (dokonano wykładni przepisów dyrektywy 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane, dostawy i usługi[11] pod kątem dopuszczalności wskazywania oferentom minimalnych wymogów w zakresie lokalizacji);
d) **wyrok Trybunału z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie C-29/14** (doszło do stwierdzenia uchybienia przez Polskę, zobowiązaniom wynikającym z dyrektyw:
   – Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE 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[12],
   – Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzająca w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich[13] oraz
   – Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonującej dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich[14], ze względu na nieobjęcie komórek rozrodczych, tkanek płodowych i tkanek zarodkowych zakresem stosowania przepisów prawa krajowego, stanowiącego transpozycję wskazanych wyżej dyrektyw;
e) **wyrok Trybunału z dnia 4 czerwca 2015 r. w sprawie C-678/13** (dokonano wykładni przepisów dyrektywy 2006/112/WE Rady z dnia 28 listopada 2006 r. w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej[15], celem potwierdzenia niezgodności ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług[16] z prawem UE).

---

[10] Dz. Urz. L nr 299, s. 9.
[11] Dz. Urz. L nr 134, s. 114.
[12] Dz. Urz. L nr 102, s. 48. Dalej jako: dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 31 marca 2004 r. albo odnośne dyrektywy (w zakresie dotyczącym trzech przywoływanych dyrektyw).
[13] Dz. Urz. L nr 38, s. 40. Dalej jako: dyrektywa Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. albo odnośne dyrektywy (w zakresie dotyczącym trzech przywoływanych dyrektyw).
[14] Dz. Urz. L nr 294, s. 32. dalej jako: dyrektywa Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonującej dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady albo odnośne dyrektywy (w zakresie dotyczącym trzech przywoływanych dyrektyw).
[15] Dz. Urz. L nr 347, s. 1.
[16] Dz. U. nr 54, poz. 535.

Opisane wyroki są dostępne w polskich wersjach językowych za pośrednictwem strony: www.curia.europa.eu[17].

2.1. Wyrok Trybunału z dnia 28 stycznia 2016 r. w sprawie C-50/14[18]

Dyrektor generalny ASL TO4, świadczącej na rzecz osób poddawanych dializom usługi transportu w ramach krajowej służby zdrowia, przyznał decyzją wykonywanie opisywanej usługi stowarzyszeniom wolontariackim (w drodze umowy). Usługa była świadczona na rzecz osób, które nie mogły samodzielnie uzyskać dostępu do placówek służby zdrowia. Na podstawie umowy, na rzecz stowarzyszeń zwracano jedynie faktycznie poniesione przez nie koszty.

Niniejszą decyzję zaskarżyły podmioty prowadzące działalność w sektorze usług przewozu taksówką, które świadczyły wcześniej usługi na rzecz ASLTO4.

Regionalny sąd administracyjny w Piemoncie zawiesił postępowanie i zwrócił się do Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z kilkoma pytaniami. W szczególności zwrócił się z prośbą o udzielenie odpowiedzi czy regulacjom Unii w dziedzinie zamówień publicznych, sprzeciwiają się uregulowania krajowe, które pozwalają organom władzy lokalnej powierzyć świadczenie usług transportu sanitarnego w drodze bezpośredniego udzielenia zamówienia. W przypadku uznania, że rozpatrywany sposób udzielenia zamówienia publicznego jest zgodny z prawem Unii, sąd zwrócił się z pytaniem – czy konieczne jest wcześniejsze porównanie ofert pochodzących od większej liczby jednorodnych podmiotów (ewentualnie także z innych państw członkowskich) uprawnionych do bezpośredniego uzyskania zamówienia, w celu ograniczenia ryzyka poniesienia zbędnych lub nieracjonalnych kosztów. Nadto czy stowarzyszenia wolontariackie, którym bezpośrednio udzielono zamówienia, muszą być objęte szczegółowymi ograniczeniami procentowymi w zakresie równoległego dostępu do rynku, i czy zatem w taki sposób należy interpretować przepis prawa krajowego, który przewiduje, że działalność gospodarcza tych stowarzyszeń musi mieć charakter uboczny.

Trybunał wskazał, iż co prawda uregulowanie krajowe stanowiące przedmiot analizy, co do zasady pozostaje niezgodne z prawem Unii Europejskiej (z uwagi m.in. na brak przejrzystości oraz godzenie w niezakłóconą i jak najszerszą konkurencję), korzystanie ze stowarzyszeń wolontariackich do organizacji usługi transportu sanitarnego

---

[17] Z wyłączeniem wyroku wydanego w sprawie C-180/14 (dostępny wyłącznie w języku greckim oraz francuskim).

[18] Por. wyrok z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie Azienda sanitaria locale n. 5 „Spezzino", Associazione nazionale pubblica assistenza (ANPAS) – Comitato regionale Liguria, Regione Liguria przeciwko San Lorenzo Soc. coop. sociale, Croce Verde Cogema cooperativa sociale Onlus (C113/13), zgodnie z którym „Artykuły 49 TFUE i 56 TFUE należy interpretować w ten sposób, że postanowienia te nie stoją na przeszkodzie uregulowaniom krajowym, które, tak jak te rozpatrywane w postępowaniu głównym, przewidują, iż świadczenie usług transportu sanitarnego i ratownictwa medycznego musi być powierzane w pierwszej kolejności i w drodze bezpośredniego udzielenia zamówienia, bez jakiegokolwiek ogłoszenia o zamówieniu, organizacjom wolontariackim objętym umowami, o ile ramy prawne i umowne, w których prowadzona jest działalność tychże organizacji, faktycznie przyczyniają się do celu społecznego i do realizacji celów solidarności oraz efektywności budżetowej, na których opierają się te uregulowania".

„może być uzasadnione zasadami powszechności i solidarności, a także względami efektywności gospodarczej i stosowności, z uwagi na to, że pozwala ono, aby usługa świadczona w interesie ogólnym była wykonywana w warunkach równowagi gospodarczej w odniesieniu do budżetu przez podmioty ustanowione w celu działania na rzecz interesu ogólnego".

System organizacji usługi transportu sanitarnego musi jednak spełniać kilka kryteriów tj. musi przyczyniać się do celu społecznego i do realizacji celów solidarności i efektywności budżetowej, na których system się opiera; stowarzyszenia wolontariackie muszą również niniejsze cele realizować i nie mogą czerpać zysków ze swoich usług, a działalność stowarzyszeń może być wykonywana przez pracowników jedynie w granicach koniecznych dla ich prawidłowego funkcjonowania.

Tym samym art. 49 TFUE i 56 TFUE nie sprzeciwiają się regulacjom, zgodnie z którymi możliwe jest powierzenie stowarzyszeniom wolontariackim świadczenia usług transportu sanitarnego w drodze bezpośredniego udzielenia zamówienia (bez konieczności porównywania ofert różnych stowarzyszeń), o ile ramy prawne i umowne, w których prowadzona jest działalność tychże organizacji, faktycznie przyczyniają się do realizacji celu społecznego, solidarności oraz efektywności budżetowej.

Rozpatrując trzecie z zadanych pytań, Trybunał zwrócił uwagę, że o ile państwo członkowskie pozwala organom władzy publicznej korzystać ze stowarzyszeń wolontariackich w celu wykonywania pewnych zadań oraz upoważnia stowarzyszenia do prowadzenia działalności gospodarczej w określonych ramach, to państwo ustanawia ograniczenia wykonywania takiej działalności. Zgodnie z prawem włoskim, działalność gospodarcza winna mieć charakter uboczny w stosunku do całej działalności stowarzyszeń i powinna być prowadzona jedynie w celu wsparcia prowadzenia działalności wolontariackiej.

2.2. Wyrok Trybunału z dnia 23 grudnia 2015 r. w sprawie C-180/14

Stowarzyszenia lekarzy w Grecji złożyły do Komisji Europejskiej skargę, wskazując że nie są realizowane cele dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy z uwagi na to, że przepisy krajowe przewidują obowiązek pracy przez 60–93 godzin tygodniowo[19]. Przepisy greckie przewidywały bowiem, że lekarze będą zobowiązani do odbycia kilku dyspozycyjnych dyżurów w miesiącu, co *de facto* przedłuża czas pracy, jeżeli zostaną oni wezwani do szpitala w celu świadczenia usług medycznych. Obowiązki obejmowały również konieczność systematycznej, nieprzerwanej pracy aż do 32 godzin, bez uprawnienia do minimalnego wymiaru dobowego i tygodniowego okresu odpoczynku, ani też do równoważnych okresów wyrównawczego odpoczynku. Komisja Europejska, uznając że Grecja nie zastosowała: maksymalnego 48-godzinnego tygodniowego wymiaru czasu pracy i przy tym nie zapewniła minimalnych okresów dobowego i tygodniowego odpoczynku, ani wyrównawczego okresu odpoczynku na-

[19] Dyrektywa nakłada na państwa członkowskie obowiązek wprowadzenia pułapu 48 godzin średniego tygodniowego czasu pracy, wliczając w to godziny nadliczbowe, por. art. 6 pkt b dyrektywy.

stępującego natychmiast po czasie pracy, który podlegał wyrównaniu; stwierdziła uchybienie w zakresie implementacji wyżej wskazanej dyrektywy.

Trybunał przychylił się do argumentacji Komisji Europejskiej. Stwierdził przy tym, że określanie maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy lekarzy jest zasadą prawa socjalnego o szczególnym znaczeniu – ma zagwarantować ochronę zdrowia, bezpieczeństwo, ale i działać na korzyść każdego z pracowników. Przepisy greckie umożliwiały nałożenie tygodniowego czasu pracy powyżej 48 godzin, nie przewidując możliwości wliczenia godzin, w których lekarze pozostawali w dyspozycji, a następnie wykonywali usługi medyczne, do puli podstawowej. Ponadto zwrócono uwagę na uchybienia w zakresie sposobu określania nieprzerwanego czasu pracy – zgodnie z prawem Unii Europejskiej powinien trwać on nie więcej niż 24 godziny, a przepisy greckie umożliwiały pełnienie dyżurów nawet do 32 godzin (w sytuacji, w której zwykła zmiana występowała natychmiast po dyżurze). 24-godzinny okres odpoczynku lekarzy po aktywnym dyżurze mógł zostać odroczony nawet do jednego tygodnia od dnia odbycia dyżuru, a przepisy przewidujące taką możliwość są niezgodne z dyrektywą.

2.3. Wyrok Trybunału z dnia 22 października 2015 r. w sprawie C-552/13

Grupo Hospitalario Quirón złożyła skargi na postępowania przetargowe nr 21/2011 i 50/2011, w których jako instytucja zamawiająca występował departament ds. zdrowia rządu Kraju Basków. W Kraju Basków świadczenie publicznych usług opieki zdrowotnej odbywa się w oparciu o okręgi zdrowotne, w których znajduje się szpital publiczny (zwany „referencyjnym"). Usługi są realizowane we współpracy z prywatnymi zakładami zdrowotnymi (których zadaniem jest odciążyć szpital publiczny). Prywatne placówki udostępniają część swych usług, ale m.in. zabiegi chirurgiczne i inne świadczenia medyczne są realizowane przez chirurgów należących do publicznej służby zdrowia, którzy tylko udają się do prywatnych placówek, celem ich wykonania.

W ramach specyfikacji technicznych przetargów nr 21/2011 i 50/2011 wskazano minimalne wymogi w zakresie lokalizacji: „Z uwagi na konieczność świadczenia takich usług w rozsądnej odległości od miejsca zamieszkania pacjentów i ich bliskich, na dostępność transportu publicznego i czas dojazdu, a także na konieczność zminimalizowania przejazdów pracowników szpitali […] proponowane placówki opieki zdrowotnej powinny być położone na terenie gminy Bilbao".

Grupo Hospitalario Quirón (będąca właścicielem szpitala położonego w gminie Erandio) złożyła skargi, wskazując że specyfikacja zamówień publicznych jest sprzeczna z zasadami równego traktowania, swobody dostępu do przetargów oraz swobodnej konkurencji. Skarżąca realizowała wszystkie wymogi zamówień, z wyjątkiem wymogu lokalizacji.

Sąd odsyłający zwrócił uwagę, iż w jego ocenie warunek lokalizacji stanowi ograniczenie konkurencji oraz narusza swobodny dostęp oferentów do przetargów, co nie znajduje swojego uzasadnienia. W tym miejscu zwrócić należy uwagę na to, że gminy Erandio i Bilbao należały do tej samej gminy w latach 1924–1982, a obecnie współtworzą aglomerację Bilbao. Nadto dojazd do szpitala skarżącego jest łatwy, stąd wymóg bliskości i dostępności w ocenie sądu został spełniony.

Mając niniejsze na względzie, sąd administracyjny w Bilbao zwrócił się z następującym pytaniem prejudycjalnym do TSUE: „Czy jest zgodne z prawem Unii, aby w trakcie udzielania zamówień na zarządzanie publiczną usługą opieki zdrowotnej był ustalony wymóg, aby świadczenia zdrowotne będące przedmiotem tego zamówienia publicznego były wykonywane wyłącznie w danej gminie, która to gmina może nie być gminą zamieszkania pacjentów?".

Trybunał wskazał, że art. 23 ust. 2 dyrektywy 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane, dostawy i usługi stanowi, iż specyfikacje techniczne powinny umożliwiać oferentom równy dostęp[20]. Wymóg związany z lokalizacją, ustanowiony przez instytucję zamawiającą nie realizuje tej zasady, powodując automatyczne wykluczenie oferentów, którzy nie mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w placówce na terenie danej gminy, mimo że spełniają wszystkie pozostałe wymogi zamówienia. Trybunał w argumentacji zwrócił szczególną uwagę na to, iż określona gmina może nie być gminą zamieszkania pacjentów, których dotyczą świadczenia, a sytuacja geograficzna pozwala na to, by jednostki z gmin sąsiednich efektywnie wykonywały zamówienie.

2.4. Wyrok Trybunału z dnia 11 czerwca 2015 r. w sprawie C-29/14

Orzeczenie, które zapadło w dniu 11 czerwca 2015 r. jest istotne nie tylko z perspektywy stosowania implementowanych do polskiego systemu prawnego przepisów. Wyrok wskazuje bowiem w jaki sposób polski ustawodawca winien dokonywać transpozycji dyrektyw związanych z ochroną zdrowia publicznego[21].

Dyrektywy: Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 31 marca 2004 r., Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. oraz Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonującej dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, zostały transponowane do polskiego porządku prawnego przede wszystkim ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r.[22] Artykuł 1 ust. 2 pkt 1 niniejszego aktu wyłącza stosowanie przepisów ustawy do pobierania, przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części[23], które to również winny być objęte implementowanymi przepisami prawa unijnego. Akty wykonawcze do ustawy również nie znajdują zastosowania do wymienionych tkanek i komórek.

Transpozycja odnośnych dyrektyw winna mieć miejsce w terminach do: 7 kwietnia 2006 r. (dot. dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 31 marca

---

[20] „Specyfikacja techniczna powinna umożliwiać oferentom jednakowy dostęp i nie może powodować tworzenia nieuzasadnionych przeszkód w otwarciu zamówień publicznych na konkurencję".

[21] Por. w szczególności pkt 47 wyroku.

[22] Dz. U. 2005, Nr 169, poz. 1411 (aktualnie z późn. zm.).

[23] Brzmienie niniejszego przepisu pozostaje aktualne do dnia oddania tekstu do druku (24 kwietnia 2016 r.).

2004 r.), 1 listopada 2006 r. (dot. dyrektywy Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r.) i 1 września 2008 r. (dot. dyrektywy Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonującej dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady).

Pismami z dnia 14 lutego 2008 r. i 23 lutego 2009 r. Komisja zwróciła się do Rzeczpospolitej Polskiej z prośbą o złożenie wyjaśnień dotyczących niepełnej transpozycji, a następnie w dniu 1 października 2010 r. oraz 28 lutego 2012 r. skierowała wezwania do usunięcia uchybienia. W dniu 25 stycznia 2013 r. Komisja skierowała do Rzeczpospolitej Polskiej uzasadnioną opinię, wzywając do przyjęcia środków niezbędnych do wywiązania się w terminie dwóch miesięcy ze zobowiązań wynikających z dyrektyw.

Rzeczpospolita Polska w toku postępowania poprzedzającego wniesienie skargi wskazywała, iż szczegółowe uregulowania dotyczące komórek rozrodczych, tkanek płodowych i tkanek zarodkowych są w trakcie opracowywania (m.in. przekazywała informacje dotyczące harmonogramu prac nad projektem ustawy w sprawie zapłodnienia pozaustrojowego, który to harmonogram nie został dotrzymany).

Na etapie postępowania przed Trybunałem Sprawiedliwości Unii Europejskiej, Rzeczpospolita Polska zakwestionowała zarzucane jej uchybienia, wskazując w szczególności, że istniejące w polskim systemie prawnym przepisy (w tym ustawy regulujące wykonywanie zawodów medycznych, udzielanie usług medycznych, diagnostykę laboratoryjną, prawa pacjentów i ochronę danych osobowych; rozporządzenia Ministra Zdrowia; program zatytułowany „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016" oraz normy krajowe środowiska medycznego) gwarantują należyte wykonanie zobowiązań wynikających z dyrektyw. Trybunał uznał podniesienie niniejszych argumentów dopiero na etapie sądowym za niezgodne z zasadą lojalnej współpracy (art. 4 ust. 3 TUE).

W odpowiedzi na stanowisko Rzeczpospolitej Polskiej, Komisja podkreśliła, iż wyłączenie tkanek i komórek (których dotyczył spór) z głównego aktu dokonującego transpozycji, przy jednoczesnym braku specyficznego uregulowania, wywołuje stan rażącej niepewności prawnej. Nadto podniesiono, iż niemożliwym jest odpowiednie transponowanie przepisów prawa Unii Europejskiej za pośrednictwem algorytmów, zaleceń rekomendacji itp., które nie mogą być uznane za przepisy bezwzględnie wiążące.

Trybunał zwrócił uwagę, iż przepisy dyrektywy powinny być implementowane z „niepodważalną mocą wiążącą oraz z wymaganą szczegółowością, precyzją i jasnością" (pkt 37 wyroku), jakkolwiek „państwa członkowskie korzystają z możliwości wyboru takiej formy i takich środków wdrożenia dyrektyw, które najlepiej gwarantują rezultat, jaki dyrektywy te mają osiągnąć" (pkt 38 wyroku). Wystarczający może okazać się ogólny kontekst prawny – brak konieczności wprowadzenia wyraźnego, szczególnego przepisu prawnego. Istotne jest natomiast, by dyrektywy znalazły pełne zastosowanie. Gdy przepis dyrektywy przyznaje natomiast prawa jednostkom – regulacje stanowiące efekt transpozycji powinny być dostatecznie precyzyjne, a uprawnieni powinni mieć możliwość rozeznania się w przysługujących im prawach i powinni mieć możliwość powoływania się na nie przed sądem krajowym.

Zgodnie z analizą dokonaną przez Trybunał, Rzeczpospolita Polska nie spełniła powyższych wymagań. Część przywoływanych przez nią aktów, które miały dyrektywę transponować, nie miała mocy wiążącej. Ponadto z uwagi na specyficzny zakres zobo-

wiązań ustanowionych dyrektywami i przyświecający im cel, transpozycja dokonywana przez wiele aktów nie spełniła wymogów szczegółowości, precyzji i jasności. Adresaci norm nie byli w stanie rozeznać się w odpowiedni sposób z przysługującymi im prawami oraz obowiązkami.

Mając powyższe na względzie, stwierdzono iż Rzeczpospolita Polska uchybiła zobowiązaniom ciążącym na niej na mocy art. 31 dyrektywy 2004/23, art. 3 lit. b), art. 4 ust. 2, art. 7 dyrektywy 2006/17 oraz załącznika III do niej, jak również art. 11 dyrektywy 2006/86.

2.5. Wyrok Trybunału z dnia 4 czerwca 2015 r. w sprawie C-678/13

W dniu 19 grudnia 2013 r., Komisja Europejska wniosła do Trybunału Unii Europejskiej skargę o stwierdzenie uchybienia zobowiązaniom państwa członkowskiego, którą poprzedzono wezwaniem do usunięcia uchybienia z dnia 30 września 2011 r. W skardze przeciwko Polsce wskazano, iż ustawodawstwo nie realizuje założeń dyrektywy 2006/112/WE Rady z dnia 28 listopada 2006 r. w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej w zakresie stosowania obniżonej stawki VAT.

Zgodnie z przywoływaną dyrektywą, obniżoną stawkę można m.in. stosować do następujących dostaw towarów i świadczonych usług:

– produkty farmaceutyczne zwykle stosowane dla ochrony zdrowia, zapobiegania chorobom oraz do celów medycznych i weterynaryjnych, łącznie z produktami używanymi do celów antykoncepcyjnych oraz higieny osobistej;
– sprzęt medyczny, sprzęt pomocniczy oraz pozostałe urządzenia przeznaczone zwykle do łagodzenia skutków lub leczenia niepełnosprawności, przeznaczone wyłącznie do użytku osobistego przez osoby niepełnosprawne, łącznie z naprawami takich towarów, jak również dostarczanie fotelików do przewozu dzieci w samochodach.

Według Komisji, przepisy prawa polskiego przewidywały możliwość stosowania obniżonej stawki VAT do towarów, wykraczających poza wskazane wyżej kategorie (sformułowane zarzuty dotyczyły 15 punktów załącznika nr 3 ustawy o podatku od towarów i usług; dalej jako: ustawa o VAT). Tym samym zgodnie ze skargą Komisji, Polska obejmowała obniżoną stawką podatku zbyt dużą ilość towarów.

Trybunał Sprawiedliwości stwierdził, iż Komisja nie wykazała, by część kwestionowanych pozycji, do których stosuje się obniżoną stawkę VAT, wykraczała poza zapisy dyrektywy. Komisja wycofała formułowane zarzuty względem niektórych produktów.

Za zasadny uznano natomiast zarzut niezgodnego z dyrektywą stosowania obniżonej stawki VAT do następujących pozycji:

1) związki siarki organiczne i pozostałe związki organiczno-nieorganiczne – wyłącznie cysteina, cystyna i ich pochodne (poz. 82 załącznika nr 3 ustawy o VAT)[24];

---

[24] TSUE wskazał, że istnieje możliwość stosowania obniżonej stawki VAT do substancji medycznych, tylko wtedy gdy są przeznaczone do bezpośredniego użytku przez konsumenta końcowego dla ochrony zdrowia, zapobiegania chorobom oraz do celów medycznych i weterynaryjnych (w tym miejscu odwołano się do wyroku w sprawie C-360/11 z dnia 15 lutego 2013 r.). Sposób ujęcia pozycji

2) wyroby higieniczne lub farmaceutyczne (włączając smoczki), z gumy innej niż ebonit (poz. 92 załącznika nr 3 ustawy o VAT)[25] oraz
3) soczewki kontaktowe, soczewki okularowe ze szkła i innych materiałów (poz. 103 załącznika nr 3 ustawy o VAT)[26].

W pozostałym zakresie skargę Komisji oddalono.

3. Podsumowanie

Dorobek orzeczniczy Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w latach 2015–2016 dotyczył interesujących kwestii. TSUE w kolejnych latach zapewne będzie odwoływał się do poczynionych rozważań.

Warto zwrócić uwagę na treść orzeczenia wydanego w sprawie przeciwko Polsce (C-29/14), w którym to Trybunał podkreśla znaczenie wymogów, dotyczących sposobu implementacji przepisów prawa unijnego w obszarze ochrony zdrowia. Trybunał odwołuje się do celów regulacji – wskazuje na konieczność zapewnienia wysokiego stopnia ochrony zdrowia publicznego, co powinno implikować szczególną dbałość o jakość krajowych regulacji.

Streszczenie

Artykuł prezentuje wybór orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z lat 2015–2016, związanego z funkcjonowaniem branży medycznej. Omówiono wyroki TSUE poruszające problematykę:
– dopuszczalności powierzenia stowarzyszeniom wolontariackim świadczenia usług transportu sanitarnego w drodze bezpośredniego udzielenia zamówienia;
– uchybienia zobowiązaniom traktatowym w związku z niewłaściwym określeniem maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy lekarzy;
– dopuszczalności wskazywania oferentom, działającym w obszarze opieki zdrowotnej, minimalnych wymogów w zakresie lokalizacji;
– uchybienia zobowiązaniom traktatowym w związku z wyłączeniem stosowania implementowanych przepisów do komórek rozrodczych, tkanek płodowych i tkanek zarodkowych;

---

82 załącznika nr 3 ustawy o VAT pozwalał natomiast stosować obniżoną stawkę VAT również do substancji przeznaczonych do użytku jako produkty pośrednie, a te nie wchodzą w zakres załącznika III do dyrektywy 2006/112.

[25] W ocenie Trybunału produkty uwzględnione w pozycji 92 załącznika nr 3 ustawy o VAT nie są produktami farmaceutycznymi, sprzętem medycznym lub wyposażeniem w rozumieniu dyrektywy. Komisja w trakcie postępowania zwróciła szczególną uwagę na niemożność objęcia zakresem dyrektywy takich towarów jak kroplomierze, rozpylacze czy termofory, które z kolei mogą być objęte przepisami polskiej ustawy.

[26] W ocenie Trybunału produkty uwzględnione w pozycji 103 załącznika nr 3 ustawy o VAT nie są produktami farmaceutycznymi, sprzętem medycznym lub wyposażeniem w rozumieniu dyrektywy. Komisja w trakcie postępowania zwróciła szczególną uwagę na niemożność objęcia zakresem dyrektywy wszystkich rodzajów soczewek i szkieł, ale tylko takich, które służą do korekty wzroku. Przepisy prawa polskiego cechował w związku z tym zbyt wysoki poziom ogólności.

– stosowania obniżonej stawki VAT względem produktów farmaceutycznych stosowanych dla ochrony zdrowia oraz sprzętu medycznego, sprzętu pomocniczego i innych urządzeń przeznaczonych zwykle do łagodzenia skutków lub leczenia niepełnosprawności.

Słowa kluczowe: orzecznictwo TSUE, usługi transportu sanitarnego, tygodniowy czas pracy lekarzy, wymogi w zakresie lokalizacji, obniżona stawka VAT

Review of jurisdiction issued by the Court of Justice of the European Union, related to health system functioning (2015–2016)

Summary

The article presents an assortment of the Court of Justice of the European Union's jurisdiction (CJEU), throughout 2015...2016, related with the functioning of the medical industry. Selected rulings given by the CJEU were discussed, concerning:
– *admissibility of entrusting the voluntary associations with rendering medical transport services, through direct placement of orders;*
– *failure to comply with treaty obligations, relating to improper definition of maximum weekly work-time among physicians;*
– *admissibility of informing tenderers, acting in the field of health-care, about the minimum requirements related with location;*
– *failure to comply with treaty obligations, relating to exclusion of application of binding regulations governing generative cells, fetal tissues and embryonic tissues;*
– *application of reduced VAT rate to pharmaceutical products for medical use, as well as to medical equipment, auxiliary equipment and other devices, usually employed in alleviating the consequences of disability or in treatment thereof*.

Key words: *CJUE jurisdiction, medical transport services, weekly work-time among physicians, requirements related with location, reduced VAT*

PRZEGLĄD ORZECZNICTWA

Jędrzej SKRZYPCZAK

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

Orzecznictwo Naczelnego Sądu Lekarskiego z 2015 r.

Wprawdzie orzeczenia sądów lekarskich, nie mają w naszym systemie prawnym charakteru precedensów prawnych[1], a więc nie tworzą nowej normy prawnej, a jedynie prezentują wykładnię praktyczną poszczególnych przepisów prawnych[2], to zważywszy na treść art. 76 Kodeksu etyki lekarskiej[3], w wypadkach nieprzewidzianych w KEL, należy kierować się zasadami wyrażonymi m.in. w orzecznictwie sądów lekarskich. Stąd też poglądy i wywody zamieszczone w uzasadnieniach Naczelnego Sądu Lekarskiego[4] mają niezwykle istotne znaczenie dla praktyki funkcjonowania sądów lekarskich. Tym bardziej, że zgodnie z art. 90 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*[5], NSL jest sądem odwoławczym od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich[6], a można zaryzykować taką tezę, iż linia orzecznicza prezentowana w poniższych, wybranych orzeczeniach, będzie przez ten Sąd kontynuowana. Mimo istnienia w obecnej ustawie możliwości przewidzianej w art. 84 tego aktu normatywnego, a mianowicie, że w przypadku orzeczenia kary przewidzianej w art. 83 ust. 1 pkt 4–7, sąd lekarski może zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem, sądy lekarskie rzadko stosują ten przepis. Stąd potrzeba publikacji wybranych orzeczeń NSL wydaje się bezdyskusyjna, czemu niniejsze opracowanie – choć zapewne tylko częściowo – stara się sprostać.

Poniżej zamieszczono wybrane orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego z 2015 r., które w ocenie autora zasługują na szczególną uwagę. Należy dodać, że dane osobowe i identyfikujące uczestników postępowania, a nawet poszczególne sądy lekarskie czy izby lekarskie, zostały zmienione i utajnione (pozostawiono tylko inicjały i to niekiedy zmienione). Prezentacja orzeczeń służy jedynie przedstawieniu problemu, a nie napiętnowania osób ani tym bardziej organów wydających orzeczenia i decyzje procesowe

---

[1] Trzeba tu wspomnieć, że pod pojęciem precedensu prawnego należy rozumieć „decyzję organu państwa, zwłaszcza sądu (precedens sądowy) albo parlamentu (precedens konstytucyjny) podjętą bez należytej podstawy w prawie stanowionym czy w zwyczaju, ale co do której wytworzyło się przekonanie, że powinna ona być podstawą rozstrzygania w przyszłości wszystkich przypadków podobnych", S. Wronkowska, *Tworzenie aktów prawnych. Rodzaje aktów prawnych*, w: *Kompedium wiedzy o społeczeństwie, państwie i prawie*, S. red. Wronkowska, M. Zmierczak, Warszawa 2007, s. 114.

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

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

[4] Dalej jako NSL.

[5] Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, Dz. U. 2015, poz. 651. Dalej jako u.i.l.

[6] Dalej jako OSL.

podlegające ocenie przez NSL, a więc okręgowych sądów lekarskich[7], okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej[8] lub Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej[9], występujących w poszczególnych postępowaniach. Stąd też nie wskazano o jaki organ chodzi w konkretnej sprawie, choć przytoczono prawdziwe sygnatury akt. Mimo, iż w uzasadnieniach orzeczeń NSL nie dokonywano wyodrębnienia tez, tym niemniej autor pokusił się o taki zabieg, podkreślając w niektórych przypadkach najważniejsze wątki opisywanych uzasadnień orzeczeń.

W pierwszej kolejności należy przytoczyć te stanowiska NSL, które odnosiły się do przepisów proceduralnych określonych w ustawie *o izbach lekarskich*.

1. Strony postępowania – status pokrzywdzonego.

1.1. Warto na wstępie przypomnieć, że w myśl postanowień art. 56 ustawy *o izbach lekarskich* stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy są pokrzywdzony oraz lekarz, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony, a na etapie sądowym również rzecznik odpowiedzialności zawodowej[10] (podkr. JS). Definicja legalna pojęcia „pokrzywdzony" znajduje się w art. 57 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*[11]. Zgodnie z tym przepisem pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. W praktyce bardzo często problematyczne jest komu przynależy taki status, tak jak w sprawie o sygn. akt NSL Rep. 142/WS/15. W tym przypadku zarządzeniem z dnia 12 czerwca 2015 r. Przewodniczący OSL w X. odmówił przyjęcia środka odwoławczego wniesionego przez GK od orzeczenia OSL w X. z dnia 20 lutego 2015 r., sygn. Wu 59/14, w sprawie prowadzonej przeciwko lek. MM. W uzasadnieniu ww. zarządzenia Przewodniczący wskazał, że odpis orzeczenia w sprawie lek. MM został doręczony wraz z informacją o sposobie i terminie wniesienia odwołania uprawnionym stronom postępowania – tj.: obwinionej, pokrzywdzonemu SK oraz OROZ w X. Przewodniczący wskazał, że skarżąca GK nie była stroną postępowania zakończonego nieprawomocnym orzeczeniem OSL wydanym w dniu 20 lutego 2015 r. dlatego też należało odmówić przyjęcia pochodzącego od niej środka zaskarżenia, jako wniesionego przez osobę nieuprawnioną. Zażalenie na powyższe zarządzenie wniosła GK zarzucając naruszenie przepisów postępowania poprzez niezasadne uznanie, iż jest ona osobą nieuprawnioną do wniesienia odwołania od orzeczenia OSL. Skarżąca podniosła, że motywacją działania SK jest negowanie, dla zasady, jej działania jako matki ich dziecka – MK oraz, że od wielu lat SK toczy z nią liczne spory sądowe, a jego udział w życiu syna ogranicza się jedynie do korespondowania z różnymi instytucjami, w których

---

[7] Dalej jako OSL.
[8] Dalej jako OROZ.
[9] Dalej jako NROZ.
[10] Zgodnie z art. 56 ust. 3 u.i.l. zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej wykonuje prawa i obowiązki rzecznika odpowiedzialności zawodowej.
[11] Dz. U. 2016, poz. 522.

skarżąca korzysta z pomocy. Skarżąca wskazała, że posiada liczne informacje w sprawie oraz że postępowanie dotyczy jej praw oraz jej dziecka, dlatego w jej ocenie powinna być uznana za stronę postępowania.

Zdaniem NSL zażalenie okazało się niezasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu, o statusie strony postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów rozstrzyga przepis art. 56 ustawy *o izbach lekarskich*, który stanowi, iż stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy są pokrzywdzony oraz lekarz, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony oraz w postępowaniu przed sądem lekarskim – rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Ponieważ sprawa, w której skarżąca rościła sobie prawo do bycia stroną postępowania dotyczyła odmowy lekarza do udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta osobie uprawnionej do takiego dostępu, czyli rodzicowi – w niniejszym przypadku będącego ojcem dziecka – SK, to nie można uznać skarżącej, za osobę pokrzywdzoną w sprawie. O statusie strony postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie rozstrzyga również wiedza o wydarzeniach będących przedmiotem danej sprawy lub wydarzeniach z tym przedmiotem związanych – taka wiedza może uzasadniać jedynie przesłuchanie osoby posiadającej taką wiedzę w charakterze świadka.

2. Właściwość miejscowa sądów lekarskich

2.1. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy właściwość miejscową i rzeczową określa art. 78 ustawy *o izbach lekarskich*. Zgodnie z tym przepisem sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpoznają okręgowe sądy lekarskie i NSL. Właściwy do rozpoznania sprawy w pierwszej instancji jest co do zasady okręgowy sąd lekarski izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem w chwili wszczęcia postępowania. Natomiast sprawy przeciwko członkom organów, o których mowa w art. 21 pkt 2–5[12] i w art. 35 pkt 2–5[13] ustawy, oraz przeciwko zastępcom okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i zastępcom Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej rozpoznaje okręgowy sąd lekarski wskazany przez NSL. Z kolei zgodnie z ust. 4 tego przepisu NSL: 1) rozpoznaje odwołania od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich; 2) zażalenia na postanowienie, o którym mowa w art. 77 ust. 1; 3) orzeka o wznowieniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 58/WS/15 postanowieniem z dnia 15 stycznia 2015 r. OSL w X. rozpoznając sprawę z zażalenia JK na postanowienie OROZ w X. z dnia 26 września 2014 r. o umorzeniu postępowania wyjaśniającego w sprawie RO 1/14 dot. lek. AM, postanowił uznać się niewłaściwym do rozpoznania zażalenia skarżącego i przekazał środek zaskarżenia OSL w Y. – jako sądowi właściwemu. Zarządzeniem z dnia 9 kwietnia 2015 r. Przewodniczący OSL w Y. zwrócił się do Na-

---

[12] Chodzi tu o członków okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego oraz okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców.

[13] Dotyczy to członków Naczelnej Rady Lekarskiej, komisji rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców.

czelnego Sądu Lekarskiego o wyznaczenie innego okręgowego sądu lekarskiego do rozpoznania ww. zażalenia. Przewodniczący wskazał w uzasadnieniu wydanego zarządzenia, iż w OSL w Y rozpoznawane były skargi p. JK na lek. AM, co skutkuje niemożnością utworzenia składu orzekającego z uwagi na treść art. 42 ust. 4 zd. 2 k.p.k.

Rozpatrując zażalenie NSL stwierdził, że wyznaczenie sądu właściwego do rozpoznania sprawy w oparciu o przepis art. 37 k.p.k.[14] w zw. z art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich* może nastąpić na podstawie wniosku złożonego przez sąd w formie postanowienia, a nie zarządzenia prezesa (przewodniczącego) tego sądu. Jak podkreślono w stanowisku NSL, w uzasadnieniu wydanego zarządzenia nie wskazano przesłanek, które uzasadniałyby zmianę właściwości OSL w Y. Wskazany w uzasadnieniu zarządzenia art. 42 ust. 4 zd. 2 k.p.k.[15] dotyczy sytuacji, w której sędziowie (czyt. członkowie) sądu właściwego złożyli oświadczenia o niemożności rozpoznania sprawy z uwagi na przeszkody wskazane w art. 40 k.p.k. w przypadku złożenia wniosków o wyłączenie sędziów (członków), albo w przypadku złożenia przez sędziów (członków) oświadczeń o niemożności rozpoznania sprawy z uwagi na te przeszkody. Jak zauważył NSL, z wydanego przez Przewodniczącego OSL zarządzenia, ani jego uzasadnienia nie wynika natomiast, aby w stosunku do członków OSL w Y. zgłoszone zostały wnioski o ich wyłączenie od rozpoznania zażalenia, brak także informacji o oświadczeniach złożonych przez tych członków na podstawie art. 42 § 2 k.p.k.[16] w zw. z art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich*. Wobec powyższego, w ocenie NSL nie zachodzą przesłanki do zmiany właściwości OSL w Y. do rozpoznania zażalenia JK.

2.2. W innej sprawie o sygn. akt NSL Rep. 32/WS/15 postanowieniem z dnia 15 stycznia 2015 r. OSL w X. rozpoznając sprawę z zażalenia p. JK na postanowienie OROZ w X. z dnia 26 września 2014 r. o umorzeniu postępowania wyjaśniającego w sprawie RO 19/13 dot. lekarzy pracujących w Szpitalu Wojewódzkim w S., na skutek wniosku p. JK o stwierdzenie niewłaściwości OSL w X. do rozpoznania sprawy w zakresie dot. lekarzy będących członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w X. oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Y., postanowił uznać swą niewłaściwość i przekazać zażalenie p. JK Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu w X. jako sądowi właściwemu. Zażalenie na powyższe postanowienie wniósł JK w zakresie przekazania sprawy do rozpoznania OSL w X. sprawy w zakresie dotyczącym lek. JR– członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Y. Skarżący wskazał, że zgodnie z treścią art. 78 ust. 2 ustawy *o izbach lekarskich* oraz przepisami Kodeksu postępowania karnego właściwym do rozpoznania zażalenia w zakresie dot. członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Y. będzie OSL w Y.

NSL stwierdził, że zażalenie jest skuteczne, choć nie ze względów wskazanych przez skarżącego. Uzasadniając swoje stanowisko podkreślono, że zgodnie z treścią

---

[14] Zgodnie z oryginalnym brzmieniem tego przepisu Sąd Najwyższy może z inicjatywy właściwego sądu przekazać sprawę do rozpoznania innemu sądowi równorzędnemu, jeżeli wymaga tego dobro wymiaru sprawiedliwości. Stosując ten przepis odpowiednio w świetle art. 112 pkt 1 u.i.l. decyzją taką dysponować będzie NSL a nie SN.

[15] Jak stanowi ten przepis „W razie niemożności utworzenia takiego składu sądu, w kwestii wyłączenia orzeka sąd wyższego rzędu".

[16] Zgodnie z tym przepisem, jeżeli sędzia uznaje, że zachodzi przyczyna wyłączająca go z mocy art. 40, wyłącza się, składając oświadczenie na piśmie do akt, a na jego miejsce wstępuje inny sędzia.

art. 78 ust. 2 u.i.l. właściwym do rozpoznania sprawy w pierwszej instancji jest okręgowy sąd lekarski izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem w chwili wszczęcia postępowania. Zwrócono uwagę, że przepis ten mówi o rozpoznawaniu sprawy w pierwszej instancji. Rozpoznanie środka odwoławczego na postanowienie OROZ nie jest czynnością realizowaną jako pierwsza instancja. Ponadto, użyte w ww. przepisie sformułowanie rozpoznanie sprawy, należy interpretować jako rozpoznanie sprawy co do istoty tj. co do stawianego lekarzowi zarzutu popełnienia przewinienia zawodowego. I dalej wskazano, że przepis art. 78 ust. 2 ustawy nie wskazuje zatem właściwości okręgowego sądu lekarskiego w przypadku rozpoznawania przez ten sąd środków odwoławczych od rozstrzygnięć rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Wobec powyższego należy uznać, że ustawa *o izbach lekarskich* ani odpowiednio stosowane przepisy Kodeksu postępowania karnego nie wskazują wprost właściwego okręgowego sądu lekarskiego do rozpoznania zażalenia na postanowienie w przedmiocie odmowy wszczęcia albo umorzenia postępowania wyjaśniającego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej właściwego na podstawie wyznaczenia przez NROZ. Jak zaznaczono, przyjęcie poglądu zaprezentowanego przez skarżącego w zażaleniu prowadziłoby w tej i podobnych sprawach, w których postępowanie wyjaśniające dotyczyło kilku lekarzy z różnych izb lekarskich, do swoistego rozczłonkowania sprawy na kilka różnych jej osobowych odłamów, dotyczących poszczególnych lekarzy. Takie konsekwencje są niewłaściwe i prowadziłyby do sztucznego przedłużania i komplikowania rozpoznania sprawy. W przedmiotowej, i podobnych sprawach, OSL do którego skierowane zostało zażalenie powinien zwrócić się w trybie art. 37 k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 u.i.l. do NSL o wyznaczenie sądu właściwego do rozpoznania przedmiotowego środka zaskarżenia. Ponadto dostrzeżono, że postępowanie wyjaśniające, które prowadził OROZ OIL w X. nie weszło w etap postępowania przeciwko konkretnym lekarzom. W sprawach o takim niedoprecyzowanym zakresie podmiotowym tym bardziej zasadne jest wystąpienie do NSL o wskazanie sądu właściwego. Reasumując NSL wyraził stanowisko, iż zaskarżone postanowienie było błędne. Sąd Okręgowy w X. uznając za skarżącym, że art. 78 ustawy *o izbach lekarskich* określa właściwość sądu do rozpoznania środka odwoławczego od postanowienia rzecznika odpowiedzialności zawodowej postąpił niekonsekwentnie, pomijając całkowicie fakt, że jeden z lekarzy wskazywanych przez skarżącego był członkiem OIL w Y. Z powyższych względów zaskarżone postanowienie należało uchylić w całości, a OSL w takim przypadku powinien zatem wystąpić do NSL z wnioskiem o wskazanie sądu właściwego.

2.3. W kolejnej sprawie o sygn. akt NSL Rep. 71/WS/15, postanowieniem z dnia 13 lutego 2014 r. OSL w X. zwrócił się na podstawie art. 37 k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 u.i.l. do NSL o wyznaczenie innego równorzędnego sądu lekarskiego do rozpoznania sprawy prowadzonej ze skargi lek. GL (obecnie członka OSL w X.). W odpowiedzi na ww. postanowienie, obrońca obwinionego JO złożył wniosek o zwrot sprawy do OSL w X. celem rozpoznania jego wniosku złożonego podczas rozprawy przed tym sądem o wyłączenie wszystkich członków składu orzekającego w tej sprawie. Zarządzeniem z dnia 17 października 2014 r. Przewodniczący NSL zwrócił wniosek o wyznaczenie innego sądu do rozpoznania przedmiotowej sprawy uznając, że wniosku takiego nie mógł wydać w formie postanowienia Sąd, w składzie którego zasiadali członkowie, co

do których zgłoszono wniosek o ich wyłączenie. OSL w X. na posiedzeniu w dniu 5 lutego 2015 r. postanowił uwzględnić wniosek obrońcy o wyłączenie członków składu orzekającego OSL w X. Ponadto, z uwagi na fakt, że skarżący – dr GL jest członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego w X., co w ocenie składu orzekającego tego Sądu może czynić rozpoznanie sprawy inicjowanej złożoną przez dra GL skargą niemożliwym, członkowie tego składu orzekającego złożyli oświadczenia o niemożności rozpoznawania przedmiotowej sprawy. Wobec powyższego skład orzekający OSL w X. postanowił zwrócić się w trybie art. 43 k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* do Naczelnego Sądu Lekarskiego o wyznaczenie innego sądu do rozpoznania przedmiotowej sprawy. Pismem z 2 kwietnia 2015 r. obrońca wniósł o nieuwzględnianie powyżej wskazanego wniosku, zarzucając, że wystąpienie do sądu wyższego rzędu w trybie art. 43 k.p.k. możliwe jest jedynie w sytuacji, w której rozpoznanie sprawy nie jest możliwe przez sąd właściwy. Obrońca wskazał, że doszło do wyłączenia jedynie członków dwóch składów orzekających OSL w X., co oznacza, że są jeszcze w składzie tego sądu członkowie, którzy nie zostali wyłączeni i mogą wziąć udział w rozpoznaniu przedmiotowej sprawy.

Rozpatrując środek zaskarżenia NSL uznał, że przedmiotowy wniosek o przekazanie sprawy innemu okręgowemu sądowi lekarskiemu jest zasadny. W ocenie NSL zachodzą przesłanki do przekazania sprawy do rozpoznania innemu równorzędnemu sądowi lekarskiemu, choć nie z powodów wskazanych przez Sąd właściwy. Uzasadnieniem dla przekazania sprawy innemu okręgowemu sądowi lekarskiemu jest dobro samorządowego wymiaru sprawiedliwości, którego gwarantem jest m.in. treść art. 37 k.p.k. Przekazanie sprawy innemu sądowi równorzędnemu w trybie art. 37 winno następować jedynie wówczas, gdy występują realne okoliczności, które mogą zasadnie stwarzać przekonanie o braku warunków do obiektywnego rozpoznania sprawy w danym sądzie oraz o tym, że tylko przekazanie stworzy lepsze możliwości do trafnego rozstrzygnięcia w przedmiocie tego procesu[17]. NSL dostrzegł potrzebę rozpoznawania tej sprawy bez podejrzeń co do obiektywizmu członków składu orzekającego. Stąd też uznano, że słusznie podniósł obrońca obwinionego, że art. 43 k.p.k. nie może stanowić w przedmiotowej sprawie skutecznej podstawy do zmiany właściwości OSL z uwagi na fakt, że nie wszyscy członkowie tego sądu ulegli lub podlegają wyłączeniu. Należy jednak zwrócić uwagę, że powody, dla których część członków OSL w X. uległa już wyłączeniu od rozpoznawania przedmiotowej sprawy są tej natury, że mogą być, i prawdopodobnie zostałyby, podniesione w stosunku do pozostałych członków tego sądu. Dlatego NSL uznał, że zasadnym jest przekazanie sprawy innemu sądowi lekarskiemu, co zapewni jej obiektywne, a także sprawne rozpoznanie. Jednocześnie NSL zaznaczył, że przepisy Kodeksu postępowania karnego stosuje się w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej odpowiednio, a nie wprost. Odnośnie stosowania art. 37 k.p.k. samorząd lekarski działa w oparciu o utrwaloną i niekwestionowaną linię orzeczniczą przyznającą uprawnienie do zmiany właściwości okręgowego sądu lekarskiego w szczególnych przypadkach NSL. Wobec powyższego NSL uznał, iż w przedmiotowej sprawie należy wziąć przede wszystkim pod uwagę dobro

[17] Takie stanowisko wyraził SN w sprawie o sygn. akt IV KO 24/99, OSN Prok. i Pr. 2000, nr 3, poz. 6.

wymiaru sprawiedliwości poprzez wyznaczenie jednego sądu do rozpatrzenia niniejszej sprawy.

3. Zwrot sprawy przez OSL do OROZ celem uzupełnienia[18]

W praktyce wiele wątpliwości rodziły przypadki zwrotu sprawy do OROZ celem uzupełnienia postępowania. Stąd warto przyjrzeć się wykładni, którą w takich sytuacjach proponował NSL.

3.1. NSL rozpatrując sprawę o sygn. NSL Rep 81/WS/15 ustalił następujący stan faktyczny. Postanowieniem z dnia 16 marca 2015 r. OSL w X. zwrócił OROZ sprawę o sygn. akt OSL/8/2014 prowadzoną wobec obwinionego lek. dent. PS zainicjowaną skargą MR – celem usunięcia braków postępowania wyjaśniającego. OSL uznał, iż postępowanie wyjaśniające przeprowadzone przez OROZ dotknięte jest brakiem polegającym na niepozyskaniu materiału dowodowego – zdjęć pantomograficznych wykonanych przed leczeniem implanto-protetycznym pacjentki (będących w posiadaniu obwinionego i pacjentki), niewystąpieniu o ponowną opinię biegłego w zakresie implantologii stomatologicznej i chirurgii szczękowo-twarzowej celem określenia czy kwalifikacja do zabiegu była prawidłowa oraz czy zastosowane komponenty do augmentacji mogły wpłynąć na niepowodzenie zabiegu oraz niewyjaśnieniu udziału „lekarza z X." w przeprowadzonym zabiegu, ustalenie jego danych osobowych. Po wykonaniu tych czynności Rzecznik powinien ponownie ocenić zebrany materiał dowodowy i sformułować odpowiedni wniosek dotyczący obwinionego. Zażalenie na powyższe postanowienie złożył pismem z dnia 20 kwietnia 2015 r. obwiniony lek. dent. PS. Skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego postanowienia i skierowanie sprawy do OSL celem jej merytorycznego rozpoznania. Skarżący podniósł, iż został obwiniony jedynie o nieuzyskanie od pacjentki pisemnej zgody na wykonane leczenie implantologiczne. Obwiniony wskazał, że zaskarżone postanowienie narusza przepisy art. 58 i 75 ustawy *o izbach lekarskich*, ponieważ postawiony mu zarzut dotyczy jedynie nieuzyskania pisemnej zgody, a nie prawidłowości leczenia.

W ocenie NSL zażalenie okazało się zasadne, choć z innych powodów, niż wskazane przez skarżącego. Jak wyjaśniono w uzasadnieniu NSL, zwrot sprawy rzecznikowi celem uzupełniania postępowania wyjaśniającego jest możliwy w przypadku istotnych braków tego postępowania, zwłaszcza na potrzeby poszukiwania dowodów, a dokonanie niezbędnych czynności przez sąd powodowałoby znaczne trudności. W ocenie NSL pozyskanie zdjęć pantomograficznych czy uzupełnienie opinii biegłych poprzez zadanie im dodatkowych pytań na piśmie nie stanowi znacznych trudności uniemożliwiających lub bardzo utrudniających wykonanie tych czynności na etapie postępowania

---

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

sądowego. Sąd Lekarski powinien dążyć do wyjaśnienia wszystkich okoliczności sprawy, jeżeli zatem uzna, iż niezbędne jest przeprowadzenie tych dowodów, to ma taką możliwość w ramach postępowania sądowego. Jeżeli z przeprowadzonych dowodów okaże się, iż obwinionemu można zarzucić inne przewinienie zawodowe, to stosownie do treści art. 398 k.p.k.[19] OROZ może zarzucić obwinionemu inne przewinienie oprócz objętego wnioskiem o ukaranie, zaś Sąd może za zgodą obwinionego rozpoznać nowy wniosek na tej samej rozprawie, chyba że zachodzi konieczność przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego co do nowego zarzutu. W rezultacie NSL zaznaczył, że powyższe nie stanowi niczego nagannego, jak odbiera to obwiniony. Organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mają za zadanie doprowadzić do wyjaśnienia wszystkich okoliczności związanych z zarzucanym przewinieniem zawodowym. Sygnalizacja ze strony sądu lekarskiego potrzeby ponownej analizy zebranego materiału dowodowego przez rzecznika nie stanowi naruszenia przepisów postępowania, ani nie jest niczym niestosownym w środowisku lekarskim. Reasumując, w ocenie NSL brak było podstaw do wydania postanowienia o zwrocie sprawy Rzecznikowi celem uzupełnienia postępowania. Wobec powyższego NSL uchylił zaskarżone postanowienie, przekazując sprawę OSL w X. celem rozpoznania.

4. Warunki formalne wniosku o ukaranie[20]

4.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep 50/WS/15 ustalono, że postanowieniem z dnia 5 marca 2015 r., sygn. 22/Wu/2015, Okręgowy Sąd Lekarski w X. zwrócił OROZ w Y. sprawę lek. W.B. celem usunięcia braków postępowania wyjaśniającego. W uzasadnieniu wydanego postanowienia OSL wskazał, że w aktach postępowania przekazanych przez OROZ w Y. zamieszczony został wniosek o ukaranie dwóch lekarzy: lek. WB oraz lek. MW. Natomiast z treści zarządzenia OSL w X., przy którym przekazane zostały ww. akta wynikało, iż przekazywany do rozpoznania jest jedynie wniosek o ukaranie lek. WB, przy czym można domniemywać, że rozpatrzono już w OSL w X. sprawę lek. MW. W takiej sytuacji OSL w X. uznał więc, iż wniosek o ukaranie nie spełnia wszystkich wymogów, o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 2 grudnia 2009 r. tj. nie zawiera prawidłowego wskazania imienia i nazwiska obwinionego lekarza. Zażalenie na powyższe postanowienie złożył pismem

---

[19] Należy przypomnieć, że zgodnie z § 1 tego przepisu. Jeżeli na podstawie okoliczności, które wyszły na jaw w toku rozprawy, oskarżyciel zarzucił oskarżonemu inny czyn oprócz objętego aktem oskarżenia, sąd może za zgodą oskarżonego rozpoznać nowe oskarżenie na tej samej rozprawie, chyba że zachodzi konieczność przeprowadzenia postępowania przygotowawczego co do nowego czynu. Jak stanowi § 2 w razie odroczenia rozprawy oskarżyciel wnosi nowy lub dodatkowy akt oskarżenia.

[20] Zgodnie z postanowieniami art. 75 u.i.l. wniosek o ukaranie powinien zawierać: 1) imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu albo numer ograniczonego prawa wykonywania zawodu; 2) dokładne określenie zarzucanego przewinienia zawodowego, ze wskazaniem czasu, miejsca, sposobu i okoliczności jego popełnienia oraz skutków z niego wynikających; 3) imiona i nazwiska oraz adresy świadków, którzy mają być wezwani na rozprawę, jak również inne dowody; 4) uzasadnienie wniosku. Przepis ten w ust. 2 stanowi, iż o skierowaniu wniosku do właściwego sądu lekarskiego rzecznik odpowiedzialności zawodowej zawiadamia pokrzywdzonego, obwinionego lekarza i właściwą okręgową radę lekarską.

z dnia 19 marca 2015 r. OROZ w X. wnosząc o uchylenie zaskarżonego postanowienia i skierowanie sprawy do OSL w Y. celem jej merytorycznego rozpoznania. Rzecznik wskazał jednocześnie, iż wniosek o ukaranie zawiera oznaczenie obwinionego lekarza tj. WB – będącego członkiem Izby Lekarskiej w Y. w związku z czym właściwym do rozpoznania sprawy w zakresie ww. lekarza jest OSL w Y. Skarżący podniósł, iż przepisy ustawy o izbach lekarskich nie zakazują formułowania wniosku o ukaranie dotyczącego kilku lekarzy.

W opinii NSL zażalenie okazało się zasadne, choć z innych powodów, niż wskazane przez skarżącego. W uzasadnieniu wskazano, iż zgodnie z treścią art. 75 ust. 1 u.i.l. wniosek o ukaranie powinien zawierać: 1) imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu albo numer ograniczonego prawa wykonywania zawodu; 2) dokładne określenie zarzucanego przewinienia zawodowego, ze wskazaniem czasu, miejsca, sposobu i okoliczności jego popełnienia oraz skutków z niego wynikających; 3) imiona i nazwiska oraz adresy świadków, którzy mają być wezwani na rozprawę, jak również inne dowody; 4) uzasadnienie wniosku. Zdaniem NSL, w świetle powyższego nie ulegało wątpliwości, iż wniosek o ukaranie przekazany do OSL w Y. odpowiada ww. wymogom. Ponadto dodano, iż lek. WB jest członkiem OIL w X., co czyni OSL w X. właściwym do rozpoznania wniosku o ukaranie tego lekarza. Jednocześnie NSL nadmienił, że nawet gdyby wniosek o ukaranie nie zawierał oznaczenia imienia i nazwiska obwinionego lekarza, to brak taki stanowiłby brak formalny wniosku o ukaranie i nie uzasadniałby zwrotu sprawy celem uzupełnienia braków postępowania wyjaśniającego. Należy odróżnić bowiem ewentualne braki formalne wniosku o ukaranie, które uprawniają sąd lekarski do zwrotu wniosku o ukaranie w celu usunięcia tych braków w terminie 7 dni, od braków postępowania wyjaśniającego, które umożliwiają sądowi lekarskiemu zwrot sprawy celem uzupełnienia tego postępowania. Zwrot sprawy rzecznikowi celem uzupełnienia postępowania wyjaśniającego jest możliwy w przypadku istotnych braków tego postępowania, zwłaszcza na potrzeby poszukiwania dowodów, a dokonanie niezbędnych czynności przez sąd powodowałoby znaczne trudności. Tak więc wskazanie przez OSL w X. jako uzasadnienie konieczności uzupełnienia postępowania wyjaśniającego z powołaniem na brak formalny wniosku o ukaranie polegający na nieoznaczeniu imienia i nazwiska obwinionego w ocenie NSL było błędne. Wniosek ten zawiera bowiem dane osobowe dwóch osób obwinionych dr n. med. WB, członka OIL w X., dla którego sądem właściwym jest OSL w X. oraz lek. MW, w sprawie której postępowanie toczyło się przed OSL w Y.

5. Wznowienie postępowania[21]

5.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 13/WS/15 ustalono, że postanowieniem z dnia 28 marca 2014 r., sygn. Z/OSL/68/13, OSL w X., po rozpoznaniu zażalenia HP na po-

[21] Por art. 99 u.i.l. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego wznawia się, jeżeli: 1) w związku z postępowaniem dopuszczono się przestępstwa, a istnieje uzasadniona podstawa do przyjęcia, że mogło to mieć wpływ na treść orzeczenia; 2) po wydaniu orzeczenia ujawnią się nowe fakty lub dowody nieznane

stanowienie OROZ w X. z dnia 24 września 2013 r. w przedmiocie odmowy wszczęcia postępowania wyjaśniającego, sygn. OIL RO-210/2013, utrzymał zaskarżone postanowienie w mocy. Podstawą ww. rozstrzygnięcia było ustalenie, iż czyn będący przedmiotem skargi HP miał miejsce w 2006 r., a zatem w 2011 r. nastąpił upływ terminu przedawnienia karalności tego czynu. Wobec powyższego p. HP złożył własnoręcznie sporządzony wniosek o wznowienie postępowania. Zarządzeniem z dnia 8 maja 2014 r. Przewodniczący OSL w X. odmówił przyjęcia wniosku jako pochodzącego od osoby nieuprawnionej. W uzasadnieniu wydanego zarządzenia Przewodniczący wskazał, iż wniosek o wznowienie prawomocnie zakończonego postępowania musi być sporządzony przez adwokata lub radcę prawnego. W dniu 17 czerwca 2014 r. HP wniósł o ustanowienie pełnomocnika w celu sporządzenia i wniesienia w jego imieniu wniosku o wznowienie postępowania, nie załączając oświadczenia o stanie majątkowym, jak też żadnych innych dokumenty na tę okoliczność. Wobec powyższego Przewodniczący OSL w X. zarządzeniem z dnia 14 lipca 2014 r. pozostawił złożony wniosek bez rozpoznania. Pismem z dnia 18 lipca 2014 r. r. pr. EC wniosła w imieniu i na rzecz HP wniosek o wznowienie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zakończonego prawomocnym postanowieniem OSL w X. z dnia 28 marca 2014 r.,

---

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

sygn. Z/OSL-68/13. Wnioskodawczyni wskazała, że istnieją nowe dowody lub okoliczności wskazujące na to, iż lekarz wskazana w skardze HP, wydając opinię w charakterze biegłego oparła się na wynikach badań, które nie zostały nigdy HP wykonane. Odnośnie upływu terminu przedawnienia karalności wnioskodawczyni wskazała, że termin ten uległ przerwaniu przez postanowienie OROZ z dnia 24 września 2013 r. Postanowieniem z dnia 20 listopada 2014 r. OSL w X. pozostawił bez rozpoznania wniosek o wznowienie postępowania o sygn. Z/OSL/68/13 zakończonego prawomocnie postanowieniem OSL w X. z dnia 28 marca 2014 r. OSL uznał, iż upływ terminu przedawnienia karalności zawodowej stanowi bezwzględną, negatywną przesłankę procesową uniemożliwiającą wszczęcie czy wznowienie postępowania w sprawie. Zażalenie na powyższe postanowienie wniosła pismem z dnia 15 grudnia 2015 r. pełnomocnik HP, zarzucając błąd w ustaleniu, iż doszło do przedawnienia karalności zawodowej. Skarżąca wskazała, że bieg terminu przedawnienia karalności przerywa czynność rzecznika odpowiedzialności zawodowej np. postanowienie z dnia 24 września 2013 r.

Powyższe argumenty nie przekonały jednak NSL, który uznał, że zażalenie nie jest zasadne. Jak wyjaśniono w uzasadnieniu, możliwość wszczęcia i prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ograniczają, co do zasady, dwa terminy: termin przedawnienia ścigania, który wynosi 3 lata oraz termin przedawnienia karalności. Termin przedawnienia ścigania jest przerwany przez każdą czynność rzecznika, lecz nie ulega on przedłużeniu – termin ten to termin, w trakcie trwania którego można wszcząć postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Zatem postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej można wszcząć jedynie w terminie 3 lat od daty zarzucanego lekarzowi czynu. Jeśli postępowanie zostanie w tym terminie wszczęte, to jest ono kolejno ograniczone terminem przedawnienia karalności wynoszącym 5 lat od daty zarzucanego czynu. Jeżeli od daty czynu upłynął termin 5 lat – to postępowania nie można ani wszcząć, ani dalej prowadzić. Czynności OROZ nie przerywają biegu terminu przedawnienia karalności – termin ten może być jedynie przedłużony w sytuacji, gdy zarzucany lekarzowi czyn stanowi jednocześnie przestępstwo prawomocnie temu lekarzowi przypisane, jeśli termin przedawnienia karalności tego przestępstwa jest dłuższy niż 5 lat. Nie ulega zatem wątpliwości, iż termin przedawnienia karalności przewinienia zawodowego będącego przedmiotem skargi HP upłynął w 2011 r.

6. Zawieszenie postępowania[22]

6.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep 151/WS/15 stwierdzono, że postanowieniem z dnia 9 czerwca 2015 r. OSL w X. zawiesił postępowanie w sprawie lek. LW obwinionego o to, że pełniąc funkcję dyrektora Szpitala w Y. nie zapewnił lekarzom pracującym w tym Szpitalu warunków pracy m.in. poprzez systemowe zabezpieczenie lekarzy specjalistów na dyżurach Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym,

---

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

dopuścił do braku systemowego zabezpieczenia obsady w pracowni Diagnostyki Obrazowej na dyżurach, braku należytego zabezpieczenia programów komputerowych wykorzystywanych w szpitalu, co doprowadziło do zmiany „zleceń" stosowanych u danego chorego nie zawsze z korzyścią dla niego, ale także możliwość przekazywania „na zewnątrz" roboczych kopii wyniku wykonanego badania, jak również poprzez brak możliwości uzyskania roboczych opisów obrazów TK czy wykonania innych badań nieobrazowych w innych jednostkach służby zdrowia, co uniemożliwiałoby im prawidłowe, zgodne z wymogami postępowanie diagnostyczne i lecznicze wobec chorych, w tym wobec pacjentki ET, która przebywała w Szpitalu w okresie 13–19 sierpnia 2010 r., co naraziło chorą na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. o naruszenie art. 53 ust. 3 KEL. Postępowanie zostało zawieszone do czasu zakończenia postępowania karnego toczącego się wobec obwinionego pod sygnaturą I Ds. 85/15/I w Prokuraturze Rejonowej Y. Pismem z 1 lipca 2015 r. zażalenie na powyższe postanowienie wniósł obwiniony zarzucając, iż jest ono krzywdzące. Obwiniony wskazał, że jego intencją jest dowiedzenie swojej niewinności w sądzie lekarskim, co zostało mu uniemożliwione poprzez zawieszenie postępowania. Obwiniony wniósł o uchylenie zaskarżonego postanowienia i przekazanie sprawy do dalszego prowadzenia. Pismem z 30 czerwca 2015 r. powyższe postanowienie zaskarżył również obrońca obwinionego r. pr. MW, zarzucając obrazę prawa procesowego w szczególności art. 54 ust. 1 i 2 u.i.l. poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie tj. poprzez zawieszenie postępowania przy braku ku temu podstaw. Zdaniem NSL zażalenie okazało się niezasadne. W ocenie NSL zaskarżone postanowienie nie zostało wydane z naruszeniem art. 54 u.i.l. Sąd lekarski powinien zmierzać do merytorycznego rozpoznania sprawy, jeżeli na przeszkodzie ku temu może stanąć bezwzględna, negatywna przesłanka procesowa w postaci przedawnienia karalności, a jednocześnie możliwym jest, że termin przedawnienia karalności zostanie przedłużony w następstwie prawomocnego skazania, o którym mowa w art. 64 ust. 4 ustawy, to sąd lekarski może wobec toczącego się postępowania karnego postępowanie w sprawie zawiesić do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez sąd karny. Upływ terminu przedawnienia stanowi niewątpliwie okoliczność wyczerpania realnych możliwości prowadzenia dalszych dowodów, a jednocześnie z uwagi na brzmienie art. 64 ust. 4 następczo mogłoby się okazać, że termin przedawnienia karalności czynu jeszcze nie upłynął. W związku ze zgłoszonym w trakcie postępowania zarzutem obrony, iż we wniosku o ukaranie nie została określona data popełnienia czynu w ocenie NSL jako datę popełnienia czynu należy uznać 13 sierpnia 2010 r. Z uwagi na powyższe okoliczności, choć nie wskazane w uzasadnieniu zaskarżonego postanowienia, Sąd ten uznał je za zasadne i utrzymał w mocy.

6.2. W kolejnej sprawie o sygn. akt NSL Rep.7/WS/15 ustalono, że postanowieniem z dnia 26 listopada 2014 r. (sygn. akt. 34/Wu/2014) OSL w X. działając na podstawie art. 112 u.i.l. w zw. z art. 468 k.p.k.[23] oraz art. 22 § 1 k.p.k.[24] postanowił zawiesić postę-

[23] Przepis ten obecnie uchylony, przewidywał, iż w postępowaniu uproszczonym stosuje się przepisy o postępowaniu zwyczajnym, o ile przepisy nie stanowią inaczej.

[24] Zgodnie z art. 22. § 1 k.p.k., „Jeżeli zachodzi długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca prowadzenie postępowania, a w szczególności jeżeli nie można ująć oskarżonego albo nie może on brać

powanie w sprawie lek. JP z uwagi na powziętą przez Sąd wątpliwość dotyczącą poczytalności obwinionego. W uzasadnieniu skarżonego postanowienia OSL wskazał, że obwiniony lek. JP ma zawieszone prawo wykonywania zawodu w związku z toczącym się i niezakończonym postępowaniem przed komisją orzekającą powołaną przez Okręgową Radą Lekarską w X. w przedmiocie jego zdolności do wykonywania zawodu lekarza z uwagi na stan zdrowia. Na powyższe postanowienie 29 grudnia 2014 r. zażalenie do NSL złożył OROZ w X. zarzucając, że powyżej opisana argumentacja OSL nie znajduje podstaw do zawieszenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, mając na uwadze treść art. 58 pkt 4 ustawy *o izbach lekarskich*. Na podstawie tak sformułowanego zarzutu, Okręgowy Rzecznik wniósł o uchylenie postanowienia i kontynuację prowadzonego postępowania.

Rozpatrując zażalenie NSL stwierdził, że jest ono zasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu, zarzut naruszenia normy art. 58 pkt 4 ustawy *o izbach lekarskich* poprzez jego niezastosowanie tj. wyznaczenie obwinionemu obrońcy jest słuszny. Okręgowy Sąd Lekarski jeśli powziąłby uzasadnioną wątpliwość co do poczytalności obwinionego i gdyby nie miał on obrońcy z wyboru powinien ustanowić obwinionemu lekarzowi obrońcę z urzędu z kręgu osób wskazanych w ustawie. Nadto, w ocenie NSL, analiza materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie nie daje uzasadnionej pewności, że stan zdrowia obwinionego daje zupełne przekonanie co do jego poczytalności czy też nie. Dopiero wyznaczenie przez OSL terminu rozprawy i dokonanie przesłuchania obwinionego pozwoliłoby na dokonanie przez Sąd właściwej oceny czy zachodzą przesłanki określone w art. 82 ust. 1 ustawy *o izbach lekarskich* (na, który to przepis powołuje się OSL) pozwalające na uznanie, że obwiniony lekarz w chwili czynu był niepoczytalny. Ustalenie tej okoliczności nakazywałoby sprawę umorzyć. Jednak ustalenie okoliczności, tzn. czy w chwili popełnienia czynu obwiniony był niepoczytalny nakazywało bezwzględnie zastosowanie art. 59 ust. 1 i 3 ustawy *o izbach lekarskich* i przeprowadzenie przez OSL z urzędu dowodu z opinii dwóch biegłych lekarzy psychiatrów w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego obwinionego, a tego Sąd I instancji nie uczynił. Mylne było zdaniem NSL również przekonanie OSL, że fakt iż obwiniony lek. JP ma zawieszone prawo wykonywania zawodu w związku z toczącym się i niezakończonym postępowaniem przed Okręgową Radą Lekarską w X. w przedmiocie zdolności lekarza do wykonywania zawodu z uwagi na swój stan zdrowia jest wystarczającą przesłanką do stwierdzenia jego poczytalności w chwili popełnienia zarzucanego mu przewinienia zawodowego – w aktualnym stanie sprawy nie ma na to jakichkolwiek dowodów. Zważyć dodatkowo należy, co słusznie podnosi skarżący, że zawieszenie postępowania z uwagi na działalność komisji powołanej przez Okręgową Radę Lekarską na podstawie art. 12 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* w celu wydania orzeczenia w przedmiocie niezdolności obwinionego do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia może być podstawą zarzutu

---

udziału w postępowaniu z powodu choroby psychicznej lub innej ciężkiej choroby, postępowanie zawiesza się na czas trwania przeszkody. § 2. Na postanowienie w przedmiocie zawieszenia postępowania przysługuje zażalenie. § 3. W czasie zawieszenia postępowania należy jednak dokonać odpowiednich czynności w celu zabezpieczenia dowodów przed ich utratą lub zniekształceniem".

przewlekania postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. W konsekwencji może skutkować jego umorzeniem z uwagi na przedawnienie karalności (przedawnienie karalności zarzucanego obwinionemu czynu nastąpi w listopadzie 2016 r.). Podnieść należy, że działalność komisji orzekającej o stanie zdrowia lekarza nie jest określona przez żadne ramy czasowe, a lekarz może stale uchylać się od poddania się badaniom lekarskim. Fakt ten zaistniał w przypadku obwinionego i skutkował podjęciem przez Okręgową Radę Lekarską w X. uchwały o zawieszeniu obwinionego w prawie wykonywania zawodu do czasu zakończenia postępowania przez komisję orzekającą o jego stanie zdrowia. Ponadto – zdaniem NSL – zupełnie niezrozumiałym jest zastosowanie przez OSL przepisu art. 22 § 1 Kodeksu postępowania karnego. Przepis ten miałby jedynie wówczas zastosowanie, gdyby zachodziły przesłanki art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*. W niniejszej sprawie jak wyżej wykazano okoliczności takie nie zachodzą albowiem okoliczności będące meritum niniejszego postępowania zostały szczegółowo uregulowane w powyżej cytowanych przepisach rozdziału 5 ustawy *o izbach lekarskich*. W zakresie i kompetencjach Sądu I instancji leżało zatem przeprowadzenie wskazanych powyżej dowodów i dopiero wówczas po ich wnikliwej analizie podjęcie decyzji co do prowadzenia dalszego postępowania wobec obwinionego – co przy ponownym rozpatrywaniu sprawy Sąd I instancji powinien uczynić.

6.3. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 175/WS/15 ustalono, że postanowieniem z dnia 8 czerwca 2015 roku, sygn. akt OSL-0002/Wu/2013 OSL w X. zawiesił postępowanie prowadzone w sprawie lekarzy: ZO, IK, TK. Na powyższe postanowienie zażalenie pismem z dnia 24 lipca 2015 roku wniósł do NSL Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Zdaniem NSL zażalenie okazało się zasadne w zakresie, w jakim prowadzi do wskazania naruszenia przez OSL w X. przepisów postępowania, aczkolwiek nie skutkuje uchyleniem wydanego postanowienia. Wydanie w dniu 8 czerwca 2015 roku przez OSL w X. postanowienia w przedmiotowej sprawie bez powiadomienia stron nastąpiło z rażącym naruszeniem przepisów postępowania – tj. § 12 ust. 1 i 2 pkt 2 regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich oraz art. 96 § 1 i 2 k.p.k. w zw. z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*. W ocenie NSL nie ulegało najmniejszej wątpliwości, iż postanowienie w przedmiocie zawieszenia postępowania powinno nastąpić na posiedzeniu, o terminie którego powinny być powiadomione strony postępowania. Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, iż NROZ wielokrotnie, pisemnie zwracał się do OSL w X. z prośbą o udzielenie informacji o zaplanowanych terminach posiedzeń i ostatecznie otrzymał zapewnienie, iż „zostanie niewątpliwie powiadomiony z odpowiednim wyprzedzeniem przed wyznaczonym terminem rozprawy" (pismo Przewodniczącej OSL w X. z dnia 30 października 2014 roku, OSL-0003/Wu/2014). Brak informacji o wyznaczonym terminie posiedzenia Sądu stanowiło nie tylko naruszenie przepisów postępowania, ale było jednocześnie niezrozumiałym zlekceważeniem pisemnej informacji Przewodniczącej tego Sądu skierowanej do NROZ. Zdaniem NSL, słuszna była także uwaga skarżącego, iż w przedmiotowym postanowieniu OSL nie zakreślono *expressis verbis* okresu zawieszenia postępowania i dopiero w oparciu o treść jego uzasadnienia dorozumiewać należy, że chodzi tu o okres do ukończenia postępowania karnego. W ocenie Sądu II instancji powyższe uchybienia nie skutkują koniecznością uchylenia wyda-

nego przez OSL postanowienia, gdyż pod względem merytorycznym jest ono słuszne i zasadne. Należy bowiem stwierdzić, iż czyn zarzucany każdemu z obwinionych opisywany we wnioskach o ukaranie miał miejsce pomiędzy 29 a 31 marca 2008 roku, tak więc karalność w przedmiotowej sprawie ustałaby 31 marca 2013 roku (zgodnie z art. 64 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*). Mając więc na względzie toczące się jednocześnie przed sądami powszechnymi postępowanie (aktualnie wg informacji uzyskanych przez NSL od 4 listopada 2015 r. sprawa znajduje się w posiadaniu Sądu Okręgowego w X. i w ciągu najbliższych miesięcy zostanie rozpatrzona) właściwym było zawieszenie niniejszego postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy przez sąd lekarski do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego. W momencie powzięcia przez OSL informacji o prawomocnym zakończeniu postępowania karnego winien on, w zależności od sentencji wyroku karnego, umorzyć postępowanie lub je kontynuować w oparciu o art. 64 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku *o izbach lekarskich*.

6.4. W kolejnej sprawie NSL (sygn. akt 29/OWU/15) ustalił, iż orzeczeniem z dnia 27 listopada 2014 roku, sygn. akt OSL – 24/Wu/2014, OSL w X. po rozpoznaniu sprawy lek. MB, obwinionej o to, że: w dniu 16 marca 2009 r., jako lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii Szpitala Miejskiego w Y., uczestnicząc w operacji ortopedycznej KŻ nie dochowała należytej staranności w sprawowaniu opieki nad znieczulonym pacjentem przez opuszczenie sali operacyjnej i zaprzestanie ciągłego nadzoru stanu pacjenta, jak i aparatury znieczulającej i monitorującej przez co nie dostrzegła awarii urządzeń wchodzących w skład zestawu anestezjologicznego i pogarszających się parametrów życiowych pacjenta, w wyniku których, wskutek niedotlenienia doszło do nagłego zatrzymania krążenia prowadzącego do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu i odlegle do niewydolności krążeniowo-oddechowej, w przebiegu której w dniu 1 października 2009 r. chory zmarł, co stanowi naruszenie § 13 ust. 1 rozporządzenia MZiOS w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej z dnia 27 lutego 1998 r.[25], zgodnie z którym przez cały czas trwania znieczulenia lekarz anestezjolog powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta i art. 8KEL, uznał ją winną zarzucanego przewinienia zawodowego i za przypisany czyn wymierzył jej karę nagany oraz, w związku z uznaniem winy, obciążył kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia obrońca obwinionej, wniosła pismem z dnia 28 stycznia 2015 r. odwołanie do NSL, który jednak uznał, iż odwołanie nie jest zasadne i nie może prowadzić od uchylenia lub zmiany zaskarżonego orzeczenia. Jak podkreślono w uzasadnieniu orzeczenia NSL, zarzut naruszenia prawa materialnego polega na wadliwym jego zastosowaniu (lub niezastosowaniu) w orzeczeniu opartym na prawidłowych ustaleniach faktycznych, co oznacza, że może on powstać tylko na bazie niekwestionowanych ustaleń faktycznych. Tym samym nie można stawiać skutecznie zarzutu obrazy prawa materialnego i kwestionować także ustalenia faktyczne. Obwiniona zarzuciła Sądowi I instancji błąd w ustaleniach fak-

[25] Dz. U. Nr 37, poz. 2015.

tycznych polegający na pominięciu dowodu z opinii biegłych w zakresie w jakim wskazują oni na awarię aparatu do znieczulenia jako przyczynę zaistnienia zdarzenia oraz możliwość wystąpienia współprzyczyn śmierci pacjenta takich jak: możliwa wadliwa mieszanka gazów anestetycznych, a nadto w zakresie w jakim wskazują na niemożność określenia zakresu wadliwości aparatury w dacie zabiegu operacyjnego i tym samym medycznych konsekwencji dla pacjenta. Zarzut ten był – w ocenie NSL – nieuzasadniony. Zdaniem Sądu II instancji, nie jest istotny dla oceny czy obwiniona ponosi winę zarzucanego jej czynu, fakt nieprawidłowej pracy aparatu do znieczulania. Istotne jest, że obwiniona mając świadomość zawodności tego sprzętu pozostawiła pacjenta bez nadzoru, aż na kilka minut, podczas gdy podstawą postępowania anestezjologicznego podczas prowadzenia znieczulenia jest obserwacja kliniczna. Jak wykazało postępowanie karne prowadzone w przedmiotowej sprawie, praktyka opuszczania sali operacyjnej podczas wykonywania zdjęć rentgenowskich była powszechna w Szpitalu w Y. Jednak zdaniem Sądu niezrozumiały był długi okres przebywania obwinionej poza salą operacyjną. Jak wyjaśniono, w praktyce postępowania w tamtym czasie, z uwagi na brak właściwych środków ochrony radiologicznej, dopuszczalne mogło być krótkotrwałe, tzn. tylko na czas wykonania zdjęcia na ramieniu C, opuszczenie sali operacyjnej. Jednak jako fakt powszechnie znany i niewymagający dowodzenia należy przyjąć, że czas wykonania takowego zdjęcia, nie przekracza kilku, kilkunastu sekund. Nawet przy założeniu, że konieczne było wykonanie serii zdjęć, to nie wiązało się to z zakazem wejścia na salę operacyjną lub też stosowania promieniowania X w sposób ciągły, przez okres kilku minut. Nie ma bowiem w praktyce lekarskiej takiej sytuacji i nigdy nie może być, aby odmówić anestezjologowi prawa do oceny stanu pacjenta i tym samym przerwania wykonywania zdjęć RTG. Zresztą na taką okoliczność obwiniona nie powoływała się na żadnym z etapów postępowania. Ponadto, obwiniona, pełniąc, na kilka lat przed zdarzeniem, funkcję zastępcy ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii miała niewątpliwie świadomość zawodności używanego przez nią sprzętu, co jednoznacznie zostało udowodnione w postępowaniu karnym. Okoliczność czy zawinił zawór, czy była to awaria mechaniczna nie ma znaczenia. W chwili, kiedy aparat przestał prawidłowo funkcjonować obwiniona była odpowiedzialna za jego prawidłową pracę i powinna mieć możliwość bezpośredniego monitorowania pracy tego urządzenia i natychmiastowej reakcji, która niewątpliwie zapobiegłaby niepożądanym następstwom. Następstwa zdrowotne niedotlenienia pacjenta były tak poważne z uwagi na to, że obwiniona przez kilka minut nie miała nadzoru nad jego stanem, nie dostrzegła nieprawidłowej pracy urządzeń i nie podjęła niezbędnych działań medycznych, celem zapewnienia prawidłowej wentylacji pacjenta. Ponadto podnoszony zarzut nie uwzględnienia faktu potencjalnego uszkodzenia zastawki Minoxyguard, należy uznać za niezasadny z następujących powodów. Zastawka ta jest odpowiedzialna za proporcjonalność stosowanej mieszanki tlenu i podtlenku azotu, do poziomu minimalnego stężenia tlenu – 25%. O tym, że zastawka działała świadczy fakt, iż po podjęciu czynności resuscytacyjnych i przestawieniu na tryb wentylacji ręcznej i wentylacji mieszanką gazów w 100% tlenu, uzyskano powrót czynności serca, co nie byłoby możliwe w przypadku wadliwie działającej zastawki. Jak stwierdzono w uzasadnieniu stanowiska NSL, rozporządzenie MZiOS z dnia 27 lutego 1998 r. *w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowot-*

nych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej, jest w środowisku lekarskim uważane za przejaw jednego z większych sukcesów, jeśli chodzi o poprawę warunków pracy w szeroko rozumianej ochronie zdrowia. Pozwoliła ona jednej z niewielu grup specjalistów z danej dziedziny medycyny na standaryzowanie swojego środowiska pracy, co z perspektywy czasu pozwoliło na znaczącą poprawę, choćby w wyposażeniu bloków operacyjnych, w sprzęt do monitorowania i znieczulania pacjentów. Poza niewątpliwymi korzyściami, jak choćby wprowadzenie zasady „jeden anestezjolog – jedno znieczulenie" rozporządzenie to, chcąc zmaksymalizować poczucie bezpieczeństwa, nałożyło obowiązek bezpośredniości w monitorowaniu pacjentów. Na podstawie prawidłowo ustalonych okoliczności faktycznych i ich swobodnej oceny, uwzględniającej wskazania wiedzy i doświadczenia życiowego, Sąd I instancji zasadnie przyjął, że obwiniona swoim postępowaniem naruszyła § 13 ust. 1 przywołanego rozporządzenia oraz art. 8 KEL. Wbrew zarzutowi obwinionej OSL wziął pod uwagę warunki panujące w szpitalu, wynikające z niedofinansowania, a znalazło to odzwierciedlenie w wymierzeniu obwinionej łagodnej, w odniesieniu tylko i wyłączenie do negatywnych skutków jej postępowania dla pacjenta, kary. W kwestii proceduralnej związanej z zarzutem przedawnienia NSL wskazał, iż postępowanie wyjaśniające zostało przez OROZ zawieszone, zgodnie z art 54 ust. 2 ustawy *o izbach lekarskich*, z uwagi na toczące się postępowanie karne, które mogło mieć wpływ na wynik postępowania dyscyplinarnego. Zgodnie z art. 64 ust. 4, jeżeli czyn stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa. Na skutek prawomocnego orzeczenia Sądu Rejonowego w X., obwiniona została skazana za przestępstwo określone w art. 160 § 2 k.k., zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 5. Zgodnie zaś z art. 101 § 1 pkt 3 okres przedawnienia czynu zabronionego wynosi 10 lat, a nie jak sugerował NROZ 5 lat. Nie było zatem podstaw do wydania orzeczenia o umorzeniu postępowania, jak wnioskowała obrona, podczas postępowania odwoławczego. Zdaniem NSL postępowanie dotknięte było wadą w postaci braku postanowienia o podjęciu zawieszonego postępowania. Postępowanie w sprawie zostało zawieszone, ale nie zostało wydane postanowienie o podjęciu zawieszonego postępowania. Skarżący nie podniósł jednak takiego zarzutu, a brak postanowienia o podjęciu zawieszonego postępowania w ocenie Sądu nie stanowi bezwzględnej przesłanki odwoławczej, którą NSL powinien brać pod uwagę z urzędu. Dlatego, choć powyższe uchybienie niewątpliwie miało miejsce, nie jest ono tego rodzaju, aby skutkowało uchyleniem lub zmianą zaskarżonego orzeczenia.

7. Odmowa przyjęcia środka odwoławczego[26]

7.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep 84/WS/15 ustalono, że zarządzeniem z dnia 23 marca 2015 r. Przewodniczący OSL w X. odmówił przyjęcia środka odwoławczego wniesionego przez dr n. med. WP od orzeczenia OSL z dnia 28 listopada 2014 r.

[26] Zgodnie z art. 90 ust. 1 u.i.l. od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego stronom przysługuje odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

uznając, że zostało ono wniesione po upływie ustawowego terminu. Przewodniczący uzasadniając powyższe zarządzenie wskazał, iż przedmiotowe orzeczenie zostało doręczone skarżącemu w dniu 4 marca 2015 r. Natomiast odwołanie obwiniony nadał przesyłką poleconą w placówce operatora publicznego w dniu 19 marca 2015 r., a więc w 15 dniu, od doręczenia odpisu orzeczenia wraz z uzasadnieniem. Wobec powyższego Przewodniczący OSL uznał, iż odmowa przyjęcia odwołania jest w pełni uzasadniona. Zażalenie na powyższe zarządzenie wniósł w terminie do NSL obwiniony – dr n. med. WP zarzucając, że odpis orzeczenia odebrał w dniu 4 marca 2015 r., w godzinach wieczornych, a zatem termin do wniesienia odwołania powinien być liczony od dnia 5 marca 2015 r. Wnoszący zażalenie zarzucił również, że na doręczenie odpisu orzeczenia wraz z uzasadnieniem czekał od 28 listopada 2014 r. do końca lutego 2015 r. a odmowa przekazania odwołania do rozpoznania przez NSL jest w jego ocenie tendencyjna i niesprawiedliwa.

W ocenie NSL zażalenie nie było jednak zasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu, słusznie Przewodniczący OSL odmówił przyjęcia środka zaskarżenia, albowiem został on wniesiony po upływie ustawowego terminu. Argumentując takie stanowisko NSL zauważył, że zgodnie z treścią art. 90 ust. 1 u.i.l. od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego stronom przysługuje odwołanie do NSL w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. W myśl przepisu art. 123 § 1 k.p.k.[27], znajdujące odpowiednie zastosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów na podstawie art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich*, do biegu terminu nie wlicza się dnia, od którego liczy się dany termin. Skoro obwinionemu doręczono odpis orzeczenia w dniu 4 marca 2015 r., to zgodnie z przywołanym wyżej przepisem 14-dniowy termin na wniesienie odwołania rozpoczął bieg w dniu 5 marca 2015 r. i upłynął z dniem 18 marca 2015 r. Wysłane zatem listem poleconym w dniu 19 marca 2015 r. odwołanie, zostało złożone po upływie ustawowego terminu. Ponadto, odnosząc się do zarzutów zawartych w zażaleniu, Sąd II instancji stwierdził, iż dla oceny czy wniesiony środek odwoławczy został złożony z zachowaniem terminu nie mają znaczenia okoliczności, które podnosi obwiniony takie jak – długi okres oczekiwania na doręczenie odpisu orzeczenia wraz z uzasadnieniem czy też kwalifikacje zawodowe składu orzekającego w sprawie zakończonej orzeczeniem z 28 listopada 2014 r. Skarżący otrzymał odpis orzeczenia wraz ze stosownym pouczeniem co do sposobu i terminu wniesienia środka zaskarżenia i do treści tego pouczenia się nie zastosował. Wobec powyższego, jak już wcześniej wskazano, zarządzenie Przewodniczącego OSL było w pełni prawidłowe i zasadne oraz oparte na obowiązujących przepisach prawa. NSL dodał, iż ustawodawca określił termin na wniesienie odwołania na 14 dni i terminu tego obwiniony nie dochował. Okoliczność, że odpis orzeczenia otrzymał w godzinach wieczornych w dniu 4 marca 2015 r. nie ma znaczenia, albowiem dopiero od następnego

[27] Zgodnie z art. 123 § 1 k.p.k. do biegu terminu nie wlicza się dnia, od którego liczy się dany termin. § 2. Jeżeli termin jest oznaczony w tygodniach, miesiącach lub latach, koniec terminu przypada na ten dzień tygodnia lub miesiąca, który odpowiada początkowi terminu; jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, koniec terminu przypada na ostatni dzień tego miesiąca. § 3. Jeżeli koniec terminu przypada na dzień uznany przez ustawę za dzień wolny od pracy, czynność można wykonać następnego dnia.

dnia rozpoczął bieg 14 dniowy termin. Odwołujący miał więc pełne 14 dni na przygotowanie i wniesienie środka zaskarżenia, lecz terminu tego nie dochował.

7.2. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 96/WS/15 ustalono, że postanowieniem z dnia 21 kwietnia 2015 r. OSL w X. odmówił przywrócenia terminu do wniesienia zażalenia na postanowienie OROZ z dnia 12 stycznia 2015 r. w przedmiocie umorzenia postępowania prowadzonego ze skargi KK. OSL wskazał w uzasadnieniu do wydanego postanowienia, że pani KK odebrała postanowienie OROZ w dniu 16 stycznia 2015 r., a następnie w dniu 10 lutego 2015 r. złożyła zażalenie na powyższe postanowienie wraz z wnioskiem o przywrócenie terminu. Sąd Lekarski uznał, że wnioskodawczyni nie uprawdopodobniła, iż niedochowanie terminu do wniesienia środka odwoławczego, który to termin upłynął w dniu 30 stycznia 2015 r., nastąpiło z przyczyn od niej niezależnych. Zażalenie na powyższe postanowienie wniosła skarżąca, zarzucając naruszenie przez ten Sąd art. 126 § 1 k.p.k. poprzez bezzasadne uznanie, że nie uprawdopodobniła, iż niedotrzymanie terminu nastąpiło z przyczyn od niej niezależnych, a także, błędne uznanie, iż uprawdopodobnienie okoliczności wskazujących na brak winy w uchybieniu terminu i udowodnienie tej okoliczności są terminami tożsamymi. Skarżąca podniosła, iż jest osobą niepracującą dlatego nie potrzebowała zwolnienia lekarskiego w związku z czym nie odbywała wizyty lekarskiej, a leczyła się samodzielnie lekami kupionymi w aptece bez recepty.

W ocenie NSL odwołanie nie było zasadne. Na wstępie Sąd ten wskazał na przepis, jaki przywoła sama skarżąca tj.: art. 126 § 1 k.p.k., który to stanowi, iż warunkiem wymaganym od strony wnioskującej o przywrócenie terminu zawitego do złożenia środka odwoławczego jest uprawdopodobnienie tego, że uchybienie terminowi nastąpiło z przyczyn od niej niezależnych. Jak podkreślono w uzasadnieniu orzeczenia – określenie to nie jest tożsame z udowodnieniem, ale nie jest również tożsame z oświadczeniem strony. W istocie skarżąca we wniosku o przywrócenie terminu nie uprawdopodobniła w żaden sposób, że uchybienie nastąpiło z przyczyn od niej niezależnych. Odebrane przez nią postanowienie zawierało pouczenie o terminie zaskarżenia, jeśli skarżąca miała problemy ze sporządzeniem w wyznaczonym terminie zażalenia to mogła poprosić o pomoc inną osobę, a nawet skontaktować się z biurem OSL i uzyskać informację w jaki sposób można skutecznie wnieść środek zaskarżenia pomimo niedochowania ustawowego terminu. Jak zaznaczył NSL, wskazywane przez skarżącą choroby oczu, utrudniające jej sporządzenie pism, co wymaga więcej czasu niż w przypadku osób zdrowych powinno być powodem wcześniejszego przygotowania zażalenia. Skarżąca odebrała postanowienie OROZ w dniu 16 stycznia 2015 r., termin do wniesienia zażalenia upływał w dniu 31 stycznia 2015 r., zaś skarżąca podnosi, że w dniach 28 stycznia–3 lutego 2015 r. przechodziła infekcję wirusową. Skoro skarżąca powołuje się na dolegliwości ze strony narządu wzroku wskazując, że przygotowanie pism zajmuje jej więcej czasu, to powinna była zacząć przygotowywanie zażalenia niezwłocznie po otrzymaniu przedmiotowego postanowienia tj. w dniu 16 stycznia. Skarżąca będąc osobą niepracującą dysponowała pełnymi 14 dniami na wniesienie zażalenia, lecz terminu tego nie dochowała. W ocenie NSL skarżąca nie uprawdopodobniła, że uchybienie terminu nastąpiło z przyczyn od niej niezależnych. Uprawdopodobnienie nie może opierać się na oświadczeniu zainteresowanej strony o tym, że była chora.

Gdyby taka była intencja ustawodawcy, nie wymagałby on uprawdopodobnienia tej okoliczności.

8. Przesłanki umorzenia postępowania w trybie art. 82 ust. 2 u.i.l.[28]

8.1. W jednej ze spraw o sygn. NSL Rep.10/OWU/15 ustalono, iż orzeczeniem z dnia 25 listopada 2014 r., sygn. akt.33/Wu/2014, OSL w X. umorzył postępowanie przeciwko lek. KMM obwinionej o niedochowanie należytej staranności diagnostycznej u pacjentki KF podczas leczenia w Szpitalu Rejonowym w dniu 15 styczeń–16 styczeń 2009 r., co spowodowało opóźnienie postawienia właściwej diagnozy i wdrożenia odpowiedniego postępowania leczniczego, tj. o naruszenie art. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz art. 8 KEL. Od powyższego orzeczenia odwołanie złożyli: OROZ, pokrzywdzeni oraz pełnomocnik pokrzywdzonych.

W ocenie NSL odwołania zasługiwały na uwzględnienie. Jak podkreślono w uzasadnieniu decyzji Sądu II instancji, uzasadnione zastrzeżenia wszystkich odwołujących się stron budziło niewłaściwe zastosowanie przez OSL art. 82 ust. 2 ustawy *o izbach lekarskich* polegające na dowolnym uznaniu przez OSL w X., że orzeczenie wobec obwinionej lekarki kary w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej będzie niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary orzeczonej za ten sam czyn w postępowaniu karnym, a interes pokrzywdzonych nie sprzeciwia się umorzeniu postępowania. Jak słusznie zarzucał pełnomocnik pokrzywdzonych, Sąd I instancji nie wskazał w uzasadnieniu przesłanek, którymi kierował się stosując ww. przepis. Nadto, OSL nie zwrócił się do pokrzywdzonych o przedstawienie ich stanowiska w tej sprawie, jednak z ich odwołania wynika, że w ich przekonaniu obwiniona powinna ponieść również odpowiedzialność dyscyplinarną, niezależnie od odpowiedzialności karnej. Dlatego też sąd odwoławczy wyraził stanowisko, że przy ocenie interesu pokrzywdzonych, o którym mowa w art. 82 ust. 2 ustawy *o izbach lekarskich* nie należy opierać się wyłącznie na odczuciach Sądu, lecz w każdym przypadku Sąd powinien uprzednio ustalić oficjalne stanowisko pokrzywdzonych w tym przedmiocie. Dla ustalenia celowości orzekania kary w postępowaniu dyscyplinarnym należy dokonać analizy, czy kara orzeczona w postępowaniu karnym osiągnęła cele stawiane wymiarowi kary na gruncie odpowiedzialności zawodowej. W tym kontekście wypadało poddać analizie argumentację pełnomocnika pokrzywdzonych w przedmiocie faktycznego wpływu wymierzonej sankcji karnej na postawę i działanie obwinionej lekarki. OSL powinien też ustalić w sposób niewątpliwy, czy faktycznie to obwiniona lekarka jest stroną postępowania cywilnego o zadośćuczynienie pieniężne w związku ze śmiercią osoby najbliższej, czy jest to, jak wskazuje w odwołaniu pełnomocnik pokrzywdzonych, zakład ubezpieczeń.

---

[28] Zgodnie z tym przepisem sąd lekarski może umorzyć postępowanie w przypadku przewinienia mniejszej wagi albo jeżeli orzeczenie wobec obwinionego kary byłoby oczywiście niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawy, a interes pokrzywdzonego temu się nie sprzeciwia.

9. Przedawnienie ścigania i karania w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy[29]

9.1. W sprawie NSL Rep. 60/WS/15 NSL ustalił, że jeden z OSL-ów po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 14 stycznia 2015 roku sprawy lek. DSP, uznał ją za winną tego, że w dniu 2 sierpnia 2010 r. nie dochowała należytej staranności w okresie pooperacyjnym nad pacjentką poprzez brak nadzoru w czasie transportu, niewłaściwe przekazanie jej pod opiekę pielęgniarską, niesprawdzenie parametrów życiowych po podłączeniu pacjentki do monitora, co skutkowało powikłaniami w postaci zatrzymania krążenia i wystąpienia śpiączki, czyn ten kwalifikuje jako naruszenie art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej w zw. z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*[30] i orzekł względem niej karę upomnienia obciążając ją kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołanie złożył obrońca obwinionej, które NSL rozpatrując stwierdził, że mając na uwadze zbliżający się termin przedawnienia karalności przewinienia zawodowego NSL postanowił zawiesić postępowanie w przedmiotowej sprawie do czasu prawomocnego zakończenia postępowania prowadzonego obecnie przed Sądem Rejonowym w X. Decydując się na zawieszenie postępowania w tej sprawie, NSL kierował się przede wszystkim świadomością, że przy innym rozstrzygnięciu, w dniu 2 sierpnia 2015 r. (czyli za okres niespełna dwóch miesięcy) karalność zarzucanego przewinienia zawodowego ustanie w związku z upływem terminu przedawnienia, co uniemożliwi przy ewentualnym uchyleniu orzeczenia, ponowne, poprawne rozpatrzenie sprawy przez OSL. Zgodnie z treścią art. 54 ust. 2 ustawy *o izbach lekarskich* postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej może zostać zawieszone do czasu ukończenia postępowania karnego, o ile jego wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. W ocenie NSL w przedmiotowej sprawie zachodzi opisana w powołanym przepisie sytuacja. Rozstrzygniecie sądu karnego może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, albowiem przede wszystkim może doprowadzić do przedłużenia terminu przedawnienia karalności i umożliwić tym samym sądom lekarskim merytoryczną ocenę sprawy. W związku z zaistniałą w niniejszej sprawie potrzebą zawieszenia postępowania, NSL ocenił terminowość jej dotychczasowego rozpoznawania. W listopadzie 2012 r. NROZ skierował wniosek o ukaranie do OSL w X. W dniu 24 września 2013 r. ten OSL wydał orzeczenie, od którego obrońcy obwinionych lekarek wnieśli odwołania do NSL. Orzeczeniem z 9 maja 2014 r. NSL uchylił zaskarżone orzeczenie i skierował sprawę do ponownego rozpoznania

---

[29] Zgodnie z art. 64 u.i.l. 1. Nie można wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata. 2. Bieg przedawnienia do wszczęcia postępowania przerywa każda czynność rzecznika odpowiedzialności zawodowej. 3. Karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat. 4. Jeżeli czyn, o którym mowa w ust. 1, stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa.

[30] Dz. U. 2015, poz. 464. Zgodnie z tym przepisem 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.

przez Sąd I instancji. Po ponownym rozpoznaniu sprawy OSL w X. wydał orzeczenie w dniu 14 stycznia 2015 r. Od tego orzeczenia zostało wniesione odwołanie przez obrońcę obwinionej. Rozprawa odwoławcza przed Sądem II instancji wyznaczona na dzień 7 maja 2015 r. w związku z usprawiedliwioną nieobecnością obwinionej (choroba) i nieobecnością obrońcy została odroczona na kolejny termin wyznaczony na dzień 10 czerwca 2015 r. W dniu 1 czerwca 2015 r. wpłynął wniosek obrońcy o odroczenie tej rozprawy z uwagi na usprawiedliwioną niemożność stawiennictwa obwinionej oraz jej obrońcy z uwagi na wcześniejsze wyznaczenie terminu sprawy w tym samym terminie przez Sąd Rejonowy w X. w postępowaniu dotyczącym tego samego zdarzenia, które jest przedmiotem postępowania przed NSL. Jednocześnie obrońca wniósł o niewyznaczanie terminu rozprawy przez NSL w okresie od 8 do 23 lipca 2015 r. z uwagi na jego pobyt poza granicami kraju. Mając powyższe na względzie NSL działając na podstawie art. 54 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* zawiesił postępowanie w sprawie do czasu prawomocnego jej rozstrzygnięcia przed Sądem Rejonowym w X.

10. Umorzenie postępowania ze względu na śmierć obwinionego lekarza[31]

10.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 14/WS/15 stan faktyczny przedstawiał się następująco. Postanowieniem z dnia 9 grudnia 2014 r. OSL w X. umorzył postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej prof. dr hab. n. med. EZ obwinionej o to, że: 1) w okresie od października 2009 do 2012 r. będąc profesorem Uniwersytetu Medycznego, jako Ordynator Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej traktowała rodziców nieletnich pacjentów niewłaściwie, udzielając im informacji o stanie zdrowia dzieci w sposób nieżyczliwy, niekulturalny, w obecności innych rodziców oraz odmawiała rozmowy z przedstawicielami rodziców odnośnie prawidłowego funkcjonowania kierowanego przez nią oddziału, dezinformowała rodziców poprzez wywieszanie informacji, że „dzieci onkologiczne" są zagrożeniem dla innych leczonych dzieci, czym naruszyła art. 12 ust. 1 i 2KEL; 2) w tym samym miejscu i czasie nierzetelnie informowała o swoich osiągnięciach leczniczych i naukowych m.in. podając na plakacie informacyjnym Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej jako swoje sukcesy kliniczne 90% wyleczeń dzieci z chorobą nowotworową, czego nie potwierdziło prowadzone postępowanie, czym naruszyła art. 66 ust. 4 KEL; 3) w tym samym miejscu i czasie pomawiała lekarzy zatrudnionych w Klinice kierowanej przez prof. dr hab. n. med. WM, o to, że namawiają rodziców dzieci do przeniesienia ich z Kliniki kierowanej przez nią do Kliniki kierowanej przez prof. WM, czego nie potwierdziło prowadzone postępowanie, czym naruszyła art. 52 ust. 1 i ust. 2 KEL. OSL w X. uznał, iż brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie popełnienia przewinienia zawodowego. Zażale-

[31] Zgodnie z art. 63. ustawy *o izbach lekarskich* „postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli: 1) czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia; 2) czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego; 3) obwiniony zmarł; 4) nastąpiło ustanie karalności; 5) postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się".

nie na powyższe postanowienie wniósł pismem z dnia 18 grudnia 2014 r. NROZ zarzucając obrazę przepisów postępowania.

Zdaniem NSL wniesione zażalenie nie może zostać rozpoznane, albowiem przed przystąpieniem do rozpoznania wniesionego środka odwoławczego powziął informację, zweryfikowaną następnie w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, o śmierci obwinionej – prof. dr hab. n. med. EZ. Wobec powyższego NSL nie miał możliwości merytorycznego rozpoznania wniesionego zażalenia i na podstawie art. 63 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* uchylił zaskarżone postanowienie i umorzył postępowanie w sprawie.

11. Kary w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy[32]

11.1. W sprawie o sygn. NSL Rep. 53/OW/15 orzeczeniem z dnia 20 lutego 2015 roku, sygn. akt 5/Wu/2014, OSL w X. po rozpoznaniu sprawy lekarza WS, obwinionego o popełnienie przewinienia zawodowego polegającego na pełnieniu dyżuru pod wpływem alkoholu w dniu 18 października 2013 r. w Gminnej Przychodni w X., co stanowi naruszenie art. 64 KEL, uznał go za winnego i za czyn wyżej opisany wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 3 (trzech) lat oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołanie do NSL wniósł pismem z dnia 19 marca 2015 r. obwiniony lekarz, zaskarżając orzeczenie w części dotyczącej kary, podnosząc, iż jest ona zbyt surowa i niesprawiedliwa. Nadto wskazał, że ma ciężką sytuację materialną w związku z pobranymi kredytami i zasądzonymi alimentami. W odwołaniu obwiniony poprosił o obdarzenie go zaufaniem, motywując, iż od ponad roku nie spożywa alkoholu. Podał, że na wniosek Miejskiej Komisji do Spraw Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w X., Sąd Rejonowy w X. podjął decyzję o leczeniu go w warunkach Poradni do Spraw Leczenia Uzależnień i obecnie obwiniony czeka na kontakt Kuratora Sądowego. Przeprosił za swoje naganne postępowanie, jednocześnie stwierdzając, że nigdy swoim postępowaniem nie doprowadził do powstania uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

W opinii NSL odwołanie obwinionego lekarza nie było zasadne i nie mogło prowadzić do zmiany kary orzeczonej przez OSL. Zdaniem NSL, ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji były prawidłowe i obwiniony lekarz ich nie kwestionuje. Ich podstawą był protokół Komendy Powiatowej Policji z przebiegu badania stanu trzeźwości urządzeniem elektronicznym lek. WS w dniu 18 października 2013 r. Pomiar o godz. 16.47 wykazał zawartość alkoholu w ilości 1,12 mg/l, a o godz. 16.53 – 1.07 mg/l. Badany lekarz przyznał, iż w dniu badania, około godz. 4.00 rano wypił 0,5 litra wódki oraz 4 piwa. Brak było w sprawie jakichkolwiek dowodów przeczących tym okolicz-

---

[32] Art. 83. u.i.l.1. Sąd lekarski może orzekać następujące kary: 1) upomnienie; 2) nagana; 3) kara pieniężna; 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat; 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat; 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat; 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu. 2. Sąd lekarski, orzekając karę przewidzianą w ust. 1 pkt 5 lub 6, może dodatkowo orzec karę wymienioną w ust. 1 pkt 4.

ściom. Obwiniony lekarz nie stawił się na rozprawę pozostawiając tą kwestię bez usprawiedliwienia. Zdaniem NSL, decyzja OSL o uznaniu obwinionego winnym zarzucanego mu we wniosku o ukaranie czynu była prawidłowa. Również wymiar kary uwzględnia dyrektywy wymiaru kary określonej w art. 53 Kodeksu karnego, mającego zastosowanie na podstawie art. 112 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*. Zgodnie z art. 53 Kodeksu karnego sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych przez ustawę, bacząc, by jej dolegliwość nie przekraczała stopnia winy, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu oraz biorąc pod uwagę cele zapobiegawcze i wychowawcze, które ma osiągnąć w stosunku do skazanego, a także potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa. Wymierzając karę, sąd uwzględnia w szczególności motywację i sposób zachowania się sprawcy, rodzaj i stopień naruszenia ciążących na sprawcy obowiązków, rodzaj i rozmiar ujemnych następstw przewinienia, właściwości i warunki osobiste sprawcy, sposób życia przed popełnieniem przewinienia i zachowanie się po jego popełnieniu, a zwłaszcza staranie o naprawienie szkody lub zadośćuczynienie w innej formie społecznemu poczuciu sprawiedliwości. Jak podkreślił w uzasadnieniu orzeczenia NSL, orzeczona kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 3 lat jest adekwatna do charakteru popełnionego przewinienia, stopnia winy i społecznej szkodliwości czynu, a także okoliczności działania obwinionego w warunkach recydywy. Miał on bowiem już dwa prawomocne skazania za podobne przewinienia, polegające na wykonywaniu czynności leczniczych pod wpływem alkoholu, a mianowicie orzeczoną karę nagany, a następnie karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres jednego roku. Obwiniony niestety z tego wniosków nie wyciągnął i nadal wykonywał zawód lekarza, będąc w stanie nietrzeźwości. Obwiniony podniósł w odwołaniu, iż swoim postępowaniem nie naraził pacjentów na powstanie uszczerbku na zdrowiu. Nie można się z tym zgodzić, gdyż takie zagrożenie płynie właśnie z wykonywania czynności leczniczych pod wpływem alkoholu. Natomiast gdyby uszczerbek taki powstał, wymierzona kara byłaby o wiele bardziej dotkliwa.

11.2. W sprawie NSL Rep 57/OWU/15 orzeczeniem z dnia 18 lutego 2015 r., sygn. akt 37/Wu/2014, OSL w X., uznał lekarza dentystę PP, obwinionego o prowadzenie reklamy usług stomatologicznych niezgodnie z obowiązującymi przepisami, tj. o naruszenie art. 63 pkt 1 KEL[33] oraz uchwały nr 40/2013 Okręgowej Rady Lekarskiej w X. z dnia 11 września 2013 r. w zw. z art. 8 pkt 3 ustawy *o izbach lekarskich*, za winnego popełnienia zarzucanego mu przewinienia zawodowego i orzekł wobec niego karę upomnienia oraz obciążył kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołanie do NSL wniósł pismem z dnia 18 marca 2015 r. OROZ, zarzucając niewspółmierność kary względem dokonanego czynu, podczas gdy materiał dowodowy sprawy wskazuje na konieczność wymierzenia kary nagany. Okręgowy Rzecznik wskazał na okoliczność umieszczenia znacznych rozmiarów banera reklamowego (ponad kilka metrów kwadratowych powierzchni) dotyczącego działalności medycznej lekarza PP

[33] Zgodnie z art. 63 KEL Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

z jego wizerunkiem i czytelnym podpisem oraz nazwą gabinetu wraz z adresem siedziby. Zaznaczył również, iż reklama została umieszczona w miejscu bardzo wyeksponowanym, bezpośrednio przy jednej z najważniejszych arterii komunikacyjnych w X. Podniósł również, iż reklama miała bezpośredni związek z korzyściami finansowymi osiąganymi przez obwinionego lekarza. Odwołujący wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez wymierzenie obwinionemu kary nagany.

Jednak – zdaniem NSL – orzeczona przez OSL wobec obwinionego kara upomnienia była – zdaniem NSL – adekwatna do rodzaju i wagi czynu oraz stopnia winy sprawcy. Uwzględnia przemawiające na korzyść obwinionego lekarza okoliczności jak: przyznanie się do winy i wyrażenie skruchy, szybką reakcję w postaci usunięcia reklamy, brak dotychczasowej karalności za przewinienia zawodowe, jak też młody wiek. Tym samym OSL prawidłowo zastosował dyrektywy wymiaru kary określone w art 53 Kodeksu karnego mające zastosowanie w związku z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*. Natomiast okoliczności i argumenty podniesione przez OROZ nie miały tak znacznej wagi, aby uzasadniały surowszy wymiar kary, w związku z czym nie zasługują na uwzględnienie.

11.3. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 68/OWU/15 stan faktyczny przedstawiał się następująco. Orzeczeniem z dnia 14 lutego 2013 r., sygn. akt 83/WU/2012, OSL w X. uznał lekarza JA za winnego tego, że w okresie od lutego 2006 r. do września 2007 r. w Szpitalu w X., będąc chirurgiem prowadzącym, doprowadził małoletnich RK, KS, MZ do wielokrotnego poddania się innym czynnościom seksualnym i tym samym naruszył godność wykonywanego przez siebie zawodu, tj. popełnił przewinienie zawodowe określone w art. 1 ust. 3 KEL i za to na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 6 ustawy *o izbach lekarskich* wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat oraz obciążył kosztami postępowania. Od tego orzeczenia odwołanie do NSL wniósł obwiniony, zarzucając wymierzenie mu rażąco niewspółmiernej kary. Orzeczeniem z dnia 23 maja 2014 r. (sygn. NSL Rep. 46/OWU/13), NSL po rozpoznaniu powyższego odwołania zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że wymierzył obwinionemu JA karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres sześciu miesięcy, a nadto obciążył obwinionego kosztami postępowania. Od tego orzeczenia kasację do Sądu Najwyższego wniósł Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, zarzucając rażące naruszenia art. 96 ust. 1 w zw. z art. 83 ust. 1 pkt 6 ustawy *o izbach lekarskich* w zw. z art. 53 § 1 i 2 Kodeksu karnego w zw. z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*, polegające na wymierzeniu kary rażąco niewspółmiernej do przypisanego obwinionemu przewinienia. Sąd Najwyższy kasację tę uwzględnił i wyrokiem z dnia 7 lutego 2014 r. uchylił zaskarżone orzeczenie w odniesieniu do rozstrzygnięcia o karze i w tym zakresie przekazał sprawę NSL do ponownego rozpoznania w postępowaniu odwoławczym. Orzeczeniem z dnia 27 czerwca 2014 r. (sygn. akt NSL Rep. 29/OWU/14), NSL rozpatrując ponownie sprawę, zmienił orzeczenie Sądu I instancji w ten sposób, że wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku, zaliczając na jej poczet karę sześciu miesięcy zawieszenia prawa wykonywania zawodu wykonanej na podstawie orzeczenia NSL z dnia 23 maja 2013 r. Nadto obciążył obwinionego lekarza kosztami postępowania w 1/2 ich części. Od tego orzeczenia kasację na niekorzyść obwinionego złożył NROZ, zaskarżając orzeczenie

w zakresie rozstrzygnięcia o karze, zarzucając rażącą niewspółmierność kary, wyrażającą się w wymierzeniu obwinionemu kary nadmiernie łagodnej w stosunku do przypisanego mu przewinienia zawodowego. NROZ wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w zakresie rozstrzygnięcia o karze i przekazanie sprawy w tym zakresie NSL do ponownego rozpoznania w postępowaniu odwoławczym. Po rozpatrzeniu niniejszej kasacji Sąd Najwyższy ją uwzględnił i wyrokiem z dnia 19 marca 2015 r., sygn. akt SDI 2/15, uchylił skarżone orzeczenie NSL w zaskarżonej części, tj. dotyczącej rozstrzygnięcia o karze, i w tym zakresie sprawę przekazał do ponownego rozpoznania NSL, który będąc związany wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2015 r., władny był do rozpoznania wniesionego odwołania od orzeczenia OSL w X. z dnia 14 lutego 2013 r. jedynie w zakresie rozstrzygnięcia o karze. Zdaniem NSL odwołanie obwinionego lekarza nie było zasadne. Jak podkreślono, wymierzona przez OSL kara była karą surową, ale w pełni adekwatną do ciężaru popełnionego przewinienia zawodowego, stopnia jego zawinienia oraz stopnia naruszenia godności zawodu lekarza, jakie stanowiło to przewinienie zawodowe. Przewinienie zawodowe obwinionego cechuje wysoki poziom społecznej szkodliwości oraz podważa zaufanie do zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego. W ocenie NSL wymierzona kara stanowi dla obwinionego realną dolegliwość, realizuje wymogi indywidualnego oddziaływania, zatem spełnia funkcje kary przewidziane w ramach prewencji indywidualnej, ale także i prewencji ogólnej. Wymierzona kara jest przede wszystkim sprawiedliwa, uzasadniona i zasłużona. Zasłużona dlatego, że obejmuje dwa elementy: zasadę proporcjonalności, ponieważ odpowiada ciężarowi czynu, jakiego dopuścił się obwiniony, oraz spełnia zasadniczą rolę kary, jaką jest komunikowanie potępienia i represji. Sankcja ta stanowi reakcję na popełnione przewinienie i zadaje obwinionemu celową dolegliwość. Kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat w świetle czynu obwinionego została wymierzona przez Sąd I instancji w sposób całkowicie adekwatny do stopnia winy, zawiera wystarczający czynnik wychowawczy, a tym bardziej ma charakter zapobiegawczy i prewencyjny. Za słuszne i właściwe NSL uznał również przesłanki, jakimi kierował się Sąd I instancji przy wymierzaniu kary, również te, które wziął pod uwagę jako okoliczności łagodzące w postaci dotychczasowej niekaralności obwinionego i pozytywnych opinii dotyczące jego działalności w zawodzie lekarza. Dodatkowo, zważyć należy, że Sąd I instancji mając na uwadze, że sprawa została wszczęta przed wejściem w życie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, kierując się dyrektywą art. 118 ust. 7 tego aktu normatywnego zastosował karę względniejszą dla obwinionego. Przepisy poprzednie przewidywały karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu jedynie w przedziale od 6 miesięcy do 3 lat, a obecna ustawa od roku do 5 lat. Ponadto przy wymierzaniu kary Sąd I instancji pamiętał o ubocznych skutkach kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu, a mianowicie o okoliczności, że lekarz nie mogąc wykonywać zawodu, tym samym zostaje pozbawiony źródeł zarobkowania. Obwiniony podnosił swoją trudną sytuację finansową i konieczność utrzymania rodziny, głównie uczącej się córki i tą okoliczność również wziął pod uwagę Sąd I instancji. Jako okoliczności obciążające rzutujące na wymiar kary dyscyplinarnej OSL wskazał to, że obwiniony w rażący sposób naruszył obowiązek dbania o dobro pacjenta, cyt.: „obwiniony dopuścił się swych czynów w stosunku do trzech pacjentów, dodatkowo wykorzystując fakt, iż były to osoby małoletnie, co jest równo-

znaczne z wykorzystaniem szczególnego zaufania, jakimi młodociani pacjenci winni darzyć dorosłych, w tym zwłaszcza lekarzy". Rażącym, w ocenie NSL, w działaniu obwinionego było dążenie do zaspokojenia własnych potrzeb seksualnych na terenie placówki służby zdrowia, kosztem dzieci znajdujących się w stanie pooperacyjnym, z negatywnym wpływem na ich psychikę. Sąd I instancji zachowanie obwinionego uznał za szczególnie oburzające, a jego czyny za „niecne" i zasługujące na „jednoznaczne potępienie", wymagające reakcji „niezwykle surowej". Taką ocenę podzielił również w pełni NSL, były to bowiem bardzo poważne okoliczności obciążające. Sąd odwoławczy zgodził się również ze stwierdzeniami Sądu I instancji, że doszło do „pohańbienia dobrego imienia stanu lekarskiego" i jedynie określone okoliczności łagodzące przemawiały za odstąpieniem od wymierzenia obwinionemu zasadnej w takim wypadku kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu, by „dać szansę powrotu do zawodu". W ocenie NSL, Sąd I instancji wnikliwie rozpatrzył okoliczności związane z osobą obwinionego i jego sytuacją zawodową, jak i okoliczności ściśle dotyczące przypisanego mu czynu, w szczególności fakt, że na obwinionym ciążył obowiązek szczególnej troski o dobro małoletnich pacjentów przebywających pod jego opieką w szpitalu po przejściu zabiegów operacyjnych, niewątpliwie bardziej niż zwykle podatnych na pokrzywdzenie, bo w pewnym stopniu bezradnych, odizolowanych od swojego środowiska rodzinnego i pozbawionych jego oparcia. Nie sposób też było przy wymierzeniu takiej kary zbagatelizować faktu, że obwiniony wielokrotnie podejmował naganne działania, będące nie tylko deliktem dyscyplinarnym, ale wyczerpującym też znamiona przestępstwa. Sąd I instancji zatem prawidłowo rozstrzygnął o wymiarze kary należycie i szczegółowo wskazując przesłanki, na podstawie których ustalenia takie zostały poczynione. W tej kwestii Sąd pierwszej instancji zastosował dyrektywy dotyczące wymiaru kary określone w art. 53 § 1 Kodeksu karnego w związku z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*. W szczególności przy wymiarze kary Sąd I instancji, co zostało wyartykułowane w uzasadnieniu orzeczenia, wziął pod uwagę wymienione powyżej okoliczności łagodzące. Okoliczności te zostały odpowiednio uwzględnione przez Sąd I instancji wymierzeniem kary zawieszenia, a nie kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu. W ocenie NSL, w niniejszej sprawie, nie mają dużego i istotnego wpływu na ocenę stopnia społecznej szkodliwości czynu obwinionego takie okoliczności jak: niekaralność zawodowa obwinionego, jego dotychczasowe życie, jego właściwości i warunki osobiste oraz konieczność utrzymania rodziny, chociaż okoliczności te Sąd I instancji właściwie i prawidłowo uwzględnił przy wymiarze kary.

12. Tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu art. 77[34]

Wiele trudności w praktyce przysparza instytucja tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu określona w art. 77 u.i.l. Warto przyjrzeć się zatem orzecznictwu NSL w tym zakresie.

---

[34] Zgodnie z brzmieniem art. 77.1. W przypadku, gdy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że lekarz, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony popełnił ciężkie przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez obwinionego zawodu

12.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 42/WS/15 ustalono, że OSL w X. w dniu 30 stycznia 2015 r. wydał postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku *o izbach lekarskich* wobec lek. MLM na okres od 30 stycznia 2015 roku do 30 lipca 2015 roku w związku z podejrzeniem przyjmowania korzyści majątkowych w zamian za wystawianie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, fałszowanie dokumentacji medycznej oraz wydawanie druków ZUS-ZLA niezgodnie z obowiązującymi przepisami. Na powyższe postanowienie zażalenie wniosła lek. MLM.

W ocenie NSL zażalenie okazało się częściowo zasadne. Sąd ten w uzasadnieniu orzeczenia podziela zdanie Sądu I instancji, według którego z zebranego materiału dowodowego wynika, iż obwiniona z dużym prawdopodobieństwem dopuściła się ciężkiego przewinienia zawodowego. Zdecydowana większość zarzutów zażalenia jest bezzasadna w sposób oczywisty, a prezentowane zarzuty mogą stanowić przyjętą linię obrony. NSL był oburzony postawą etyczną obwinionej, jej poczuciem bezkarności oraz brakiem pokory. Na nagraniach przygotowanych przez dziennikarzy uwidocznione zostało, że obwiniona pełniła aktywną rolę, zachęcając pacjentów do wymyślania sobie schorzeń uzasadniających wystawienie zwolnienia lekarskiego. Zebrany materiał dowodowy z olbrzymim prawdopodobieństwem wskazywał, iż obwiniona nie stwarzała nawet pozorów badania podmiotowego i przedmiotowego. Fakt przyjmowania pacjentów odpłatnie w ramach prywatnej praktyki lekarskiej nie zwalniał z obowiązku należytego wykonywania zawodu tj. orzekania o stanie zdrowia po uprzednim osobistym zbadaniu pacjenta. Zatem nie ulegało wątpliwości, iż zebrany materiał dowodowy jest przesłanką wskazującą na fakt, że obwiniona wymyślając zainteresowanym schorzenia i wystawiając na tej podstawie zaświadczenia o niezdolności do pracy poświadczała w nich nieprawdę. Jak stwierdził NSL, wyjaśnienia obwinionej dotyczące rzekomej manipulacji materiału dziennikarskiego, w obliczu widocznej w tym materiale aktywnej roli obwinionej, są zupełnie niewiarygodne. Nawet jeśli zaprezentowane materiały nie stanowiły pełnego zapisu wizyt, to ich treść stanowiła przekonujący dowód bardzo mocno potwierdzający popełnienie przez obwinioną przewinienia zawodowego. Wypowiedzi obwinionej zarejestrowane na nagraniach, w tym jej zachowanie w pełni wystarczały do uznania zachowania lek. MLM za niezgodne z zasadami wykonywania zawodu lekarza. Zażalenie obwinionej było jednak – zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego – zasadne w części, w jakiej zakwestionowała ona zasadność stosowania wobec

---

lekarza zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego, sąd lekarski, na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej, wydaje postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza przez obwinionego na okres do roku. 2. Postanowienie jest natychmiast wykonalne. 3. Obwiniony i jego obrońca mają prawo obecności na posiedzeniu sądu, którego przedmiotem jest wydanie postanowienia. 4. Postanowienie niezwłocznie przekazuje się przewodniczącemu właściwej okręgowej rady lekarskiej. 5. Jeżeli do upływu okresu zawieszenia albo ograniczenia, o których mowa w ust. 1, w sprawie zawieszonego lekarza nie zapadnie prawomocne orzeczenie sądu lekarskiego, sąd z urzędu bada zasadność dalszego tymczasowego zawieszenia albo ograniczenia. 6. Na postanowienie obwinionemu przysługuje zażalenie w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia. Zażalenie wnosi się do Naczelnego Sądu Lekarskiego za pośrednictwem okręgowego sądu lekarskiego, który wydał postanowienie. Zażalenie nie wstrzymuje natychmiastowej wykonalności postanowienia.

niej zawieszenia prawa wykonywania zawodu pomimo, że zarzucone jej przewinienie dotyczy tylko pewnej sfery działalności zawodowej. W ocenie sądu odwoławczego tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu lub ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza nie jest antycypacją kary, lecz środkiem, który ma zapobiegać popełnianiu kolejnych przewinień zawodowych lub usuwać zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. Zdaniem NSL na danym etapie postępowania, wystarczającym środkiem zapobiegawczym było ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu poprzez zakaz wykonywania zadań związanych z wystawianiem wszelkich orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, w tym zaświadczeń o niezdolności do pracy. Wobec powyższego NSL działając na podstawie art. 77 ust. 1 i art. 112 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku *o izbach lekarskich* w zw. z art. 437 § 1 k.p.k. zmienił zaskarżone postanowienie OSL w X. poprzez zastosowanie tymczasowego ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres do 30 lipca 2015 r. polegające na zakazie wydawania wszelkich orzeczeń lekarskich związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy, zdolności do wykonywania określonych zawodów i zdolności do uzyskiwania uprawnień, w szczególności wystawiania zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA.

13. Koszty postępowania[35]

13.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 15/WS/15 ustalono, iż orzeczeniem z dnia 21 kwietnia 2014 r. OSL w X. po rozpoznaniu sprawy o sygn. Ko-0002/2012 dotyczącej: obwinionych lek. dent. ŁP. oraz lek. dent. AW., wyłączywszy sprawę lek. dent. AW. do odrębnego rozpoznania, uznał lek. dent. ŁP. winnym zarzucanego mu przewinienia zawodowego i wymierzył mu karę upomnienia obciążając go kosztami postępowania. Wskutek powyższego lek. dent. ŁP. otrzymał wystawioną w dniu 30 października 2014 r. notę księgową o nr N 32/2014 na kwotę 4528,50 zł tytułem kosztów postępowania prowadzonego przez OROZ i OSL. W odpowiedzi na powyższe pismem z dnia 12 stycznia 2015 r. obrońca lek. dent. ŁP. wniósł zażalenie do NSL na postanowienie w przedmiocie obciążenia ukaranego lekarza kosztami postępowania zawarte w orzeczeniu OSL z dnia 21 maja 2014 r. sygn. akt Ko-0002/2012 wraz z wnioskiem o przywrócenie terminu do wniesienia zażalenia. Skarżący wskazał, iż jego mocodawca nie został pouczony o możliwości wniesienia zażalenia na postanowienie o kosztach postępowania, a dodatkowo postanowienie to było niepełne albowiem nie określało, ani kwoty tych kosztów, jak również nie wyszczególniało jakie koszty zostały uwzględnione.

---

[35] Zgodnie z § 52 Regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich do kosztów postępowania przed sądem należą: koszty doręczenia wezwań i innych pism związanych z postępowaniem przed sądem, należności rzecznika odpowiedzialności zawodowej i członków sądu związane z postępowaniem w tym sądzie, a w szczególności zwrot utraconych zarobków i kosztów przejazdów, należności świadków z tytułu zwrotu utraconych zarobków i kosztów przejazdów, należności biegłych za wydane opinie oraz z tytułu utraconych zarobków i kosztów przejazdów w razie wezwania przez sąd do uczestnictwa w rozprawie, inne koszty administracyjne, w tym koszt materiałów biurowych i piśmienniczych.

W ocenie NSL zażalenie było tylko częściowo zasadne. Jak podkreślono, zasadny był zarzut dotyczący obciążenia obwinionego kosztami postępowania w całości, podczas, gdy postępowanie dotyczyło dwóch obwinionych. Słusznie zatem skarżący zarzucił, iż obwinionego nie sposób obciążać kosztami postępowania w całości. Nie były natomiast zasadne zarzuty dotyczące poszczególnych kwot składających się na koszty postępowania. Koszty zostały wykazane w nocie księgowej oraz zestawieniu tych kosztów przesłanym skarżącemu. Wobec powyższego NSL zmienił zaskarżone postanowienie w ten sposób, iż kosztami postępowania obciążył obwinionego lek. dent. ŁP w 1/2 ich wysokości, pozostałymi kosztami obciążając Skarb Państwa.

14. Zakres badania sprawy przez sąd odwoławczy. Zmiana kwalifikacji prawnej czynu i zmiana opisu czynu

14.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 4/OWU/15 ustalono, iż orzeczeniem z dnia 19 grudnia 2014 r., sygn. akt SL-3/Wu/2013, OSL w X., po rozpoznaniu sprawy przeciwko lek. RK obwinionemu o: niestaranne działanie i dopuszczenie do zagubienia lub zniszczenia dokumentacji medycznej pacjentów, którym prowadził badania profilaktyczne, przyjmując, iż swoim postępowaniem naruszył zapis art. 4 i 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz art. 8 i 28 Kodeksu etyki lekarskiej, uznał obwinionego winnym zarzucanego mu przewinienia zawodowego i wymierzył mu karę pieniężną w wysokości jednokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa GUS, obowiązującego w dniu 19 grudnia 2014 r., na rzecz Fundacji dla Dzieci oraz obciążył go kosztami postępowania.

Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 5 stycznia 2015 r. odwołanie do NSL złożył pokrzywdzony BM, zarzucając, cyt.: „brak dogłębnej analizy stanu faktycznego sprawy i przeprowadzanych (a raczej całkowity brak) badań lekarskich przez lekarza medycyny pracy, co wskazuje na poświadczenie nieprawdy w zaświadczeniach dopuszczających do wykonywania pracy". W oparciu o tak sformułowane zarzuty pokrzywdzony nie wniósł o zmianę bądź uchylenie zaskarżonego orzeczenia, ale cyt.: „możliwość odstąpienia od roszczeń i zamknięcie sprawy na tym etapie, pod warunkiem jednak, że lekarz przekaże mu 3000 zł (trzy tysiące złotych) – polubownego zadośćuczynienia – za spowodowanie chorób zawodowych i poważnej krzywdy". NSL podkreślił, że odwołanie wniesione przez pokrzywdzonego nie miało uzasadnionych podstaw. Podniesione w odwołaniu zarzuty wykraczały poza zakres przedmiotowy czynu objętego wnioskiem o ukaranie i przypisanego obwinionemu zaskarżonym orzeczeniem, co powoduje, że ich rozpatrywanie jest w zasadzie bezprzedmiotowe. Zarzucony przez OROZ we wniosku o ukaranie oraz przypisany przez OSL czyn dotyczył niestaranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjentów, co skutkowało w rezultacie jej zagubieniem lub zniszczeniem. Pokrzywdzony wskazywał, że zachowanie obwinionego powinno być zakwalifikowane z przepisu ustawy *o służbie medycyny pracy*, rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie badań profilaktycznych pracowników* oraz art. 40 i 41 KEL jako czyn poświadczania nieprawdy w zaświadczeniach dopuszczających do wykonywania pracy. Zważyć należy, że obwiniony nie miał posta-

wionego zarzutu poświadczania nieprawdy w zaświadczeniach dopuszczających do wykonywania pracy, o co zdaje się wnosić pokrzywdzony w odwołaniu. Zatem już z tej przyczyny zarzuty odwołania były chybione. Jak podkreślono w uzasadnieniu orzeczenia NSL, zgodnie z treścią art. 399 k.p.k., mającego odpowiednie zastosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy na podstawie art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*, jeśli w toku rozprawy okaże się, że nie wychodząc poza granice oskarżenia można czyn zakwalifikować według innego przepisu prawnego, sąd uprzedza o tym obecne na rozprawie strony. Sąd lekarski I instancji może zatem zmienić opis czynu zarzuconego obwinionemu wnioskiem o ukaranie, jednak nie może w tym wyjść poza granice tożsamości czynu zarzuconego wnioskiem o ukaranie. Inne określenie (opisanie) przez sąd zarzuconego obwinionemu czynu nie może przekraczać granic konkretnego zdarzenia faktycznego, objętego wnioskiem o ukaranie. Granice te wyznacza podmiot przewinienia zawodowego, przedmiot ochrony prawnej, a także tożsamość pokrzywdzonego. Sąd I instancji takiej modyfikacji czynu nie dokonał, i nie prowadził w tym przedmiocie postępowania dowodowego, pokrzywdzony zaś nie wnosił o to podczas postępowania przed Sądem I instancji. Brak jest więc podstaw, aby uczynić z tego skuteczny zarzut, gdyż zgodnie z zasadą skargowości (art. 14 § 1 k.p.k. w zw. z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*) sąd orzeka tylko co do czynu zarzucanego we wniosku o ukaranie i chodzi tu o czyn w znaczeniu zdarzenia faktycznego. Jeśli natomiast odwołanie pokrzywdzonego odczytywać jako zawierające zarzut, że obwiniony lekarz dopuścił się, oprócz czynu przypisanego mu w orzeczeniu, również innego czynu, za który powinien ponieść odpowiedzialność zawodową, to stwierdzić należy, że dopóki czyny takie nie zostaną objęte wnioskiem o ukaranie, sąd lekarski, zarówno I jak i II instancji, nie ma prawa orzekać w ich przedmiocie. Zgodnie z art 433 Kodeksu postępowania karnego, w związku z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*, sąd odwoławczy rozpoznaje sprawę w granicach środka odwoławczego, a w zakresie szerszym, o ile ustawa to przewiduje. Orzeczenie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej można zaskarżyć w całości lub w części. Można także zaskarżyć samo uzasadnienie orzeczenia i jest to tzw. zakres zaskarżenia orzeczenia. W doktrynie prawa postępowania karnego wskazuje się, że zakres kontroli odwoławczej wyznacza skarżący w środku odwoławczym. Niezależnie od kierunku wniesienia środka odwoławczego, tj. na korzyść lub na niekorzyść oskarżonego (obwinionego), rozpoznanie sprawy przez sąd odwoławczy w granicach środka odwoławczego oznacza rozpoznanie zgodnie z zakresem zaskarżenia wskazanym w tym środku, a w wypadku wniesienia tego środka przez oskarżyciela na niekorzyść oskarżonego, także co do zarzutów podniesionych w tym środku. Pokrzywdzony nie wskazał w odwołaniu ani zakresu zaskarżenia, nie podniósł też zarzutów, uzasadniających uchylenie lub zamianę zaskarżonego orzeczenia z powodów: stanowiących tzw. względne przyczyny odwołania, tj: obrazy prawa materialnego, która polega na błędnym (nieprawidłowym) zastosowaniu (lub niezastosowaniu) prawa w orzeczeniu, które oparte jest na prawidłowych ustaleniach faktycznych – takiej obrazy NSL się nie dopatrzył; obraza przepisów postępowania, jeśli mogła ona mieć wpływ na treść orzeczenia – również nie miała miejsca w niniejszej sprawie; błąd w ustaleniach faktycznych, przyjętych za podstawę orzeczenia, jeżeli mógł on mieć wpływ na jego treść – podstawę wszystkich orzeczeń powinny bowiem stanowić prawdziwe i wolne od błędów ustalenia faktów, zaś ujawnione podczas rozprawy przed

Sądem I instancji dowody potwierdzają popełnienie przewinienia zawodowego przez obwinionego; rażąca niewspółmierność kary – w ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego wymierzona przez Sąd I instancji wysokość kary pieniężnej jest adekwatna do stopnia winy i szkodliwości czynu zarzucanego obwinionemu. NSL stwierdził uchybienia Sądu I instancji w zakresie należytego, tj. odpowiednio szczegółowego opisu czynu oraz w zakresie uzasadnienia orzeczenia, a mianowicie: brak daty czynu i dokładnego opisu czynu. Brak jest również w uzasadnieniu analizy materiału dowodowego i odzwierciedlenia w uzasadnieniu procesu jej oceny. Wady te jednak nie miały wpływu na treść orzeczenia i nie stanowią bezwzględnych przyczyn odwoławczych. Niezależnie od granic zaskarżenia i podniesionych zarzutów oraz wpływu uchybienia na treść orzeczenia Sąd odwoławczy ma obowiązek uchylić zaskarżone orzeczenia w razie stwierdzenia wystąpienia tzw. bezwzględnych przyczyn odwoławczych określonych w art. 439 k.p.k. w związku z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*, a także w razie rażącej niesprawiedliwości zaskarżonego orzeczenia. W przedmiotowej sprawie jednak NSL nie znalazł takich podstaw, które mogłyby skutkować odmiennie niż orzeczono w sentencji. Wobec powyższego, NSL, działając na podstawie art. 92 ust. 1 ustawy *o izbach lekarskich* utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie.

W dalszej części zaprezentowane zostaną orzeczenia zawierające wykładnię przepisów materialnych.

15. Art. 1 ust. 3 KEL[36]

15.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 157/OWU/15 orzeczeniem z dnia 29 kwietnia 2015 r. (sygn. akt Wu-2/2015), OSL w X. po rozpoznaniu sprawy przeciwko lek. JJT, obwinionej o to, że: 1) będąc lekarzem Poradni POZ w X. w okresie od 30 marca 2009 r. do 5 marca 2010 r. poświadczała nieprawdę w dokumentacji medycznej, wpisując fałszywe informacje na temat choroby nowotworowej księdza X. oraz nieprawdziwe informacje o zaordynowanym leczeniu lekiem Tramadol i Poltram w ilościach przekraczających maksymalną dobową dawkę dla jednego pacjenta, tj. o naruszenie art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, art. 1 ust. 3 Kodeksu etyki lekarskiej; 2) w okresie od stycznia 2009 r. do lutego 2011 r. poświadczyła nieprawdę na wypisywanych przez siebie receptach na leki Tramadol i Poltram, wystawianych na pacjenta księdza X., których pacjent nie otrzymał, a które zostały zrealizowane przez inną osobę, czym doprowadziła Narodowy Fundusz Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem stanowiącym refundację za wyżej wymienione leki, tj. o naruszenie art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, art. 1 ust. 3 KEL. Na podstawie art. 63 pkt 4 w zw. z art. 64 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. sąd umorzył postępowanie w zakresie czynu opisanego w punkcie pierwszym części wstępnej orzeczenia; uznał obwinioną lek. JJT za winną popełnienia czynu opisanego w punkcie drugim części wstępnej orzeczenia, stanowiącego naruszenie

[36] Zgodnie z tym przepisem „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu".

art. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, art. 1 ust. 3 KEL i za to wymierzył jej karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 1 (jednego) roku; kosztami postępowania obciążył po połowie obwinioną lekarkę i Skarb Państwa. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 24 lipca 2015 r. odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył obrońca obwinionej, w całości na korzyść obwinionej.

Zdaniem NSL odwołanie nie było zasadne. Wszystkie podniesione w odwołaniu zarzuty kwestionujące popełnienie przypisanego obwinionej czynu oraz winę obwinionej są bezzasadne w stopniu oczywistym, co wykluczało uwzględnienie wniosków odwołania. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego Sąd I instancji dokonał swobodnej a nie dowolnej oceny materiału dowodowego i w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny. Analiza treści uzasadnienia skarżonego orzeczenia oraz zawartego w aktach materiału dowodowego potwierdza dokonanie przez Sąd I instancji prawidłowej oceny dowodów z wyjaśnień obwinionej oraz zeznań świadków. Ocena ta – zdaniem NSL – była wypadkową zarówno treści wyjaśnień obwinionej oraz zeznań świadków, i została dokonana z uwzględnieniem całokształtu materiału dowodowego. Sąd I Instancji w sposób właściwy dokonał analizy okoliczności wpływających na ocenę tych dowodów – zwrócił uwagę na dwa aspekty oceny tych dowodów: ocenę treści wypowiedzi i ocenę podmiotu wypowiedzi, a inaczej mówiąc, potrzebę uwzględnienia przy ocenie tego środka dowodowego także oceny źródła dowodowego. NSL wskazał, że analiza tych dwóch aspektów oceny dowodów została właściwie przeprowadzona również w świetle całości zgromadzonego w aktach materiału dowodowego, przez co zostały spełnione wszystkie warunki swobodnej oceny dowodów. Takie działanie pozwoliło Sądowi I instancji na dokonanie prawidłowych ustaleń faktycznych. Zebrane dowody w sposób jednoznaczny wskazują na winę obwinionej. Niewiarygodne w ocenie NSL były wyjaśnienia obwinionej wskazujące na działania innych lekarzy. Obwiniona musiała jako lekarz mieć wiedzę jaki jest charakter leków, które przepisywała – były to przecież silnie działające leki narkotyczne z grupy opioidów. Powinna mieć też wiedzę o skutkach ich systematycznego zażywania w dużych dawkach przez pacjenta przez okres dwóch lat. Wypisywany przez obwinioną sposób dawkowania praktycznie przekracza jakiekolwiek zalecenia terapeutyczne w obowiązującym postępowaniu dotyczącym leczenia przeciwbólowego w stanach paliatywnych. Wiedza o tym, że taki sposób kuracji jest co najmniej wątpliwy, jest wiedzą wymaganą od studenta trzeciego roku medycyny po ukończeniu nauki z zakresu farmakologii. Tymczasem wypisywana ilość recept i sposób dawkowania ponad czterokrotnie przekraczała dozwoloną dawkę i stanowiła realne zagrożenie nie tylko dla zdrowia, ale także dla życia pacjenta, jak to wskazała w swojej opinii biegła dr X – konsultant wojewódzki dla województwa X. w zakresie medycyny paliatywnej. Wiarygodność wyjaśnień obwinionej w sposób kategoryczny wyklucza też fakt kontynuowania leczenia pacjenta (nawet jeśli był to ksiądz X.) przez okres dwóch lat bez jakiegokolwiek z nim kontaktu – trudno to przypisać li tylko niefrasobliwości obwinionej. Niezaprzeczalny jest fakt, że wystawionych recept nigdy nie otrzymał pacjent ksiądz X. Należy podkreślić, że ustalony przez Sąd I instancji stan faktyczny dotyczący czynu zarzucanego w pkt 2 wniosku o ukaranie, tj. poświadczanie przez obwinioną nieprawdy na wypisywanych przez siebie receptach na leki Tramadol i Poltram, wystawianych na pacjenta księdza X., których pacjent nie otrzymał, a które zostały zrealizowane przez inną osobę koreluje i nie pozostaje w ja-

kiejkolwiek sprzeczności ze stanem faktycznym ustalonym w postępowaniu karnym zakończonym prawomocnym wyrokiem Sądu Apelacyjnego II Wydział Karny w X. z dnia 5 listopada 2015 r. (sygn. akt II Aka 209/15), który to wyrok, wraz wyrokiem Sądu Okręgowego w X. z dnia 19 marca 2015 r., sygn. akt. III K 320/13, NSL pozyskał w toku trwania postępowania odwoławczego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Nie były również zasadne zarzuty dotyczące nieprzeprowadzenia dowodów z zeznań świadków wskazanych przez obronę na okoliczność wspólnej pracy obwinionej ze świadkami oraz jej kontaktów z rzekomym sekretarzem – okoliczności te nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia istoty sprawy. Nie był również zasadny zarzut nieprzeprowadzenia dowodu z zeznań byłego Prezesa Izby Lekarskiej w X., który podczas dwukrotnych rozmów miałby stwierdzić, że postępowanie obwinionej nie budzi wątpliwości – już wprost tylko z zasad odpowiedzialności zawodowej lekarzy zawartych w ustawie o izbach lekarskich wynika, że organami prowadzącymi to postępowanie są rzecznik i sąd lekarski, zatem ocena czy w danym przypadku doszło do popełnienia przewinienia zawodowego nie leży w kompetencji Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej. Wskazać przy tym należy, że Sąd I instancji ma obowiązek przeprowadzenia dowodu z urzędu, ale tylko wówczas, gdy jest to niezbędne i celowe dla prawidłowego wyrokowania w kontekście czynów zarzucanych obwinionej. Tymczasem dowody te, w ocenie NSL, były bezprzedmiotowe dla kwestii odpowiedzialności obwinionej za czyn opisany w pkt 2 wniosku o ukaranie. Decyzja Sądu I instancji w zakresie oddalenia tych wniosków dowodowych obrony była więc prawidłowa. Powyższe odnosi się także do zarzutu odwołania, w którym obrońca zarzuca zaniechanie przeprowadzenia z urzędu dowodu z dokumentacji medycznej w postaci karty informacyjnej z pobytu w leczeniu szpitalnym z dnia 19 marca 2011 r. na nazwisko X. w Hospicjum Medycyny paliatywnej w X. Ksiądz X. został przesłuchany w tej sprawie i zaprzeczył, aby cierpiał na chorobę nowotworową. Nie sposób przyjąć, że dokument ten był wiarygodny dla obwinionej, gdyż w sytuacji, gdy nie była ona specjalistą od leczenia bólu, a bezkrytycznie wypisywała przez tak długi okres silne leki przeciwbólowe, w tak dużych dawkach dla jednego pacjenta, z którym się nigdy się nie kontaktowała, jej postępowanie należałoby ocenić jako skrajnie bezmyślne, wręcz irracjonalne. Dlatego trudno dać wiarę, aby obwiniona nie była świadoma znaczenia swego postępowania. Wyjaśnienia obwinionej stanowiły obraną przez nią linię obrony, Sąd I instancji słusznie jednak ocenił je jako całkowicie niewiarygodne. Niezasadny jest również zarzut dotyczący podjęcia przez OROZ postanowieniem z dnia 7 listopada 2014 r. zawieszonego postępowania wyjaśniającego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, pomimo wcześniejszego zawieszenia tego postępowania w dniu 8 marca 2013 r. do czasu zakończenia postępowania karnego. Autor odwołania – obrońca obwinionej, pomimo tego, że wykonuje zawód adwokata, zdaniem NSL nie dostrzegał oczywistej, wynikającej z treści ustawy *o izbach lekarskich* zasady niezależności postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej od innych rodzajów odpowiedzialności, do których może zostać pociągnięty lekarz za ten sam czyn. Odpowiedzialność zawodowa jest dodatkowym rodzajem odpowiedzialności lekarzy, nienależącym do prawa powszechnego. Uprawnienia do dokonywania oceny czy lekarz wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej pozostają wyłącznie w gestii właściwego organu samorządu zawodowego lekarzy, który na mocy art. 17 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* zobo-

wiązany jest do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu zaufania publicznego. Zgodnie bowiem z treścią art. 53 ustawy *o izbach lekarskich* lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. Przepisy tej ustawy wyraźnie wskazują podmioty uprawnione do podejmowania czynności w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Są nimi NROZ i OROZ oraz NSL i OSL-y. Należy podkreślić, że ustawodawca zagwarantował tym organom samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów niezależność w wykonywaniu tych zadań. Okręgowy Rzecznik zatem miał pełne prawo podjąć zawieszone postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wskazując, w uzasadnieniu postanowienia z dnia 7 listopada 2014 r. racjonalne przesłanki jego podjęcia w postaci: braku możliwości ustalenia daty wszczęcia postępowania karnego, jak również zbliżających się terminów procesowych zwłaszcza terminu określającego karalność przewinień zawodowych pozwalającego na pociągnięcie obwinionej do odpowiedzialności zawodowej. Na marginesie już tylko wskazać należy, że pierwszy zarzut zawarty we wniosku o ukaranie uległ przedawnieniu karalności jeszcze przed wyznaczeniem pierwszej rozprawy przez Sąd I instancji, na dzień 18 marca 2015 r. (ustanie karalności czynu następowało bowiem 5 marca 2015 r.). Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej mógł więc samodzielnie podejmować czynności leżące w jego kompetencji i nie był bezwzględnie związany etapem niezakończonego postępowania karnego, jakie było prowadzone wobec obwinionej, pomimo wcześniej wydanego postanowienia o zawieszeniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej do czasu zakończenia postępowania karnego. Działanie to było też w pełni uzasadnione z uwagi na tzw. ekonomikę procesową. Konkludując, w świetle całości zgromadzonego materiału dowodowego wina obwinionej jest niezaprzeczalna. W ocenie NSL działaniem swoim obwiniona w sposób drastycznie ciężki przekroczyła zasady etyki i deontologii lekarskiej. Czyny jej były popełniane wielokrotnie i należy uznać, że z niskich finansowych pobudek, narażając na szkodę NFZ poprzez wykorzystanie nieprzysługującej refundacji – co zostało dowiedzione w postępowaniu karnym. Orzeczona kara jest karą surową, ale adekwatną do wagi przypisanych obwinionej czynów. Naganność i karygodność działań obwinionej są, jak dla osoby wykonującej zawód lekarza, bardzo wysokie. W ocenie NSL wymierzona obwinionej kara jest więc karą w pełni sprawiedliwą, uzasadnioną i w pełni zasłużoną.

16. Naruszenie art. 8 KEL

16.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 16/OWU/15 ustalono, że w dniu 24.08.2011 roku wpłynęło do OROZ w X. zawiadomienie o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego, złożone przez żonę pokrzywdzonego EG, do którego miało dojść w dniach od 13–14.09.2010 r. przez lekarzy pracujących w Szpitalu Specjalistycznym w X. Przewinienie miało polegać na opóźnieniu w rozpoznaniu rozwarstwienia tętniaka aorty brzusznej i nieskierowaniu chorego do szpitala posiadającego oddział chirurgiczny, w którym możliwe byłoby leczenie operacyjne. Chory EG l. 80 chorował na: miażdżycę uogólnioną, przewlekłą niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, cho-

robę niedokrwienną serca, kamicę pęcherzyka żółciowego, chorobę zwyrodnieniową stawów kręgosłupa i miał rozpoznanego tętniaka aorty brzusznej na podstawie diagnostyki w kwietniu 2010 roku (wymiar poprzeczny tętniaka 67x63 mm). W dniu 13.09.2010 pracując w ogrodzie w ciągu dnia, poczuł ból w okolicy brzucha z promieniowaniem do okolicy lędźwiowej. O godz. 21 tego samego dnia wezwał wraz żoną Karetkę Pogotowia Ratunkowego z powodu tegoż bólu. Został przyjęty na Izbie Przyjęć Szpitala i po wykonaniu badań laboratoryjnych oraz RTG kręgosłupa, RTG j. brzusznej i EKG został przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych o godz. 21.30 z rozpoznaniem bóle brzucha – diagnostyka. W trakcie dyżuru w nocy z 13/14.09.2010 lek. dyżurny I Oddziału Chorób Wewnętrznych zleciła wykonanie badania USG j. brzusznej z oceną wielkości tętniaka (średnica 62 mm) i leczyła chorego przeciwbólowo oraz podawała doraźnie leki hipotenstyjne. W dniu 14.09.2010 r. o godz. 7.30 obowiązki lekarza prowadzącego przejął kolejny lekarz, który po zbadaniu chorego i uczestniczeniu w porannym raporcie, a następnie wizycie z Ordynatorem, o godz. 10.00 po zgłoszeniu silnego bólu brzucha przez pacjenta, kontynuował dalszą diagnostykę i leczenie. O godz. 10.37 wykonano kolejne USG j. brzusznej – wzrost średnicy tętniaka do 77 mm z podejrzeniem rozwarstwienia. Lekarz konsultowała się z chirurgiem naczyniowym, który odmówił przyjęcia chorego do pilnego leczenia operacyjnego i zalecił wykonanie badania tomograficznego. Zdecydowano o wykonaniu badania TK, podczas wykonywania którego doszło do nagłego zatrzymania krążenia i mimo prowadzenia akcji resuscytacyjnej chory zmarł. W wyniku złożonego zawiadomienia OROZ w X. w dniu 5.10.2011 wydał postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego. W wyniku prowadzonego postępowania wyjaśniającego w dniu 7.09.2012 roku OROZ wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów: dr MHA, zarzucając Jej, iż pełniąc dyżur w Izbie Przyjęć w dniu 13.09.2010 roku nie zleciła dodatkowych badań (TK z kontrastem) wykluczających lub potwierdzających powiększenie się lub pęknięcie tętniaka aorty brzusznej oraz konsultacji chirurga naczyniowego lub przewiezienia chorego do Oddziału Chirurgii Naczyniowej, skutkiem czego doszło do bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia tj. o przewinienie zawodowe określone w art. 8 KEL oraz dr ASD, zarzucając Jej, iż pełniąc dyżur w I Oddziale Chirurgii Wewnętrznej Szpitala X. w dniu 13.09.2010 roku nie zleciła dodatkowych badań (TK z kontrastem) wykluczających lub potwierdzających powiększenie się lub pęknięcie tętniaka aorty brzusznej oraz konsultacji chirurga naczyniowego lub przewiezienie chorego do Oddziału Chirurgii Naczyniowej, skutkiem czego doszło do bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia tj. o przewinienie zawodowe określone w art. 8 KEL, a także dr MO, zarzucając Jej, iż pracując w I Oddziale Chirurgii Wewnętrznej Szpitala w dniu 14.09.2010 r. nie podjęła decyzji o przewiezieniu chorego do Oddziału Chirurgii Naczyniowej, nie wykonała dodatkowych badań (TK z kontrastem) wykluczających lub potwierdzających powiększenie się lub pęknięcie tętniaka aorty brzusznej, skutkiem czego doszło do bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia tj. o przewinienie zawodowe określone w art. 8 KEL. Jednocześnie toczyło się postępowanie wyjaśniające w tej sprawie prowadzone przez Prokuraturę w X. zakończone odmową wszczęcia śledztwa. Po przeprowadzeniu całości postępowania dowodowego OROZ w dniu 15.01.2013 roku wydał postanowienie o zamknięciu postępowania wyjaśniającego i w dniu 9.04.2013 r. złożył wniosek o ukaranie dr MHA, dr ASD i dr MO, przedstawiając im

powyżej cytowane zarzuty. OSL w X. po przeprowadzeniu rozpraw w dniach 12.06.2014 oraz 23.10.2014 roku uznał dr MHA za winną popełnienia zarzucanego jej przewinienia zawodowego i orzekł względem Jej karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres 6 miesięcy w postaci pełnienia dyżurów w SOR i szpitalnych IP w lecznictwie zamkniętym; uznał dr ASD za winną popełnienia zarzucanego jej przewinienia zawodowego i orzekł względem Jej karę upomnienia oraz uniewinnił dr MO od popełnienia zarzucanego jej przewinienia zawodowego. Od powyższego orzeczenia odwołała się skarżąca tylko w zakresie kary orzeczonej wobec dr ASD. Odwołały się również co do całości orzeczenia wobec nich obie ukarane obwinione.

W ocenie NSL odwołania okazały się zasadne. Odwołanie obrońcy lek. ASD było zasadne w części, w jakiej zarzucało przekroczenie granic swobodnej oceny materiału dowodowego. W uzasadnieniu orzeczenia OSL wskazał, że naruszeniem art. 8 KEL było podanie leków opioidowych bez wskazań ku temu, co mogło utrudnić rozpoznanie bezpośredniego zagrożenia życia – tymczasem treść zarzutu postawionego tej obwinionej jest zupełnie inna i dotyczyła niewykonania dodatkowych badań diagnostycznych. W powyższym zakresie obarczenie obwinionej winną nie znajduje żadnego oparcia w treści uzasadniania orzeczenia. Z dołączonego materiału dowodowego wynika również, że chory w trakcie dyżuru otrzymał 50 mg Tramadolu w powolnym wlewie dożylnym. Jest to co prawda lek z grupy opioidowych, jednak uwzględniając farmakologię i czas działania tego leku, jako fakty powszechnie znane i niewymagające udowodnienia, należy stwierdzić, iż podanie leku nie mogło wpłynąć na rozpoznanie bezpośredniego zagrożenia życia, jakim było rozwarstwianie się tętniaka dnia następnego. Zresztą dobry stan pacjenta w godzinach porannych dnia następnego, który podczas wizyty porannej przeprowadzonej przez uniewinnioną dr MO, przeczy przyjętemu założeniu wpływu leków na stan świadomości. Dodatkowo zdaniem NSL działanie obwinionej w trakcie dyżuru i przeprowadzenie badania USG jamy brzusznej z oceną wielkości tętniaka, przez lekarza z potwierdzonymi Certyfikatem uprawnieniami wskazuje raczej na ponadstandardowe działanie, zgodne z wymaganiami stawianymi lekarzom przez KEL. Odwołanie obwinionej lek. HA było zasadne – stwierdził NSL – w zakresie w jakim kwestionowało ustalenia stanu faktycznego dokonane przez OSL. Przypisanie obwinionej lek. HA winy niezlecenia badań dodatkowych nie było poparte żadnymi argumentami i nosi cechy dowolności. OSL nie wskazał powodów, wyników badań czy wywiadu, które w świetle aktualnej wiedzy medycznej oraz z poszanowaniem zasad należytej staranności powinny skłonić obwinioną do zlecenia takich dodatkowych badań jak wymienione w treści zarzutu TK, w trakcie godzinnego pobytu chorego w Izbie Przyjęć. Koreluje to z brakiem objawowości tętniaka aorty. OSL nie wskazał żadnych dowodów na odrzucenie twierdzeń obwinionej o braku objawów (bólu brzucha) pękającego tętniaka. Dodatkowo zdaniem NSL przyjęcie pacjenta do Szpitala, przy braku niepokojących objawów, z uwagi na obciążający wywiad chorobowy pacjenta, świadczy o rzetelnym podejściu do pacjenta, wymaganym przez KEL. Kluczowe jednak do podjęcia takiego a nie innego rozstrzygnięcia i uniewinnienia obu Obwinionych, miało dla NSL, złożone oświadczenie przez rodzinę pacjenta na wniosku o odstąpieniu od sekcji zwłok, stanowiącego dołączony materiał dowodowy. Z treści tego oświadczenia wynika, iż rodzina nie zgłasza roszczeń do prowadzonego postępowania medycznego. Na tej podstawie nie wykonano sekcji zwłok zmarłego, co dla roz-

poznania ostatecznej przyczyny jego zgonu miało kluczowe znaczenie i co jak również ustaliła Prokuratura Rejonowa w X., miało znaczenie dla umorzenia postępowania karnego. Wobec powyższego, że odwołania obrońcy lek. SD oraz lek. HA były zasadne i stąd też NSL uniewinnił obwinione od zarzucanych im przewinień zawodowych.

16.2. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 22/OWU/15 ustalono, iż orzeczeniem z dnia 15 grudnia 2014 r., sygn. akt. OSL I-0011/2014, OSL w X. uznał prof. dr hab. n. med. WU winnym tego, że będąc operatorem zabiegu usunięcia nerki u pacjentki AP w Szpitalu Dziecięcym w dniu 24 października 2011 r. popełnił błąd usuwając nerkę prawą zamiast nerki lewej, czego skutkiem było usunięcie nerki „zdrowej", funkcjonującej, co doprowadziło do dializoterapii tj. przewinienia zawodowego z art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 14 grudnia 1991 roku. OSL orzekł wobec obwinionego karę nagany oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 27 grudnia 2014 r. obwiniony złożył odwołanie do NSL zaskarżając je w części dotyczącej kary – wnosząc o uniewinnienie. Odwołanie od przedmiotowego orzeczenia złożył także OROZ, zaskarżając je na niekorzyść obwinionego i wnosząc o zmianę wydanego orzeczenia w części dotyczącej kary i wymierzenie obwinionemu lekarzowi kary zakazu wykonywania zabiegów operacyjnych na okres dwóch lat.

NSL uznał, że odwołanie obwinionego nie było zasadne. Jak wskazano w uzasadnieniu, ustalenia OSL dotyczące stanu faktycznego były w ocenie NSL prawidłowe i brak jest podstaw do ich zakwestionowania. Zarzuty obwinionego dotyczące niemerytorycznej oceny były bezpodstawne, zwłaszcza iż Sąd I instancji – wbrew temu, co twierdzi odwołujący się – w sposób bardzo wnikliwy i szczegółowy przeprowadził postępowanie dowodowe całokształtu okoliczności istniejących w niniejszym postępowaniu. Opierając się na ustalonym w przedmiotowej sprawie stanie faktycznym, NSL podzielił stanowisko Sądu I instancji, iż obwiniony dopuścił się błędu polegającego na nieprawidłowym wykonaniu zabiegu operacyjnego. Obwiniony dopuścił się błędu, którego skutki były poważne, ale równie poważny był stan pacjentki. W trudnych przypadkach lekarz przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego powinien wykorzystać dostępne mu środki diagnostyczne w celu prawidłowego określenia pola operacyjnego. Obwiniony był świadomy trudności planowanej operacji o czym świadczy przeprowadzenie jej w trzyosobowej asyście. Obwiniony przewidując, iż planowany zabieg operacyjny będzie zabiegiem skomplikowanym podjął więc szczególne starania w celu zapewnienia jego prawidłowego przebiegu. Takiej staranności niestety nie można stwierdzić na etapie poprzedzającym sam zabieg tj. zabrakło szczególnej staranności w fazie przygotowań do zabiegu, czyli przede wszystkim nie przeprowadzono badania tomograficznego pozwalającego ustalić położenie nerki planowanej do usunięcia. Z powyższych względów nie jest zasadne odwołanie obwinionego. Wykonana operacja była zabiegiem trudnym z uwagi na stan zdrowia pacjenta, wykonywanie tej operacji z dodatkową asystą było decyzją zasadną, ale te same względy powinny skłonić obwinionego do jak najlepszego rozpoznania pola operacyjnego przed samą operacją za pomocą odpowiedniej diagnostyki. W ocenie NSL obwiniony miał możliwości działania, które zapobiegłyby pomyłce i usunięciu niewłaściwej nerki. Z kolei odnosząc się do odwołanie OROZ NSL stwierdził, iż jest ono częściowo zasadne, podzielając podniesione przez rzecznika zarzuty wymierzenia obwinionemu kary rażąco

niewspółmiernie łagodnej. W ocenie Sądu odwoławczego kara nagany była karą zbyt łagodną w stosunku do jej skutków oraz niebezpieczeństwa, jakie czyn obwinionego spowodował. Tak więc, odwołanie Rzecznika jest zasadne w zakresie, w jakim zarzuca on wymierzenie obwinionemu zbyt łagodnej kary. Zdaniem NSL nie był jednak uzasadniony wniosek, jaki w zakresie wymiaru kary sformułował Rzecznik. W ocenie rzecznika bowiem karą adekwatną do powagi i skutków, a także stopnia popełnionego przez obwinionego przewinienia byłaby kara zakazu wykonywania zabiegów operacyjnych na okres dwóch lat. Kara, której wymierzenia żąda OROZ oznaczałaby zerwanie ciągłości wykonywania zabiegów operacyjnych na okres 2 lat, co mogłoby oznaczać pogorszenie zdolności obwinionego do wykonywania takich zabiegów po odbyciu kary. NSL wskazał, iż wbrew argumentacji Rzecznika nie może stanowić okoliczności obciążającej przy wymiarze kary fakt korzystania obwinionego z prawa do obrony, w tym nieprzyznawanie się do winy. Dodatkowo należy zaznaczyć, że sam zabieg operacyjny został wykonany poprawnie, a błąd obwinionego dotyczył etapu przygotowania do tego zabiegu i polegał na nieprzeprowadzeniu takich badań diagnostycznych, które pozwoliłyby zlokalizować położenie nerki przeznaczonej do usunięcia. Z powyższych względów NSL uznał, że kara wnioskowana przez Rzecznika byłaby karą zbyt surową. W ocenie Sądu odwoławczego karą adekwatną do powagi popełnionego przewinienia zawodowego, a zwłaszcza jego negatywnych konsekwencji dla pacjenta będzie kara zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres jednego roku oraz kara pieniężna w wysokości dwukrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat z nagród. Wobec powyższego NSL, działając na podstawie art. 92 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* zmienił zaskarżone orzeczenie Sądu I instancji i wymierzył obwinionemu karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres jednego roku oraz karę pieniężną w wysokości dwukrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku z grudnia 2014 roku, ogłoszonego przez Prezesa GUS w dniu 20 stycznia 2015 r. na rzecz Fundacji XYZ.

17. Art. 10 KEL[37]

17.1. W sprawie o sygn. NSL Rep. 24/OWU/15 orzeczeniem z dnia 28 kwietnia 2014 r., sygn. akt OSL-42/13, OSL w X. po rozpoznaniu sprawy przeciwko lek. ML, obwinionemu o to, że: w okresie między nie wcześniej niż 1 lutego 2006 r. i nie później niż 31 grudnia 2008 r. jako lekarz zatrudniony w Lecznicy O., kilkakrotnie pobrał od pacjentek lub osób uprawnionych nienależną opłatę za badania cytologiczne i nie wykonując tych badań wydał pacjentom podrobione zaświadczenia lekarskie w postaci

[37] Art. 10.1. Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych. **2.** Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

wyniku badania cytologicznego opatrzone podrobionym podpisem na pieczęci lekarza MK, co zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem skazującym Sądu Rejonowego w X. z dnia 12 lipca 2012 r., tj. popełnienie przewinienia zawodowego z art. 1, 10, 40 i 41 Kodeksu etyki lekarskiej w zbiegu z art. 270 § 1 i 286 § 1 Kodeksu karnego, w rezultacie uznał obwinionego winnym zarzucanego mu czynu we wniosku o ukaranie przewinienia zawodowego i wymierzył mu karę ograniczenia czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres 2 (dwóch) lat, zakazując obwinionemu pracy w opiece ambulatoryjnej oraz karę dodatkową w postaci kary pieniężnej w wysokości 8000,00 złotych, obciążając go kosztami postępowania. Sąd I instancji w pkt 4 sentencji orzeczenia zawarł również stwierdzenie o skierowaniu wniosku do Okręgowej Rady Lekarskiej o przeprowadzenie postępowania z art. 11 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 21 stycznia 2015 r. odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył obrońca obwinionego, zaskarżając je w części dotyczącej kary. NSL stwierdził, że odwołanie wniesione przez obrońcę nie jest zasadne. Jak wskazano w uzasadnieniu NSL, nie znajduje uzasadnionych podstaw zarzut odwołania dotyczący wymierzenia przez Sąd I instancji obwinionemu kary niewspółmiernej, nieuzasadnionej okolicznościami sprawy ani warunkami i właściwościami osobistymi obwinionego. W ocenie NSL, Sąd I instancji prawidłowo rozstrzygnął o wymiarze kary, należycie i szczegółowo wskazując przesłanki, które wziął pod uwagę. OSL słusznie zastosował dyrektywy dotyczące wymiaru kary określone w art. 53 § 1 k.k. w związku z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*. W szczególności przy wymiarze kary Sąd I instancji, co zostało wyartykułowane w uzasadnieniu orzeczenia, wziął pod uwagę przyznanie się obwinionego podczas rozprawy do zarzucanego mu czynu, która to okoliczność słusznie została poczytana na korzyść obwinionego. W ocenie NSL, w niniejszej sprawie, nie mają istotnego wpływu na ocenę stopnia społecznej szkodliwości czynu obwinionego takie okoliczności, jak: niekaralność zawodowa obwinionego, zastosowanie w postępowaniu przygotowawczym prowadzonym przez Prokuraturę środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu, jego dotychczasowe życie, jak też właściwości i warunki osobiste oraz konieczność utrzymania rodziny, natomiast okoliczności te Sąd I instancji właściwie uwzględnił przy wymiarze kary. W ocenie NSL wina obwinionego nie budziła wątpliwości, czego nie kwestionował nawet obrońca. Ponadto czyn ten nie był incydentalny i został popełniony przez osobę, która powinna, jako lekarz posiadający specjalizację z zakresu ginekologii i położnictwa, zdawać sobie w pełni sprawę z naganności i szczególnej szkodliwości takich czynów. Wielokrotne posługiwanie się podrobionym podpisem na pieczęci lekarz MK na zaświadczeniach lekarskich zawierających wynik badania cytologicznego należało uznać za działanie z premedytacją. Wymierzona obwinionemu kara była karą surową, ale w pełni adekwatną do przypisanego mu przewinienia zawodowego. Przewinienie zawodowe obwinionego cechuje wysoki poziom społecznej szkodliwości oraz duże ryzyko podważania zaufania do zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego. W ocenie NSL wymierzona obwinionemu kara jest sprawiedliwa, uzasadniona i w pełni zasłużona. Jak podkreślono, zupełnie niezrozumiałym był zarzut wydania orzeczenia niekonstytucyjnego. Odwołujący, pomimo tego, że wykonuje zawód adwokata, nie dostrzega oczywistej, wynikającej z treści ustawy *o izbach lekarskich* zasady niezależności postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej od innych rodzajów

odpowiedzialności, do których może zostać pociągnięty lekarz za ten sam czyn. Odpowiedzialność zawodowa jest niezależnym trybem odpowiedzialności, obok odpowiedzialności karnej i cywilnej. Uprawnienia do dokonywania oceny czy lekarz wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej pozostają wyłącznie w gestii właściwych organów samorządu zawodowego lekarzy, który na mocy art. 17 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązany jest do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu zaufania publicznego. Zgodnie bowiem z treścią art. 53 ustawy *o izbach lekarskich* lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. Przepisy tej ustawy wyraźnie wskazują podmioty uprawnione do podejmowania czynności w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Są nimi NROZ, Okręgowi Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej oraz NSL i Okręgowe Sądy Lekarskie. Należy podkreślić, że ustawodawca zagwarantował samorządowi zawodowemu lekarzy i lekarzy dentystów niezależność w wykonywaniu swoich zadań. Sąd lekarski samodzielnie rozstrzyga leżące w jego kompetencji sprawy i samodzielnie, w przypadku uznania winy obwinionego, dokonuje wyboru rodzaju i wymiaru kary. Wątpliwości podnoszonych w tym zakresie w zarzucie obrońcy nie miał również sąd powszechny. W sprawie karnej prowadzonej wobec obwinionego w uzasadnieniu prawomocnego wyroku z dnia 15 listopada 2012 r. Sąd Okręgowy, X Wydział Karny, w X. stwierdził, cyt.: „Oskarżony świadomie wykorzystał przecież swe uprawnienia zawodowe, sprzeniewierzył się złożonej przysiędze ratowania zdrowia i życia ludzkiego dla osiągnięcia zwykłej korzyści materialnej. Miał również pełną świadomość tego, jakie ewentualne mogą być konsekwencje braku wykonania badań i sfałszowania wyników. W ten sposób dowiódł niewątpliwie, że nie ma odpowiednich kwalifikacji moralnych do wykonywania zawodu lekarza. Sąd Okręgowy ma nadzieję, że okoliczności te zostaną właściwie uwzględnione w ramach postępowania przed sądem lekarskim". Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że zarzut obrońcy co do niekonstytucyjności orzeczenia sądu lekarskiego był całkowicie bezzasadny i nie ma jakiegokolwiek umocowania w porządku prawnym obowiązującym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Jako całkowicie bezpodstawny oceniono również wniosek obrońcy o zastosowanie dobrodziejstwa instytucji Kodeksu karnego w postaci odstąpienia od wymierzenia kary na rzecz środka karnego na zasadzie art. 59 § 1 Kodeksu karnego w zbiegu z art. 112 pkt 1 i 2 ustawy *o izbach lekarskich* w związku z art. 437 § 1 k.p.k. Zgodnie bowiem z treścią art. 112 ustawy *o izbach lekarskich* w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy k.p.k.; nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej; rozdziałów I–III i art. 53 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny*. Przywołany zatem przez obronę art. 59 § 1 Kodeksu karnego nie ma w niniejszym postępowaniu zastosowania, albowiem jako znajdujący się w rozdziale VI Kodeksu karnego nie może stanowić jakiejkolwiek podstawy prawnej wniosku obrony, mając na uwadze zapisy art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*. NSL wskazał nadto, że pomimo stwierdzenia uchybień wydanego orzeczenia Sądu I instancji w postaci: braku zgodnego z art. 85 § 1 ustawy *o izbach lekarskich* doprecyzowania wymiaru i określenia celu przeznaczenia

wymierzonej kary pieniężnej; zawarcia w pkt 4 sentencji orzeczenia stwierdzenia o skierowaniu wniosku do Okręgowej Rady Lekarskiej o przeprowadzenie postępowania z art. 11 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, co nie powinno mieć miejsca w sentencji orzeczenia OSL, to odwołanie również w tym zakresie nie zasługuje na uwzględnienie. Jak stwierdzono, wady wydanego orzeczenia OSL w X. nie są bowiem bezwzględnymi przesłankami odwoławczymi (w rozumieniu art. 439 § 1 Kodeksu postępowania karnego), które Sąd II instancji musi uwzględnić bez względu na granice i kierunek zaskarżenia. Uchybienie wskazane powyżej w pkt 1 może być bowiem usunięte poprzez doprecyzowanie w zakresie dotyczącym orzeczonej kary pieniężnej, co NSL uczynił w sentencji wydanego orzeczenia w ten sposób, że ustalił ją w wysokości dwukrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku z kwietnia 2014 r., ogłoszonego przez Prezesa GUS w dniu 19 maja 2014 r. z przeznaczeniem na rzecz Fundacji XYZ. NSL odstąpił od przysługującego mu prawa wynikającego z treści art. 84 ustawy *o izbach lekarskich* i nie zarządził opublikowania niniejszego orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem, mając na uwadze dobro osobiste córki obwinionego, która jest studentką medycyny.

18. Naruszenie obowiązków wskazanych w art. 13 KEL[38] i art. 9 ustawy *o prawach pacjenta*[39]

18.1. W sprawie o sygn. NSL Rep. 35/OWU/15 orzeczeniem z dnia 8 października 2014 r., sygn. akt Wu 36/14, OSL w X., po rozpoznaniu sprawy lek. MSW, obwinionej o to, że wykonując w dniu 28 maja 2012 r. zabieg kapsulotomii u JT w Samodzielnym

---

[38] Zgodnie z art. 13. 1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. 2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. 3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

[39] Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. 2016, poz. 186) 1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. 2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. 3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom. 4. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2. 5. Po uzyskaniu informacji, o których mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie. 6. W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2015, poz. 464, z późn. zm.), pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie. 7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. 8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich.

Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Y. nie poinformowała pacjentki o sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz o możliwych powikłaniach, tj. o naruszenie art. 9 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz art. 13 KEL, uniewinnił lekarkę od popełnienia zarzucanego jej czynu. Od powyższego orzeczenia odwołanie wniosła pokrzywdzona pacjentka, która wskazała na ogólne niezadowolenie zarówno ze sposobu przeprowadzenia zabiegu, jak i jego efektu, oraz zakwestionowała opinię biegłej. Jak stwierdził NSL odwołanie pokrzywdzonej nie zawierało rzeczowych argumentów, również z urzędu Sąd odwoławczy nie dopatrzył się uchybień, które uzasadniałyby zmianę lub uchylenie zaskarżonego orzeczenia. Ustalenia poczynione przez OSL dotyczące stanu faktycznego były w ocenie NSL prawidłowe i brak było podstaw do ich kwestionowania. Oparte zostały na wyczerpująco zebranym i poddanym wszechstronnej ocenie materiale dowodowym, ujawnionym na rozprawie. Przeprowadzona przez Sąd I instancji ocena dowodów uwzględnia wskazania wiedzy medycznej, zasady doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania, nie nosi zatem znamion dowolności. W kwestii udzielenia pokrzywdzonej przez obwinioną lekarkę stosownej informacji i uzyskania zgody na zabieg OSL dysponował jedynie dowodami w postaci zeznań pokrzywdzonej i wyjaśnień obwinionej. Z racji bowiem specyfiki wykonanego zabiegu (laseroterapia) obecność osób trzecich, w trakcie jego wykonywania, była niepożądana. Jednakże zeznania pokrzywdzonej i wyjaśnienia obwinionej diametralnie się różniły. Obwiniona utrzymywała, że udzieliła ustnie informacji i uzyskała ustną zgodę na przeprowadzenie zabiegu, pokrzywdzona natomiast twierdziła, że taka sytuacja nie miała miejsca. W placówce medycznej, w której przeprowadzany był zabieg, nie było wówczas zwyczaju uzyskiwania pisemnej zgody pacjenta na zabieg, co w pewnej mierze uprawdopodabnia wersję zdarzeń prezentowaną przez obwinioną. W zaistniałej sytuacji procesowej NSL podzielił stanowisko Sądu I instancji o braku podstaw co do stanowczego przyjęcia za wiarygodną, którejś z powyższych wersji zdarzeń, a co zatem idzie rozstrzygnięcia powstałych w sprawie wątpliwości. Zgodnie zaś z art. 61 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego lekarza. Z normy tej wynika nakaz uniewinnienia obwinionego lekarza, jeżeli ocena dowodów nie prowadzi do jednoznacznego, tj. mającego logiczne i zgodne z zasadami doświadczenia życiowego oparcie w materiale dowodowym sprawy, przekonania co do popełnienia czynu objętego wnioskiem o ukaranie. Zatem w ocenie Sądu odwoławczego OSL prawidłowo zastosował w niniejszej sprawie przytoczony przepis.

19. Art. 14 KEL[40]

19.1. W sprawie NSL Rep. 218/OWU/15 ustalono, że orzeczeniem z dnia 16 października 2013 r. OSL w X. po rozpoznaniu na rozprawie sprawy lekarza JAC obwinionego o to, że: w dniu 25 lutego 2007 r. w ramach praktyki lekarskiej w miejscu wezwania

[40] Zgodnie z art. 14 KEL lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

wykorzystując stan zdrowia pacjentki MW i swój wpływ na nią (stan zdrowia) podjął działanie na szkodę pacjentki poprzez: pod pozorem udzielania pomocy lekarskiej doprowadził pacjentkę do stanu wyłączającego możliwość podjęcia świadomej decyzji, a następnie doprowadził pacjentkę do obcowania płciowego, tj. o czyn z art. 14 i art. 2 ust. 1 KEL. OSL uznał obwinionego za winnego popełnienia zarzucanego mu przewinienia zawodowego i orzekł karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Od tego orzeczenia pismem z dnia 13 stycznia 2014 r. obwiniony, reprezentowany przez adwokat DK, wniósł odwołanie do NSL zaskarżając je w całości. NSL orzeczeniem z dnia 9 maja 2014 r. uznał odwołanie za częściowo zasadne, zmienił zaskarżone orzeczenie OSL i wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres pięciu lat, jako jedyną okoliczność łagodzącą wskazując dotychczasową niekaralność obwinionego. Od tego orzeczenia Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wniósł kasację do Sądu Najwyższego. Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 29 września 2015 roku uchylił zaskarżone orzeczenie NSL z dnia 9 maja 2014 roku w części dotyczącej wymiaru kary i w tym zakresie sprawę przekazał do ponownego rozpoznania przez NSL. NSL uznał, iż odwołanie obwinionego od orzeczenia OSL w X. nie było zasadne. Podkreślono, że OSL przyjął zasadę rzeczy raz osądzonej w toku postępowania karnego, a ustalenia stanu faktycznego dokonane przez OSL były zbieżne z ustaleniami Sądu Karnego, w ocenie NSL prawidłowe, znajdują pełne uzasadnienie w zebranym materiale dowodowym, i brak jest podstaw do ich skutecznego zakwestionowania. Jak przypomniano w uzasadnieniu orzeczenia NSL, postępowanie karne w tej sprawie zostało zakończone prawomocnym wyrokiem skazującym, i zarówno Wydział Karny Sądu Rejonowego, jak i w kontroli instancyjnej Wydział Karny Odwoławczy Sądu Okręgowego nie miały wątpliwości co do winy obwinionego za czyn popełniony w toku wykonywania czynności z zakresu pomocy medycznej. Odnosząc się do odwołania obwinionego do NSL zarzut obwinionego, że Sąd Karny nie znalazł podstaw do przypisania odpowiedzialności za zachowanie polegające na doprowadzeniu pacjentki do stanu wyłączającego możliwość podjęcia świadomej decyzji, wymaga szerszego omówienia. Sąd Karny w swoim wyroku jednoznacznie uznał JC winnym wykorzystania stanu bezradności pokrzywdzonej, w którym to stanie znalazła się na skutek interakcji alkoholu z podanymi przez oskarżonego lekami. Wątpliwości, wynikające z powodu braku dowodów jednoznacznych o działaniu podstępnym i celowym obwinionego, i możliwej innej wersji wydarzeń tzn. popełnienia przez oskarżonego błędu w sztuce lekarskiej, poprzez podanie chorej leków bez sprawdzenia jej stanu nietrzeźwości, oraz możliwość, co podnosi Sąd Odwoławczy, że zamiar doprowadzenia chorej do obcowania płciowego zrodził się później, spowodowały przypisanie obwinionemu przez Sąd Karny występku z art. 198, a nie 197 k.k., co jest słuszne z punktu widzenia prawa karnego, natomiast powołanie się na umorzenie przez OROZ w X. postanowieniem z dnia 2 grudnia 2008 r. z uwagi na stwierdzenie, „iż postępowanie medyczne obwinionego JC było uzasadnione i dopuszczalne" jest całkowicie chybione. Sprawa RO-0086/2008 dotyczyła wszczęcia postępowania z zawiadomienia Prokuratury, w związku z opinią biegłych Zakładu Medycyny Sądowej o możliwości naruszenia art. 11 KEL, który mówi, że „Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swojego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem". Zdaniem biegłych „Podanie przez lekarza leków psychoaktywnych (Clonazepam, Mi-

danium, Promazinum) pacjentce będącej w stanie upojenia alkoholowego w warunkach innych niż przygotowany do tego oddział szpitalny było błędem i postępowaniem niezgodnym z zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej. Postępowanie takie mogło spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu". Powołany przez OROZ dodatkowo biegły anestezjolog, godząc się częściowo z pierwszym zdaniem opinii biegłych, w swojej opinii stwierdzał, że niewątpliwie lekarz popełnił błąd, co zresztą sam przyznał, ale jako doświadczony anestezjolog przygotowany do zabiegów reanimacyjnych, dysponujący możliwością wezwania przez telefon komórkowy pomocy, potrafiłby zaradzić niebezpieczeństwu utraty życia. „Można zatem przyjąć, że nie miał świadomości podając podczas drugiej wizyty leki pacjentce, że ww. znajduje się pod wpływem alkoholu". Na tej podstawie OROZ w dniu 2.12.2008 r. umorzył postępowanie, mając świadomość o trwaniu procesu karnego, w którym obwiniony był oskarżony o znacznie cięższy występek, zagrożony surową karą. Zarówno biegły anestezjolog, jak i OROZ, opierali się w swoich decyzjach na zeznaniu obwinionego, w którym mówił o rzekomej pierwszej wizycie, w trakcie której przetoczył w celu odtrucia, i zniwelowania toksycznego działania alkoholu 2000 ml PWE dożylnie. W dalszym postępowaniu dowodowym Sąd Karny jednoznacznie dowiódł, że nie było żadnej pierwszej wizyty, a obwiniony kłamał. To stanowisko podtrzymał Sąd Apelacyjny, jako oparte na faktach. Tak więc, NSL musiał przyjąć, że opinia biegłego anestezjologa, jak i orzeczenie OROZ zostały oparte na nieprawdziwych przesłankach, nie mogły więc być żadnym argumentem w odwołaniu. NSL ponadto poddał uważnej analizie treść umorzenia, na którą powołuje się obwiniony i jego adwokat, i nigdzie nie znalazł w nim sformułowania „iż postępowanie medyczne JC było uzasadnione i dopuszczalne". W związku z powyższym należy stwierdzić, że obwiniony i adwokat celowo chcieli wprowadzić w błąd zespół orzekający NSL, i gdyby nie kasacja Sądu Najwyższego, prawdopodobnie odnieśliby sukces. Co do punktu 2 i 3 odwołania, dotyczyły one wątpliwości w kwestii świadomego podania leków w celu doprowadzenia pacjentki do stanu wyłączającego możliwość podjęcia decyzji oraz przekroczenia przez OSL zasady swobodnej oceny dowodów, uznając działania lekarskie jako pozorne, których celem było wyłączenie swobodnej decyzji pacjentki i doprowadzenie jej do obcowania płciowego. NSL stwierdził jednocześnie, że niektóre sformułowania użyte przez obronę w odwołaniu, były całkowicie niezgodne z treścią uzasadnienia orzeczenia OSL, np. „pod pozorem udzielania pomocy lekarskiej" – takiego sformułowania w orzeczeniu OSL w ogóle nie ma, co wyklucza możliwość odniesienia się do nich przez NSL. Wracając do meritum sprawy, opierając się na ustalonym w niniejszej sprawie stanie faktycznym, NSL podzielił stanowisko OSL, iż obwiniony w drodze podawania pokrzywdzonej leków psychoaktywnych, doprowadził ją do stanu bezradności, a później to wykorzystał w celu zaspokojenia swojego popędu płciowego, poprzez doprowadzenie ją do obcowania płciowego, czym w sposób drastyczny naruszył art. 14 i art. 2 ust. 1 KEL. Należy tu podkreślić, że podstawą orzekania sądów lekarskich jest właśnie KEL, a nie przepisy Kodeksu karnego, stąd może wynikać inna ocena ostateczna faktów. W ocenie NSL, obwiniony i jego adwokat nigdzie nie wykazali, aby OSL dokonał dowolnej tj. nieodpowiadającej wymogom art. 7 k.p.k. oceny dowodów. Istotą niniejszej sprawy dla OSL nie było ustalenie, w którym momencie obwiniony podjął decyzję o skrzywdzeniu cho-

rej, lecz ocena czynu jakiego się dopuścił. Należy także stwierdzić, że OSL samodzielnie rozstrzyga na podstawie zasad prawidłowego rozumowania, wiedzy lekarskiej i doświadczenia życiowego, jaki zakres materiału dowodowego jest już wystarczający do podjęcia merytorycznej decyzji w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obwinionego i tak było w tej sprawie. Co do punktu 4 odwołania, NSL przyznał, że orzeczenie OSL jest lakoniczne, ale z punktu widzenia KEL wystarczające i trafne. NSL nie miał żadnych wątpliwości i podzielił w tej sprawie stanowisko OSL, że jeśli doszło do obcowania płciowego, to nie można w żadnej mierze uznać, że intencją lekarza było niesienie pomocy, tak więc rozważanie innych wersji zdarzeń niczego nie wniesie, a obie strony akceptowały włączenie do materiałów akt sądowych, które stanowią podstawę dowodową. Zarówno OSL, jak i NSL dokonały bacznej analizy akt postępowania karnego. Co do punktu 5 odwołania, NSL zalecił obwinionemu i jego adwokatowi zapoznanie się z protokołem posiedzenia OSL w X., gdzie po zakończeniu postępowania dowodowego, obrońca, po udzieleniu mu przez OSL ostatniego głosu, wniósł o rozważenie możliwości skazania oskarżonego zgodnie z art. 387 k.p.k. bez przeprowadzenia postępowania dowodowego i wymierzenie mu kary 5 lat zawieszenia prawa wykonywania zawodu. Następnie obwiniony stwierdził, iż „Wysoki Sądzie, zwracam się z prośbą o to, co powiedział mój obrońca". W punkcie 6 odwołania obwiniony i adwokat podnieśli rażącą w ich opinii, niewspółmierność orzeczonej kary, kiedy jest to pierwsze przewinienie zawodowe lekarza JC. NSL podzielił jednak stanowisko OSL w X., że stosunek pomiędzy lekarzem a pacjentem opiera się w ogromnej mierze na zaufaniu. Zaufaniu pacjenta do tego, że może powierzyć lekarzowi swoje życie i zdrowie, co nakazuje lekarzowi, aby w każdej sytuacji bronił pacjenta od wszelkich zagrożeń, jeśli on sam tego nie może uczynić przez swoją bezradność. Stąd wynikają tak jasne uregulowania KEL, zabraniające wykorzystywania lekarzowi swojego wpływu na pacjenta w jakimkolwiek innym celu. Dla NSL nie ulegają wątpliwości wysokie kwalifikacje zawodowe obwinionego, tym większa jego odpowiedzialność. Przyjmując ustalenia sądu karnego, który dowiódł, że nie było pierwszej wizyty, i przetoczenia kroplówek celem zmniejszenia toksyczności przed podaniem innych leków, NSL nie dał wiary wyjaśnieniom obwinionego, że nie był świadomy, iż chora jest pod wpływem alkoholu, bo nie mając możliwości sprawdzenia tego alkomatem, nie powinien jej, bez wskazań życiowych, podawać dużych dawek leków sedatywnych wiedząc, że jest w ciągu alkoholowym. Jako anestezjolog doskonale wiedział, że całkowicie wyłącza w ten sposób jej świadomość, a jego haniebny czyn pozostałby bezkarny, gdyby nie nagła wizyta syna chorej. Jak podkreślił NSL, art. 14 i 2 KEL są fundamentalnymi przepisami KEL, chroniącymi stosunek zaufania pomiędzy chorym a jego lekarzem i dobra osobiste chorego, wywodzącymi się jeszcze z zasad Hipokratesa – „salus aegroti suprema lex". Obwiniony, zaproszony do domu chorej, w sposób rażący nadużył zaufania jakim go obdarzyła. Mimo, że pokrzywdzona nie była świadoma w czasie dokonania czynu, nie umniejsza to w niczym rozmiaru krzywdy, jakiej doznała, a czyn obwinionego podkopuje zaufanie do całej korporacji lekarskiej. Obwiniony jest lekarzem, osobą w pełni poczytalną, i cechuje go wysoki stopień inteligencji, znał podstawowe normy etyczne, które go obowiązują, i powinien według nich postępować. Nie jest dziełem przypadku, że samodzielność jurysdykcyjna NSL, jeśli chodzi o orzekanie w sprawie prawa wykonywania zawodu, sięga dalej niż sądu karnego. Wynika to w prostej linii z oceny etycz-

nej i moralnej zdolności do pełnienia zawodu lekarza. Wyroki NSL kształtują linię orzeczniczą sądów lekarskich w oparciu o KEL, tak jak wyroki Sądu Najwyższego stanowią linię orzeczniczą sądów powszechnych. Jeśli sądy lekarskie mają być nadal uprawnione do odbierania prawa wykonywania zawodu, to w jakich sytuacjach, jeśli nie tej? Już sam fakt popełnienia przez obwinionego przestępstwa przeciwko wolności seksualnej chorej, znajdującej się pod wpływem podanych przez niego leków w stanie bezradności, chorej, która zaufała mu i oczekiwała od niego pomocy lekarskiej, zdaniem NSL wymownie dowodzi, że nie ma on należytych kwalifikacji etycznych i moralnych do dalszego wykonywania zawodu lekarza. Obrońca nie wykazał żadnych okoliczności, w obliczu których należałoby zakwestionować poprawność oceny przez sąd stopnia zawinienia obwinionego. Dotychczasowa niekaralność jest niewystarczającym argumentem. Należy także stwierdzić, że odbierając prawo wykonywania zawodu, nie odbiera się obwinionemu dyplomu, ani kwalifikacji zawodowych, co może wykorzystać pracując dla dobra rodziny np. w firmie farmaceutycznej, ale nie lecząc chorych. Surowa kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu wymierzona przez OSL ze względu na niezwykle wysoką szkodliwość zawodową, moralną i społeczną czynu obwinionego, jest zdaniem NSL adekwatna do stopnia jego winy.

19.2. W sprawie o sygn. akt NSL Rep.99/OWU/15 przebieg zdarzeń przedstawiał się w sposób następujący. Orzeczeniem z dnia 27 marca 2015 r. (sygn. akt Wu 49/14) OSL w X. uznał lek. MD winnym tego, że: w dniu 22 sierpnia 2013 r. wykorzystał swoją pozycję zawodową oferując leczonej przez siebie pacjentce EK udział w marketingu sieciowym w firmie MV, zajmującej się dystrybucją suplementów diety, czym naruszył godność zawodu lekarza tj. o naruszenie art. 1 i art. 14 Kodeksu etyki lekarskiej. W konsekwencji OSL uznał obwinionego lekarza MD za winnego popełnienia czynu i za to wymierzył oskarżonemu karę pieniężną w wysokości dwukrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłat nagród z zysku to jest 8277,16 zł przeznaczoną na rzecz Fundacji X. Od powyższego orzeczenia obrońca obwinionego lekarza złożył odwołanie zaskarżając je w całości.

W ocenie NSL odwołanie nie było jednak zasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu stanowiska Sądu II instancji, OSL prawidłowo ustalił stan faktyczny oceniając zebrany materiał dowodowy. NSL nie dostrzegł cech dowolności w ocenie dowodów wykonanych i wnikliwie opisanych przez OSL w X. Nie znalazły oparcia w tym materiale twierdzenia odwołania, iż obwiniony wykorzystywał swój wpływ na pacjentkę tylko w celach leczniczych. Twierdzenie takie było nie do pogodzenia z ustalonym faktem, że obwiniony przybył do domu pacjentki nie po to, aby ją leczyć, lecz po to, aby wyjaśnić jej zasady działania marketingu sieciowego. W ocenie NSL nie ulegało wątpliwości, że postępowanie lekarza naruszyło godność zawodu, a jego wpływ na pacjentkę ukierunkowany był na włączenie jej w system dystrybucji suplementów diety, co nie ma związku z jej leczeniem. Bez znaczenia, a z pewnością bez takiego znaczenia jakie przypisuje temu obrona, jest fakt niezadowolenia pokrzywdzonej z leczenia prowadzonego przez obwinionego. Właśnie to potwierdza, że lekarz wykorzystał swój wpływ na pacjenta, która oczekuje od lekarza opieki i prowadzenia procesu leczenia, a nie przy tej okazji porad biznesowych, proponowania wspólnych interesów. Pacjent w takiej sytuacji może czuć się zobligowany do przyjęcia propozycji lekarskich choćby dlatego,

żeby lekarza nie urazić, nie zniechęcić do dalszej opieki nad pacjentem. Właśnie dla uniknięcia takich sytuacji środowisko lekarskie nałożyło na siebie przewidziany w treści art. 14 KEL obowiązek powstrzymywania się od wykorzystywania swego wpływu na pacjentów w celu innym niż leczniczy. Obwiniony nie ograniczył się do polecenia na wyraźnie wyrażone oczekiwanie pacjentki metody niekonwencjonalnej leczenia, lecz doprowadził pacjentkę do rozporządzenia mieniem. Nie był zasadny także zarzut bezpodstawnego oddalenia wniosku dowodowego o przesłuchanie innych pacjentów obwinionego na okoliczność tego, czy polecał im stosowanie suplementu diety. Obwinionemu nie zarzucono wykorzystywania swego wpływu na wielu nieoznaczonych pacjentów w celu innym niż medyczny, lecz jedynie w odniesieniu do jednej pacjentki. Wobec powyższego, okoliczności, które miałyby zostać ustalone poprzez przeprowadzenie takiego dowodu nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy. Na marginesie wyjaśniono, że nie był także zasadny zarzut przeprowadzenia rozprawy pod nieobecność OROZ. Zgodnie z treścią § 18 Regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich – nieobecność oskarżyciela nie tamuje rozprawy ani posiedzenia. Tym samym zarzut odwołania jest niezasadny, a jego podniesienie dowodzi nieznajomości zasad postępowania przed sądami lekarskimi, które nie jest powielaniem przepisów k.p.k. Z wyjaśnień obwinionego złożonych na rozprawie pierwszoinstancyjnej wcale nie wynikało, jak twierdzi obrońca, że obwiniony nie otrzymywał zysku z tytułu sprzedaży suplementu diety – obwiniony wyjaśnił „Wysoki Sądzie to jest tak, to nie jest społeczne działanie. Przy zamówieniu, jeżeli się ten preparat rozprowadza to się otrzymuje jakieś procenty. Tylko, że ja tego nie robię w celach zysku, bo to jest delikatna sprawa w kwestii dochodów. Jest procentowany obrót, pech polega na tym, że tego nie można dostać normalnie, poza tą siecią". Podobnie, jak lekarz nie może sprzedawać pacjentom leków, tak nie powinien sprzedawać im ani pośredniczyć w sprzedaży innych produktów, zwłaszcza, jeśli ich skuteczność terapeutyczna jest co najmniej dyskusyjna, a zwłaszcza jeśli pacjent nie ma w pełni świadomości, co do ich natury. Pokrzywdzona zeznała, że myślała, iż proponowane jej produkty to leki, a nie suplementy diety. Nie było podstaw do kwestionowania wiarygodności zeznań pokrzywdzonej, albowiem jej zeznania były w ocenie NSL spójne, logiczne i nie są jednostronnie niekorzystne dla obwinionego. Pokrzywdzona chcąc oczerniać obwinionego mogłaby zeznawać na niekorzyść obwinionego co do wszystkich okoliczności związanych z jej leczeniem.

20. Art. 40 i 41[41] KEL i art. 42 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* – Orzekanie o stanie zdrowia pacjenta i wydawanie zaświadczeń[42]

20.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 133/OWU/15 orzeczeniem z dnia 13 maja 2015 r., (sygn. akt OSL 8WU/2015), Okręgowy Sąd w X. uznał obwinionego lekarza TP za

[41] Art. 40. Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji. Art. 41. Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument medyczny powinien umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.

winnego tego, że w dniu 6 sierpnia 2013 r. w X. wydał zaświadczenie lekarskie dla potrzeb Sądu Okręgowego w X. o stanie zdrowia Pana HS, które opatrzył pieczęcią nagłówkową „Gabinet Psychiatryczny w Y, lek. TP", w którym stwierdził, że „z punktu widzenia psychiatrycznego zasadne jest ubezwłasnowolnienie uczestnika postępowania sądowego pacjenta HS". Zaświadczenie zostało wydane bez przeprowadzenia osobistego badania pacjenta, a lekarz TP nie był jego lekarzem leczącym i nie posiadał tym samym wiedzy o jego aktualnym stanie zdrowia, czym naruszył art. 42 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz art. 40 i 41 Kodeksu etyki lekarskiej i wymierzył mu karę nagany, obciążając go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia odwołanie do NSL złożyli: obrońca obwinionego lekarza oraz pokrzywdzony.

W ocenie NSL złożone przez strony postępowania odwołania nie były zasadne i nie miały uzasadnionych podstaw. Jak wskazano w uzasadnieniu orzeczenia NSL, nie był zasadny zarzut naruszenia prawa materialnego, ponieważ w art. 42 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* wyraźnie wskazany jest obowiązek osobistego zbadania pacjenta, a przepis art. 552 k.p.c nie wyłącza art. 42 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Treść tego przepisu nie daje podstaw do uznania, że wystawienie świadectwa o stanie psychicznym osoby może nastąpić bez zbadania tej osoby, a tym samym rozważania obrońcy obwinionego w tym zakresie są błędne. W ocenie NSL brak było podstaw do przyjęcia, że zaświadczenie o stanie zdrowia pokrzywdzonego zostało wydane przez obwinionego na podstawie badania lekarskiego. Jednoznaczne rozpoznanie choroby ze stopniem jej nasilenia na podstawie wywiadu i rozmowy przez telefon oraz rzekomego słyszenia przez drzwi oddechu i kroków pokrzywdzonego sugerowało przeprowadzenie rzetelnego badania lekarskiego o stanie zdrowia psychicznego pokrzywdzonego i doprowadziło do fałszywej oceny stanu faktycznego. Biegli powołani do sprawy wyraźnie podważyli rozpoznanie choroby wyrażonej na zaświadczeniu obwinionego lekarza. W orzekanej sprawie NSL wziął pod uwagę postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r., sygn. akt SDI 9/14, wydane w wyniku skargi kasa-

---

[42] Zgodnie z tym przepisem: 1. Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. 2. Lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. 3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej, wydruk informacyjny, o którym mowa w art. 96b ustawy z dnia 6 września 2001 r. – *Prawo farmaceutyczne* i art. 38a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. 2015, poz. 345, 1830 i 1991), mogą być przekazane: 1) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia, a w przypadku wystawienia recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruku informacyjnego; 2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruk informacyjny, mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. 4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji. 5. Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

cyjnej od orzeczenia NSL w sprawie lekarza psychiatry, który wydał zaświadczenie o stanie zdrowia na podstawie wywiadu i nie dokonał badania osobistego pacjenta. Sąd Najwyższy oddalił kasację złożoną do Sądu przez obrońcę obwinionego, uznając ją za bezzasadną. W ocenie NSL zebrany w przedmiotowym postępowaniu materiał dowodowy nie dawał podstaw do uznania, że w sprawie zachodził przypadek niecierpiący zwłoki i wymagający niezwłocznego udzielenia pomocy lekarskiej, określony w art. 30 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. W związku z tym, zarzut niezastosowania powyższego przepisu jest bezzasadny. W przypadku przymusowej izolacji, co jest tożsame ze stanem pozbawienia osoby wolności, interwencji powinna dokonywać policja przy ewentualnej pomocy pogotowia ratunkowego, a nie lekarz psychiatra. Za wystawienie zaświadczenia bez badania pacjenta w wiadomym obwinionemu celu, pobrał on wynagrodzenie, zatem jego działanie może być traktowane jako ukierunkowane na uzyskanie korzyści majątkowej. Obwiniony wiedział, że syn pokrzywdzonego jest zainteresowany uzyskaniem zaświadczenia o określonej treści, które będzie mógł wykorzystać, składając wniosek o ubezwłasnowolnienie. Nie był zasadny również zarzut oddalenia wniosków dowodowych bowiem w ocenie Sądu II instancji zmierzały one jedynie do przedłużenia postępowania, gdyż okoliczności, które za ich pomocą miały być ustalone, nie miały znaczenia dla ustalenia istoty sprawy. Jak podkreślił NSL, sąd lekarski orzekający w przedmiotowej sprawie nie był powołany do ustalenia stanu zdrowia pacjenta w okresie poprzedzającym wystawienie zaświadczenia, ale do oceny prawidłowości postępowania lekarza, który bez osobistego zbadania pacjenta, wystawił zaświadczenie, które miało być wykorzystane w postępowaniu o ubezwłasnowolnienie tego pacjenta, zaś opinia powołanego do sprawy biegłego, nie potwierdziła tez zawartych w tym zaświadczeniu. Okoliczność czy pokrzywdzony miał zapisane leki stosowane również w chorobach psychicznych, nie ma znaczenia dla oceny postępowania obwinionego z punktu widzenia art. 42 ustawy *o zawodach lekarz i lekarza dentysty*. Nie miała również znaczenia dla rozstrzygnięcia istoty sprawy i oceny prawidłowości postępowania obwinionego okoliczność czy pokrzywdzony był funkcjonariuszem Milicji Obywatelskiej i jaki był jego stan psychiczny. Uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia w sposób wystarczający wskazuje dowody, na podstawie których OSL w X. poczynił ustalenia faktyczne oraz wskazał w jaki sposób dokonana została ocena materiału dowodowego. Na rozprawie przed NSL w dniu 20 listopada 2015 r. obrońca obwinionego lekarza złożył trzy wnioski dowodowe dotyczące charakteru rozmowy telefonicznej pokrzywdzonego z obwinionym lekarzem, opinii o stanie zdrowia pokrzywdzonego, protokół oględzin, wówczas konkubiny pokrzywdzonego BP oraz zeznań pracowników MOPS w X. na temat stanu zdrowia pokrzywdzonego. NSL nie uwzględnił złożonych wniosków, ponieważ nie wnosiły one nic istotnego do sprawy. Sprawa dotyczy nieprawidłowości w wydaniu zaświadczenia przez obwinionego lekarza, a nie oceny stanu zdrowia pokrzywdzonego i innych osób. Odnośnie odwołania pokrzywdzonego, NSL stwierdził brak podstaw do orzeczenia kary surowszej, gdyż wydane zaświadczenie nie przesądzało i nie mogło przesądzić o ubezwłasnowolnieniu pokrzywdzonego, co jednoznacznie wynika z przepisów Kodeksu postępowania cywilnego. Wymierzona obwinionemu kara, była karą adekwatną do stopnia winy, którą należy przypisać obwinionemu w związku z jego niefrasobliwym postępowaniem, stanowiącym przedmiot przypisanego mu czynu.

20.2. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 91/OWU/15 orzeczeniem z dnia 16 stycznia 2015 r., (sygn. akt Wu 29/13), OSL w X. po rozpoznaniu sprawy przeciwko lek. ES, obwinionej o to, że będąc lekarzem Szpitala Uzdrowiskowego w X. dniu 16 kwietnia 2012 r. nie badając pacjenta ZM orzekła o stanie jego zdrowia, co skutkowało naruszeniem godności zawodu lekarza tj. o naruszenie art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, art. 1 KEL uniewinnił obwinioną od zarzucanego jej przewinienia zawodowego, a kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa. Od powyższego orzeczenia odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył pokrzywdzony ZM. Skarżący podniósł zarzut błędnego uznania przez Sąd I instancji, że obwiniona nie popełniła przewinienia zawodowego. Wniosek odwoławczy nie został dokładnie sprecyzowany (zapewne skarżącemu chodziło o uchylenie orzeczenia i przekazanie do ponownego rozpoznania).

Odwołanie – zdaniem NSL – nie było zasadne. NSL podzielił ustalenia dokonane przez Sąd I instancji. Jak podkreślono w uzasadnieniu, chybiony był stawiany obwinionej przez Rzecznika zarzut naruszenia art. 42 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Przepis ten stanowi, że lekarz może orzec o stanie zdrowia określonej osoby, tylko po jej uprzednim osobistym zbadaniu. W ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego zważyć należy, że termin „orzeka" oznacza w sensie formalnym wydanie przez lekarza zaświadczenia, przewidzianego w przepisach szczególnych, niezbędnego do realizacji określonych uprawnień przez osobę, której ono dotyczy. W sensie materialnym zaś termin „orzeka" rozumiany jest jako merytoryczna wypowiedź o stanie zdrowia badanej osoby, np. w celu zalecenia odpowiedniego postępowania leczniczego. Cytowany powyżej przepis ustawy nakazuje lekarzowi przeprowadzić badanie w celu wydania orzeczenia „osobiście". Jednak NSL stoi na stanowisku, że tylko w przypadku przyjęcia, iż art. 42 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* dotyczy orzekania w sensie formalnym, badanie osoby, której orzeczenie ma dotyczyć musi zostać przeprowadzone bezpośrednio przez lekarza, poza wyjątkami wskazanymi w przepisach szczególnych tj. np.: 1) w ustawie *o lekarzu sądowym* (art. 12 ust. 4) – lekarz sądowy wydając zaświadczenie może odstąpić od badania bezpośredniego w przypadku hospitalizacji lub pobytu pacjenta w hospicjum stacjonarnym lub innym podmiocie leczniczym lub jego przedsiębiorstwie, przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych; 2) w rozporządzeniu *w sprawie orzekania o niezdolności do pracy* (§ 4 ust. 2) – przepis ten dopuszcza wydanie orzeczenia przez lekarza orzecznika bez przeprowadzenia badania bezpośredniego, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku o świadczenie jest wystarczająca; 3) przepis § 6 ust. 6–9 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu* pozwala tylko na podstawie dokumentacji medycznej konsultantowi wojewódzkiemu we właściwej dziedzinie medycyny na wydanie opinii co do zasadności skierowania chorego na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju. Jeżeli natomiast przyjąć, że termin „orzeka" oznacza także skonsultowanie stanu zdrowia, kwalifikację do dalszej rozszerzonej diagnostyki, konsultację specjalistyczną lub kwalifikację do leczenia uzdrowiskowego (co jest przedmiotem i meritum rozpatrywanej sprawy), twierdzenie, iż może ono mieć miejsce tylko po osobistym zbadaniu pacjenta, nie jest uprawnione i uzasadnione. Obwiniona kwalifikując w dniu 16 kwietnia 2012 r. pokrzywdzonego do

leczenia uzdrowiskowego dysponowała danymi z wywiadu, zapoznała się z przedstawioną przez pokrzywdzonego dokumentacją medyczną. Na tej podstawie ustaliła, że pokrzywdzony pozostaje w leczeniu interferonem z powodu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C i leczenie to miało być jeszcze kontynuowane przez okres ośmiu tygodni. Obwiniona na tej podstawie podjęła decyzję o dyskwalifikacji pokrzywdzonego z leczenia uzdrowiskowego z powodu konieczności kontynuowania leczenia przeciwwirusowego w miejscu zamieszkania i pod kontrolą lekarzy prowadzących. Informacje te zostały umieszczone przez obwinioną w dokumentacji medycznej, a pokrzywdzony został poinformowany o zaniechaniu leczenia uzdrowiskowego z powodu stosowanych leków przeciwwirusowych, a także o możliwości podjęcia leczenia uzdrowiskowego w późniejszym terminie. Decyzję tą obwiniona podjęła autonomicznie, ale również po telefonicznej konsultacji z innym lekarzem BS (zastępcą dyrektora uzdrowiska). NSL stwierdził, że obwiniona w świetle ustalonego stanu faktycznego miała prawo do podjęcia takiej decyzji bez konieczności przeprowadzenia badania bezpośredniego. Była to jej decyzja autonomiczna i w pełni uprawniona. Autonomia lekarska to prawo do swobody działań zawodowych, gwarantujących niezależność lekarskiego osądu, samodzielność decyzji oraz mająca gwarantować pełną odpowiedzialność za podjęte przez danego lekarza działania diagnostyczne i lecznicze. Tę swobodę Kodeks etyki lekarskiej określa następująco w poniższych artykułach: art. 2: Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto.* Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady; art. 4: Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną; art. 6: Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Obwiniona nie podejmując się leczenia uzdrowiskowego miała więc pełne prawo do podjęcia takiej decyzji po dokonaniu wyłącznie analizy danych z wywiadu lekarskiego oraz dokumentacji z przebiegu leczenia, ponieważ stwierdziła, że w jej ocenie istnieją przeciwwskazania do wdrożenia takiego leczenia. Stanowisko o istnieniu przeciwwskazań zostało wyrażone również w opinii biegłego powołanego w niniejszej sprawie przez Sąd I instancji dr n. med. RSZ – konsultanta krajowego w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. Biegły wyraźnie stwierdził, że, cyt.: „przyjęto, że istotnym przeciwwskazaniem do leczenia uzdrowiskowego jest ostre zapalenie wątroby, aktywny proces zapalny i żółtaczka… leczenie uzdrowiskowe pacjenta ZM w 4.2012 r. podczas pierwszego cyklu leczenia interferonem było przeciwwskazane, a decyzja podjęta przez lek. ES o dyskwalifikacji pacjenta z leczenia uzdrowiskowego była uzasadniona". Podkreślić dodatkowo należy, że w ocenie Naczelnego Sądu Lekarskiego obwiniona dokonała negatywnej oceny stanu zdrowia pacjenta przy kwalifikacji do leczenia uzdrowiskowego, do czego była uprawniona, i do czego miała podstawy merytoryczne. Z faktu, że inni lekarze odmiennie dokonywali takiej oceny stanu zdrowia pacjenta nie można absolutnie wnosić o błędnej ocenie ze strony obwinionej. Wobec powyższego NSL utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie Sądu I instancji.

21. Art. 8 pkt 2 ustawy *o izbach lekarskich*[43]

21.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep 122/OWU/15 ustalono, że w dniu 14.10.2014 r. do okręgowej rady lekarskiej w X. wpłynęło pismo Narodowego Funduszu Zdrowia o zakazie wykonywania zawodu na okres 5 lat przez lek. med. KA na mocy wyroku sądu apelacyjnego w X. z dnia 7.03.2013 r. informujące, że z analizy danych elektronicznych i przekazanych przez apteki z terenu województwa X. kserokopii recept wynika, że lekarz KA nie zastosowała się do orzeczonego środka karnego i w okresie od 8.03.2013 r. do dnia 9.10.2013 r. wystawiała recepty, w tym recepty refundowane przez NFZ. Działanie takie jest sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa oraz rodzi szkodę po stronie NFZ w wysokości refundacji, jaka została nienależnie wypłacona aptekom z terenu województwa śląskiego na podstawie tych recept. Również prokuratura rejonowa w X. poinformowała izbę lekarską o tym, że postępowanie dotyczące niestosowania się do orzeczenia o zakazie wykonywania zawodu lekarza skutkowało wniesieniem oskarżenia w zakresie przestępstwa 244 k.k. Na tej podstawie w dniu 27.10.2014 r. OROZ w X. postanowił wszcząć postępowanie wyjaśniające, a w dniu 23.02.2015 r. przedstawił wniosek o ukaranie przeciwko lek. KA obwinionej o wykonywanie zawodu lekarza, pomimo orzeczonego przez sąd powszechny zakazu jego wykonywania oraz decyzji w tym samym przedmiocie sprawy Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 21.11.2013 r. co stanowi naruszenie art. 8 p. 3 ustawy *o izbach lekarskich*. Dnia 8.05.2015 r. OSL w X. postanowił obwinionego lekarza KA uznać winną postawionego jej zarzutu i wymierzyć karę upomnienia. Kosztami postępowania obciążyć obwinionego lekarza. Od powyższego orzeczenia w dni 8.06.2015 r. do Naczelnego Sądu Lekarskiego w Warszawie za pośrednictwem OSL w X. wpłynęło odwołanie obwinionej. NSL na posiedzeniu w dniu 15.01.2016 r. uznał iż lekarz ma prawo i obowiązek wykonywać zawód zgodnie z przepisami go regulującymi. Przepisy te są zawarte w różnych aktach prawnych. Jednym z najważniejszych warunków umożliwiających pracę zawodową jest posiadanie prawa do wykonywania zawodu, jeżeli prawo to jest zakresowo lub czasowo ograniczone to wykonywanie zawodu w zakresie wykraczającym poza te ograniczenia stanowi przewinienie zawodowe. Obwiniona popełniła zarzucany jej czyn, wykonywała zawód w okresie, kiedy dotyczył jej prawomocnie orzeczony zakaz wykonywania tego zawodu. Podnoszony przez obwinioną brak świadomości uprawomocnienia się wyroku nie ma znaczenia, po stronie obwinionej leży obowiązek czuwania nad tym, aby z dniem uprawomocnienia się orzeczenia orzekającego zakaz wykonywania zawodu taką aktywność zaprzestać. Nie ma dla powyższych ustaleń znaczenia kwestia zarządzania Prezesa ORL i dat tam wskazanych. Zarządzenie to ma jedynie charakter techniczny i wtórny wobec prawomocnego wyroku sądu powszechnego, w którym zakazano obwinionej wykonywania zawodu. Wykonywanie przez osobę będącą lekarzem czynności bez stosownych uprawnień zawodowych, wskutek ich czasowego pozbawienia prawomocnym wyrokiem sądu karnego stanowi niewątpliwie przewinienie zawodowe. Z powodu odwołania wniesionego

---

[43] Zgodnie z art. 8 u.i.l. członkowie izby lekarskiej są obowiązani: 1) przestrzegać zasad etyki lekarskiej; 2) przestrzegać przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza; 3) stosować się do uchwał organów izb lekarskich.

przez obwinioną lekarkę od orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego NSL postanowił: zmienić zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że uznaje, iż przypisany obwinionej czyn stanowi naruszenie przepisu art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 2.12.2009 r. *o izbach lekarskich* w zw. z art. 58 ustawy z dnia 5.12.1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*[44], a w pozostałym zakresie utrzymać zaskarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji w mocy, kosztami postępowania obciążając obwinioną lekarkę.

22. Art. 52 KEL[45]

22.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 210/OWU/15, OSL w X. orzeczeniem z dnia 27 sierpnia 2015 r. (sygn. akt 15/Wu/2015) uniewinnił lek. AD od zarzucanych jemu przewinień zawodowych wymienionych w pkt 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 polegających na tym, że: 1) po objęciu stanowiska dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w X. w dniu 11 października 2010 roku wielokrotnie bezpodstawnie publicznie podważał kompetencje medyczne dr hab. n. med. MZ, co polegało na wyrażaniu opinii, iż nie potrafi on kierować oddziałem i zarządzać zespołem chirurgów, tj. naruszenie art. 52 pkt 2 i pkt 3 KEL; w dniu 1 grudnia 2010 roku działając jako dyrektor tegoż szpitala podjął decyzję o zmianie systemu czasu pracy, wprowadzając w Oddziale Chirurgii Ogólnej równoważny czas pracy, co doprowadziło do stworzenia zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów przebywających w oddziale poprzez niedostateczną obsadę personelu lekarskiego w ww. oddziale, tj. o naruszenie art. 2 pkt 2 KEL oraz art. 53 pkt 3 KEL; 3) w dniu 1 listopada 2010 roku działając jako dyrektor tej samej placówki podjął decyzję o zmianie systemu czasu pracy, wprowadzając w Oddziale Okulistyki, Oddziale Laryngologii i Oddziale Dermatologii równoważny czas pracy, co doprowadziło do stworzenia zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów przebywających w oddziale poprzez niedostateczną, a nawet w pewnych okresach całkowity brak obsady personelu lekarskiego w ww. oddziałach, tj. o naruszenie art. 2 pkt 2 KEL oraz art. 53 pkt 3 KEL; 4) w dniu 7 grudnia 2010 roku podjął decyzję o zamknięciu funkcjonowania Oddziału Urazowo-Ortopedycznego w tym samym szpitalu, czym naraził wielu pacjentów na

---

[44] Zgodnie z art. 58 ustawy o zawodwach lekarza i lekarza denstysty 1. Kto bez uprawnień udziela świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób oraz ich leczeniu,podlega karze grzywny. 2. Jeżeli sprawca czynu określonego w ust. 1 działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej albo wprowadza w błąd co do posiadania takiego uprawnienia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. 3. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1, toczy się według przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

[45] Art. 52. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób. 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. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki. Jeżeli popełniony błąd przez innego lekarza ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.

ograniczenie lub uniemożliwienie leczenia zarówno w zakresie zabiegów planowych, jak i nagłych pomimo, że został poinformowany przez Ordynatora Oddziału dr SK o wystarczającej obsadzie lekarskiej do przeprowadzania operacji i opieki nad pacjentami w oddziale, tj. o naruszenie art. 2 pkt 2 KEL oraz art. 53 pkt 3 KEL; 5) w październiku 2010 r. podjął decyzję o zmianie systemu czasu pracy, wprowadzając w Oddziale Intensywnej Terapii Niemowlęcej i Dziecięcej równoważny czas pracy, co doprowadziło do stworzenia zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów przebywających w oddziale poprzez niedostateczną obsadę personelu lekarskiego w ww. oddziale, tj. o naruszenie art. 2 pkt 2 KEL oraz art. 53 pkt 3 KEL; 6) w dniu 2 grudnia 2010 roku podjął decyzję o zmianie systemu czasu pracy, wprowadzając w Oddziale Intensywnej Terapii równoważny czas pracy, co doprowadziło do stworzenia zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów przebywających w oddziale poprzez niedostateczną obsadę personelu lekarskiego w ww. oddziale, tj. o naruszenie art. 2 pkt 2 KEL oraz art. 53 pkt 3 KEL; 7) w dniu 2 grudnia 2010 roku podjął decyzję o zmianie systemu czasu pracy, wprowadzając w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii równoważny czas pracy, co spowodowało bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa, a nawet groźbę utraty życia przez wszystkich pacjentów przebywających w Wojewódzkim Szpitalu poprzez brak możliwości zabezpieczenia prawidłowej obsady lekarzy anestezjologów do operacji planowych oraz nagłych, tj. o naruszenie art. 2 pkt 2 KEL oraz art. 53 pkt 3 KEL; 8) po objęciu stanowiska dyrektora Wojewódzkiego Szpitala w X. w dniu 11 października 2010 roku wielokrotnie bezpodstawnie publicznie podważał kompetencje medyczne dr BL, co polegało na informowaniu w trakcie odpraw z ordynatorami szpitala, iż nieudolnie kieruje on oddziałem, jak również z jego winy oddział nie realizuje założeń kontraktu z płatnikiem, tj. naruszenie art. 52 pkt 2 i pkt 3 KEL oraz art. 53 pkt 2 KEL. OSL uznał lek. AD winnym tego że: w dniu 7 grudnia 2010 roku działając jako dyrektor Wojewódzkiego Szpitala po podjęciu decyzji o zamknięciu funkcjonowania Oddziału Urazowo-Ortopedycznego nakazał pracownikom administracyjnym usunięcie lekarzy z pomieszczeń oddziału i uniemożliwił im przebywanie w pomieszczeniach dyżurek lekarskich, jak również korzystanie z toalet w oddziale, tj. o naruszenie art. 1 pkt 3 KEL, art. 52 pkt 1 i pkt 2 KEL oraz art. 53 pkt 2 i 3 KEL; po objęciu stanowiska dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w dniu 11 października 2010 r. w sposób ciągły i zaplanowany prowadził akcję redukcji wynagrodzeń lekarzy z naruszeniem obowiązujących przepisów prawa, tj. o naruszenie art. 53 pkt 3 KEL. Na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 oraz art. 89 ust. 4 ustawy z dnia 2.12.2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. 2015, poz. 651 ze zm.) uznał za winnego postawionych mu zarzutów w pkt 5 i 10 i wymierzył karę nagany. Od powyższego orzeczenia w dniu 27 sierpnia 2015 r. obwiniony reprezentowany przez adwokat KFD złożył odwołanie, zaskarżając je w zakresie w jakim AD został uznany za winnego postawionych mu zarzutów wskazanych w pkt 5 i 10, za które to czyny sąd wymierzył karę nagany oraz w zakresie kosztów postępowania, którymi sąd w całości obciążył obwinionego lekarza. Odwołanie wniósł także Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Odwołanie złożone przez Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego było częściowo zasadne. NSL podzielił podniesione przez rzecznika zarzuty, że prowadzone zmiany organizacyjne mogły doprowadzić do zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów. Brak zaś takich zdarzeń (zagrożenia życia pacjentów)

nie mogło stanowić podstawy do uniewinnienia lekarza. Zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego lekarz dyrektor szpitala mający wiedzę medyczną, wprowadzając zmiany organizacyjne w oddziałach winien dochować należytej staranności w ich realizacji w sposób taki, aby zainteresowane strony mogły być równoważnymi partnerami biorącymi udział w opracowaniu najlepszych struktur organizacyjnych adekwatnych do zaistniałych sytuacji, a nadrzędną rzeczą winno być dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Ponadto NSL odwołanie Obwinionego złożone za pośrednictwem adwokat KFD dotyczące pkt 5 zarzutów NSL uznał za uzasadnione. Jak wyjaśnił NSL w uzasadnieniu swojego stanowiska, punkt 1 stawianych obwinionemu zarzutów – zdaniem NSL dyrektor AD, jako lekarz winien okazywać należny szacunek swemu koledze ordynatorowi oddziału prof. MZ – winien on być wzajemny. W dostępnej dokumentacji zeznań świadków prof. dr hab. med. MZ i lekarza RR wynika iż, dyrektor na pewnym etapie sporu personalnego zwolnił profesora z funkcji ordynatora oddziału, proponując jednocześnie funkcję starszego asystenta z możliwym minimalnym wynagrodzeniem, co zdaniem Sądu nie było okazaniem szacunku koledze lekarzowi z dużym stażem zawodowym i dorobkiem naukowym, bez względu na możliwe uchybienia w pracy administracyjnej przy wykonywanej funkcji ordynatora. Należy dopatrzeć się w tym naruszenia KEL. W związku powyższym NSL uchylił orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego dotyczącego zarzutu określonych w punkcie 1. Z uwagi na termin przedawnienia, który upłynął w dniu 11 października 2015 r. umorzył postępowanie. Zdaniem NSL Oddział Chirurgii jest oddziałem, w którym ze względu na rodzaj udzielanych świadczeń medycznych wszelkie zmiany, które prowadzą do zmiany struktury zatrudnienia, harmonogramu pracy winny być podejmowane z dużą ostrożnością po dogłębnej analizie ewentualnych skutków mogących wywołać. Zdanie ordynatora oraz zatrudnionego personelu powinno być ważnym głosem we wprowadzanych przez dyrektora zmian. Wszystkim stronom powinien przyświecać nadrzędny cel, jakim jest zdrowie i bezpieczeństwo pacjenta. Zdaniem NSL, jak wynika z akt sprawy, dyrektor wprowadzając zmiany w harmonogramie pracy nie traktował pracowników oddziału, jako partnerów lekarzy, którzy mogli być pomocni w bezkonfliktowym ułożeniu nowych warunków pracy. W związku z powyższym NSL uchylił orzeczenie OSL dotyczące zarzutów w pkt 2. Z uwagi na termin przedawnienia, który upłynął w dniu 1 grudnia 2015 r. umorzył postępowanie w zakresie zarzutów objętych pkt 2. Zdaniem NSL zmiana sytemu pracy w Oddział Okulistyki, Laryngologii, Dermatologii jakkolwiek wpłynęła na zmianę rytmu pracy lekarzy w nich zatrudnionych, jednakże w sposób zasadniczy nie wpłynęła na zdecydowane pogorszenie opieki nad pacjentami, nie wpłynęła także na stan bezpieczeństwa. Praca na tych oddziałach zasadniczo różni się swą dynamiką działania, jest bardziej przewidywalna w porównaniu z Oddziałami Chirurgii, Intensywnej Opieki Lekarskiej i Anestezjologii. Z tego też powodu NSL utrzymał w mocy orzeczenie Okręgowego Sadu Lekarskiego w X uniewinniające obwinionego od postawionych mu zarzutów. Ponadto zdaniem NSL zamknięcie Oddziału Urazowo-Ortopedycznego w dniu 7.12.2010 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym zdaniem NSL wynikło z konfliktu pomiędzy dyrektorem szpitala dr AD a personelem lekarskim w nim zatrudnionym. Podłożem konfliktu była zmiana warunków zatrudnienia. Obsada lekarska w Oddziale Ortopedii w momencie podjęcia decyzji o jego zamknięciu była niedostateczna – ordynator i dwóch asystentów przy absencji choro-

bowej ośmiu lekarzy nie mogła zapewnić dostatecznej opieki nad chorymi. NSL podzielił stanowisko OSL, że nie doszło w wymienionym oddziale do ograniczenia lub uniemożliwienia leczenia chorych zarówno w zakresie planowych, jak i nagłych zabiegów. Chorzy wymagający dalszego leczenia zostali przewiezieni do innych oddziałów ortopedycznych. NSL z powyższego względu utrzymał w mocy orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego uniewinniające obwinionego od postawionych mu zarzutów w tym zakresie. Dodatkowo NSL uznał zarzuty składane w odwołaniu przez obwinionego dotyczące pkt 5 orzeczenia za zasadne. Zdaniem NSL czyn, jaki został sformułowany w postawionych zarzutach nakazanie pracownikom opuszczenia zlikwidowanego oddziału – nie stanowi przewinienia zawodowego, treść zarzuconego w tym punkcie czynu nie wpisuje się w żaden sposób w normę art. 52 pkt 1 i 2 i art. 53 pkt 2 i 3 KEL. W przypadku likwidacji oddziału zrozumiała jest chęć zabezpieczenia nieużywanych pomieszczeń i ich wyposażenia poprzez ich zamknięcie. Pracownicy w tym lekarze wiedzieli o tym, że oddział zostanie zlikwidowany, a pomieszczenia mają być zwolnione. Ustalenia stanu faktycznego w zakresie zarzutu 5 były w opinii OSL zdawkowe. OSL nie wskazał, na jakich dowodach oparł swe rozstrzygnięcie w tym zakresie, jakie dowody uznał za wiarygodne, a którym wiary odmówił. Wskazał jedynie, że oparł się na dowodach z zeznań świadków nie wskazując, których świadków i na jaką okoliczność, nie odniósł się wcale do wyjaśnień obwinionego, który wskazywał, że lekarze mieli zapewnione pomieszczenie socjalne. Biorąc pod uwagę powyższe NSL uchylił orzeczenie dotyczące pkt 5 zarzutów, za które OSL orzekł karę nagany, przekazując sprawę do ponownego rozpatrzenia przez Sąd I instancji. NSL podzielił natomiast stanowisko OSL, iż zmiana systemu czasu pracy nie mogła wpłynąć w sposób zasadniczy na zapewnienie bezpieczeństwa małych pacjentów tam przebywających. Wyjaśnienia dyrektora AD uznał za prawdopodobne – niski kontrakt z NFZ, II referencyjność oddziału, brak w szpitalu Oddziału Patologii Ciąży, przewożenie noworodków wymagających intensywnej opieki do oddziałów III stopnia referencyjności znajdujących się w pobliżu szpitala powodowała, że ilość pacjentów hospitalizowanych w tym oddziale była mała. Personel zatrudniony w nowo wprowadzonym systemie pracy równoważnej mógł zapewnić bezpieczeństwo pacjentów. Stąd też NSL utrzymał w mocy orzeczenia uniewinniające od zarzutów stawianych w tym punkcie. Odnośnie pkt 7 i 8 – zdaniem NSL – w Oddziale Intensywnej Terapii i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ze względu na specyfikę udzielanych w nich świadczeń wszelkie zmiany organizacyjne dotyczące zatrudnienia i harmonogramu pracy winny być przeprowadzone z należytą starannością ostrożnością by zapewnić bezpieczeństwo chorym. Zmiany wprowadzane przez dyrektora zmieniające rytm pracy, utrudniające dozór merytoryczny nad pracą podległych mu lekarzy mogły zagrozić bezpieczeństwu pacjentów. Z uwagi na powyższe NSL uchylił orzeczenie wydane przez OSL dotyczące zarzutów zapisanych w pkt 7 i 8. Ze względu na termin przedawnienia, który upłynął w dniu 2 grudnia 2015 r. umorzył postępowanie w stosunku do zarzutów zawartych w pkt 7 i 8. Odnośnie pkt 9, NSL podzielił argumentację przedstawioną w uzasadnieniu dotyczącym tego zarzutu, iż dyrektor AD w trakcie odpraw z ordynatorami wskazywał tylko na niedoskonałości prezentowane przez dr L w zakresie jego pracy administracyjnej w prowadzonym przez niego oddziale. W konsekwencji NSL utrzymał w mocy orzeczenie uniewinniające od stawianych zarzutów w pkt 9 wydane przez OSL. Z kolei co do pkt 10 zarzutów, to

w ocenie NSL ustalenie stanu faktycznego w zakresie zarzutu dotyczącego pkt 10 były zbyt zdawkowe. Okręgowy Sąd Lekarski w swym uzasadnieniu nie wskazał, na jakich dowodach oparł swe rozstrzygnięcie, jakie dowody uznał za wiarygodne, którym odmówił wiarygodności. Jakie działania dyrektora można uznać za okoliczności łagodzące? Jakie działania wpłynęły na pogorszenie pracy, a szczególnie rozwoju zawodowego lekarzy? Brak jest także oceny postępowania drugiej strony konfliktu lekarzy w zakresie skłonności do pewnych zachowań kompromisowych w ustaleniu nowych warunków pracy i płacy w odniesieniu do zagrożenia dalszego funkcjonowania szpitala, wynikających z bardzo dużego zadłużenia. Z powyższych względów NSL uchyla orzeczenia OSL dotyczące orzeczonej kary nagany i z uwagi na termin przedawnienia, który upłynął w dniu 1 października 2015 r. umorzył postępowanie. W oparciu o przepis art. 89 ust. 4 ww. ustawy kosztami postępowania w 9/10 ich części obciążył Skarb Państwa, zaś w pozostałej części pozostawia do decyzji Sądowi I instancji.

23. Naruszenie normy art. 57 KEL[46]

23.1. W kontekście normy art. 57 KEL na uwagę zasługuje sprawa o sygn. akt NSL Rep. 45/OWU/15. W tym przypadku orzeczeniem z dnia 20 listopada 2014 r. (sygn. akt Ko-5/2014) OSL w X. po rozpoznaniu sprawy lek. WC, obwinionego o to, że: w czasie od 20 kwietnia 2009 r. do 10 maja 2012 r., jako lekarz pracujący w spółce EV, której jest współwłaścicielem, stosował w celach diagnostycznych i leczniczych metody o nieudowodnionej naukowo skuteczności, jak badania i leczenie aparatem MORA, terapie nozodalne, autohemotransfuzję ozonową, hydrokolonoterapię m.in. wobec MK, tym samym dopuścił się przewinienia zawodowego określonego w art. 1 ust. 3 w zw. z art. 57 ust. 1 KEL, uznał go winnym popełnienia zarzucanego przewinienia zawodowego i orzekł za to karę nagany, obciążając obwinionego lekarza kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 15 lutego 2015 r. odwołanie złożył obwiniony.

W ocenie NSL odwołanie nie miało uzasadnionych podstaw i w związku z tym nie zasługiwało na uwzględnienie. Ustalenia faktyczne dotyczące okoliczności objętych postawionym obwinionemu zarzutem były prawidłowe, opierały się na przyznaniu przez obwinionego lekarza stosowania w celach diagnostycznych i leczniczych metody o nieudowodnionej naukowo skuteczności, jak badania i leczenie aparatem MORA, terapie nozodalne, autohemotransfuzję ozonową, hydrokolonoterapię m.in. wobec pacjenta WK. Ocena tego przyznania jako wiarygodnego nie nosiła znamion dowolności. Przy tej okazji wskazano, że zarzut naruszenia art. 89 ustawy *o izbach lekarskich* dotyczącego wymogów uzasadnienia orzeczenia sądu lekarskiego nie był zasadny, ponieważ OSL wskazał w uzasadnieniu przesłanki wydanego rozstrzygnięcia w sposób

[46] Zgodnie z tym przepisem: 1. Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień. 2. Wybierając formę diagnostyki lub terapii, lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty. 3. Wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki i terapii lekarz nie powinien dokonywać ze względu na własne korzyści.

i w zakresie umożliwiającym kontrolę instancyjną orzeczenia przez NSL. Podobnie zarzut naruszenia art. 61 ust. 2 i 3 ustawy *o izbach lekarskich* w zw. z art. 57 KEL poprzez dowolną ocenę stanu faktycznego opartą o nieprawidłowe zastosowanie prawa oraz błędną jego wykładnię był nieprawidłowy. Powołany przepis dotyczy rozstrzygania wątpliwości na korzyść obwinionego (art. 61 ust 2 ustawy *o izbach lekarskich*) oraz zasady swobodnej oceny dowodów (art. 61 ust. 3 ustawy *o izbach lekarskich*). Ocena dowodów nie nosi znamion dowolności, jeśli jest opatra i zgodna z zasadami prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Jak podniesiono w uzasadnieniu stanowiska NSL, zarzucając dowolną ocenę stanu faktycznego polegającą na błędnej wykładni prawa oraz niewłaściwym jego zastosowaniu obwiniony najprawdopodobniej kwestionował błędną subsumpcję niespornego w gruncie rzeczy stanu faktycznego pod normy art. 1 ust. 3 w zw. z art. 57 ust. 1 KEL. Zarzutu tego NSL również nie podzielił. Jak wyjaśniono, zgodnie z art. 1 ust. 3 KEL naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Z kolei art. 57 ust. 1 KEL zabrania lekarzowi posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezweryfikowanymi naukowo. NSL podzielił stanowisko Sądu I instancji, że przyznane przez obwinionego niekonwencjonalne metody leczenia, jak: leczenie aparatem MORA, terapie nozodalne, autohemotransfuzję ozonową, hydrokolonoterapię to metody niezweryfikowane naukowo, których lekarz, zważywszy na przywołany powyżej zapis Kodeksu etyki lekarskiej, stosować nie powinien. NSL wskazał, że współczesna medycyna opiera się w praktyce diagnostyczno-leczniczej na zasadzie sformułowanej przez wiedeńskiego lekarza Ignaza Semmelweisa, który w 1840 r. po raz pierwszy zastosował metody statystyczne w badaniach nad śmiertelnością położnic. Postępowanie medyczne ma być oparte na faktach i dowodach (ang. Evidence-based medicine), tzn. skrupulatnym, precyzyjnym i roztropnym wykorzystywaniu w postępowaniu klinicznym najlepszych dostępnych dowodów naukowych dotyczących skuteczności, efektywności, a także bezpieczeństwa. Dowodów takich dostarczają wyniki wiarygodnych badań eksperymentalnych (zapewniające skuteczność i bezpieczeństwo) oraz badań obserwacyjnych (zapewniające efektywność i bezpieczeństwo). Medycyna oparta na faktach umożliwia więc klinicystom korzystanie z najlepszej dostępnej wiedzy pochodzącej z systematycznych badań naukowych. Dopuszcza się oczywiście możliwość zastosowania nowych metod diagnostyczno-leczniczych, ale w ramach planowego prospektywnego badania naukowego, w ramach eksperymentu medycznego, po uzyskaniu aprobaty komisji bioetycznej. Kwalifikacji zachowania obwinionego jako naruszającego art. 1 ust. 3 w zw. z art. 57 ust. 1 KEL nie zmieniał fakt, iż opinia biegłego wydana w ramach dochodzenia prowadzonego przez prokuraturę jednoznacznie określiła metody stosowane przez obwinionego jako bezpieczne. Obwiniony zarzucił w odwołaniu brak podstaw medycznych kwestionujących metody obwinionego. Zarzut ten nie może się ostać dlatego, że zgodnie z obowiązującymi zasadami medycyny opartej na faktach, nie wystarczy stwierdzenie, że metoda jest bezpieczna i nieszkodliwa. Stosowane przez lekarza metody lecznicze powinny być skuteczne i efektywne, tzn. oparte o wiarygodne i obiektywne badania naukowe. Przytoczone przez obwinionego publikacje do takich nie należą. Własne obserwacje obwinionego, nieopracowane zgodnie z zasadami statystyki medycznej i metodologią badań, również nie stanowią obiektywnego, a więc wiarygodne-

go dowodu. Na rozprawie przed NSL obwiniony stwierdził, że chciał opublikować wyniki własnych wieloletnich obserwacji w czasopismach medycznych, ale nie zostały one przyjęte do druku. Okoliczność ta świadczy o tym, że najprawdopodobniej nie spełniały one wymogów wysokiego poziomu merytorycznego stawianego publikacjom medycznym, albowiem każda zgłaszana praca jest oceniana przez komitet naukowy czasopisma. Konkludując, lekarze ponoszą odpowiedzialność zawodową za naruszenie zasad etyki lekarskiej, zebranych w Kodeksie etyki lekarskiej, który zabrania lekarzom posługiwania się metodami bezwartościowymi lub niezweryfikowanymi naukowo, uznając to za naruszenie godności zawodu. Orzeczona wobec obwinionego kara nagany nie narusza kryteriów wymiaru kary określonych w art. 53 Kodeksu karnego mającego zastosowanie w związku z art. 112 ustawy *o izbach lekarskich*, zaś OSL wskazał w uzasadnieniu okoliczności i przesłanki dotyczące obwinionego, które wziął pod uwagę decydując o wymiarze orzeczonej kary. Ocena Sądu I instancji mieści się w granicach sędziowskiej swobody i nie nosi znamion dowolności.

24. Art. 63 ust. 2 KEL[47]

24.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 41/WS/15 ustalono, iż postanowieniem z dnia 28 stycznia 2015 roku, sygn. akt 38/Wu/2014, OSL w X. po rozpoznaniu wniosku o ukaranie lek. JR obwinionego o to, że w styczniu 2013 r. w Y. wziął udział w reklamie wyrobu medycznego, która ukazała się w nieustalonej stacji telewizyjnej i rozgłośni radiowej, za co otrzymał nieustalone wynagrodzenie, tj.: o przewinienie zawodowe z art. 63 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej, na podstawie art. 345 k.p.k. i art. 339 par. 3 pkt 4 k.p.k. w związku z art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich* oraz § 12 ust. 2 pkt 3 Regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich, postanowił przekazać sprawę Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej (dalej NROZ) w celu uzupełnienia postępowania wyjaśniającego poprzez: 1) ustalenie producenta reklamowanego przez obwinionego produktu medycznego, 2) ustalenie zleceniodawcy reklamy, 3) ustalenie ośrodka, który nagrywał reklamę. Powyższe postanowienie NROZ zaskarżył w całości, zarzucając mu błąd w ustaleniu stanu faktycznego, polegający na niezasadnym przyjęciu, iż istnieją przesłanki do zwrotu sprawy rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej celem uzupełnienia postępowania wyjaśniającego poprzez dokonanie ustaleń wskazanych w części dyspozytywnej postanowienia, podczas gdy prawidłowa analiza prowadzi do wniosku, iż materiał dowodowy zgromadzony na obecnym etapie w aktach sprawy wskazuje na popełnienie przez obwinionego zarzucanego mu przewinienia zawodowego. NROZ wniósł o uchylenie zaskarżonego postanowienia i przekazanie sprawy do rozpoznania Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu w X.

NSL uznał, że zażalenie jest zasadne. Jak podkreślono w uzasadnieniu orzeczenia, przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie było naruszenie przez obwinionego lekarza zakazu wyrażania zgody na wykorzystanie wizerunku lekarza dla celów komer-

---

[47] Art. 63. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

cyjnych, w tym przypadku poprzez udział w reklamie. Przesłanką przekazania sprawy w celu uzupełnienia postępowania wyjaśniającego są istotne braki tego postępowania, zwłaszcza potrzeba poszukiwania dowodów, w sytuacji, gdy dokonanie niezbędnych czynności przez OSL powodowałoby znaczne trudności (art. 345 par. 1 k.p.k. w związku z art. 112 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich*). Sytuacja tego rodzaju jednak nie występuje w niniejszej sprawie. NSL podzielił twierdzenia NROZ, iż zebrany dotychczas materiał dowodowy, w tym nie budzące wątpliwości wyjaśnienia obwinionego lekarza, były wystarczające do rozstrzygnięcia sprawy przez OSL. Kwestie wskazane jako wymagające uzupełnienia nie miały aż tak istotnego znaczenia, aby uzasadniały zwrot sprawy do uzupełnienia NROZ, który wiązałby się przedłużeniem toku postępowania. W poprzednim postanowieniu o sygn. NSL Rep. 3/WS/14, Sąd odwoławczy pozostawił do rozważenia Sądowi I instancji potrzebę zebrania dodatkowych dowodów świadczących o popełnieniu przewinienia zawodowego przez obwinionego. Taka potrzeba zaistniałaby, gdyby obwiniony podczas rozprawy przed OSL zaprzeczył poprzednio złożonym zeznaniom przed Zastępcą NROZ w dniu 24 kwietnia 2013 r. Przyznanie się lek. JR do udziału w reklamie jest na tym etapie postępowania wystarczającym dowodem do oceny w przedmiocie naruszenia przez obwinionego art. 63 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej. Sąd odwoławczy nie widział zatem przeszkód do rozpoznania sprawy przez Sąd lekarski I instancji w oparciu o zebrany materiał dowodowy.

25. Art. 71 KEL[48]

25.1. W sprawie o sygn. akt NSL Rep. 46/OWU/15 ustalono, iż orzeczeniem z dnia 3 lutego 2015 r., sygn. akt 118/WU/2014, OSL w X. uznał lekarz ABK winną zarzucanego jej przewinienia zawodowego polegającego na tym, że w Przychodni Lekarza Rodzinnego w Y., w okresie od stycznia do grudnia 2012 r., podczas kwalifikacji dzieci do obowiązkowych szczepień ochronnych podawała ich opiekunom informacje o możliwych zagrożeniach wynikających ze stosowania szczepionek, w oparciu o informacje niepoparte dowodami naukowymi i w ten sposób, że opiekunowie dzieci odstępowali od ich szczepienia, co skutkowało istotnym wzrostem liczby dzieci niepoddanych szczepieniom w ww. Przychodni i co wskazało na propagowanie przez nią postaw antyzdrowotnych, czym naruszyła art. 1, 3 w związku z art. 2 ust. 2 i art. 71 KEL, orzekając wobec obwinionej karę nagany i obciążając ją kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia lekarz ABK wniosła odwołanie, zaskarżając orzeczenie w całości. Zarzuciła błędne interpretowanie faktów oraz niewyjaśnienie istoty sprawy, wnosząc o zmianę orzeczenia i uniewinnienie od stawianych zarzutów oraz od odstąpienia od obciążenia jej kosztami postępowania. W uzasadnieniu odwołania obwiniona stwierdziła między innymi iż (cyt.): „w czasie badania kwalifikacyjnego do szczepień jednym z poruszanych tematów w rozmowie z rodzicami były również możliwe działania niepożądane szczepionek. Informacje przekazywane przeze mnie pochodziły wyłącznie z ulotek

[48] Art. 71 KEL: Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

dołączonych do szczepionek", a także „jak mówiłam podczas przesłuchań informacje o możliwym związku pomiędzy szczepieniami, a różnymi formami autyzmu przekazywali mi rodzice dzieci autystycznych i osoby zajmujące się rehabilitacją. Ja te informacje przyjmowałam do wiadomości".

Rozpatrując odwołanie NSL stwierdził, że nie ma uzasadnionych podstaw i nie zasługuje na uwzględnienie. Uzasadniając takie stanowisko podano, iż ustalenia poczynione przez OSL dotyczące stanu faktycznego były w ocenie NSL prawidłowe oraz spójne i brak jest podstaw do ich kwestionowania. Oparte zostały na wyczerpująco zebranym i poddanym wszechstronnej ocenie materiale dowodowym, ujawnionym na rozprawie, którego ocena uwzględnia wskazania wiedzy medycznej, doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania, nie nosi zatem znamion dowolności. Dlatego nie był zasadny zarzut zawarty w odwołaniu dotyczący: błędnego interpretowania faktów oraz niewyjaśnienia istoty sprawy. Jak stwierdzono, OSL wnikliwie ocenił materiał dowodowy zebrany w aktach sprawy. Słusznie wskazał w uzasadnieniu, że postępowanie obwinionej zachęcało rodziców do rezygnacji z obowiązkowych szczepień, wynikających z przepisów obowiązującego w Polsce prawa (tj. ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych* oraz przepisów wykonawczych do niej). Prawdą jest, iż obowiązkiem lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną jest powiadomienie osoby zobowiązanej do poddania się szczepieniom (w przypadku dzieci – ich opiekunom prawnym) o korzyściach i ewentualnych możliwościach wystąpienia odczynów poszczepiennych. W przypadku wątpliwości, lekarz może odesłać rodzica wraz z dzieckiem do Punktu Konsultacyjnego ds. Szczepień. Obwiniona natomiast takich działań nie podejmowała. NSL stwierdził, że wyjaśnienia obwinionej lekarki zawarte w zeznaniach w trakcie posiedzeń OSL, a także w odwołaniu od jego orzeczenia nie były przekonywujące. Obwiniona nie zachowała należytej proporcji w informowaniu o mogących wystąpić negatywnych odczynach poszczepiennych oraz pozytywnych ich skutkach w zapobieganiu chorób. Wyjaśnienia poczynione przez lek. ABK, że przyjmowała do wiadomości od rodziców, bądź rehabilitantów przekazy o dużej liczbie powikłań poszczepiennych, będących przyczyną autyzmu bez prób wyjaśnień, iż takie osądy nie mają uzasadnienia w naukowych doniesieniach, są wysoce naganne. Postawa obwinionej była istotnie antyzdrowotna. Stwierdzenie to, zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego, jest tym bardziej uzasadnione z powodu tego, że w ostatnim okresie szczepienia ochronne przeżywają kryzys, a szczególnie niepokojący jest spadek szczepień u dzieci. Wynika to z niedostatecznej promocji, ale także z rosnącej aktywności ruchów antyszczepiennych. Przedstawiciele tych organizacji poprzez internet docierają do dużych grup społecznych, jednak co należy podkreślić – ich wystąpienia mają charakter publicystyczny, a nie naukowy. Na marginesie NSL dodał, odbiegając nieco od meritum zakresu sprawy, ale wskazując na istotę zaistniałych niegdyś faktów, jak brzemienna w skutkach była publikacja Andrew Wakefielda z 1998 r. w czasopiśmie medycznym „Lancet" sugerująca, że szczepienia MMR wywołują u dzieci autyzm. Jego sugestie, dzięki przeprowadzonym dziesiątkom badań, obalono, a „Lancet" wycofał publikacje ze swego archiwum. We Francji sugerowano z kolei, że szczepienie przeciw WZW-B powoduje stwardnienie rozsiane, co również nie miało potwierdzenia naukowego. Mając powyższe na względzie NSL stwierdza, iż postawa jaką demonstrowała lekarz ABK nie była postawą proszcze-

pienną, jaką winien mieć lekarz sprawujący opiekę nad dziećmi, a tym samym obwiniona działała na szkodę dla pacjentów, a co za tym idzie wbrew zasadom Kodeksu etyki lekarskiej.

26. Art. 5 ustawy o działalności leczniczej[49].

26.1. W sprawie o sygn. alt NSL Rep. 23/OWU/15 ustalono, że orzeczeniem z dnia 28 października 2014 r., sygn. akt OSL-18/Wu/14, OSL w X. po rozpoznaniu sprawy przeciwko lek. AS, obwinionego o prowadzenie w okresie od 1 października 1996 r. do 6 października 2011 r. Indywidualnej Praktyki Lekarskiej pod nazwą „Gabinet Lekarski – AS", wpisanej do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta X. pod nr 66498, służącej udzielaniu świadczeń w postaci: badań lekarskich, badań profilaktycznych kierowców, wizyt domowych, nadzoru lekarskiego nad zakładami pracy, rehabilitacji, fizyko- i kinezyterapii bez jej rejestracji w Rejestrze Praktyk Lekarskich, a od kwietnia 2011 r. w Rejestrze Podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku oraz udzielanie w jej ramach świadczeń w Przyzakładowej Przychodni Rehabilitacyjnej w X. od 2 kwietnia 2002 roku, tj. o naruszenie art. 5 ust. 1 i 2 pkt 1 lit. a w zw. z art. 101 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, uznał obwinionego winnym zarzucanego mu czynu i wymierzył mu karę grzywny w wysokości 1/3 (jednej trzeciej) przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z września 2014 r. w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat z zysku na Fundację X. oraz obciążył kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia pismem z dnia 27 grudnia 2014 r. odwołanie do NSL złożył obrońca obwinionego.

NSL stwierdził jednak, że odwołanie wniesione przez obrońcę obwinionego nie jest zasadne. Jak stwierdzono w uzasadnieniu NSL, Okręgowy Sąd Lekarski prawidłowo ustalił stan faktyczny w sprawie. Nie ulegało wątpliwości zdaniem NSL, że obwiniony wykonywał praktykę lekarską bez jej rejestracji. Obowiązek rejestracji praktyki lekarskiej obowiązuje niezmiennie od wielu lat, obejmując w całości okres objęty zarzutem postawionym obwinionemu. Lekarze i lekarze dentyści wykonujący zawód w ramach praktyki lekarskiej, którzy byli zarejestrowani w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej w rejestrze indywidualnych, indywidual-*

---

[49] Por. ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. 2015, poz. 618). Zgodnie z art. 5 tego aktu normatywnego lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100. 2. Działalność lecznicza:

1) lekarzy może być wykonywana w formie: a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

nych specjalistycznych bądź grupowych praktyk lekarskich prowadzonych przez okręgową izbę lekarską, nie musieli na nowo rejestrować swojej praktyki w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Zgodnie z art. 217 ust. 1 tej ustawy wpisy do rejestru indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych bądź grupowych praktyk lekarskich stały się z mocy prawa wpisami w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W praktyce oznaczało to, że dotychczasowe dane figurujące w rejestrze praktyk lekarskich zostały „przepisane" do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i lekarze wykonujący działalność leczniczą w ramach praktyki nie mieli obowiązku zgłaszać ich ponownie. Z ustalonego przez Sąd I instancji stanu faktycznego jednoznacznie wynikało, że obwiniony miał jedynie zarejestrowaną praktykę w ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta X pod numerem 99999. Błędnie zatem z faktu konieczności dostosowania zarejestrowanych praktyk lekarskich do wymogów ustawy o działalności leczniczej obrońca wywodził, iż w okresie dostosowawczym ustawa dopuszczała wykonywanie praktyki lekarskiej bez jej rejestracji. Okres dostosowawczy dotyczył bowiem tylko i wyłącznie tych lekarzy, którzy mieli prawidłowo zarejestrowane praktyki według przepisów obowiązujących przed datą wejścia w życie ustawy *o działalności leczniczej*, tj. byli wpisani do rejestru prywatnych praktyk prowadzonego przez właściwą izbę lekarską. Obwiniony nie miał zarejestrowanej praktyki w tym rejestrze. Zarzut wymierzenia kary nieznanej ustawie nie był także zasadny. Istotnie jak przyznał NSL, Sąd I instancji omyłkowo określił wymierzoną karę jako grzywnę. Nie ulegało jednak wątpliwości NSL, zważywszy na powołaną podstawę prawną, iż wymierzona została obwinionemu kara pieniężna, określona w art. 83 ust. 1 pkt 3 ustawy *o izbach lekarskich* w zw. z art. 85 ust. 1 ustawy *o izbach lekarskich* – w minimalnej wysokości przewidzianej tą ustawą. Niezasadne były także zarzuty dotyczące braku odpowiedzialności obwinionego za naruszenie przepisów ustawy *o działalności leczniczej*. Zgodnie z art. 53 ustawy *o izbach lekarskich* przewinieniem zawodowym jest naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Przepis ten jednocześnie stanowi, że za popełnienie przewinienia zawodowego członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej. Zgodnie z art. 2 i 6 ustawy *o izbach lekarskich* przynależność do samorządu zawodowego ma charakter powszechny i obligatoryjny, co oznacza, że lekarz nie może wykonywać zawodu, nie będąc członkiem okręgowej izby lekarskiej. Okręgowa Rada Lekarska – zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* – przyznaje prawo wykonywania zawodu i na tej podstawie lekarz zostaje wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej. Z zestawienia przepisów dotyczących prawa wykonywania zawodu oraz odpowiedzialności zawodowej wynika, że każdy lekarz jako członek izby lekarskiej jest zobowiązany do przestrzegania zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza pod rygorem odpowiedzialności za popełnienie przewinienia zawodowego. Adresatami norm etycznych ujętych w Kodeksie etyki lekarskiej oraz norm zawartych w przepisach dotyczących wykonywania zawodu lekarza są tylko lekarze, a ustawowa definicja przewinienia zawodowego jest połączona z odpowiedzialnością zawodową członków izb lekarskich. Odpowiedzialność zawodowa nie ma charakteru uniwersalnego i nie skutkuje „na zewnątrz", lecz służy wewnętrznej samoregulacji i sprawowaniu kontroli w obrębie społeczności

tworzącej grupę zawodową. Różni się zatem od odpowiedzialności karnej, która to ma charakter powszechny i służy sankcjonowaniu przez państwo zachowań społecznie szkodliwych, określonych w ustawie jako zabronione pod groźbą kary kryminalnej. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie wykazuje się zgodności czynu z ustawowo określonym wzorcem zachowania karalnego, ale jedynie stwierdza, że doszło do naruszenia – w jakikolwiek sposób – normy etycznej lub prawnej wyznaczających model należytego postępowania lekarza. Niezaprzeczalnym jest, że obwiniony w trakcie popełniania zarzucanego mu czynu był członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w X., a przepisy ustawy *o działalności leczniczej* niewątpliwie są przepisami dotyczącymi wykonywania zawodu. Zatem ich naruszenie stanowi przewinienie zawodowe. Wobec tego brak było przesłanek do uznania, że obwiniony nie podlegał w tym okresie odpowiedzialności zawodowej. Nie był również zasadnym zarzut obrońcy – zdaniem NSL niewskazania w uzasadnieniu skarżonego orzeczenia jego podstawy prawnej. Zgodnie z treścią art. 89 ust. 3 ustawy *o izbach lekarskich* uzasadnienie orzeczenia sądu lekarskiego powinno zawierać: 1) wskazanie, jakie fakty sąd lekarski uznał za udowodnione lub nieudowodnione, na jakich w tej mierze oparł się dowodach i dlaczego nie uznał dowodów przeciwnych; 2) wskazanie podstawy prawnej orzeczenia; 3) przytoczenie okoliczności, które sąd lekarski miał na względzie przy wymiarze kary. Zważywszy na powyższe NSL stwierdził, że wszystkie powyższe enumeratywnie wymienione elementy są zawarte w uzasadnieniu Sądu I instancji. Na stronie 7 uzasadnienia Sąd I instancji wskazał naruszenie przez obwinionego art. 65 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, co w ocenie NSL jest wskazaniem podstawy prawnej uzasadnienia. Analiza treści skarżonego orzeczenia i uzasadnienia pozwoliła w ocenie sądu II instancji na przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania i poprawności rozumowania Sądu I instancji w fazie wyrokowania. NSL w wyniku tej kontroli doszedł do przekonania, że brak było podstaw do uchylenia zaskarżonego orzeczenia i konieczności przekazania sprawy do ponownego rozpoznania. Nie stwierdzono bowiem istotnych wad uzasadnienia, które dyskwalifikują wartość dotychczasowego postępowania sądowego lub procesu decyzyjnego. Nie stwierdzono bowiem takich uchybień jak: lakoniczność pisemnych motywów wydanego orzeczenia, powierzchowne przeprowadzenie analizy materiału dowodowego. Sąd I instancji zawarł też w treści uzasadnienia merytoryczne argumenty przemawiające za trafnością dokonanego rozstrzygnięcia, które znajdują odzwierciedlenie w materiale aktowym i nie pozostają z nim w sprzeczności. NSL uznał zatem, że rozstrzygnięcie zawarte w orzeczeniu Sądu I instancji było trafne, nie stwierdzono również uchybień w samym uzasadnieniu, które uniemożliwiłyby kontrolę instancyjną orzeczenia, zatem nie ma potrzeby orzekania kasatoryjnego.

27. Art. 20 u.z.l.i.l.d.[50] – prawo używania tytułu i stopnia naukowego

27.1. Na uwagę zasługuje także sprawa o sygn. akt NSL Rep. 85/OWU/15. Stan faktyczny przedstawiał się następująco. Orzeczeniem z dnia 5 marca 2015 roku, (sygn. akt

[50] Zgodnie z tym przepisem „lekarzowi przysługuje prawo używania tytułu i stopnia naukowego oraz tytułu specjalisty w brzmieniu określonym przez odrębne przepisy".

39/Wu/2014), OSL w X. po rozpoznaniu sprawy lek. RB obwinionego o: nieetyczne postępowanie polegające na tym, że dnia 30.10.1992 roku podając nieprawdziwe dane w podaniu do Lekarza Wojewódzkiego w X., sugerujące jakoby był lekarzem stomatologii, uzyskał zgodę na dopuszczenie do egzaminu specjalizacyjnego z zakresu chirurgii stomatologicznej i jako lekarz stomatologii RB egzamin z tej specjalności zdał w dniu 12.11.1992 roku, uzyskując w sposób nieuprawniony tytuł chirurg stomatolog, którym posługuje się do dnia dzisiejszego, prowadząc bez posiadania prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty leczenie w zakresie stomatologii i wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii stomatologicznej w NZOZ RB Centrum Implantologii i Stomatologii Estetycznej, co stanowi naruszenie art. 2 pkt 2 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, postanowił zakwalifikować czyn popełniony przez obwinionego jako trzy oddzielne przewinienia: podanie nieprawdziwych danych w 1992 roku, co doprowadziło do uzyskania tytułu lekarza chirurga stomatologa; posługiwanie się nieuprawnionym tytułem chirurga stomatologa od 12 listopada 1992 roku do chwili obecnej; wykonywanie zawodu lekarza dentysty bez uprawnień, tj. bez posiadania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w okresie od 12 listopada 1992 roku do chwili obecnej. Po sformułowaniu trzech oddzielnych zarzutów Okręgowy Sąd Lekarski postanowił: na podstawie art. 82 ust. 1 w zw. z art. 63 pkt 4 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 2.12.2009 roku, umorzyć postępowanie w zakresie zarzutu podania nieprawdziwych danych w roku 1992, co doprowadziło do uzyskania przez lek. RB tytułu chirurga stomatologa – z powodu przedawnienia; na podstawie art. 82 ust. 1 w zw. z art. 63 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 2.12.2009 roku, uniewinnić w aspekcie zarzutu o posługiwanie się nieuprawnionym tytułem chirurga stomatologa od dnia 12.11.1992 roku do chwili obecnej, bowiem formalnie posiadał decyzję administracyjną w aspekcie przyznania I stopnia specjalizacji z zakresu chirurgii stomatologicznej; na podstawie art. 82 ust. 1 w zw. z art. 63 pkt 1 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 2.12.2009 roku, uniewinnić od zarzutu wykonywania zawodu lekarza dentysty bez uprawnień tj. bez posiadania prawa wykonywania zawodu „lekarza dentysty" w okresie od 12.11.1992 roku do chwili obecnej, ponieważ brak jest dowodu, że taki zawód wykonywał. Od powyższego orzeczenia odwołanie do NSL złożył OROZ.

W ocenie NSL odwołanie okazało się tylko częściowo zasadne. Jak podano w uzasadnieniu stanowiska NSL, Sąd I instancji istotnie nie odniósł się do dowodów wskazanych w uzasadnieniu orzeczenia. Nie wskazał, którym dowodom dał wiarę, a którym nie i dlaczego. W ocenie NSL brak oceny dowodów stanowi naruszenie art. 63 ust. 3 ustawy *o izbach lekarskich* i utrudnia kontrolę instancyjną. Szczególne znaczenie ma ocena dowodów dotyczących faktu wykonywania przez obwinionego czynności typowo dentystycznych. Sąd I instancji nie zinterpretował zeznań współpracujących z obwinionym lekarzy, nie podjął starań by potwierdzić lub wykluczyć udział obwinionego w leczeniu stomatologicznym np. poprzez kontrolę dokumentacji medycznej lub zeznania pacjentów. NSL zgodził się ze skarżącym, iż OSL niewłaściwie zinterpretował art. 2 ust. 1 i ust. 2 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty.* Teza jakoby lekarz mógł wykonywać również czynności przewidziane w art. 2 ust. 2 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* jest chybiona. Uniewinnienie obwinionego w oparciu o takie argumenty jest bezzasadne. Sąd odwoławczy podzielił również zdanie Okręgowego Rzecznika w sprawie stosowania przepisów zarządzenia dotyczącego specjalizacji.

Przepisy zarządzenia Ministra Zdrowia z roku 1983 zmienione zarządzeniem w 1986 roku, czyli obowiązujące w 1992 roku, w jasny sposób wskazywały, że do specjalizacji I stopnia z chirurgii stomatologicznej może przystąpić lekarz dentysta. NSL nie miał wątpliwości, iż obwiniony zdawał sobie z tego sprawę. Wiedziały o tym również, zdaniem NSL, osoby podpisujące się pod dokumentami dotyczącymi specjalizacji z chirurgii stomatologicznej I stopnia. NSL w poprzednim orzeczeniu zobowiązał Sąd I instancji do dokonania szczegółowej analizy przebiegu specjalizacji lek. dent. RB. W uzasadnieniu orzeczenia zostały wymienione dokumenty dotyczące specjalizacji. Brak było jednak ich wnikliwej analizy (daty rozpoczęcia specjalizacji, zgody na rozpoczęcie specjalizacji, skrócony staż specjalizacyjny, odbycie staży specjalizacyjnych). Sąd odwoławczy zgodził się z odwołującym, iż otrzymanie dyplomu I stopnia specjalizacji nie jest decyzją administracyjną. Fakt zdania egzaminu specjalizacyjnego i wydanie dyplomu upoważniającego do używania tytułu chirurga stomatologa był decyzją komisji specjalizacyjnej, nie organu administracji państwowej. Bezsprzecznym jest, iż obwiniony posiada tytuł nadany mu w 1992 roku, ale wskutek ujawnionych nieprawidłowości, zdaniem Naczelnego Sądu Lekarskiego, fakt ten powinien być bezwzględnie zweryfikowany. NSL nie jest właściwym organem do skorygowania zaistniałej sytuacji. Rozpatrzeniem sprawy powinna zająć się Okręgowa Rada Lekarska w X. Zdaniem sądu odwoławczego art. 10 ustawy *o zawodzie lekarza* z dnia 28 października 1950 roku, zgodnie z którym „Lekarzowi, wykonującemu zawód, wolno używać przysługujących mu tytułów i stopni naukowych; jednak nie wolno mu używać tytułów, mogących wprowadzić w błąd co do jego szczególnych kwalifikacji zawodowych" został poważnie naruszony. NSL nie podzielił natomiast zdania odwołującego się OROZ w sprawie wymierzenia obwinionemu kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 5 lat celem uzupełnienia studiów stomatologicznych i uzyskania tytułu zawodowego lekarza dentysty. Na rozprawie przed sądem odwoławczym nie poparł tego wniosku NROZ. Zgodnie z art. 92 ust. 2 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 2 grudnia 2009 roku sąd odwoławczy nie ma uprawnień, by po wydaniu orzeczenia uniewinniającego przez Sąd I instancji, orzec winę obwinionego i wymierzyć mu karę. Naruszałoby to prawo do obrony obwinionego.

Na koniec warto zaznaczyć, że nie wszystkie poglądy NSL wyżej zaprezentowane zasługują na pełną aprobatę. Warto te stanowiska konfrontować z wywodami zamieszczonymi w decyzjach Sądu Najwyższego w sprawach kasacyjnych. Tym niemniej wydaje się, że warto poznać stanowiska NSL w wybranych kwestiach zważywszy, iż powinny one mieć istotny wpływ na praktykę orzeczniczą okręgowych sądów lekarskich, a z pewnością służyć powinny ujednoliceniu linii orzeczniczej tych organów.

Streszczenie

Wprawdzie orzeczenia sądów lekarskich, nie mają w naszym systemie prawnym charakteru precedensów prawnych, a więc nie tworzą nowej normy prawnej, a jedynie prezentują wykładnię praktyczną poszczególnych przepisów prawnych, to zważywszy na treść art. 76 Kodeksu etyki lekarskiej, w wypadkach nie przewidzianych w KEL, należy kierować się zasadami wyrażonymi m.in. w orzecznictwie sądów lekarskich. Stąd też poglądy i wywody zamieszczone w uzasadnieniach Naczelnego Sądu Lekarskiego mają niezwykle istotne znaczenie dla praktyki funkcjono-

wania sądów lekarskich. Stąd potrzeba publikacji wybranych orzeczeń NSL wydaje się bezdyskusyjna, czemu niniejsze opracowanie – choć zapewne tylko częściowo – stara się sprostać. W artykule zamieszczono wybrane orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego z 2015 r.

Słowa kluczowe: Naczelny Sąd Lekarski, odpowiedzialność zawodowa lekarzy, przewinienia zawodowe lekarzy

Review of the Supreme Medical Court in 2015

Summary

Even though judgements of medical courts are not recognised, by the legal system in this country, as judicial precedents, and thereby do not create novel legal norms but merely constitute practical interpretation of particular legal regulations – still, taking into consideration the provisions of Art. 76 of the Medical Code of Ethics, in cases not provided for in the Code, the principles articulated, among other things, in decisions of medical courts should be followed. And therefore, the views and arguments featured in the grounds for the judgements made by the Supreme Medical Court (SMC) are exceedingly important in practical functioning of medical courts. Hence the need to render selected SMC rulings available for publication seems unarguable, and this is what the current discourse – presumably only fragmentarily – is meant to convey. Selected decisions of the Supreme Medical Court of 2015 are included therein.

Key words: *the Supreme Medical Court, professional liability of the physicians, professional misconduct*

Norbert Gill
Dr, Zakład Systemów Prasowych i Prawa Prasowego, Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy w roku 2015

Kwestie wstępne

Na początku należy nadmienić, iż większość spraw z analizowanego okresu zakończyła się oddaleniem wnoszonych przez obwinionych kasacji, a to z tego względu, że okazywały się one bezzasadne w stopniu jak to stwierdził SN oczywistym. Korzystając też z uprawnień, jakie niesie za sobą Kodeks postępowania karnego, który w sprawach tych ma odpowiednie zastosowanie, sąd odstępował od sporządzenia uzasadnienia postanowienia (oddalającego kasacje) na mocy art. 535 § 3 k.p.k., który właśnie stanowi, że oddalenie kasacji jako oczywiście bezzasadne i nie wymaga uzasadnienia. Dlatego też odnośnie tej części spraw nie poznamy niestety jakie przesłanki i okoliczności przemawiały za takim zakończeniem sprawy.

W jednej ze spraw SN swoim wyrokiem uchylił wydane dotychczas wyroki (tj. wyrok Naczelnego Sądu Lekarskiego – NSL i zmienione nim orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego – OSL) i umorzył postępowanie z uwagi na przedawnienie karalności przewinienia zawodowego, która to karalność ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia minęło 5 lat. Tak też się stało w tamtym przypadku, przy czym SN zaznaczył, że doszło do tego wyłącznie z przyczyn opieszałości procedujących w sprawie sądów, które co więcej przez cały ten czas zgromadziły niezbyt obszerny materiał dowodowy ograniczający się zaledwie do wyjaśnień obwinionego i zeznań pokrzywdzonej oraz opinii biegłego, która została dołączona do akt sprawy trzy lata wcześniej. Przypadek ten należy uznać za porażkę sytemu sądownictwa korporacyjnego i należy wziąć z tego lekcję na przyszłość, co jak się wydaje wynika ze słów SN, który konkludował, że owa opieszałość nie może zyskać jego aprobaty, niemniej umorzenie sprawy w takim przypadku było niestety koniecznością.

W dwóch kolejnych przypadkach SN zmuszony był wydać orzeczenia, które uwzględniały zasadę, że postępowanie przed sądem lekarskim winno być zawieszone w przypadku, gdy postępowanie karne przeciwko temu samemu lekarzowi toczy się o czyny objęte zarzutami postępowania dyscyplinarnego, a tym samym do czasu jego prawomocnego zakończenia istnieje przeszkoda w prowadzeniu postępowania w zakresie odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Zasada ta znajduje swoje normatywne uzasadnienie w art. 54 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (t.j. Dz. U. 2016, poz. 522 – dalej jako u.i.l.), który stanowi, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być zawieszone do czasu ukończenia postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Konkretnie SN uchylał tu wyrokiem orzeczenia NSL, który nieprawidłowo umarzał sprawę. Postanowienie o umorzeniu było bowiem błędem, gdyż w ten sposób z przyczyn czysto formalnych mogłoby dojść do uniknięcia odpowiedzialności obwinionych, wobec których doszło do zbiegu w prowadzeniu zarówno postępowania karnego, jak i postępowania w przedmiocie odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Perypetie dotyczące kary raz jeszcze

Tytuł sugeruje, że ta sprawa była już wcześniej przedmiotem zainteresowania „Medycznej Wokandy".

Sprawa jest bezprecedensowa z dwóch przyczyn. Zarówno ze względu na stan faktyczny, który niestety kładzie cień na całe środowisko służby zdrowia, a po drugie, z tego powodu, że SN rozpatruje już drugą kasację w niniejszej sprawie! Jak to możliwe?

Jeżeli ktoś nie ma dostępu do poprzedniego archiwalnego numeru „Medycznej Wokandy", krótko zasygnalizujmy jak wyglądał „harmonogram sprawy" i czego ona dotyczyła. Aby czytelnik się „nie pogubił" w poszczególnych odsłonach sprawy dla ułatwienia przywołamy daty dzienne.

OSL orzeczeniem z dnia 14 lutego 2013 r., uznał za winnego lekarza X, tego, że w okresie od lutego 2006 r. do września 2007 r. w Szpitalu Y, będąc chirurgiem prowadzącym, doprowadził trójkę małoletnich pacjentów do wielokrotnego poddania się innym czynnościom seksualnym. Tym samym naruszył godność wykonywanego przez siebie zawodu, tj. przewinienia zawodowego określonego w art. 1 ust. 3 Kodeksu etyki lekarskiej[1] (KEL) i za to na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 6 u.i.l. wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat[2].

Orzeczenie to zostało zaskarżone przez obwinionego lekarza, który w odwołaniu zarzucił wymierzenie mu rażąco niewspółmiernej kary oraz wniósł o zmianę orzeczenia poprzez orzeczenie kary rodzajowo łagodniejszej.

Po rozpoznaniu odwołania NSL przychylił się do skargi i orzeczeniem z dnia 23 maja 2013 r., zmienił zaskarżone orzeczenie w ten sposób, że wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres sześciu miesięcy.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej złożył kasację od orzeczenia sądu odwoławczego na niekorzyść obwinionego. Zarzucił rażące naruszenie art. 96 ust. 1 u.i.l. (tj. na podsta-

---

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

[2] Katalog kar, które może wymierzyć sąd lekarski opisany w art. 83 ust. 1 u.i.l. jest następujący:
1) upomnienie;
2) nagana;
3) kara pieniężna;
4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat;
5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat;
6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat;
7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

wie zarzutu, że kasacja może być wniesiona także z powodu orzeczenia niewspółmierności kary – np. nadmierna łagodność, tj. wymierzenie kary rażąco niewspółmiernej do przypisanego obwinionemu przewinienia zawodowego.

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

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

Czym kierował się SN, uchylając orzeczenie NSL? Stwierdził on bowiem, że NSL wykazał się brakiem należytej refleksji polegającej na braku rozważenia i uwzględnienia przez ten sąd, ustawowych dyrektyw wymiaru kary.

NSL dokonał bowiem rozważenia wyłącznie okoliczności związanych z osobą obwinionego i jego sytuacją zawodową. Tym samym celnie SN dostrzegł, że pominięte zostały bez żadnego racjonalnego wytłumaczenia wszelkie pozostałe okoliczności, w szczególności związane z oceną stopnia szkodliwości czynu jakiego dopuścił się obwiniony lekarz (tj. jego zachowania), jak obowiązek szczególnej troski o dobro małoletnich pacjentów przebywających pod jego opieką oraz wielokrotność podejmowanych przez niego działań mających charakter czynu zabronionego i deliktu dyscyplinarnego.

W tej sytuacji orzeczenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu w rozmiarze odpowiadającym minimum ustawowemu, przewidzianemu na gruncie u.i.l., SN ocenił jako rażąco łagodne. Oznacza to, że SN uchylił zakwestionowane orzeczenie, tj. w części dotyczącej kary i w tym zakresie przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Zatem, NSL procedując ponownie w postępowaniu odwoławczym, powinien ograniczyć swoje rozstrzygnięcie tylko do rozważenia kwestii współmierności kary wymierzonej obwinionemu.

NSL wydał ponowny wyrok w dacie 27 czerwca 2014 r. Orzeczeniem tym wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku, zaliczając na jej poczet karę pół roku zawieszenia prawa wykonywania zawodu wykonaną na podstawie orzeczenia NSL z dnia 23 maja 2013 r.

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

Skarga kasacyjna była oparta, ponownie – co do zasady – o zarzut niewspółmierności kary do popełnionego czynu (szeregu czynów o tym samym charakterze).

Wynikiem wniesienia kasacji był wyrok SN z dnia 19 marca 2015 r. o sygnaturze SDI 2/15, w którym SN uchylił „czerwcowe" orzeczenie NSL w zaskarżonej części, tj. dotyczącej rozstrzygnięcia o karze, i w tym zakresie sprawę przekazał do ponownego rozpoznania NSL.

Na marginesie sprawa ta jest precedensowa, także i z tego powodu, że czytelnik analizujący kolejne orzeczenia SN może mieć wrażenie, że SN głęboko wchodzi w niezawisłość sędziów sądów korporacyjnych. „Seryjnie" jakoby uchyla ich wyroki, narzucając swoje zdanie i ocenę sytuacji. Czy jednak na pewno możemy w sposób uprawniony tak twierdzić? Zdaniem autora – nie! Nie chodzi tutaj o narzucanie swojej woli, a o brak woli sądów lekarskich do oczyszczania środowiska z osób, które rażąco nadużyły zaufanie, które im dano.

Przy okazji tej sprawy należy zauważyć dalej idący problem, a mianowicie co innego swoboda orzecznicza sądów zajmujących się odpowiedzialnością dyscyplinarną, a co innego wykonanie wyroków, które wcześniej zapadły w SN, a tylko co do których NSL się nie zastosował.

SN napisał bowiem w uzasadnieniu, że szanuje samodzielność jurysdykcyjną NSL, nie można jednak ograniczyć się do stwierdzenia, że kara wymierzona obwinionemu lekarzowi jest rażąco niewspółmierna przez nadmierną łagodność i że musi zostać podwyższona. Celowe jest natomiast wskazanie w pierwszej kolejności, że NSL był związany wskazaniami co do dalszego postępowania, zawartymi w uzasadnieniu wyroku SN z dnia 7 lutego 2014 r. W skrócie chodzi o to, aby NSL wymierzył karę dyscyplinarną w takiej postaci, która byłaby współmierna do stopnia zawinienia i ustalonych okoliczności obciążających oraz łagodzących, jak też stanowiła dla obwinionego realną dolegliwość, realizującą wymogi indywidualnego oddziaływania, a także funkcje kary przewidziane w ramach prewencji generalnej. Zatem Sąd z należytą starannością powinien rozważyć tak okoliczności związane z osobą lekarza i jego sytuacją zawodową, jak i okoliczności ściśle dotyczące przypisanego mu czynu, w szczególności fakt, że na obwinionym ciążył obowiązek szczególnej troski o dobro małoletnich pacjentów przebywających pod jego opieką w szpitalu po przejściu zabiegów operacyjnych, niewątpliwie bardziej niż zwykle podatnych na pokrzywdzenie, bo w pewnym stopniu bezradnych, odizolowanych od swojego środowiska rodzinnego i pozbawionych jego oparcia. Nie można też było bagatelizować faktu, że obwiniony wielokrotnie podejmował naganne działania (mające niewątpliwie wpływ na ich psychikę), będące nie tylko deliktem dyscyplinarnym, ale wyczerpujące też znamiona przestępstwa.

Zdaniem SN potrzeba starannego rozważenia przez NSL wszystkich okoliczności rzutujących na wymiar kary dyscyplinarnej jawi się tym bardziej wyraziście, że w toku zakończonego prawomocnym wyrokiem postępowania karnego nie doszło do orzeczenia wobec obwinionego środka karnego w postaci czasowego zakazu wykonywania zawodu lekarza, względnie zakazu prowadzenia działalności związanej z leczeniem małoletnich!

SN w sposób zgodny z „prawem i życiem", oraz elementarną zasadą godności i uczciwości napiętnował dążenie obwinionego do zaspokojenia własnych potrzeb seksualnych na terenie placówki służby zdrowia, kosztem dzieci znajdujących się w stanie pooperacyjnym.

Sąd ten zachowanie obwinionego uznał za szczególnie oburzające, a jego czyny za „niecne" i zasługujące na „jednoznaczne potępienie", wymagające reakcji „niezwykle surowej". Zauważył też, że doszło do „pohańbienia dobrego imienia stanu lekarskiego" i że jedynie określone okoliczności łagodzące przemawiały za odstąpieniem od wymierzenia obwinionemu zasadnej w takim wypadku kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu, by „dać szansę powrotu do zawodu". W ten sposób SN dał wiarę zasadzie, że oprócz zasad prewencji oraz sprawiedliwej odpłaty, który to element zawsze winien się znaleźć w obliczu kary, gdy dochodzi do uderzenia w najbardziej delikatne dobra każdego człowieka (już w szczególności bezbronnego dziecka) winną zostać miarkowana zasada humanitaryzmu (przebaczenia i dania szansy powrotu do normalnego życia).

SN co ciekawe wytknął NSL, że decydując się (w swoim poprzednim orzeczeniu) na znaczne obniżenie wymierzonej obwinionemu kary i zbliżając ją do dolnej granicy

ustawowego zagrożenia (w chwili popełnienia przez obwinionego czynów ustawowe granice kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu wynosiły od 6 miesięcy do 3 lat), sąd odwoławczy nie nawiązał do tych ocen, jakie SN sformułował w swoim pierwszym wyroku kasacyjnym, zatem nie było dla niego jasne czy ich nie zauważył, czy też nie podzielił. Stwierdził, iż to na co powołał się NSL ferując swój wyrok, czyli na fakt, że obwiniony „cieszy się nienaganną opinią środowiska, pacjentów oraz ich rodzin" jest absolutnie niewystarczające, co zresztą w obliczu wyroku sądu karnego także dla SN było mocno wątpliwe.

W ślad za tym NSL napisał, iż wierzy, że przy ponownym rozpoznaniu sprawy w postępowaniu odwoławczym NSL uwzględni te okoliczności i w końcu wyda rozstrzygnięcie respektujące wszystkie dyrektywy wymiaru kary, po wnikliwym rozważeniu całokształtu okoliczności obciążających, jak i łagodzących dla obwinionego.

Kara na zawsze?

Rok 2015 obfitował w sprawy o ogromnym ciężarze gatunkowym. Kolejny wyrok dotyczy okoliczności nie mniej bulwersujących (sygn. akt SDI 38/15).

Obwinionym był lekarz o zachowania opisane w Kodeksie etyki lekarskiej (KEL) w art. 14 i art. 2 ust. 1. Kodeks stanowi bowiem, że lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy (art. 14 KEL); powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem (art. 2 ust. 1 KEL). Kasacja należy dodać została wniesiona na niekorzyść obwinionego przez pełnomocnika Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności, od orzeczenia NSL, zmieniającego orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego. SN uchylił zaskarżone orzeczenie w części dotyczącej wymiaru kary i w tym zakresie sprawę przekazał do ponownego rozpoznania NSL.

Jak przedstawiała się niniejsza sprawa na jej wcześniejszych etapach? A mianowicie OSL uznał lekarza za winnego tego, że: w ramach specjalistycznej praktyki lekarskiej w miejscu wezwania wykorzystując stan zdrowia pacjentki i swój wpływ na niego, podjął działanie na szkodę pacjentki poprzez: pod pozorem udzielania pomocy lekarskiej doprowadził pacjentkę do stanu wyłączającego możliwość podjęcia świadomej decyzji, a następnie doprowadził pacjentkę do obcowania płciowego i za tak opisany i zakwalifikowany czyn wymierzył karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Odwołanie od tego orzeczenia złożył obrońca obwinionego i podnosząc zarzuty naruszenia prawa procesowego, błędu w ustaleniach faktycznych i niewspółmierności wymierzonej kary wniósł o zmianę lub uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Naczelny Sąd Lekarski zmienił zaskarżone orzeczenie i wymierzył obwinionemu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres 5 lat.

Orzeczenie to zaskarżone zostało kasacją Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, w której podniesiono zarzut wymierzenia kary rażąco niewspółmiernej do przypisanego obwinionemu przewinienia zawodowego. Podnosząc powyższe skar-

żący wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w części dotyczącej wymiaru kary i przekazanie w tym zakresie sprawy do ponownego rozpoznania.

Jak orzekł w tej sprawie SN i jakie argumenty oraz okoliczności wziął pod uwagę?

SN uznał, że kasacja Rzecznika jest słuszna. SN skłaniał się do uzasadnienia, jakie wydał OSL, bowiem to on stwierdził, że oceniając zachowanie obwinionego zwrócić należy uwagę, na bardzo wysoki stopień naruszenia obowiązków zawodowych obwinionego. Na to, że drastycznie naruszył on stosunek zaufania, jaki winien łączyć lekarza i pacjenta. Stopień społecznej szkodliwości przypisanego czynu ocenił jako bardzo wysoki. Znaczny w ocenie tego Sądu był też stopień winy obwinionego.

Ergo naruszenie norm relacji lekarz–pacjent przez obwinionego, decyduje, że ów lekarz nie może być dopuszczony do dalszego wykonywania zawodu.

NSL w zasadzie nie kwestionował tego co napisał w uzasadnieniu swojego wyroku OSL, niemniej doszedł on do zgoła odmiennych konstatacji w zakresie orzeczenia o karze. Więcej NSL miał świadomość i napisał, że szkodliwość czynu obwinionego pod względem moralnym jest wysoka i godzi w zaufanie do całego środowiska lekarskiego. Nie podniósł zatem żadnych okoliczności, które wskazywałyby na błędną ocenę okoliczności mających wpływ na wymiar kary. Pomimo tego NSL, jak zasygnalizowano, dokonał zmiany orzeczenia w tym zakresie, wymierzając karę łagodniejszą. Jako jedyną okoliczność łagodzącą NSL wskazał dotychczasową niekaralność obwinionego. Nie sposób jednak przyjąć, że była to okoliczność nieznana OSL, a więc taka, której ten nie dostrzegał wymierzając karę.

SN stwierdził, iż właściwie poprzez brak jakiegokolwiek uzasadnienia, właściwie nie wiadomo, dlaczego doszło do zmiany zaskarżonego orzeczenia. Jeżeli NSL w odmienny sposób oceniał zawinienie obwinionego albo stopień społecznej szkodliwości przypisanego mu przewinienia dyscyplinarnego, winien to jednoznacznie wskazać. To samo dotyczy argumentacji przemawiającej za wymiarem kary – o ile NSL uznał wywody OSL za nieprzekonujące w całości lub części, winien podać jednoznacznie, z którymi argumentami nie zgadza się i dlaczego, oraz przedstawić własne wnioskowania w tym zakresie.

Tylko tak sporządzone uzasadnienie będzie pokazywało, że kontrola odwoławcza została przeprowadzona w sposób rzetelny. W niniejszej sprawie NSL takich wywodów nie przedstawił w ogóle, a zatem nie było też zdaniem SN możliwości przeprowadzenia kontroli kasacyjnej tego, dlaczego doszło do zmiany orzeczenia OSL i czy była ona uzasadniona. W konsekwencji zaś, czy wymiar kary został ukształtowany w sposób prawidłowy. Wszystkie wskazane wyżej uchybienia spowodowały konieczność uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania niniejszej sprawy do ponownego rozpoznania NSL.

Brak rzetelnego procesu

Kolejne orzeczenie SN o sygnaturze SDI 16/15 pociąga za sobą walor poznawczy o innym charakterze. Można je wykorzystać do analizy kwestii, na czym polega zasada rzetelnego procesu?

Ukarzemy to na kanwie następującego stanu faktycznego: lekarz X został obwiniony o to, że jako lekarz ZOZ w Y w trakcie leczenia pacjentki Z popełnił błąd diagnostycz-

ny, polegający na niewłaściwym doborze badań w diagnostyce różnicowej silnych bólów w klatce piersiowej z towarzyszącymi im dusznościami, tj. o czyn stanowiący naruszenie art. 8 KEL. Zgodnie bowiem z jego brzmieniem lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

Orzeczeniem OSL uznano go winnym popełnienia zarzucanego przewinienia zawodowego i za powyższy czyn orzeczono karę nagany. Obwiniony wniósł odwołanie od tego orzeczenia, zarzucając mu błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, polegający na mylnym przyjęciu, iż obwiniony dopuścił się przewinienia zawodowego z art. 8 KEL.

Nadto, co istotne, kumulatywnie zarzucił mu także obrazę przepisów postępowania i u.i.l. mającą wpływ na treść orzeczenia polegające na:

1) wydaniu orzeczenia wyłącznie na podstawie dowodów dla obwinionego niekorzystnych oraz pozostawieniu poza podstawą orzeczenia szeregu istotnych wynikających ze zgromadzonych dowodów okoliczności faktycznych sprawy przemawiających za tym, iż obwiniony nie dopuścił się zarzucanego mu przewinienia, bez należytego umotywowania takiego stanowiska w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia;
2) całkowicie arbitralnym stanowisku, nie znajdującym potwierdzenia w materiale dowodowym sprawy – opartym na niezasadnych domniemaniach;
3) rozstrzyganiu niedających się usunąć wątpliwości na niekorzyść obwinionego;
4) dokonaniu oceny dowodów w sposób dowolny, z pominięciem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego;
5) niewyjaśnieniu okoliczności faktycznych mających znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a w szczególności też przyczyny śmierci pacjentki i zastąpienie inicjatywy dowodowej ustaleniami opartymi na niekorzystnych dla obwinionego domniemaniach;
6) niedopuszczenie dowodu z urzędu z opinii Katedry Medycyny Sądowej;
7) niewyjaśnienie podstawy prawnej orzeczenia;
8) mylne przyjęcie, że opinie biegłych są jasne, pełne, niesprzeczne;
9) nieprzeprowadzenie konfrontacji między biegłymi z uwagi na to, że opinie ich są sprzeczne między sobą;
10) pominięcie przy rozstrzyganiu niniejszej sprawy uwag obwinionego.

W konkluzji, skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia w całości i uniewinnienie go od zarzucanego mu przewinienia zawodowego z art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej, względnie o uchylenie w całości zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy OSL do ponownego rozpoznania.

NSL utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie Sądu I instancji. Kasację od orzeczenia NSL wniósł obrońca obwinionego lekarza X zaskarżając ww. orzeczenie w całości na korzyść obwinionego, powołując się na zarzuty, które korespondowały z tymi opisanymi powyżej.

Dodatkowo wyeksponowano w kasacji fakt nieudzielenia przez biegłych odpowiedzi na wszystkie zagadnienia poruszone w odwołaniu, a które objęte były zakresem posiadanych wiadomości specjalnych, nieuzasadnienie w sposób rzetelny wyrażonych ocen oraz poglądów, zwłaszcza że obwiniony wskazywał już na wcześniejszych etapach postępowania sprzeczność poglądów i ocen biegłych z aktualnym stanem wiedzy

medycznej, a nadto niepoddanie kontroli opinii wszystkich opiniujących w sprawie obwinionego pod kątem niejasności opinii, o czym świadczy posługiwanie się nielogicznymi argumentami, wewnętrznymi i zewnętrznymi sprzecznościami, brakiem precyzyjnego określenia sposobu dochodzenia do ocen i poglądów w nich zawartych.

Nadto zarzucono postępowaniu NSL zaniechanie z nieustalonych przyczyn zajęcia procesowego stanowiska odnośnie wnioskowanego przez obwinionego i jego obrońcę dowodu z opinii instytutu mimo, iż taki wniosek dowodowy został złożony przez obwinionego, co w konsekwencji naruszyło prawo do obrony obwinionego.

Co ciekawe, okazało się także, a co celnie podniesiono w kasacji, że doszło w trakcie orzekania przez NSL do naruszenia zasady domniemania niewinności i wydawania tzw. przedsądów, czyli opinii co do treści przyszłego rozstrzygnięcia! A mianowicie miał się tego rzekomo dopuścić Przewodniczący składu orzekającego NSL, który przed udaniem się na naradę nad orzeczeniem, naruszył zasadę „głosów stron" albowiem nie odebrał od obwinionego ostatniego słowa, przez co naruszone zostało też prawo do obrony obwinionego.

Podnosząc powyższe zarzuty, obrońca obwinionego wniósł o uchylenie w całości orzeczenia NSL i utrzymanego w mocy orzeczenia OSL oraz o przekazanie sprawy dotyczącej obwinionego X do ponownego rozpoznania NSL, ewentualnie o przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania OSL.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej natomiast wniósł o oddalenie kasacji jako oczywiście bezzasadnej, wywodząc, że gdy chodzi o materię merytoryczną sprawy, związaną z treścią opinii specjalistycznych, to podlegała ona nie tylko kontroli biegłych, najwyższych autorytetów w kardiologii, ale także i kontroli składów orzekających, złożonych także z lekarzy-specjalistów, znających tę problematykę, a gdy chodzi o podniesione uchybienia procesowe, to SN powinien okazać dla nich wyrozumiałość, gdyż członkowie sądów lekarskich nie są prawnikami, nie można zatem od nich oczekiwać szczegółowej znajomości przepisów procedury, zaś podlegają oni – jak lekarze – emocjom, gdy widzą krzywdę pacjenta.

Jakie orzeczenie zapadło w niniejszej sprawie? SN uznał kasację za zasadną. Zważył na fakt, że w trakcie procedowania przed NSL doszło do bardzo poważnego naruszenia przepisów postępowania, po którego stwierdzeniu nie sposób przyjąć założenia, iż mogło ono nie mieć istotnego wpływu na treść wydanego przez ten Sąd orzeczenia.

Szczególnie rażące było naruszenie art. 41 § 1 k.p.k.[3], przejawiające się w takim zachowaniu jednego z członków składu orzekającego, które powinno prowadzić – skoro już do niego doszło – do niezwłocznego wyłączenia tego sędziego od dalszego orzekania. Przewodniczący składu orzekającego nie tylko jednoznacznie dał wyraz temu, że nie daje wiary linii obrony obwinionego, dyskwalifikując jeszcze przed udaniem się do pokoju narad wiarygodność wyjaśnień X (cyt.: „Zebranie wywiadu, badanie chorej, co by obwiniony zrobił, co zamierzał, wszelkie elementy wywiadu, nie znajdują umocowania w dokumentacji"), ale – co tym bardziej niedopuszczalne – równie jednoznacznie wypowiedział się w kwestii zasadności zarzutu, pod którym stanął obwiniony i w kwestii jego zawinienia. Skoro bowiem X pozostaje pod zarzutem dopuszczenia się

[3] Art. 41 § 1 k.p.k. stanowi, iż sędzia ulega wyłączeniu, jeżeli istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie.

tzw. błędu diagnostycznego, wypowiedź przewodniczącego składu NSL w trakcie trwania postępowania, iż cyt.: „Brak było w postępowaniu obwinionego wstępnej elementarnej diagnostyki", nie może być oceniona inaczej, jak wypowiedzenie się, i to publiczne, co do winy obwinionego przed sędziowską naradą. Zachowanie takie jest niewątpliwie klasyczną wręcz okolicznością mogącą wywoływać uzasadnioną wątpliwość co do bezstronności sędziego – w rozumieniu art. 41 § 1 k.p.k. W konsekwencji, orzeczenie wydane z udziałem tej osoby nie powinno się ostać[4].

Wszystko to uderzało w obowiązujące podczas orzekania – a załamane tym samym – zasady procesowe takie jak zasada obiektywizmu, zasada domniemania niewinności czy prawa do obrony.

Mniejsze znaczenie miało niedopuszczenie X do ostatniego słowa, albowiem na poprzednich etapach postępowania kilkakrotnie zabierał głos na forum sądu odwoławczego, z pełną świadomością tego, jakie jest stanowisko stron przeciwnych, a zatem miał możność wyartykułowania tych treści, które, co do zasady, zawierane są w tzw. ostatnim głosie (oskarżonego czy obwinionego).

Natomiast SN stwierdził, że doniosłym naruszeniem prawa do rzetelnego procesu było nierozpoznanie wniosków dowodowych obwinionego. Jak nadmieniono powyżej bowiem obwiniony zgłaszał szereg zastrzeżeń pod adresem opiniujących w sprawie biegłych (oparcie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia na opiniach niepełnych, niejasnych i sprzecznych). W konsekwencji, obwiniony zgłaszał potrzebę dopuszczenia dowodu z opinii instytutu naukowego, w celu wyjaśnienia zaistniałych – jego zdaniem – wątpliwości i sprzeczności.

Wniosek ten nie doczekał się jednak nigdy formalnego rozstrzygnięcia. Także i tego uchybienia procesowego nie można ocenić, jako pozostającego bez wpływu na treść orzeczenia wydanego przez korporacyjny sąd odwoławczy.

SN wyraził jednocześnie pogląd, że gdy chodzi o materię merytoryczną, związaną z samą wewnętrzną treścią opinii specjalistycznych, złożonych do akt sprawy, sąd złożony z prawników powinien wykazać umiar i swego rodzaju pokorę w dokonywaniu ocen odmiennych od tych, których dokonali specjaliści. Dlatego też cytowanie przez samego obwinionego w pismach składanych do SN i powoływanie się przez jego obrońcę przed tym Sądem na opracowania specjalistyczne, które – ich zdaniem – mogłyby prowadzić do wniosku odmiennego od tego, na którym oparte jest prawomocne orzeczenie i dotychczas przeprowadzone w sprawie opinie, nie może być skuteczne.

Zresztą obwiniony i jego obrońca zapomnieli tutaj o jednym, a mianowicie o tym, że SN jako Sąd kasacyjny nie przeprowadza nowych dowodów, a zatem musi oceniać

---

[4] SN wyraził przy tym zapatrywanie, że do naruszenia gwarancyjnych przepisów art. 41 § 1 i art. 42 § 1 k.p.k. dochodzi nie tylko wtedy, gdy wobec sędziego, co do którego zaistniały okoliczności poddające w wątpliwość jego bezstronność, został złożony wniosek o wyłączenie, a wniosek ten nie został uwzględniony, ale także wówczas, gdy okoliczności wymienione w art. 41 § 1 k.p.k. realnie zaistniały, a sędzia taki nie zreflektował się i nie zażądał swego wyłączenia od udziału w sprawie albo gdy pozostali członkowie składu, świadomi zaistnienia takich okoliczności, z urzędu nie podjęli decyzji o jego wyłączeniu (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 czerwca 2011 r., SNO 27/11, LEX nr 1288839). W konsekwencji, niezłożenie przez sędziego żądania wyłączenia go od udziału w sprawie może stanowić podstawę zarzutu kasacyjnego (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2013 r., II KK 7/13, LEX nr 1328041).

prawidłowość rozumowania sądu odwoławczego wyłącznie w nawiązaniu do dowodów dotychczas ujawnionych w sprawie.

W orzecznictwie zasadnie wskazano, iż przy rozpoznawaniu kasacji w tak specyficznym postępowaniu, jakim jest postępowanie dyscyplinarne prowadzone przeciwko lekarzom, SN nie może wnikać w specjalistyczne kwestie medyczne, na których z istoty rzeczy o wiele lepiej znają się członkowie składów orzekających sądów korporacyjnych obu instancji, a w szczególności NSL. Niemniej nie wolno jednak zaakceptować zapatrywania Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, co do potrzeby daleko posuniętej tolerancji dla uchybień procesowych, których dopuszczają się sądy działające w ramach samorządu lekarskiego, z uwagi na emocjonalne reakcje członków ich składów i ich odmienny stosunek do prawniczych formuł.

Gdyby bowiem podzielić ten pogląd, w rezultacie okazałoby się, że nie bardzo wiadomo czemu miałoby służyć przekazanie kontroli kasacyjnej w tej kategorii spraw poza organy samorządu i że przepis o kompetencjach SN wprowadzony został do ustawy o izbach lekarskich w celach bardziej dekoracyjnych niż gwarancyjnych. Takiej roli sądu kasacyjnego nie można zaakceptować. To właśnie na tym etapie procesu dyscyplinarnego i na tym forum ma zostać dokonana baczna kontrola orzeczenia pod względem przewidzianych ustawą wymogów prawnych, a przede wszystkim kontrola prawidłowości sposobu procedowania pod kątem zachowania gwarancji procesowych stron. Nie idzie przy tym o to, aby kwestionować każde, choćby drobne, uchybienie przepisów procedury, których dopuścili się sędziowie-nieprawnicy, ale o to, aby także na tych etapach procesu dyscyplinarnego, które toczą się z udziałem członków samorządu lekarskiego, nie dochodziło do rażących naruszeń takich reguł procedowania, które są gwarancją każdego rzetelnego procesu.

Uchybienia, które zostały podniesione w zarzutach kasacji obrońcy lekarza X miały zaś właśnie taki elementarny wręcz charakter. Nie sposób bowiem zapewnić obwinionemu rzetelnego procesu bez respektowania zasady domniemania niewinności przez wszystkich członków składu orzekającego aż do podjęcia przez tenże skład rozstrzygnięcia w drodze wspólnej narady. Nie można też przejść do porządku dziennego nad tym, iż nie zostały rozpoznane wnioski dowodowe złożone przez obwinionego lub jego obrońcę. Uchybienia, które zasadnie wskazano w ww. miejscach skargi, miały przy tym charakter tak istotny, że ich stwierdzenie było wystarczające zdaniem SN dla wydania orzeczenia, a rozpoznanie pozostałych uchybień byłoby przedwczesne dla dalszego toku postępowania. Z uwagi na fakt, że uchybienia te dotyczyły wyłącznie procedowania na forum NSL, a zatem uchyleniu podlegało orzeczenie jedynie tego Sądu.

Na marginesie SN odniósł się także do tego, że przy ewentualnym decydowaniu o dopuszczeniu dowodu z kolejnej opinii obowiązują kryteria odmienne od tych, które winien stosować organ procesowy przy rozpoznawaniu innych wniosków dowodowych. Z jednolitego w tej mierze orzecznictwa SN wynika, że „w razie przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego zagadnienie zasięgania kolejnych opinii normuje w całości art. 201 k.p.k.[5] i nie

[5] Art. 201 k.p.k. 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.

powinno się tu stosować art. 170 § 2 k.p.k.[6], 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.

Na zakończenie SN w uzasadnieniu swojego wyroku kasacyjnego przestrzega także NSL przed ujawnianiem, przed ogłoszeniem orzeczenia, przez któregokolwiek z członków składu tego Sądu, jego zapatrywań w przedmiocie zasadności zarzutu stawianego obwinionemu, przed uleganiem emocjom. Przypomina też, że osoby zasiadające w składach orzekających sądów działających w ramach samorządu sędziowskiego, przy wykonywaniu tych funkcji podlegają takim samym ograniczeniom i nakazom, jak sędziowie sądów powszechnych. W konsekwencji, także przed sądami korporacyjnymi aż do momentu ogłoszenia orzeczenia winna być bezwzględnie przestrzegana zasada domniemania niewinności i prawa do obrony. Dlatego też SN kasację uwzględnił, zaskarżone orzeczenie NSL uchylił i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania NSL w postępowaniu odwoławczym.

Streszczenie

Zgodnie z tytułem niniejszego opracowania autor dokonał analizy orzeczeń kasacyjnych Sądu Najwyższego zapadłych w sprawach odpowiedzialności dyscyplinarnej za przewinienia zawodowe lekarzy.

Większość spraw w roku 2015 zakończyła się oddaleniem skargi kasacyjnej albowiem SN uznał ich oczywistą bezzasadność. Korzystając też z uprawnień, jakie niesie za sobą Kodeks postępowania karnego, który w sprawach tych ma odpowiednie zastosowanie, sąd odstępował od sporządzenia uzasadnienia postanowienia (oddalającego kasacje) na mocy art. 535 § 3 k.p.k., który właśnie stanowi, że oddalenie kasacji jako oczywiście bezzasadnej nie wymaga uzasadnienia. Dlatego też odnośnie tej części spraw nie poznamy niestety jakie przesłanki i okoliczności przemawiały za takim zakończeniem sprawy.

W artykule poruszono także kwestię zbiegu przepisów w przypadku, gdy postępowanie karne przeciwko temu samemu lekarzowi toczy się o czyny objęte zarzutami postępowania dyscyplinarnego, a tym samym do czasu jego prawomocnego zakończenia istnieje przeszkoda w prowadzeniu postępowania w zakresie odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Zasada ta znajduje swoje normatywne uzasadnienie w art. 54 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (t.j. Dz. U. 2016, poz. 522), który stanowi, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być zawieszone do czasu ukończenia postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Z problematyki *stricte* merytorycznej w analizie orzecznictwa dotyczącego 2015 r., wybrano *casusy* dotyczące w szczególności kary pozbawiania prawa wykonywania zawodu oraz problematykę nakreślenia granic, które są gwarantem uczciwego i rzetelnego procesu dla obwinionego z poszanowaniem jego prawa do obrony i domniemania niewinności.

Słowa kluczowe: orzecznictwo Sądu Najwyższego, odpowiedzialność zawodowa lekarzy, przewinienia zawodowe

---

[6] Art. 170 k.p.k. § 2. Nie można oddalić wniosku dowodowego na tej podstawie, że dotychczasowe dowody wykazały przeciwieństwo tego, co wnioskodawca zamierza udowodnić.

Supreme Court rulings in cases involving professional liability of physicians in 2015

Summary

The article presents the jurisdiction adjudicated by the Supreme Court (SC) in 2015, concerning professional liability of the physicians. The bulk of the cases resulted in dismissal of final appeals, lodged by the defendants, as the Supreme Court had found them patently groundless. In one of the cases the SC quashed the judgements hitherto made (that is, a decision of the Supreme Medical Court, and thereby the altered ruling of a Regional (inferior) Medical Court), and consequently terminated the proceedings, owing to limitation of punishability of a professional offence, if the offence was committed 5 years or more ago. The case is acknowledged as a failure of the system of corporate judicature. In two subsequent cases the SC was compelled to make judgements which invoked the principle of suspending a Medical Court's action if a parallel penal procedure was pending against the same physician, on disciplinary charges.

Key words: *jurisdiction of the Supreme Court, professional liability of the physicians, professional misconduct*

MISCELLANEA

Grzegorz WRONA
Lek., Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za 2015 r.

Rok 2015 był rokiem wytężonej pracy, zmian w systemie prawnym, bowiem 1 lipca 2015 r. zaczęły obowiązywać ustawy dokonujące zmian w Kodeksie postępowania karnego, który zgodnie z art. 112 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* powinien być stosowany **odpowiednio** w prowadzonych postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Do tych zmian przygotowywaliśmy się od chwili objęcia funkcji przez obecnego Naczelnego Rzecznika, organizując wiele szkoleń, warsztatów, konferencji z udziałem autorytetów prawnych, sędziów, prokuratorów. Warsztaty te były organizowane dla rzeczników, dla sądów, odbyły się też wspólnie organizowane konferencje.

Sprawy rozpatrywane przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ)

Ilość spraw:

Pozostało z 2014 r.	1824
Wpływ nowych	3331
Zakończono	3205
Pozostało na 2016 r.	1950

Ruch spraw u poszczególnych OROZ:

Statystyka spraw w Okręgowych Izbach Lekarskich w I półroczu 2015 roku (KOR)

OROZ	Liczba spraw nowych w I półr. 2015 r.	Liczba spraw zakończonych w I półr. 2015 r.	Liczba spraw pozostałych sprzed 31.12.2014 r.	Liczba spraw pozostałych po 30.06.2015 r.	Liczba lekarzy wykonujących zawód – stan na 31.12.2015 r.
1	2	3	4	5	6
Białystok	60	49	73	84	6 241
Bielsko-Biała	25	22	13	16	3 149
Bydgoszcz	50	57	41	34	4 321

1	2	3	4	5	6
Częstochowa	16	28	46	37	2 109
Gdańsk	121	116	178	183	10 228
Gorzów Wlkp.	26	25	23	24	1 018
Katowice	143	78	166	231	15 651
Kielce	46	47	43	42	4 509
Koszalin	19	25	23	17	1 533
Kraków	102	118	165	149	15 501
Lublin	73	71	44	46	9 765
Łódź	105	100	123	128	12 282
Olsztyn	36	24	28	40	3 438
Opole	35	25	23	33	3 018
Płock	20	17	10	13	1 358
Poznań	110	103	139	146	12 858
Rzeszów	26	32	54	48	4 217
Szczecin	176	162	133	147	5 607
Tarnów	18	16	9	11	1 529
Toruń	45	40	29	34	2 773
Warszawa	237	195	196	238	26 689
Wojskowa Izba Lekarska	52	39	20	33	3 750
Wrocław	195	154	206	247	13 340
Zielona Góra	49	21	39	67	1 901
Razem	1788	1564	1824	2048	166 985

Statystyka spraw w Okręgowych Izbach Lekarskich w II półroczu 2015 roku

OROZ	**Liczba spraw nowych w II półr. 2015 r.**	**Liczba spraw zakończonych w II półr. 2015 r.**	**Liczba spraw pozostałych sprzed 30.06.2015 r.**	**Liczba spraw pozostałych po 31.12.2015 r.**	**Liczba lekarzy wykonujących zawód – stan na 31.12.2015 r.**
1	2	3	4	5	6
Białystok	74	52	84	106	6 241
Bielsko-Biała	26	28	16	14	3 149
Bydgoszcz	57	52	34	39	4 321
Częstochowa	23	33	37	27	2 109
Gdańsk	126	102	183	207	10 228
Gorzów Wlkp.	12	14	24	22	1 018
Katowice	108	124	231	215	15 651
Kielce	37	47	42	32	4 509
Koszalin	15	15	17	17	1 533
Kraków	118	100	149	167	15 501
Lublin	64	57	46	53	9 765
Łódź	98	97	128	129	12 282
Olsztyn	35	33	40	42	3 438

1	2	3	4	5	6
Opole	29	44	33	18	3 018
Płock	20	16	13	17	1 358
Poznań	87	115	146	118	12 858
Rzeszów	33	46	48	35	4 217
Szczecin	79	82	147	144	5 607
Tarnów	14	9	11	16	1 529
Toruń	40	44	34	30	2 773
Warszawa	194	236	238	196	26 689
Wojskowa Izba Lekarska	45	45	33	33	3 750
Wrocław	165	191	247	221	13 340
Zielona Góra	44	59	67	52	1 901
Razem	1543	1641	2048	1950	166 985

Statystyka spraw w Okręgowych Izbach Lekarskich w 2015 roku

OROZ	**Liczba spraw nowych w 2015 r.**	**Liczba spraw zakończonych w 2015 r.**	**Liczba spraw pozostałych sprzed 31.12.2014 r.**	**Liczba spraw pozostałych po 31.12.2015 r.**	**Liczba lekarzy wykonujących zawód – stan na 31.12.2015 r.**
Białystok	134	101	73	106	6 241
Bielsko-Biała	51	50	13	14	3 149
Bydgoszcz	107	109	41	39	4 321
Częstochowa	42	61	46	27	2 109
Gdańsk	247	218	178	207	10 228
Gorzów Wlkp.	38	39	23	22	1 018
Katowice	251	202	166	215	15 651
Kielce	83	94	43	32	4 509
Koszalin	34	40	23	17	1 533
Kraków	220	218	165	167	15 501
Lublin	137	128	44	53	9 765
Łódź	203	197	123	129	12 282
Olsztyn	71	57	28	42	3 438
Opole	64	69	23	18	3 018
Płock	40	33	10	17	1 358
Poznań	197	218	139	118	12 858
Rzeszów	59	78	54	35	4 217
Szczecin	255	244	133	144	5 607
Tarnów	32	25	9	16	1 529
Toruń	85	84	29	30	2 773
Warszawa	431	431	196	196	26 689
Wojskowa Izba Lekarska	97	84	20	33	3 750
Wrocław	360	345	206	221	13 340
Zielona Góra	93	80	39	52	1 901
Razem	3331	3205	1824	1950	166 985

Szczegółowa statystyka liczby prowadzonych przez OROZ spraw, jak i sposobu ich zakończenia podana zostanie na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/struktura-nil/naczelny-rzecznik-odpowiedzialnosci-zawodowej/sprawozdania).

Wnioski OROZ o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego:

OIL	2014 r.	I półrocze 2015 r.	II półrocze 2015 r.	Razem w 2015 r.
Białystok	6	9	2	11
Bielsko-Biała	9	2	5	7
Bydgoszcz	8	8	12	20
Częstochowa	–	1	0	1
Gdańsk	14	9	30	39
Gorzów Wlkp.	5	4	5	9
Katowice	69	50	37	87
Kielce	1	2	5	7
Koszalin	17	3	2	5
Kraków	38	19	9	28
Lublin	8	8	8	16
Łódź	50	43	36	79
Opole	20	8	5	13
Olsztyn	13	8	8	16
Poznań	112	47	24	71
Płock	5	4	3	7
Rzeszów	45	15	8	23
Szczecin	84	54	51	105
Tarnów	1	2	0	2
Toruń	11	6	9	15
Warszawa	83	40	42	82
Wrocław	12	18	55	73
Wojskowa Izba Lekarska	–	3	3	6
Zielona Góra	13	15	14	29
Razem	624	378	373	751

W 2015 r. znacznie wzrosła liczba wniosków OROZ o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego kierowanych do NROZ. Niewątpliwie świadczy to o kontroli przez OROZ terminowości prowadzonych postępowań, niestety w niektórych sytuacjach wynika z przewlekłości prowadzonego postępowania, ale też, w związku ze ścisłym stosowaniem się do wykonywania czynności w zakreślonych w ustawie i k.p.k. okresach może świadczyć o tym, iż zakreślony w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* termin rozpoznania sprawy okazuje się nadal niewystarczający do zakończenia postępowania. W ramach prowadzonego nadzoru nad działalnością rzeczników odpowiedzialności zawodowej NROZ wielokrotnie zalecał większą koncentrację czynności procesowych w poszczególnych sprawach i dotrzymywanie terminów określonych w art. 76 ww. ustawy. Wizytacje przeprowadzane w trybie nadzoru przez

NROZ i delegowanych przez niego Zastępców miały m.in. na celu znalezienie przyczyny wzrostu wniosków.

Nadzór

Na podstawie art. 45 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* NROZ sprawuje nadzór nad działalnością okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Wypełniając swoje ustawowe zadania NROZ delegując – na podstawie art. 45 ust. 2 wyżej cytowanej ustawy – swoich Zastępców przeprowadził w 2015 r. wizytacje w kolejnych OIL:

1. 8 stycznia – lek. Grzegorz Wrona – OROZ OIL w Warszawie
2. 15 stycznia – Marek Rybkiewicz – OROZ OIL w Gorzowie Wlkp.
3. 24 marca – lek. Waldemar Naze – ROZ Wojskowej Izby Lekarskiej
4. 25 marca – lek. Włodzimierz Majewski – OROZ OIL w Rzeszowie
5. 27 kwietnia – dr Robert Adamowicz – OROZ OIL w Białymstoku
6. 2 czerwca – dr Jacek Bierca – OROZ OIL w Łodzi
7. 15 czerwca – lek. Anna Glińska – OROZ OIL w Bielsku-Białej
8. 18 czerwca – dr Andrzej Podolecki – OROZ OIL w Tarnowie
9. 21 sierpnia – lek. Krystyna Małecka-Kużawczyk – OROZ WIL w Poznaniu
10. 3 września – lek. Anna Glińska – OROZ OIL w Opolu
11. 24 września – lek. Grzegorz Wrona – OROZ OIL w Gdańsku
12. 17 listopada – lek. Krzysztof Lubecki – OROZ OIL we Wrocławiu
13. 25 listopada – lek. Waldemar Naze – OROZ w Kielcach
14. 21 grudnia – dr hab. n. med. Maciej Cymerys – OROZ w Zielonej Górze

Celem wizytacji było – tak jak w poprzednim roku – ustalenie czy zadania OROZ określone w art. 31 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* były wykonywane zgodnie z przepisami regulującymi postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Z uwagi na stwierdzone przypadki przewlekłości prowadzonych postępowań oraz dużą liczbę spraw zawieszonych wizytacje miały na celu ustalenie czy czynności sprawdzające oraz postępowania wyjaśniające były prowadzone w sposób płynny tj. bez zbędnej zwłoki i terminowo. Konieczne było też ustalenie czy na poszczególnych etapach postępowania OROZ wydawał właściwe decyzje procesowe (np. postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego), czy sprawy zawieszone były regularnie monitorowane przez rzeczników, czy występowano o przedłużenia okresu postępowania wyjaśniającego do NROZ, a następnie do NSL.

W trakcie wizytacji analizowano repertorium spraw RO i L.dz., sprawy zawieszone, sprawy prowadzone w ramach czynności sprawdzających, które zostały wszczęte, analizowano akta wybranych spraw. Wynikiem tych wizytacji było zwrócenie uwagi na stwierdzone nieprawidłowości, wypracowanie działań naprawczych i zaleceń.

Większość wizytujących – z nielicznymi wyjątkami – podkreślała dobrą organizację biur, życzliwość, otwartość i chęć pomocy w kontaktach z Rzecznikami i pracownikami, dobre prowadzenie spraw, dotrzymywanie terminów.

Spotkania i szkolenia

W 2015 r. NROZ zorganizował następujące szkolenia i spotkania:

1. **16 stycznia 2015 r.** – szkolenie dla Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej, którego moderatorem był prok. Andrzej Jóźwiak. Spotkanie było poświęcone przede wszystkim wpływowi zmian w Kodeksie postępowania karnego na prowadzone postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Na koniec poruszono kwestię systemu informatycznego w NIL.
2. **23 stycznia 2015 r.** – szkolenie dla Zastępców NROZ. Poruszone tematy to: zasady pakietu onkologicznego (mec. Michał Kozik) oraz interpretacja art. 62 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (mec. Marek Szewczyński). Po części szkoleniowej miało miejsce spotkanie noworoczne, w którym wzięli udział Sekretarz NRL dr Konstanty Radziwiłł oraz NROZ w IV kadencji prof. Zbigniew Czernicki.
3. **20–22 marca 2015 r.** – wspólne szkolenie NROZ i jego Zastępców, OROZ oraz członków OSL w Poznaniu. Udział w tym szkoleniu wzięli zaproszeni goście: dr hab. n. prawnych Rafał Kubiak (*Odpowiedzialność karna lekarza za przestępstwa przeciwko dokumentom*), SSN Andrzej Siuchniński (*Postępowanie kasacyjne w zakresie orzeczeń dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, *Udział lekarzy w reklamach w świetle art. 63 pkt 2 KEL*, *Wpływ nowelizacji kodeksu postępowania karnego na procesy przed sądami lekarskimi*), prok. Andrzej Jóźwiak (*Wpływ zmian w kodeksie postępowania karnego na postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy*), mec. Marek Szewczyński (*Dyrektywa 2005/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, a odpowiedzialność zawodowa lekarzy, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. mechanizmu ostrzegawczego*).
4. **29 maja 2015 r.** – szkolenie dla Zastępców NROZ. Omówiono sprawy kasacyjne, w których wziął udział NROZ, a następnie zaproszony gość – prof. dr hab. Teresa Gardocka z Uniwersytetu SWPS w Warszawie wystąpiła z tematem *Nowe zadania i obowiązki rzeczników odpowiedzialności zawodowej w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy wynikające z nowelizacji kodeksu postępowania karnego*.
5. **19 czerwca 2015 r.** – szkolenie dla pracowników biur OROZ. Omówione zostały wszelkie sprawy dotyczące prowadzenia spraw od strony administracyjnej – w tym: prowadzenia repertoriów, sporządzania wniosków o prolongaty, programu komputerowego FINN, obiegu dokumentów i przepływu informacji, statystyk i innych spraw „biurowych".
6. **28 sierpnia 2015 r.** – szkolenie dla Zastępców NROZ. Poruszono m.in. temat stosowania kannabinoidów w kontekście art. 57 KEL (dr Teresa Korta, goście – dr Jerzy Jarosz z Centrum Onkologii, Artur Fałek z Ministerstwa Zdrowia), wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich (lek. Grzegorz Wrona), mechanizmu ostrzegania (mec. Marek Szewczyński).
7. **23 października 2015 r.** – szkolenie dla Zastępców NROZ. Omówiono m.in. – zakres działania NROZ w świetle prywatnej opinii prawnej (dr Krzysztof Lubecki), rola biegłego w postępowaniu wyjaśniającym (dr Artur de Rosier – OROZ w Poznaniu), sprawy kasacyjne, w których wziął udział NROZ, sprawozdanie OROZ

i NROZ za I półrocze 2015 r., wyrok Trybunału Konstytucyjnego w sprawie klauzuli sumienia, sprawy finansowe.

8. **11 grudnia 2015 r.** – szkolenie dla Zastępców NROZ. Głównym tematem poruszanym podczas spotkania były uwagi do projektu nowego regulaminu urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Dr Zofia Waryszewska-Chrząstek omówiła posiedzenie Prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 4 grudnia 2015 r. oraz posiedzenie Komisji Etyki Lekarskiej NIL w dniu 5 grudnia 2015 r. Wieczorem na spotkaniu opłatkowym NROZ i jego Zastępcy spotkali się z OROZ. W spotkaniu tym wzięli także udział zaproszeni goście – poprzedni NROZ: prof. Stanisław Leszczyński, prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka, prof. Zbigniew Czernicki, obecny Minister Zdrowia dr Konstanty Radziwiłł, Prezes NRL dr Maciej Hamankiewicz, Sekretarz NRL dr Marek Jodłowski, Zastępca Sekretarza NRL dr Anna Lella oraz Przewodniczący Komisji Rewizyjnej NIL dr Andrzej Morliński.
9. **12 grudnia 2015 r.** – wspólne szkolenie Z-ców NROZ oraz OROZ dotyczące głównie współpracy z mediami. Dr Marek Stankiewicz – rzecznik prasowy OIL w Lublinie wygłosił wykład pt. *Lekarz w szponach mediów*, p. Katarzyna Strzałkowska – rzecznik prasowy NIL zaprezentowała temat *Przypadki medialne dotyczące przewinień zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz współpraca rzeczników odpowiedzialności zawodowej z mediami*. Równolegle odbywały się warsztaty medialne. Chętni rzecznicy mogli indywidualnie sprawdzić się w pracy z kamerą.

Poza spotkaniami i warsztatami rzeczników odpowiedzialności zawodowej NROZ brał udział:

1. 3 stycznia 2015 r. – w spotkaniu noworocznym Marszałka Wielkopolski i Wojewody
2. 9 stycznia 2015 r. – w spotkaniu noworocznym Prezydenta Poznania
3. 13 stycznia 2015 r. – w spotkaniu z parlamentarzystami
4. 14 stycznia 2015 r. – w konferencji Liderzy Medycyny – Priorytety 2015 systemu opieki zdrowotnej
5. 28 stycznia 2015 r., 4 lutego 2015 r., 15 kwietnia 2015 r., 22 kwietnia 2015 r., 6 maja 2015 r., 27 maja 2015 r., 17 czerwca 2015 r., – w szkoleniu dla lekarzy-stażystów w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w Poznaniu
6. 2 lutego 2015 r., 23 listopada 2015 r. – w zebraniach redakcji „Medycznej Wokandy"
7. 6 lutego 2015 r. 16 czerwca 2015 r., 8 września 2015 r., – w warsztatach dla Z-ców OROZ Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu
8. 10 lutego 2015 r. – w spotkaniach roboczych w Ministerstwie Zdrowia i w Kancelarii Prezydenta RP
9. 19 lutego 2015 r. – w spotkaniu roboczym z Głównym Rzecznikiem Dyscyplinarnym KIRP
10. 13 marca 2015 r. – w spotkaniu roboczym z Przewodniczącym Konwentu Prezesów i Prezesem ŚIL Katowicach
11. 13 marca 2015 r. – w szkoleniu biegłych lekarzy w Katowicach
12. 19 marca 2015 r. – w spotkaniu z Zastępcą Rzecznika Praw Obywatelskich
13. 2 kwietnia 2015 r. – w posiedzeniu komisji akredytacyjnej w dziedzinie zdrowia publicznego

14. 11 kwietnia 2015 r. – w obradach Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Płocku
15. 14 kwietnia 2015 r. – w spotkaniu Koła Wyborczego WIL w Poznaniu
16. 23 maja 2015 r. – w konferencji Młodych Lekarzy Szczecin 2015
17. 20 czerwca 2015 r. – w II Kongresie Nauk Sądowych w Warszawie
18. 30 czerwca 2015 r. – w konferencji Rzecznika Praw Obywatelskich
19. 6 sierpnia 2015 r. – w spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia w sprawie „mechanizmu ostrzegawczego"
20. 11 sierpnia 2015 r. – w spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia w sprawie refundacji kosztów
21. 3 września 2015 r. – w konferencji w centralnym Zarządzie Służby Więziennej
22. 11–13 września 2015 r. – szkolenie OROZ, pracowników biur OROZ oraz doradców prawnych w Serocku. Omówiono m.in. kazusy w rozpatrywaniu skarg osadzonych – prof. Leszek Markuszewski z CZSW; zmiany w k.p.k., udział rzeczników w rozprawach sądów lekarskich. Udział wzięli także prok. Piotr Drozda, prok. Andrzej Jóźwiak. Z ramienia NROZ uczestniczyła także dr Zofia Waryszewska-Chrząstek.
23. 18 września 2015 r. – z referatem na konferencji „Prawa Lekarza" organizowanej przez DIL we Wrocławiu
24. 7 października 2015 r. – w posiedzeniu Trybunału Konstytucyjnego na temat klauzuli sumienia
25. 17 października 2015 r. – w posiedzeniu Krajowej Komisji Wyborczej w Czerniejewie
26. 24 października 2015 r. – w szkoleniu dla członków sądów Lekarskich w Warszawie
27. 6 listopada 2015 r. – z referatem na warsztatach szkoleniowych OSL w Poznaniu
28. 7 listopada 2015 r. – w posiedzeniu ORL WIL w Poznaniu
29. 10 listopada 2015 r. – w uroczystym wręczeniu PWZ WIL w Poznaniu
30. 23 listopada 2015 r. – w spotkaniu z parlamentarzystami wielkopolskimi
31. 3 grudnia 2015 r. – w posiedzeniu Kapituły Meritus Pro Medicis
32. 4–5 grudnia 2015 r. – we wspólnych warsztatach DIL i WIL w Boszkowie
33. 7 grudnia 2015 r. – w spotkaniu Koła Wyborczego WIL z parlamentarzystami – lekarzami
34. 8 grudnia 2015 r. – w spotkaniu wigilijnym Lekarzy Emerytów Delegatury Konińskiej WIL

Zastępcy NROZ wzięli udział:

1. 22 maja 2015 r. – dr Andrzej Podolecki, dr Barbara Baranowicz, dr Anna Tarkowska, dr Wanda Wenglarzy-Kowalczyk, dr Anna Glińska – w konferencji szkoleniowej „Problematyka opinii lekarskiej w postępowaniu sądowym i błąd w sztuce lekarskiej" organizowanej przez OIL w Warszawie
2. 20 czerwca 2015 r. – dr Ewa Paszek – w II Kongresie Nauk Sądowych w Warszawie
3. 16–17 października 2015 r. – dr Barbara Baranowicz – w posiedzeniu Rady Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS) w Warszawie
4. 7 listopada 2015 r. – dr Krystyna Małecka-Kużawczyk – w uroczystości związanej z obchodami 100. Rocznicy urodzin prof. Jana Nielubowicza oraz wręczeniem PWZ w OIL w Warszawie

NROZ brał czynny udział w posiedzeniach Prezydium NRL, Naczelnej Rady Lekarskiej, Komisji Legislacyjnej NIL, Komisji Etyki Lekarskiej NIL, posiedzeniach Zespołu Arbitrażowego NIL i NFZ, a także w spotkaniach z mediami odpowiadając na pytania dotyczące spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Sprawy rozpatrywane przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Sprawozdanie NROZ za okres od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 30 czerwca 2015 r.

Lp.	Zadanie	I/2014	II/2014	I/2015
1	Liczba postanowień o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego	12	0	0
2	Liczba postanowień o umorzeniu postępowania	21	13	4
3	Liczba złożonych wniosków o ukaranie do sądów lekarskich	10	10	2
4	Liczba postanowień w sprawie wyznaczenia innego rzecznika do prowadzenia postępowania	87	47	47
	w tym odmownych	13	4	14
5	Liczba postanowień w sprawie zażaleń na przewlekłość postępowania	15	24	16
6	Liczba postanowień w sprawie przedłużenia postępowań wyjaśniających	268	356	378
7	Liczba postanowień o wyznaczeniu OROZ do prowadzenia postępowania dotyczącego lekarzy będących członkami różnych izb lekarskich	24	18	28
8	Liczba wystąpień w rozprawach przed Naczelnym Sądem Lekarskim	60	94	82
9	Liczba wystąpień na posiedzeniach Sądu Najwyższego	7	2	6
	Razem:	**504**	**564**	**563**
10	Liczba postanowień w sprawie przejęcia postępowania przez NROZ (nie dolicza się do końcowego rozliczenia	13	3	2

Sprawozdanie NROZ za 2015 r.

Lp.	Zadanie	2012	2013	2014	2015
1	Liczba postanowień o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego	4	3	12	0
2	Liczba postanowień o umorzeniu postępowania	15	13	34	8
3	Liczba złożonych wniosków o ukaranie do sądów lekarskich	17	5	20	6
4	Liczba postanowień w sprawie wyznaczenia innego rzecznika do prowadzenia postępowania	69	37	134	92
	w tym odmownych	0	0	17	18
5	Liczba postanowień w sprawie zażaleń na przewlekłość postępowania	30	21	39	25
6	Liczba postanowień w sprawie przedłużenia postępowań wyjaśniających	134	155	624	751
7	Liczba postanowień o wyznaczeniu OROZ do prowadzenia postępowania dotyczącego lekarzy będących członkami różnych izb lekarskich	11	16	42	45
8	Liczba wystąpień w rozprawach przed Naczelnym Sądem Lekarskim	103	110	152	171
9	Liczba wystąpień na posiedzeniach Sądu Najwyższego	2	5	9	12
	Razem:	**385**	**365**	**1066**	**1015**
10	Liczba postanowień w sprawie przejęcia postępowania przez NROZ (nie dolicza się do końcowego rozliczenia)	14	16	16	4

W porównaniu z 2014 r. nastąpił nieznaczny spadek zadań wykonanych przez NROZ w 2015 r. Nadal jednak widać wyraźny wzrost postanowień wydanych przez NROZ w porównaniu do lat 2012, 2013.

W 2015 r. do NROZ wpłynęło także 206 (I półrocze) + 168 (II półrocze) = 374 skarg, zapytań, doniesień z czego:
- 98 (I półrocze) + 80 (II półrocze) = 178 zostało przekazanych do właściwych OROZ;
- 23 (I półrocze) + 32 (II półrocze) = 55 do właściwych Okręgowych Inspektoratów Służby Więziennej;
- w pozostałych sprawach udzielano porad, informacji, odpowiedzi na zapytania, bądź przekazano do innych, właściwych instytucji (np. do Izby Pielęgniarek i Położnych, NFZ, Rad Lekarskich, Komisji Etyki itd.);
- 10 spraw NROZ objął osobistym nadzorem.

NROZ i jego Zastępcy brali udział w 82 (I półrocze) + 89 (II półrocze) = 171 rozprawach w NSL, z czego w 43 – NROZ osobiście. Najbardziej aktywnymi Zastępcami byli: dr Wanda Wenglarzy-Kowalczyk (12 rozpraw), dr Janusz Małecki (10 rozpraw), dr Włodzimierz Majewski (8 rozpraw), dr Anna Serafinowska-Kiełczewska (8 rozpraw), dr Zofia Waryszewska-Chrząstek (7 rozpraw), dr Artur Hartwich (7 rozpraw), dr Mieczysław Orzeł (7 rozpraw), dr Teresa Korta (6 rozpraw), dr Anna Glińska (6 rozpraw).

NROZ osobiście brał udział w 12 rozprawach kasacyjnych w Sądzie Najwyższym.

W dalszym ciągu NROZ był zainteresowany udziałem lekarzy i lekarzy dentystów w reklamach. NROZ pismem z dnia 2 września 2015 r. zwrócił się do wszystkich OROZ o nadesłanie informacji na temat prowadzonych postępowań dotyczących naruszenia art. 63 ust. 2 KEL. Wynik został poddany analizie, a informacje są sukcesywnie nadal uaktualniane. NROZ zwrócił się do działu prasowego NRL o dokonywanie ciągłego monitoringu mediów pod kątem udziału lekarzy w reklamach.

Kolejnymi ważnymi tematami, którymi zajął się NROZ w 2015 r. były:
- lekarze udzielający świadczeń pod wpływem środków uzależniających (naruszenie art. 64 KEL). W dniu 14 września 2015 r. NROZ zwrócił się do wszystkich OROZ o nadesłanie informacji na temat prowadzonych w tym zakresie postępowań. Wynik analizy otrzymanych danych został rozesłany do wszystkich OROZ;
- chelatacja – NROZ dokonał przeglądu informacji dt. zabiegów chelatacji umieszczanych w internecie i pismami zwrócił się do poszczególnych OROZ o wyjaśnienie spraw dotyczących konkretnych lekarzy. NROZ na bieżąco uzyskuje informacje na temat spraw prowadzonych przez OROZ;
- skargi nadsyłane przez osoby osadzone. W tej sprawie NROZ spotkał się z Rzecznikiem Praw Obywatelskich oraz z Naczelnym Lekarzem Służby Więziennej. W 2015 r. do NROZ wpłynęły 74 skargi od osób osadzonych (w I półroczu – 33, w II – 41), z czego 15 przekazano zgodnie z właściwością do OROZ (w I półroczu – 10, w II półroczu – 5), a 55 skarg – zgodnie z właściwością terytorialną – do Okręgowych Inspektorów Służby Więziennej (w I półroczu – 24, w II półroczu 31).
- przepływ informacji na temat prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich dotyczących pozbawienia wykonywania zawodu lekarza. Pismem z dnia 26 listopada

2015 r. i w następnych NROZ zwrócił się do Prezesów ORL wszystkich OIL, Przewodniczących OSL, Przewodniczącego NSL, Prezesa NRL o sporządzenie listy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów pozbawionych prawa wykonywania zawodu wskutek prawomocnych orzeczeń sądu lekarskiego w celu opracowania tzw. „linii orzeczniczej" oraz prowadzonej przez sądy lekarskie polityki karania w najbardziej skrajnych przypadkach przewinień zawodowych. Opracowanie zostanie opublikowane m.in. w „Medycznej Wokandzie".

Inicjatywy NROZ

W 2015 r. NROZ przeprowadził następujące działania i inicjatywy:

1. Wprowadzenie w Biurze NROZ systemu FINN tj. elektronicznego obiegu dokumentów, co znacznie przyspieszyło czas wydawania decyzji. Poza pracownikami Biura przeszkolenie, a tym samym dostęp do systemu mają już niektórzy Zastępcy NROZ, co ma na celu dbałość o bezpieczeństwo przesyłanych danych. Zgodnie z założeniem wszyscy Zastępcy otrzymają dostęp do tego systemu i tylko tą drogą będą mogli zapoznawać się z potrzebnymi materiałami.
2. Stworzenie zamkniętej platformy internetowej dla Z-ców NROZ i dla OROZ, na której można poruszać sprawy bieżące i prowadzić dyskusję.
3. Wypracowanie i wprowadzenie definicji „sprawa zakończona" wraz z jednoznaczną jej interpretacją, co spowodowało jednoznaczność danych statystycznych we wszystkich OIL. Okólnik w tej sprawie został wysłany do wszystkich OROZ.
4. Systematyczne wprowadzanie zmian w postępowaniach wyjaśniających, w związku z nowym k.p.k., który wszedł w życie 1 lipca 2015 r. Wysyłano w tych sprawach okólniki do OROZ m.in. dotyczące anonimizacji danych osobowych, udziału stron i ich przedstawicieli prawnych w czynnościach procesowych.
5. W związku z wystąpieniem Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Lipowicz, NROZ podjął działania dt. przewlekłości prowadzonych postępowań u rzeczników i w sądach lekarskich (korespondencja z rzecznikami na platformie, pismo do Prezesa NRL dt. zmian w regulaminie i ustawie). Spotkanie z p. Czerniawskim – Zastępcą RPO w dniu 19 marca 2015 r.
6. Uregulowanie sprawy kosztów postępowania (świadkowie, biegli) – uchwała PNRL.
7. Uregulowanie sprawy ryczałtowego zwrotu utraconych zarobków dla Z-ców NROZ za udział w rozprawach przed sądami lekarskimi oraz za przygotowanie uzasadnień postanowień o umorzeniu postępowania wyjaśniającego lub wniosku o ukaranie – uchwała PNRL.
8. Dopracowanie strony internetowej NROZ (NIL), uaktualnianie zawartości.
9. Współpraca z „Gazetą Lekarską" – komentarze do opisywanych spraw, które rozpatrywane były przez Sąd Najwyższy – rola dydaktyczno-informacyjna.
10. Prace nad regulaminem wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

Tytuł rozdziału	Imię i nazwisko Zastępcy NROZ
Przepisy ogólne	Dr Artur Hartwich
Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej – czynności sprawdzające	Dr Wanda Wenglarzy-Kowalczyk
Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej – postępowanie wyjaśniające	Dr Krystyna Małecka-Kużawczyk
Sporządzenie wniosku o ukaranie	Dr hab. n. med. Maciej Cymerys
Postępowanie przed sądem lekarskim	Dr Kazimierz Swoboda
Postępowanie odwoławcze przed Naczelnym Sądem Lekarskim	Dr Robert Adamowicz
Mechanizm ostrzegawczy	zewn
Nadzór NROZ nad działalnością rzeczników okręgowych	Dr Grzegorz Wrona
Biuro rzecznika	Dr Zofia Waryszewska-Chrząstek
Archiwizacja danych	zewn

11. Podjęcie współpracy z RPO i CZSW w sprawie skarg osób osadzonych.
12. Podjęcie działań zmierzających do ujednolicenia postępowań dotyczących udziału lekarzy w reklamach.
13. Wykonalność kar (mechanizm ostrzegania).
14. Włączenie się do inicjatywy Ministerstwa Zdrowia i 12 instytucji na temat suplementów diety (reklamy).
15. Przyznanie punktów edukacyjnych za udział w warsztatach dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej i członków sądów lekarskich.
16. Podjęcie kroków w celu przyznania wybranym rzecznikom odznaczenia Meritus Pro Medicis oraz odznaczeń/medali państwowych. Tu należy podkreślić szczególną rolę lek. Anny Glińskiej, która przygotowywała projekty wniosków o nadanie odznaczeń/medali.

Biuro Naczelnego Rzecznika

Obsługę Biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zapewnia obecnie 2 pracowników – mgr Ewa Nowosielska i mgr Małgorzata Kurkiewicz-Pypno, a od 1 listopada 2015 r. na 1/4 etatu – p. Paulina Tomaszewska – studentka 5-go roku prawa. Doradcą prawnym jest od początku roku radca prawny Marek Szewczyński.

NROZ nawiązał współpracę ze Szkołą Wyższą Psychologii Społecznej w Warszawie reprezentowaną przez Prorektor prof. dr hab. Teresę Gardocką. Studenci Wydziału Prawa tej uczelni odbywają staże w Biurze NROZ i ucząc się praktycznego wykorzystania przepisów prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jednocześnie służą pomocą całemu organowi NROZ. Jedna wolontariuszka w chwili obecnej pracuje w Biurze NROZ, a jedna odbywa staż.

Podsumowanie

Drugi rok VII kadencji mamy już za sobą. Udało się w ciągu tego roku dokonać wielu istotnych zmian w działalności organu NROZ. W kolejnym roku NROZ zamierza poza

rozpoznawaniem bieżących spraw wpływających do NROZ i poza prowadzeniem działań w prowadzonych postępowaniach kontynuować:

1) wizytacje w kolejnych OROZ;
2) spotkania warsztatowo-szkoleniowe dla Z-ców NROZ i OROZ;
3) szkolenia dla pracowników Biur OROZ;
4) wprowadzenie nowego regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej;
5) prace nad programem komputerowym, który usprawni pracę biura NROZ oraz biur OROZ;
6) prace nad uregulowaniem spraw finansowych – kosztów prowadzonych postępowań, rozliczeń z Ministerstwem Zdrowia i rozliczeń pomiędzy OROZ;
7) współpracę z sądami lekarskimi, organami administracji państwowej;
8) dalsze działania nad opracowaniem tzw. „linii orzeczniczej" oraz prowadzonej przez sądy lekarskie polityki karania w najbardziej skrajnych przypadkach przewinień zawodowych, a następnie przekazanie tego opracowania – do stosownego wykorzystania – Przewodniczącym OSL;
9) współpraca z sądami lekarskimi i Prezesami OROZ w sprawie wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich w tym, egzekwowania kar pieniężnych;
10) postępowanie w związku z mechanizmem ostrzegawczym;
11) ujednolicenie procedury archiwizacji akt w biurach rzeczników;
12) publikacje w „Gazecie Lekarskiej" i „Medycznej Wokandzie".

Podziękowania i gratulacje

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej pragnie podziękować wszystkim swoim Zastępcom angażującym się z ogromnym oddaniem we wszystkie działania NROZ, członkom organów Naczelnej Izby Lekarskiej, członkom organów Okręgowych Izb Lekarskich, wszystkim pracownikom oraz innym osobom za współpracę, życzliwość i wyrozumiałość.

Na szczególne wyróżnienie zasługuje zaangażowanie Pani Doktor Zofii Waryszewskiej-Chrząstek, która przejęła ciężar rozpoznawania wniosków Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego. Razem z Panem Doktorem Jackiem Biercą i z Panią Doktor Barbarą Baranowicz reprezentowali NROZ na posiedzeniach Komisji Etyki Lekarskiej, w obradach Prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej podczas jego nieobecności.

Pani Doktor Wanda Wenglarzy-Kowalczyk i Pan Doktor Waldemar Naze, nominowani przez NROZ i rekomendowani przez członków Kapituły, zostali odznaczeni najwyższymi orderami samorządu lekarskiego Meritus Pro Medicis.

Jednomyślnie uznaliśmy, że te odznaczenia są docenieniem roli, często postrzeganej jako niewdzięczna, nieugięt ości, sprawowania pieczy nad godnością wykonywanego przez nas zawodu.

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
lek. Grzegorz Wrona

Streszczenie

Artykuł prezentuje statystyki obrazujące pracę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w 2015 r.

Słowa kluczowe: Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, odpowiedzialność zawodowa lekarzy, przewinienia zawodowe lekarzy

Report of the Supreme Screener for Professional Liability in 2015

Summary

The paper presents statistics showing the work of the Supreme Screener for Professional Liability in 2015.

Key words: *The Supreme Screener for Professional Liability, professional liability of the physicians, professional misconduct*

Wojciech ŁĄCKI
Lek., Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego

Dane liczbowe obrazujące pracę Naczelnego Sądu Lekarskiego w 2015 roku

Poniżej zamieszczono zestawienia liczbowe ukazujące pracę Naczelnego Sądu Lekarskiego. W tabeli 1 zamieszczono dane dotyczące postępowania odwoławczego od orzeczeń i postanowień OSL. W tabeli 2 zamieszczono dane liczbowe dotyczący pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego rozpatrującego zażalenia złożone na postanowienia Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Tabela 3 zawiera sprawozdanie za 2015 rok z pracy NSL działającego jako II instancja. Zaprezentowano tu dane o sprawach dotyczących poszczególnych specjalności, w zakresie których wystawiono wniosek o ukaranie wobec lekarzy w postępowaniu odwoławczym od orzeczeń Sądów I instancji. Ostatnia z tabel wskazuje liczbę spraw dotyczących poszczególnych specjalności, w zakresie których wystawiono wniosek o ukaranie wobec określonych specjalności w poszczególnych okręgowych sądach lekarskich.

1. Postępowanie odwoławcze od orzeczeń i postanowień OSL

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba
1.	**Liczba spraw, które wpłynęły do NSL w ciągu roku sprawozdawczego**	**247**
1.1	Liczba spraw wymagająca rozpatrzenia na rozprawie głównej	166
1.2	Liczba spraw wymagająca rozpatrzenia na posiedzeniu sądu	81
1.2.1	Zażalenia na postanowienia Sądu I instancji	42
1.2.2	Wnioski o wskazanie właściwości OSL (OROZ)	36
1.2.3	Wnioski o wznowienie postępowania	3
1.3	Liczba lekarzy, których dotyczyły środki odwoławcze	188
1.4	Liczba lekarzy, którzy zostali wcześniej ukarani przez sąd lekarski	8
2.	**Sprawy do rozpoznania na rozprawie głównej pozostałe z 2014 roku**	**33**
3.	**Sprawy wymagające rozpatrzenia na posiedzeniu pozostałe z 2014 roku**	**8**
4.	**Wokandy sądu w 2015 roku**	**26**
4.1	Ilość przeprowadzonych rozpraw głównych w 2015 roku	135
4.2	Ilość posiedzeń sądu w 2015 roku	89
4.3	Sprawy przekazane do postępowania mediacyjnego w 2015 roku	0
5.	**Protesty wyborcze rozpoznane w 2015 roku**	**0**
6.	**Postanowienia wydane przez NSL o przedłużeniu terminu postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez ROZ**	**645**
7.	**Zażalenia na postanowienia OSL wydane na wniosek OROZ (art. 77 ustawy o.i.l.) w ciągu 2015 roku:**	**2**
7.1	– o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu przez obwinionego	1
7.2	– o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza przez obwinionego	1

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba
8.	**Orzeczenia i postanowienia NSL wydane w 2015 roku**	
8.1	Liczba lekarzy, których dotyczyły orzeczenia NSL kończące postępowanie wydane na rozprawie głównej	107
8.2	Liczba lekarzy, których dotyczyły postanowienia NSL wydane na posiedzeniach sądu	93
8.3	Liczba lekarzy w stosunku do których **umorzono** postępowanie	16
8.4	Uniewinnieni	28
8.5	Ukarani upomnieniem	20
8.6	Ukarani naganą	18
8.7	Ukarani karą pieniężną	16
8.8	Ukarani zakazem pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat	1
8.9	Ukarani ograniczeniem zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat	5
8.10	Ukarani zawieszeniem prawa wykonywania zawodu	7
8.11	Pozbawieni prawa wykonywania zawodu	1
8.12	Sprawy przekazane do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji	45
8.13	Odmowa przyjęcia środka odwoławczego	11
8.14	Pozostawienie środka odwoławczego bez rozpoznania	2
8.15	Sprawy przekazane do ponownego rozpoznania przez Sąd Najwyższy	4
9.	**Liczba środków odwoławczych złożonych od orzeczeń i postanowień OSL (rozpatrzonych w roku sprawozdawczym):**	
9.1	przez ROZ	32
9.2	przez obwinionego lekarza (obrońcę)	102
9.3	przez pokrzywdzonego (pełnomocnika)	60
10.	**Cofnięcie prawomocnego odwołania przez obwinionego**	**0**
11.	**Odwołanie złożone przez osoby nieuprawnione**	**0**
12.	**Czas w miesiącach od wpłynięcia odwołania do wydania orzeczenia kończącego postępowanie (sprawy zakończone):**	***czas w miesiącach***
12.1	– minimum	1
12.2	– *maximum*	7
12.3	– średnio	5

2. Formularz danych liczbowych dotyczący pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego rozpatrującego zażalenia złożone na postanowienia Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 2015 rok

Lp.	Wyszczególnienie	2015
1	Sprawy, które wpłynęły do sądu w ciągu roku sprawozdawczego	12
1.2	Zażalenia wymagające rozpatrzenia na posiedzeniu	12
2	Sprawy pozostałe do rozpatrzenia z poprzedniego roku	4
3	Wokandy sądu	6
4	Posiedzenia	14
5	Postanowienia wydane na posiedzeniach	14
6	Ilość lekarzy, których dotyczyły postanowienia	21

Lp.	Wyszczególnienie	2015
7	Postanowienia o umorzeniu postępowania	8
8	Odmowa wszczęcia postępowania wyjaśniającego	0
9	Pozostawienie bez rozpoznania środka odwoławczego	0
10	Odmowa zawieszenia postępowania wyjaśniającego	0
11	Uchylenie postanowienia NROZ	4

3. Sprawozdanie 2015 rok – II instancja NSL
Liczba spraw dotycząca poszczególnych specjalności, w zakresie których wystawiono wniosek o ukaranie wobec lekarza w postępowaniu odwoławczym od orzeczeń Sądów I instancji

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności objętych wnioskami o ukaranie		
1.	Alergologia	
2.	Anestezjologia i intensywna terapia	4
3.	Angiologia	
4.	Audiologia i foniatria	
5.	Balneoklimatologia	
6.	Balneologia i medycyna fizykalna	
7.	Chirurgia dziecięca	1
8.	Chirurgia klatki piersiowej	
9.	Chirurgia naczyniowa	
10.	Chirurgia ogólna	16
11.	Chirurgia onkologiczna	1
12.	Chirurgia plastyczna	1
13.	Chirurgia stomatologiczna	1
14.	Chirurgia szczękowo-twarzowa	1
15.	Choroby płuc	2
16.	Choroby wewnętrzne	8
17.	Choroby zakaźne	
18.	Dermatologia i wenerologia	
19.	Diabetologia	
20.	Diagnostyka laboratoryjna	1
21.	Endokrynologia	
22.	Epidemiologia	
23.	Farmakologia kliniczna	
24.	Gastroenterologia	
25.	Gastroenterologia dziecięca	
26.	Genetyka kliniczna	
27.	Geriatria	
28.	Ginekologia onkologiczna	1
29.	Hematologia	1
30.	Hipertensjologia	
31.	Immunologia kliniczna	

32.	Kardiologia	3
33.	Kardiologia dziecięca	
34.	Kardiochirurgia	
35.	Medycyna morska	
36.	Medycyna nuklearna	
37.	Medycyna pracy	
38.	Medycyna paliatywna	
39.	Medycyna ratunkowa	13
40.	Medycyna rodzinna	4
41.	Medycyna sądowa	
42.	Medycyna sportowa	
43.	Medycyna transportu	
44.	Mikrobiologia lekarska	
45.	Nefrologia	2
46.	Neonatologia	
47.	Neurochirurgia	
48.	Neurologia	1
49.	Neurologia dziecięca	
50.	Neuropatologia	
51.	Okulistyka	
52.	Onkologia i hematologia dziecięca	
53.	Onkologia kliniczna	
54.	Ortodoncja	1
55.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	6
56.	Ortopedia i traumatologia dziecięca narządu ruchu	2
57.	Otolaryngologia (otorynolaryngologia)	
58.	Otorynolaryngologia dziecięca	1
59.	Patomorfologia	
60.	Pediatria	4
61.	Periodontologia	
62.	Położnictwo i ginekologia	29
63.	Protetyka stomatologiczna	10
64.	Psychiatria	7
65.	Psychiatria dzieci i młodzieży	
66.	Radiologia i diagnostyka obrazowa	2
67.	Radioterapia onkologiczna	
68.	Rehabilitacja medyczna	
69.	Reumatologia	
70.	Seksuologia	
71.	Stomatologia dziecięca	
72.	Stomatologia ogólna	2
73.	Stomatologia zachowawcza z endodoncją	4
74.	Toksykologia kliniczna	
75.	Transfuzjologia kliniczna	

76.	Transplantologia kliniczna	
77.	Urologia	
78.	Urologia dziecięca	
79.	Zdrowie publiczne	
80.	Pomoc doraźna	9
81.	Etyka	53
81.1	Homeopatia	1
81.2	Wykonywanie zawodu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem innych środków odurzających	1
81.3	Wykonanie zabiegu (leczenia), czynności medycznej w przypadku braku wyrażonej zgody przez pacjenta	1
81.4	Konflikty pomiędzy lekarzami	3
81.5	Brak należytej staranności w opiece nad kobietami w ciąży jak również w okresie okołoporodowym, porodowym i połogowym	17
81.6	Wykorzystywanie przez lekarza wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy w tym naruszenia: art. 1 pkt 3, art. 10 pkt 1, 12 pkt 1 oraz art. 14 KEL (m.in. podważenie zaufania do zawodu lekarza)	2
81.7	Przyjęcie przez lekarza korzyści majątkowych	

4. Statystyka okręgowych sądów lekarskich

Lp.	Wyszczególnienie	Białystok	Bielsko-Biała	Bydgoszcz	Częstochowa	Gdańsk	Gorzów Wlkp.	Katowice
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	**Liczba spraw, które wpłynęły do sądu w ciągu roku sprawozdawczego 2015**	**41**	**10**	**28**	**23**	**79**	**15**	**124**
1.1	Liczba lekarzy objętych wnioskami o ukaranie	16	5	10	8	29	6	56
1.2	Liczba lekarzy, którzy zostali wcześniej ukarani przez sąd lekarski			3		2		7
1.3	Liczba spraw wymagająca rozpatrzenia na posiedzeniu – zażalenia, wnioski	32	7	22		54	11	79
2.	**Sprawy do rozpoznania na rozprawie głównej pozostałe z 2014 roku (ubiegłych lat)**	**3**	**1**	**11**	**1**	**12**	**2**	**15**
3.	**Sprawy wymagające rozpatrzenia na posiedzeniu pozostałe z 2014 roku (ubiegłych lat)**	**5**	**1**	**13**	**1**	**10**	**6**	**7**
4.	**Wokandy sądu w 2015 roku**	**29**	**11**	**6**	**24**	**62**	**23**	**79**
4.1	Ilość przeprowadzonych rozpraw głównych w 2015 roku	16	4	11	9	30	4	32
4.2	Posiedzenia w 2015 roku	32	7	31	13	73	19	77
4.3	Sprawy przekazane do postępowania mediacyjnego w 2015 roku							
4.4	Protesty wyborcze rozpoznane w 2015 roku							
5.	***Postanowienia OSL wydane na wniosek OROZ (art. 77 ustawy oil) w ciągu 2015 roku:***							
5.1	– o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu przez obwinionego							2
5.2	– o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza przez obwinionego							3
6.	**Zażalenia na postanowienia OROZ**	**26**	**7**		**13**	**55**	**11**	**76**
7.	***Orzeczenia OSL wydane w 2015 roku (łączna liczba wydanych orzeczeń – prawomocnych i nieprawomocnych)***							
7.1	Liczba lekarzy, których dotyczyły orzeczenia Sądu I instancji kończące postępowanie przed OSL wydane na rozprawie głównej	3	5	11	9	34	4	29
7.2	Liczba lekarzy, których dotyczyły postanowienia Sądu I instancji wydane na posiedzeniach (w tym niejawnych)	4	11		13	4	17	
7.3	Liczba lekarzy w stosunku do których umorzono postępowanie	1			1	3	3	2
7.4	Uniewinnieni	3	1	2	1	10		10
7.5	Ukarani upomnieniem	2	1	6	1	13	1	22
7.6	Ukarani naganą	1	3	1		6		19
7.7	Ukarani karą pieniężną	1		1				7
7.8	Ukarani zakazem pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat				1			5
7.9	Ukarani ograniczeniem zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat	1						3
7.10	Ukarani zawieszeniem prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat			1		2		4
7.11	Pozbawieni prawa wykonywania zawodu							

Kielce	Koszalin	Kraków	Lublin	Łódź	Olsztyn	Opole	Płock	Poznań	Rzeszów	Szczecin	Tarnów	Toruń	Warszawa	Wrocław	Zielona Góra	SL Wojsko-wej IL	SUMA
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
25	**10**	**78**	**45**	**95**	**32**	**20**	**15**	**117**	**23**	**79**	**9**	**24**	**79**	**141**	**19**	**44**	**1175**
9	6	40	16	39	8	9	12	41	14	26	3	9	87	77	5	19	**550**
	2	2		1		1	7	1		2	1		8	4		1	**42**
18	10	74	29	90	30	1	4	82	19	46	7	16	116	70	16	3	**836**
13	**4**	**17**	**2**	**23**	**3**	**8**		**4**	**5**	**23**		**6**	**55**	**5**	**1**	**1**	**215**
8	**8**	**8**	**0**	**19**	**5**	**8**		**2**	**1**	**9**	**1**	**17**				**1**	**130**
19	**15**	**113**	**16**	**95**	**10**	**33**	**8**	**61**	**12**	**92**	**3**	**15**	**58**	**65**	**18**	**42**	**909**
13	7	39	16	51	11	14	3	41	12	43	3	7	115	114	2	20	**617**
24	11	74	29	92	24	19	8	83	11	49	5	16	2	93	16	22	**830**
		1													1		**2**
																	0
																	0
		1														1	**4**
	1										1					1	**6**
15	**11**	**54**	**29**	**59**			**5**	**75**		**45**	**7**	**17**	**116**	**61**	**15**	**22**	**719**
			15														
14	7	38	11	38	11	12	8	33	14	24	3	5	82	64	3	14	**476**
	11	5		4	20	20	8	89	11	44		20		7	14	19	**321**
5		8	6	4	2	1	9	2	2	1		2	26	7	1		**86**
2	1	17	3	10	3	6		3	4	7		1	15	7	1	5	**112**
4	4	11	3	13	2	3		14	5	11		3	20	20	1	8	**168**
1	1	1		1	4	1	1	10		3		1	14	17		2	**87**
	2	1	6	1				3	2	3	1		4	16			**48**
											1						**7**
1	1	3		6		1		1	1	1	1			3		1	**24**
				1				2					3	3		1	**17**
																	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.	***Lekarze, w sprawie których uprawomocniło się orzeczenie Sądu I instancji (orzeczenia OSL od których nie zostało złożone odwołanie)***							
8.1	Umarzające postępowanie	1			2	3	2	1
8.2	Uniewinniające	2	1	1		4		5
8.3	Karzące upomnieniem	1	1	4	1	6		12
8.4	Karzące naganą	1				5		6
8.5	Karzące karą pieniężną							2
8.6	Zakazujące pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat							1
8.7	Ograniczające zakres czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat							2
8.8	Zawieszające prawo wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat							
8.9	Pozbawiające prawa wykonywania zawodu							
9.	***Lekarze, w sprawie których złożono prawomocne odwołanie do NSL:***							
9.1	przez ROZ						1	5
9.2	przez ukaranego	3	3	4		7		10
9.3	przez pokrzywdzonego			3		5	2	4
10.	***Czas w miesiącach od wpłynięcia wniosku o ukaranie do wydania orzeczenia przez OSL:***							
10.1	– minimum	3	3	1	3	1	5	1
10.2	– maximum	8	6	12	6	12	12	16
10.3	– średnio	5,5	4	6,5	5	3	8,5	7

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
5		5	5	3	2		7			1			19	6			**62**
1	1	6	2	8	1	3			2				10	3		3	**53**
4	3	7		7	1			6		5			14	11		6	**89**
1	1	6			1		1	5				1	3	5		1	**37**
	2			1				1			1		4	4			**15**
											1						**2**
1	1	2		1					1		1					1	**10**
				1				1								1	**3**
																	0
			1			1		4	1	8		1		3		2	**27**
	1	11	0	6	1	6		14	1	8		3	15	18		2	**113**
1		1	3	4	2	2		5		5		2	3	1	1	3	**47**
4	3	3	1	2	2	3	1	1	3	6		4	1,5	2	4	1	**2,28**
18	20	18	3	18	6	15	5	12	12	13		12	41	12	8	44	**13,70**
10	4	6	2	7	3	6	3	2	6	4		8	8,5	6,5	6	5	**5,09**

Liczba spraw dotycząca poszczególnych specjalności, w zakresie których wystawiono wniosek o ukaranie wobec lekarza

Lp.	Wyszczególnienie	Białystok	Bielsko-Biała	Bydgoszcz	Częstochowa	Gdańsk	Gorzów Wlkp.	Katowice
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Alergologia							
2	Anestezjologia i intensywna terapia		1	1			1	1
3	Angiologia							
4	Audiologia i foniatria							
5	Balneoklimatologia							
6	Balneologia i medycyna fizykalna							1
7	Chirurgia dziecięca							
8	Chirurgia klatki piersiowej							
9	Chirurgia naczyniowa							1
10	Chirurgia ogólna		1	1		6		
11	Chirurgia onkologiczna							
12	Chirurgia plastyczna						1	
13	Chirurgia stomatologiczna							
14	Chirurgia szczękowo-twarzowa							
15	Choroby płuc	1						
16	Choroby wewnętrzne	8	1	1	2	4	1	
17	Choroby zakaźne			1				
18	Dermatologia i wenerologia							
19	Diabetologia							
20	Diagnostyka laboratoryjna							
21	Endokrynologia					1		
22	Epidemiologia							
23	Farmakologia kliniczna							
24	Gastroenterologia							
25	Gastroenterologia dziecięca							
26	Genetyka kliniczna							
27	Geriatria							
28	Ginekologia onkologiczna							
29	Hematologia							
30	Hipertensjologia							
31	Immunologia kliniczna							
32	Kardiochirurgia							
33	Kardiologia							
34	Kardiologia dziecięca							
35	Medycyna morska							
36	Medycyna nuklearna							

Kielce	Koszalin	Kraków	Lublin	Łódź	Olsztyn	Opole	Płock	Poznań	Rzeszów	Szczecin	Tarnów	Toruń	Warszawa	Wrocław	Zielona Góra	SL Wojsko-wej IL	SUMA
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
														1			**1**
		2							1				1				**8**
			1											2			**3**
								1					3				
	1		2	3	1			1	1	2		1	14	11		1	**46**
													1			1	
				1													
		2	4					1									**7**
														1			**1**
2						1								3			
	1	1	1	5	3	1			1	5		1	6	7	1	1	**51**
																	1
														1			**1**
				1	1												
						1											
			1										1			1	**3**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
37	Medycyna pracy			1	2			1
38	Medycyna paliatywna							
39	Medycyna ratunkowa	1						
40	Medycyna rodzinna					4		3
41	Medycyna sądowa							
42	Medycyna sportowa							
43	Medycyna transportu							
44	Mikrobiologia lekarska							
45	Nefrologia							
46	Neonatologia							
47	Neurochirurgia							
48	Neurologia							
49	Neurologia dziecięca	1						
50	Neuropatologia							
51	Okulistyka					1		
52	Onkologia i hematologia dziecięca							
53	Onkologia kliniczna							1
54	Ortodoncja							3
55	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu				2			
56	Ortopedia i traumatologia dziecięca narządu ruchu							1
57	Otolaryngologia							
58	Otolaryngologia dziecięca							
59	Patomorfologia							1
60	Pediatria	2			1	4		
61	Periodontologia							
62	Położnictwo i ginekologia	1	1		1	2		5
63	Protetyka stomatologiczna							1
64	Psychiatria					1		
65	Psychiatria dzieci i młodzieży							
66	Radiologia i diagnostyka obrazowa			2				
67	Radioterapia onkologiczna							
68	Rehabilitacja medyczna							
69	Reumatologia							
70	Seksuologia							
71	Stomatologia dziecięca	1						
72	Stomatologia ogólna					2		6
73	Stomatologia zachowawcza z endodoncją					1		
74	Toksykologia kliniczna							
75	Transfuzjologia kliniczna							
76	Transplantologia kliniczna							
77	Urologia (również dziecięca)							
78	Zdrowie publiczne							

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
		2		1					5				2	1	1	3	**19**
1		1		3									1				**7**
		1	1		1									1		1	**12**
		1		1										1			**3**
																	0
			1		1	1				2							**5**
												3					**4**
													3				**4**
		2														1	**6**
					1			1	1				6	3		2	**16**
				1													
				1												1	**2**
		2												1	1		**5**
			2		1	1	1							1			**13**
				1													
	1	4	1	4		1		5		5	2	2	4	3			**42**
1		3		6		2				6			3				**22**
2					1									1		2	**7**
		2															**4**
													2				
																	0
	1		2					3		1			4	4			**23**
		3			1									1			**6**
														1			
													1	1	1	1	**4**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
79	Pomoc doraźna							4
80	bez specjalizacji					2		
81	Etyka						1	6
81.1	homeopatoia							
81.2	brak zgody na zabieg leczniczy/leczenie			2				
81.3	przyjęcie korzyści majątkowych							6
81.4	udzielanie świadczeń medycznych pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających							1
81.5	wykorzystanie przez lekarza wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy m.in. podważanie zaufania do zawodu lekarza (w tym molestowanie)							
81.6	konflikty pomiędzy lekarzami/dyskredytacja				4		1	2
81.7	wystawianie zaświadczeń bez stosownych uprawnień (głównie medycyna pracy)				2			
81.8	nieodpowiednie informowanie lub zniechęcenie do obowiązkowych szczepień					1		3
81.9	odmowa udzielenia świadczenia medycznego z powołaniem na klauzulę sumienia							

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
2		6						3							1		**16**
	1		2					6	1	2	1			26			**41**
	7	4		10			10	9					25	5		4	**81**
																	0
										1			1				**4**
		1		2		1	7	1									**18**
		2		1			1	1	2	2			2	1			**13**
1								1		2				1			**5**
								2	1	1							**11**
		1						3	1				1	3			**11**
								1									**5**
																	0

Streszczenie

Artykuł prezentuje statystyki obrazujące pracę Naczelnego Sądu Lekarskiego w 2015 r.

Słowa kluczowe: Naczelny Sąd Lekarski, odpowiedzialność zawodowa lekarzy, przewinienia zawodowe lekarzy

Report of the Supreme Medical Court (2015)

Summary

The paper presents statistics of the Supreme Medical Court in 2015.

Key words: *the Supreme Medical Court, professional liability of the physicians, professional misconduct*

KONFERENCJE I SYMPOZJA

Relacja z I Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Sztuka rozmowy podstawą diagnozy”

W dniach 10–11.04.2015 r. w Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy odbyła się I Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Sztuka rozmowy podstawą diagnozy”. Wydarzenie zostało zorganizowane przez Studenckie Koło Naukowe „Komunikacja w Opiece Medycznej” działające przy Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii CM UMK oraz Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej.

Inspiracją do zorganizowania spotkania dotyczącego takiej tematyki był fakt, że komunikacja między lekarzem a pacjentem jest w Polsce nadal niedoceniana. Jej znaczenie dla procesu diagnostyczno-leczniczego jest jednak ogromne – bez zaufania między medykiem a chorym nie można liczyć na efektywny proces terapeutyczny. Lekarze coraz częściej wskazują na potrzebę doskonalenia umiejętności kontaktu z chorym. W ostatnich latach znacząco wzrosło zainteresowanie kursami, w trakcie których medycy nabywają bądź doskonalą umiejętności budowania relacji oraz prawidłowej współpracy z pacjentem. Właściwa komunikacja personelu medycznego z chorym wpływa na podejmowanie decyzji dotyczących procesu leczenia oraz podnosi jakość usług świadczonych przez instytucje opieki zdrowotnej.

Program pierwszego dnia konferencji obejmował następujące sesje: kliniczną, prawniczą oraz dotyczącą znaczenia komunikacji z perspektywy pacjenta, lekarza i farmaceuty. Równoległe odbył się również panel dyskusyjny „Kluczowe kompetencje liderów placówek służby zdrowia”. Drugiego dnia kontynuowana była sesja kliniczna, której gościem specjalnym był prof. Wolf Langewitz ze Szpitala Uniwersyteckiego w Bazylei, jeden z najwybitniejszych badaczy komunikacji medycznej. Tego dnia uczestnicy mieli również okazję uczestniczyć w bardzo interesującej sesji psychoonkologicznej. Następnym punktem programu była sesja prezentacji ustnej prac studentów, doktorantów i młodych naukowców – swoje dokonania zaprezentowało blisko 20 zespołów. Popołudniami miały miejsce warsztaty z zakresu skutecznej komunikacji w medycynie, które cieszyły się ogromnym zainteresowaniem.

Zaproszenie do wygłoszenia wykładów na konferencji przyjęło wielu znanych i cenionych przedstawicieli z dziedziny medycyny, prawa i psychologii. Wśród wykładowców znaleźli się m.in. prof. Krystyna de Walden-Gałuszko (Prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologii, Gdańsk), prof. Joanna Haberko (Wydział Prawa i Administracji, UAM, Poznań), prof. Bartosz Łoza (Klinika Psychiatrii WUM, Warszawa), prof. Tomasz Pasierski (Rada Naukowa PTKM, Międzyleski Szpital Specjalistyczny, Warszawa). Liczne grono wykładowców stanowili też lekarze z bydgoskich szpitali – Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza, Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. J. Biziela oraz Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka. Tak różnorodny program i wybitni specjaliści przyczynili się do sukcesu tego wydarzenia – konferencja zgromadziła ponad 250 uczestników!

Nad przygotowaniem wydarzenia i jego sprawnym przebiegiem czuwali członkowie Komitetu Organizacyjnego w składzie: dr n. med. Katarzyna Jankowska (przewodnicząca), Małgorzata Galas, Lidia Rzepiela, Aleksandra Sesiuk oraz mgr Roland Wesołowski.

Więcej informacji dotyczących konferencji, a także komunikacji w medycynie, działalności Studenckiego Koła Naukowego „Komunikacja w Medycynie” oraz Polskiego Towarzystwa Medycznego można znaleźć na stronie internetowej: www.komunikacjamedyczna.pl.

Aleksandra SESIUK

Sprawozdanie z konferencji naukowej „Odpowiedzialność zawodowa zawodów zaufania publicznego: radców prawnych i lekarzy", 11 grudnia 2014 r., WNPiD UAM

W dniu 11 grudnia 2014 r. na Wydziale Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM w Poznaniu odbyła się konferencja naukowa „Odpowiedzialność zawodowa zawodów zaufania publicznego: radców prawnych i lekarzy". Konferencja została objęta patronatem honorowym Prezesów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Krajowej Izby Radców Prawnych. Patronat medialny z kolei objęło Polskie Radio „Radio Merkury" w Poznaniu oraz TVP Poznań.

Konferencja w swej istocie opierała się na analizie odpowiedzialności zawodowej dwóch wybranych zawodów zaufania publicznego: radców prawnych i lekarzy. Z tego powodu organizatorzy przewidzieli 3 panele dyskusyjne. Pierwszy z nich był wspólny dla wszystkich uczestników, natomiast drugi był kierowany oddzielnie do radców prawnych i lekarzy.

Pierwszy panel pt. „Odpowiedzialność zawodów zaufania publicznego" składał się z wystąpień, które nawiązywały w sposób ogólny do problematyki roli pełnionej przez samorządy zawodowe oraz istoty wykonywania wolego zawodu. Prelegenci odnosili się do wielu aktualnych zagadnień. Pogłębionej dyskusji wymagała przede wszystkim realizowana przez władzę publiczną deregulacja zawodów. Trafnie wskazano na ujemne konsekwencje takiej polityki, a w szczególności na spadek jakości świadczonych usług i ograniczanie kompetencji samorządów zawodowych. Moderatorem dyskusji i prowadzącym pierwszy panel był prof. dr hab. Jędrzej Skrzypczak, WNPiD UAM.

W ramach tego panelu referaty wygłosili znakomici prelegenci. Wymienić należy takie osoby, jak: dr Ryszard Czerniawki, Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich (*Odpowiedzialność zawodowa w optyce Rzecznika Praw Obywatelskich*), prof. dr hab. n. med. Romuald Krajewski, Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej (*Odpowiedzialność zawodowa lekarzy za granicą*), dr Tomasz Scheffer, Główny Rzecznik Dyscyplinarny KIRP (*Postępowanie dyscyplinarne przed Głównym Rzecznikiem Dyscyplinarnym*), prof. dr hab. Robert Kmieciak, WNPiD UAM (*Istota i rola samorządów zawodowych*), dr Krzysztof Mularski, WPiA UAM (*Wzajemny charakter umów o świadczenie usług przez lekarza oraz radcę prawnego. Ekwiwalentność świadczeń i zasady ustalania wynagrodzenia*), dr hab. Marzena Barańska, WNPiD UAM (*Reklama zawodów zaufania publicznego a odpowiedzialność zawodowa*), dr Paweł Antkowiak (*Samorząd zawodowy w opinii jego członków – raport z badań*).

Drugi panel pt. „Odpowiedzialność zawodowa lekarzy" poświęcony był całkowicie zasadom odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz postępowaniu w tym przedmiocie. Odniesiono się do coraz powszechniejszego problemu reklamowania przez lekarzy produktów leczniczych i wyrobów medycznych w środkach społecznego przekazu, a zwłaszcza w radiu i telewizji. Udział lekarzy w takich reklamach w celach komercyjnych stanowi pogwałcenie nie tylko norm etycznych sformułowanych w Kodeksie etyki lekarskiej, lecz również norm prawnych zawartych w przepisach rangi ustawowej. Z liczby wpływających do sądów lekarskich spraw wynika, że brak w tym przedmiocie u wielu lekarzy świadomości prawnej. Innym doniosłym zagadnieniem, omówionym w czasie obrad było powoływanie się przez lekarzy na klauzulę sumienia przy odmowie wykonania świadczenia medycznego. Przedstawiono również ewolucję katalogu kar, wymierzanych za przewinienia zawodowe oraz dokonano pogłębionej analizy orzecznictwa Sądu Najwyższego w kontekście odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Warto zauważyć, że niniejszy panel stanowił jednocześnie szkolenie dla

sędziów-lekarzy działających w ramach Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu.

W ramach drugiego panelu referaty wygłosili mający wysoki autorytet w dziedzinie prawa medycznego i odpowiedzialności zawodowej lekarzy prelegenci. Wymienić należy takie osoby, jak: lek. Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (*Udział lekarzy w reklamach; przewinienie zawodowe?*), lek. Wojciech Łącki, Przewodniczący NSL (*„...i wymierza karę...” Nowy katalog kar w odpowiedzialności lekarzy po 4 latach stosowania*), dr n. med. Krzysztof Kordel, Prezes WIL (*Niezdolność lekarza do wykonywania zawodu z tytułu choroby (uzależnienia)*), dr Krzysztof Mularski, WPiA UAM (*Klauzula sumienia a odpowiedzialność zawodowa lekarza*), prof. dr hab. Jędrzej Skrzypczak, WNPiD UAM, OSL WIL (*Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w świetle najnowszego orzecznictwa SN*).

Wspomnieć należy, iż oprócz wyżej opisanych, wiodących paneli dyskusyjnych Konferencji, miały również miejsce ciekawe wystąpienia, niezwiązane ściśle z żadnym z paneli. Tak było w dwóch przypadkach.

Po pierwsze, pomiędzy pierwszym a drugim panelem dyskusyjnym prof. dr hab. Jędrzej Skrzypczak zaprezentował czasopismo **„Medyczna Wokanda”** wydawane przez Naczelną Izbę Lekarską, którego redaktorem naczelnym jest prof. zw. dr hab. n. med. Krzysztof Linke. Stwierdzono, że jest to czasopismo poświęcone prawu medycznemu, a w szczególności etyce lekarskiej, gdzie swoje artykuły publikują zarówno lekarze, jak i prawnicy, chociaż dominują prace tych drugich. Rocznik ten jest wpisany na listę czasopism punktowanych przez MNiSW. Następnie, dr Krzysztof Urbaniak przedstawił uczestnikom Konferencji czasopismo **„Radca Prawny”**, które zmienia obecnie swój charakter i staje się czasopismem naukowym, a nie wyłącznie biuletynem informacyjnym.

Po drugie, na sam koniec Konferencji referat pt. „Zawody zaufania publicznego – regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje” wygłosił prof. zw. dr hab. Jacek Sobczak, Prodziekan WPiNS Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej i sędzia Sądu Najwyższego. Prelekcja ta skierowana była łącznie dla radców prawnych i lekarzy, co doprowadziło do połączenia obrad i wspólnej, interesującej dyskusji.

Reasumując, należy pozytywnie ocenić przebieg Konferencji i treść wygłoszonych referatów, a także aktywność publiczności w czasie dyskusji. Cel Konferencji polegający na przeprowadzeniu opiniotwórczych i owocnych naukowo obrad na tematy związane z funkcjonowaniem samorządów zawodowych oraz tworzeniem i przestrzeganiem zasad etyki zawodowej, a także sprawowaniem pieczy nad sumiennym i należytym wykonywaniem zawodu, został z całą pewnością zrealizowany. Wynika to z faktu, iż udało się wskazać na problemy wymagające pilnej interwencji, a nadto wypracować propozycje ich rozwiązania w sposób optymalny. Odniesiono się trafnie do licznych uwag krytycznych, które padły za pomocą mediów, ze strony różnych środowisk, w stosunku do zasad etyki zawodowej lekarzy i funkcjonowania organów odpowiedzialności zawodowej. Mając na uwadze powyższe, podkreślić należy, że doszło do cennej wymiany doświadczeń przez reprezentantów świata prawniczego, medycznego, etyków i politologów. Fakt ten jest satysfakcjonujący z uwagi na to, iż inicjatywa zorganizowania debaty wyszła właśnie od samorządu zawodowego radców prawnych, lekarzy i lekarzy dentystów oraz Wydziału Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, prowadzącego badania naukowe m.in. w tym obszarze.

Michał PUK

RECENZJE

***Zdrowie publiczne w zarysie*, pod red. Moniki Zysnarskiej, Tomasza Maksymiuka, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2015, ss. 128.**

Książka *Zdrowie publiczne w zarysie* pod redakcją Moniki Zysnarskiej i Tomasza Maksymiuka ukazała się w grudniu 2015 roku. Podręcznik kierowany jest przede wszystkim do studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu, a także wszystkich innych osób zainteresowanych niniejszą tematyką. Autorzy poświęcają najważniejszym aspektom zdrowia publicznego dziewięć rozdziałów, wspierając się jak najbardziej aktualnym piśmiennictwem w tym zakresie.

Rozdział pierwszy „Zdrowie publiczne – cele, struktura, podstawowe pojęcia. […]" wprowadza Czytelnika w wymienione zagadnienia ze szczególnym uwzględnieniem rysu historycznego. Główne obszary oraz potrzeby tej dyscypliny są wymieniane w formie podpunktów, a całość ilustrowana jest czytelnymi wizualizacjami. Autorka poświęca miejsce na wyjaśnienie najważniejszych terminów, omówienie pojęć z ich podziałem i odniesieniem do aktualnej polityki zdrowotnej. Przybliża także cele programów naukowo-badawczych związanych z chorobami stanowiącymi przyczynę największej umieralności i prowadzonych na terenie naszego kraju w ciągu ostatnich lat. To właśnie chorobom układu sercowo-naczyniowego oraz chorobom nowotworowym w kontekście zdrowia publicznego Izabella Kara poświęca ostatnią część rozdziału.

W kolejnym rozdziale Monika Zysnarska próbuje wskazać miejsce polityki zdrowotnej wobec słabych stron, szans oraz zagrożeń polskiego systemu opieki zdrowotnej. Autorka z sukcesem wyjaśnia Czytelnikowi aktualne miejsce „zdrowia publicznego" z uwzględnieniem wdrożonych do dnia publikacji założeń oraz tych, które czekają na realizację. W rozdziale znalazło się także wyjaśnienie analiz PEST i SWOT najczęściej wykorzystywanych do oceny otoczenia i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Wyjaśnione są też mechanizmy procedur konkursowych zgodne z aktualnymi rozporządzeniami.

Trzeci rozdział autorstwa Izabelli Kary w większości poświęcony jest Światowej Organizacji Zdrowia. Omówiono rys historyczny, podział administracyjny, nakreślane przez lata cele, zrealizowane programy, wytyczane szlaki. Temat został opracowany w ujęciu ogólnoświatowym, Unii Europejskiej oraz Polski z uwzględnieniem Narodowego Programu Zdrowia.

W tekście pt. „Ubezpieczenia zdrowotne oraz sytuacje kryzysowe w systemie opieki zdrowotnej" Wiesław Kalupa opisuje zmiany w tym zakresie na podstawie wydawanych ustaw z ich przystępnym omówieniem. Niezwykle ciekawym jest porównanie polskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych do systemów panujących w niektórych krajach Unii Europejskiej, a także Australii i Stanach Zjednoczonych. Ta, zawierająca wiele szczegółowych informacji, analiza nakłania Czytelnika do zastanowienia nad wskazanymi różnicami oraz ewentualnymi możliwościami zmian w obrębie polskiego systemu, by zoptymalizować jego funkcjonowanie. Druga część rozdziału poświęcona jest problematyce sytuacji kryzysowych w systemie opieki zdrowotnej – spojrzenie syntetyczne, przejrzyste, zawierające najważniejsze wiadomości w formie podpunktów umożliwiających Czytelnikowi szybkie wyciągnięcie wniosków.

Rozdział piąty, którego współautorami są Jędrzej Skrzypczak oraz Tomasz Maksymiuk traktuje o miejscu lekarza w systemie prawa medycznego. Po przedłożeniu właściwych tematyce aktów normatywnych Autorzy rozszerzają wybrane zagadnienia. Najważniejsze

obowiązki i prawa lekarzy omówione są przede wszystkim w aspekcie Kodeksu etyki lekarskiej. Najwięcej miejsca poświęcono obowiązkowi informowania pacjenta zarówno o sposobach/możliwościach diagnostycznych i związanym z nimi ryzyku oraz, co szczególnie istotne, jego stanie zdrowia. Wartymi przypomnienia są też sytuacje szczególne, w których pacjent jest nieprzytomny, niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lub nie chce być informowany o stanie swojego zdrowia. Z rozdziału Czytelnik poszerzy także wiedzę na temat przymusu leczenia oraz tajemnicy lekarskiej, a także sytuacji, w których lekarz zostaje z niej zwolniony.

W rozdziale pt. „Promocja zdrowia w miejscu pracy – nowe zadania dla lekarza i pielęgniarki", Renata Adamek przedstawia problematykę związaną z aktualnym sposobem funkcjonowania jednostek, tj. lekarzy i pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej w aspekcie zdrowia publicznego. Jak słusznie zauważa Autorka „W Polsce podejście do ochrony zdrowia pracujących nie jest wystarczająco silnie zaznaczone w *Narodowym programie zdrowia*, zaś skuteczna i właściwie wdrożona opieka zdrowotna pracujących wraz z promocją zdrowia w miejscu pracy może poprawić zdrowie populacji". Zgodnie z tym założeniem opisano sytuację panującą aktualnie na rynku pracy w aspekcie zdrowia pracowników, przybliżono programy promocji zdrowia z wyliczeniem przeszkód w ich realizacji.

Siódmy rozdział autorstwa Tomasza Maksymiuka poświęcony jest miernikom zdrowia populacji oraz modelom opieki zdrowotnej na świecie. Pierwszą część stanowi podział oraz omówienie mierników bezpośrednich i pośrednich z wyjaśnieniem składowych jak czynniki epidemiologiczne. Autor wymienia szereg przykładów doskonale ilustrujących potrzebę takich analiz oraz ich późniejsze wykorzystanie nie tylko w ujęciu medycznym, lecz także społecznym w obrębie wielu placówek i instytucji. Drugim podrozdziałem jest przybliżenie systemów opieki zdrowotnej na świecie. Autor, po zwięzłym wprowadzeniu historycznym, opisuje pięć najważniejszych modeli, z którymi Czytelnik mógł zaznajomić się już w rozdziale czwartym.

W ostatnim rozdziale Leszek Bartkowiak podejmuje temat polityki lekowej w ujęciu zdrowia publicznego. W syntetyczny sposób przybliża definicje, cele, narzędzia polityki lekowej; charakterystykę i specyfikę oraz uczestników rynku lekowego. Wyjaśnia także różnice między nazwami „lek oryginalny", „generyk", „kongeneryk". Przedstawia także treści ustaw na podstawie których ustalane są ceny leków z porównaniem wydatków ponoszonych na ten cel przez polskiego oraz innych pacjentów Unii Europejskiej.

Publikacja, niewątpliwie godna polecenia, stanowi ważne uzupełnienie wiedzy związanej ze zdrowiem publicznym, dając solidne podstawy do dalszego zgłębiania interesujących Czytelnika zagadnień. Licząca nieco ponad sto dwadzieścia stron pozycja jest przejrzysta, a drobne niedociągnięcia interpunkcyjne nie mają żadnego wpływu na całość książki. Lektura przystępna, skłaniająca do spojrzenia na temat przez pryzmat jednostki oraz w szerokim publicznym kontekście.

Anna STĘPNIEWSKA

***Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, pod red. Jacka Sobczaka, Jędrzeja Skrzypczaka, Moniki Urbaniak, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań 2015, ss. 370.**

Podstawę reżimu prawnego dla zawodów zaufania publicznego stanowi art. 17 Konstytucji RP. Umożliwia on tworzenie samorządów zawodowych, których głównym zadaniem jest sprawowanie pieczy nad prawidłowym wykonywaniem określonego zawodu. Narzędziem służącym do realizacji tego celu jest niewątpliwie działalność organów samorządu w przedmiocie odpowiedzialności wewnątrzkorporacyjnej. Wydana przed Wydawnictwo Nauka i Innowacje monografia *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy* podejmuje właśnie tę problematykę. Autorzy, zgromadzeni pod redakcją Jacka Sobczaka, Jędrzeja Skrzypczaka oraz Moniki Urbaniak prezentują najważniejsze aspekty związane z odpowiedzialnością korporacyjną dwóch zawodów zaufania publicznego – radcy prawnego jako przedstawiciela zawodów prawniczych oraz lekarza jako reprezentanta zawodów medycznych.

Publikacja podzielona została na trzy części. Pierwsza z nich, zatytułowana „Zawody zaufania publicznego", dotyka istoty tego pojęcia i podejmuje najważniejsze kwestie z nim związane. Części kolejne obejmują problematykę odpowiedzialności osób wykonujących zawody zaufania publicznego przed organami samorządu zawodowego – część druga traktuje o odpowiedzialności dyscyplinarnej radców prawnych, a część trzecia o odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Pierwsza część omawianej pozycji zawiera artykuły poświęcone zawodom zaufania publicznego w ogólności. Zaprezentowano w niej analizę historii samorządów prawniczych w Polsce oraz reżimu prawnego dotyczącego zawodów regulowanych w Unii Europejskiej. Podjęto problematykę regulacji konstytucyjnej zawodów zaufania publicznego. Ponadto rozważone zostały podstawowe aspekty umów o świadczenie usług przez lekarzy i radców prawnych oraz unormowania dotyczące reklamy zawodów zaufania publicznego. Omówiono również problem odpowiedzialności w kontekście namysłu Romana Ingardena nad jej podstawami ontycznymi. W ostatnim zaś artykule dokonano analizy porównawczej dwóch samorządów zawodowych – adwokatów oraz diagnostów laboratoryjnych.

Kolejna część publikacji poświęcona została, jak wskazano wyżej, odpowiedzialności dyscyplinarnej radców prawnych. Składają się na nią dwa artykuły. Pierwszy z nich, autorstwa Moniki Urbaniak, podejmuje zagadnienie odpowiedzialności zawodowej radców prawnych w kontekście praktyki orzeczniczej Okręgowego Sądu Dyscyplinarnego OIRP w Poznaniu. Natomiast artykuł Norberta Gilla dotyczy problematyki konfliktu interesów w odniesieniu do odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Ostatnią, trzecią część pozycji otwiera artykuł Romualda Krajewskiego poświęcony odpowiedzialności zawodowej lekarzy w wybranych państwach Europy i świata. Autor przedstawia w nim podstawowe zasady postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w państwach systemu kontynentalnego i *common law.* Analiza różnych porządków prawnych pozwala mu na sformułowanie katalogu zasad ogólnych, charakterystycznych dla wszystkich państw poddanych badaniu. Należą do nich m.in. oparcie odpowiedzialności na naruszeniu zasad etycznych czy porównywalne katalogi kar – od upomnienia aż do pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce to temat podjęty w artykule Jędrzeja Skrzypczaka. Autor prezentuje w nim bogatą historię samorządu zawodowego lekarzy w Polsce, z którą immamentnie wiążą się zagadnienia od-

powiedzialności oraz deontologii zawodowej. Artykuł przybliża zasady postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej począwszy od okresu zaborów, przez II Rzeczpospolitą aż do czasów obecnych. Autor w oparciu o analizę historycznoprawną oraz orzecznictwo, w szczególności Trybunału Konstytucyjnego, przedstawia aktualny stan prawny i określa rolę odpowiedzialności zawodowej lekarzy we współczesnej Polsce.

Katarzyna Chałubińska-Jentkiewicz podejmuje w swoim artykule problem odpowiedzialności za tajemnice pacjenta w związku ze zmianami w obrocie informacjami w ochronie zdrowia. Autorka konfrontuje postępującą informatyzację w służbie zdrowia z prawami pacjenta, w tym prawem do zachowania tajemnicy lekarskiej oraz prawem do dokumentacji medycznej. Głównym przedmiotem jej analizy staje się ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia* i wprowadzane przez nią instytucje. Ponadto w artykule poruszone zostaje zagadnienie telemedycyny i zagrożenia, jakie niesie w związku z potrzebą ochrony danych pacjenta.

W kolejnym artykule Magdalena Zamroczyńska poddaje analizie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza z punktu widzenia znowelizowanego Kodeksu postępowania karnego. Głównym przedmiotem jej badań staje się odpowiednie stosowanie nowej procedury karnej w zakresie inicjatywy dowodowej i postępowania dowodowego. Autorka wskazuje na elementy kontradyktoryjne, które mimo przyjętego w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* inkwizycyjnego modelu postępowania, znajdą zastosowanie w działalności organów odpowiedzialności zawodowej.

Paulina Tomaszewska i Grzegorz Wrona prezentują w swoim artykule zagadnienie wykorzystania wizerunku lekarza w reklamie. Autorzy, biorąc za podstawę ustawę z dnia 6 września 2001 r. – *Prawo farmaceutyczne* oraz dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/83/WE, przedstawiają ograniczenia, jakie polski system prawny nakłada na lekarzy pragnących wystąpić w reklamie produktu leczniczego czy suplementu diety. Oprócz analizy norm powszechnie obowiązujących w artykule przedstawiono również problematykę wykorzystania wizerunku lekarza w reklamie z punktu widzenia norm etycznych z Kodeksem etyki lekarskiej na czele.

Ostatni artykuł – autorstwa Mikołaja Maślińskiego i Grzegorza Wrony przybliża zagadnienie opinii biegłego jako dowodu w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Autorzy podejmują się odpowiedzi na pytanie czy opinia biegłego to dowód zbędny w postępowaniu przed sądami lekarskimi. Analizując obowiązujący stan prawny oraz przytaczając argumenty funkcjonalne zaprzeczają powyższej tezie. Podkreślają jednocześnie istotną rolę, jaką opinia biegłego odgrywa w postępowaniu przed organami odpowiedzialności zawodowej.

Monografia *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy* stanowi ważny głos w dyskusji nad statusem zawodów zaufania publicznego. Autorzy zidentyfikowali w niej wiele problemów, z którymi zmagać się muszą zarówno same samorządy zawodowe, jak i ich członkowie.

Małgorzata RADKOWSKA

***Praktyczne aspekty prawa medycznego*, pod red. Moniki Urbaniak, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań 2015, ss. 246.**

Prawo medyczne stanowi stosunkowo młodą, ale dynamicznie rozwijającą się dziedzinę prawa. Niniejsza monografia, zgodnie z założeniami redaktora, to zbiór analiz wybranych, bardzo aktualnych i budzących zarówno zainteresowanie, jak i pewne kontrowersje, zagadnień dotyczących prawa medycznego. Przedstawione zagadnienia prawne powiązane są z analizą problematyki medycznej, tak więc omawiana książka stanowi interesujące źródło informacji zarówno dla prawników, którzy w swojej pracy spotykają się z tematyką prawa medycznego, jak i lekarzy oraz innych osób wykonujących zawody medyczne, którzy mogą wykorzystywać przepisy prawa w praktyce.

W pierwszym, z dwunastu artykułów, zatytułowanym *Sprzeciwy pro futuro*. *Problemy stosowania prawa ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji przymusowych*, którego autorką jest prof. Joanna Haberko, przedstawiono problematykę związaną z kwestią obowiązku pozyskania przez lekarza zgody na leczenie pacjenta. Pani Profesor prezentuje również pogląd na to, jak należy postąpić, kiedy pacjent, zwłaszcza ten nieprzytomny bądź niezdolny do świadomego wyrażania decyzji, nie jest w stanie zadecydować o swoim losie. Ponadto możemy tu przeczytać o odmienności znaczenia dwóch wydawałoby się zbliżonych pojęć, jak odmowa udzielenia zgody oraz sprzeciw. Dodatkowo Autorka zakreśla grono podmiotowe, które zdolne jest do decydowania o procesie swojego leczenia oraz wyjątki z tym związane. W dalszej części artykułu znajdujemy omówienie propozycji zastosowania oświadczeń woli w Polsce i projektów, które w tej materii pojawiły się na przestrzeni dziejów: formy oświadczeń *pro futuro* i ich odwołanie, zgodę jako uzewnętrzniony przejaw woli podmiotu, wpływ pacjenta na skuteczność czynności, jaką jest zgoda czy sprzeciw oraz postępowanie z nieprzytomnym pacjentem.

Rozdział drugi, *O potrzebie ratyfikacji Europejskiej Konwencji Bioetycznej*, autorstwa prof. nadzw. dr hab. Jędrzeja Skrzypczaka, porusza kwestię swobody korzystania z nowych technologii medycznych, ich rodzajów i niebezpieczeństw z nimi związanych. Pan Profesor pisze dalej o obowiązku uregulowania tej swobody poprzez zastosowanie norm prawnych mających na celu ochronę praw człowieka i godności istoty ludzkiej. Autor tekstu w przystępny sposób przybliża czytelnikom *Europejską Konwencję Bioetyczną*, która pomimo podpisania jej przez RP, nie została przez Polskę ratyfikowana. W sposób jednoznaczny i klarowny ukazuje budowę Konwencji, wskazuje wagę oraz treść zawartych w niej rozwiązań oraz zawiera zdecydowane stanowisko w sprawie potrzeby ratyfikacji tego aktu prawnego przez Polskę oraz argumenty na poparcie tej tezy. Ponadto w artykule znajdujemy również zauważone przez Autora luki prawne w polskim ustawodawstwie, które powinny zostać uzupełnione, ale które jednak nie stoją na przeszkodzie ratyfikacji tego dokumentu przez nasze państwo.

Prawo do transplantacji, artykuł przygotowany przez prof. zw. dr. hab. Jacka Sobczaka, odnosi się do zagadnienia transplantacji oraz do związanej z tą tematyką problematyki prawnej. Już na samym początku Autor porusza skomplikowaną sprawę ujęcia całego zagadnienia transplantacji w normy prawne. Czołowe miejsce w artykule zajmuje próba zdefiniowania procesu transplantacji, zakresu prawa dawcy do dysponowania komórkami, tkankami i narządami na cele transplantacji oraz kwestii istnienia „prawa do transplantacji". Znajdujemy tu również informacje, które punkty z przedmiotowej tematyki zostały uregulowane w prawie polskim (odnośniki do odpowiednich aktów prawnych), a także listę instytucji zajmujących się tą dziedziną.

Czwarty rozdział omawianej książki, *Specyfika postępowania przed Wojewódzką Komisją do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, autorstwa dr hab. Moniki Urbaniak, porusza możliwość dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wynikłe z tzw. zdarzeń medycznych. W artykule znajdujemy idee służące wprowadzeniu tej instytucji, schemat i specyfikę postępowania przed nią oraz jej wady i zalety. Ponadto Autorka przybliża czytelnikom różne koncepcje dotyczące rozstrzygnięcia charakteru tej jednostki, poprzez charakterystykę jej wiodących cech i przyporządkowywanie ich do odpowiednich gałęzi prawa. Wszystko to sprawia, że artykuł może stanowić zbiór informacji zarówno dla potencjalnej osoby chcącej skorzystać z tej instytucji, jak również osoby ze środowiska medycznego oraz przedstawicieli zawodów prawniczych. W końcowej części artykułu przeczytamy o popularności omawianej Komisji na przestrzeni kilku lat. Znajdziemy tu również informacje dotyczące prawidłowo sporządzonego wniosku, wysokości odszkodowań uzyskiwanych przed Komisją oraz możliwości zakończenia takiego postępowania.

Naruszenie prawa do informacji i wyrażania świadomej zgody jako podstawa roszczeń majątkowych, to zagadnienie zaprezentowane przez dr hab. Justynę Zajdel, która wskazuje w nim na istotny problem zarówno z perspektywy praktyków wykonujących zawody lekarskie, osób zajmujących się prawem medycznym, jak i samych pacjentów. Autorka, już we wprowadzeniu, podkreśla wagę wyrażenia zgody przez pacjenta oraz trudności w zawodzie lekarza związane z podjęciem decyzji odnośnie udzielania lub zaniechania świadczeń zdrowotnych. W dalszej części czytelnicy zostają zapoznani z terminem tzw. „ryzyka zdrowotnego", mogą również poznać przykłady rozwiązań omawianego problemu poprzez analizę orzeczeń Sądu Najwyższego, a także przeczytać o zróżnicowaniu pojęć zgody świadomej i zgody poinformowanej. Dowiemy się jakie są różnice pomiędzy tymi pojęciami oraz jak wygląda proces wyrażania zgody na zabieg medyczny w poszczególnych państwach Europy. Zostaniemy poinformowani o odpowiedzialności za naruszenie prawa pacjenta do informacji, regulacji z tym związanej, a także poglądów Sądu Najwyższego w tej kwestii. Dzięki przybliżeniu wyroków SN, artykuł w sposób klarowny uświadamia czytelnikowi ogrom odpowiedzialności spoczywającej na lekarzu, niezaprzeczalne prawo pacjenta do korzystania z tego prawa, jakim jest informacja oraz konsekwencję naruszenia autonomii pacjenta w tym zakresie. Ciekawym problemem poruszonym przez dr hab. Justynę Zajdel jest również kwestia czy szkoda niemajątkowa wynikająca z deliktowego naruszenia prawa pacjenta powinna być rekompensowana środkami finansowymi. Autorka przedstawiła swój punkt widzenia oraz przytoczyła kilka wyroków w tym temacie. Ostatnie zagadnienie poruszone w artykule stanowi naruszenie prawa pacjenta, a model informacyjny w prawie medycznym. Dr hab. Justyna Zajdel wskazuje w nim na braki ustawowe w tym zakresie, podając konkretne przykłady wraz z możliwymi rozwiązaniami, zwłaszcza jeśli chodzi o samo prawo zadośćuczynienia za naruszenie prawa do informacji.

Dr nauk prawnych Radosław Tymiński prezentuje *Szczególne przypadki powiązań kauzalnych w sprawach o błędy medyczne*. Tekst ten wprowadza czytelnika w problematykę występowania odpowiedzialności cywilnej w sprawach o błędy medyczne. Autor w swoich rozważaniach podkreśla wagę ustalenia przede wszystkim faktu zaistnienia koniecznego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wywołującym szkodę a jego skutkiem oraz adekwatności związku przyczynowego. W swoim artykule Autor przybliża czytelnikowi istotę związku przyczynowego, specyfikę spraw o błędy medyczne oraz podstawowe problemy pojawiające się podczas rozpatrywania spraw w tej dziedzinie (m.in. wieloprzyczynowość). Takie przedstawienie problemu powoduje przejrzystość tekstu dla czytelnika i świadomy odbiór omawianego artykułu. Bardzo interesujące, zwłaszcza z punktu widzenia

praktyków prawa medycznego, są również wskazania Autora na konsekwencje wystąpienia wieloprzyczynowości i jego znaczenia dla wyniku procesu oraz pojawienia się kolejnej, nowej przyczyny podczas jego trwania. Ostatnim, ale równie ważnym zagadnieniem podnoszonym w artykule jest ciężar dowodu istnienia związku przyczynowego w sprawach o błędy medyczne, trudności związane z jego dowodzeniem oraz cechy charakterystyczne „dobrego" związku przyczynowego, wypracowane na podstawie orzecznictwa SN.

Siódmy artykuł w przedmiotowej książce zatytułowany jest: *Czy szpital może pobierać opłaty od pacjentów? Rozważania wokół leczenia odpłatnego przez publiczne podmioty lecznicze*. Jego autorem jest dr nauk prawnych Maciej Dercz. Podjął się on rozważań na temat pobierania opłat przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej od osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Autor w swoim artykule podkreśla przede wszystkim niejednoznaczność uregulowania tej kwestii przez ustawodawcę oraz problemy praktyczne z tego wynikające. Artykuł podzielony jest na trzy części, kolejno wskazujące: przepisy podkreślające zasady finansowe, na jakich działają spzoz-y, przepisy odnoszące się do ogólnych zasad finansowej działalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz regulacje odnoszące się do zasad finansowych na jakich oparto udzielanie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczonym. Każda z części zawiera podstawę prawną, jej omówienie, a także poglądy Autora wraz z argumentami na zawarte w tytule pytanie.

Obowiązki podmiotu leczniczego w zakresie przestrzegania praw pacjenta zaprezentował radca prawny Tomasz Rek. Autor najpierw wprowadza czytelnika w tematykę samego obowiązku respektowania praw pacjenta, następnie wymienia źródła praw pacjenta oraz ustawy, w których znajduje się ich unormowanie. Znaczna część artykułu poświęcona jest tzw. realizatorowi świadczeń zdrowotnych, tj. podmiotowi leczniczemu. W tej części Autor wskazuje przede wszystkim, kogo można rozumieć jako adresata norm odnoszących się do podmiotu leczniczego, a co za tym idzie, na kim spoczywa w pierwszej kolejności obowiązek respektowania praw pacjenta oraz na czym ten obowiązek ma polegać. W końcowej części artykułu Autor porusza kwestię odpowiedzialności za naruszenie tych obowiązków.

Kolejny artykuł, *Odpowiedzialność lekarza z tytułu czynu niedozwolonego*, autorstwa prof. dr hab. Elwiry Marszałkowskiej-Krześ, porusza budzący powszechne zainteresowanie temat, jakim jest odpowiedzialność lekarza. Autorka, dzieląc swój tekst na części oraz dodając do tego graficzne przedstawienie omawianych zagadnień, w sposób jasny i przystępny przybliża odbiorcom tematykę artykułu. Porusza tu takie kwestie, jak: zagadnienia ogólne odpowiedzialności lekarza, odpowiedzialność deliktowa lekarza, zdarzenia, z którymi ustawa wiąże obowiązek odszkodowawczy lekarza, błąd medyczny, szkoda oraz związek przyczynowy. Każdy z wyodrębnionych podrozdziałów składa się z przybliżenia omawianego problemu, podstawy prawnej, a także odnośników do literatury pozwalającej jeszcze lepiej zgłębić rzeczone zagadnienia. Dzięki objaśnieniu podstawowych terminów używanych powszechnie w prawie medycznym omawiany artykuł stanowi przydatne kompendium wiedzy dla osób mających do czynienia z tą dziedziną prawa.

Radca prawny Agnieszka Pachciarz w artykule pt. *Wycena świadczeń zdrowotnych według nowych zasad*, przede wszystkim prezentuje czytelnikom nowelizację ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (która weszła w życie 1 stycznia 2015 r.). W swoim artykule Autorka zestawiła stary stan prawny oraz stan prawny obowiązujący od czasu nowelizacji, jednocześnie porównując obie regulacje oraz prezentując swoje stanowisko w temacie wprowadzonych zmian. Dalszą część artykułu stanowi wskazanie instytucji (ujętych w ww. ustawie) oraz omówie-

nie ich zadań w sprawie nowych wycen świadczeń. W rozważaniach tych zostały ujęte zarówno pozytywne, jak i negatywne zmiany obowiązujące od 2015 r. Samo podjęcie tematyki wyceny świadczeń zdrowotnych Autorka ocenia pozytywnie, jednak podkreśla problemy rodzące się podczas analizy szczegółowych postanowień ustawy. Pomimo tego pani Agnieszka Pachciarz w końcowej części swojego artykułu wysnuwa nadzieję, że mądre i prawidłowe korzystanie z postanowień i instytucji taryf świadczeń medycznych pozwoli na stymulowanie rozwoju świadczeń medycznych oraz wspomoże prawidłowe reagowanie na ogólnopolskie priorytety zdrowotne.

Kolejny tekst, *Profilaktyka uzależnień w działaniach samorządu województwa na przykładzie województwa wielkopolskiego. Wybrane aspekty prawne i praktyczne*, został przygotowany przez radcę prawnego Leszka Sobieskiego, pełniącego funkcję Dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu. Doświadczenia zawodowe Autora przyczyniły się do tego, że artykuł obfituje zarówno w treści czysto teoretyczne, jak i ważne z praktycznego punktu widzenia. Pan Leszek Sobieski podkreśla w swoim artykule wagę problemu, jakim są uzależnienia, jednocześnie zaznacza, że profilaktyka tych uzależnień nie jest tylko kwestią indywidualną, ale również społeczną, co też powoduje zainteresowanie tą tematyką władz publicznych. W czasie lektury tego tekstu poznajemy przejawy uzależnienia, ale również dowiadujemy się przeciwko jakim uzależnieniom prowadzą działania samorządy. Autor zaznajamia czytelników z Wojewódzkim Programem Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2010–2014, podmiotem odpowiedzialnym za jego realizację, tj. Wydziałem Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, działaniami podejmowanymi w tym zakresie oraz opisem samego problemu, jakim jest narkomania. Autor wspomina również o działaniach na rzecz profilaktyki uzależnień w sferze przeciwdziałania alkoholizmowi. Dane statystyczne zawarte w artykule pozwalają odbiorcy artykułu jeszcze lepiej zrozumieć skalę problemu, jakim są uzależnienia.

Ostatni rozdział omawianej książki zatytułowany jest *Prawne i etyczne uwarunkowania promocji usług medycznych*, a jego Autorami są dr hab. Monika Urbaniak oraz dr Rafał Staszewski. Wskazany artykuł składa się z kilku wydzielonych części pozwalających na stopniowe wprowadzanie czytelnika w tematykę problemu. W części dotyczącej zestawienia ze sobą rynku usług medycznych i promocji usług Autorzy wymienili możliwości ewentualnej promocji, jednoznacznie podkreślając, że dla podmiotów medycznych taka działalność promocyjna jest w większości zabroniona i powinna ograniczać się jedynie do obszaru *public relations.* Dalsza część artykułu stanowi pogłębienie tematu poprzez wskazanie polskich regulacji prawnych poruszających tę problematykę. Bardzo ciekawe merytorycznie zagadnienia zawiera podrozdział „reklama a informacja medyczna". Poprzez przytoczenie wyroków oraz dyrektyw unijnych Autorzy pokazują czytelnikowi, jak bardzo aktualny problem poruszają w swoim artykule i jakie są możliwości podejścia do tej tematyki. Ponadto Autorzy nie omieszkali wspomnieć również o sankcjach prawnych za złamanie zakazu reklamy w tzw. Internecie medycznym oraz etycznym uwarunkowaniu promocji usług medycznych. Czytelnik ma możliwość dokonania analizy porównawczej, ponieważ Autorzy opisali również regulacje prawne dotyczące promocji usług medycznych w innych, wybranych przez siebie państwach. Podsumowując swój artykuł Autorzy wypracowali wspólne stanowisko, w którym zgodnie stwierdzili, że część problemów w tej dziedzinie powodują znaczące przestrzenie dowolności w stanowionym prawie, a także wskazali postulaty *de lege ferenda* dotyczące przyszłościowej regulacji tej problematyki.

Główną zaletą omawianej książki jest rozbudowane grono możliwych odbiorców (lekarze, prawnicy, pacjenci, środowisko medyczne, osoby zainteresowane prawem medycznym), a co się z tym wiąże język dostosowany do każdej z tych grup. Moim zdaniem zarówno dla praktyka mającego częstą styczność z prawem medycznym, jak i dla zupełnego laika w tej dziedzinie, zbiór omówionych wyżej artykułów może stanowić przystępnie źródło informacji, niekiedy skłaniające również do refleksji.

Kolejnym pozytywnym aspektem zauważonym przeze mnie jest mnogość podanych przykładów, statystyk, orzeczeń sądowych oraz poruszenie interesujących, budzących wciąż pewne pytania i kontrowersje tematów, co powoduje, że czytelnik jest świadomy profesjonalnego i rzetelnego podejścia każdego z autorów do omawianego przez niego zagadnienia.

Ola KUŚMIREK

Informacje dla Autorów

- Artykuły i recenzje należy składać w dwóch egzemplarzach znormalizowanego maszynopisu (30 wierszy na stronie, po 60 znaków w wierszu, tj. 1800 znaków na stronie), bez żadnych wyróżnień. Tekst należy nadesłać również pocztą elektroniczną na adres redakcji.
- Objętość artykułu, wraz z przypisami, nie powinna przekraczać 22 stron znormalizowanego maszynopisu. Recenzje nie powinny przekraczać 8 stron znormalizowanego maszynopisu.
- Materiał powinien zawierać pełen tytuł oraz streszczenie w języku polskim i angielskim o objętości nie więcej niż 0,5 strony znormalizowanego maszynopisu (900 znaków) oraz 3–4 słowa klucze (Keywords).
- Przypisy należy umieszczać na dole tekstu.
- Pozycje bibliograficzne powinny być sporządzone według tego samego, poniższego wzorca:
  a) inicjał(-y) imienia, nazwisko autora(-ów), tytuł pracy, miejsce i rok wydania, stronę(-y).
  b) w przypadku czasopism należy podać: inicjał(-y) imienia, nazwisko autora(-ów), tytuł, rok, numer, stronę(-y).
- Autor nie ma możliwości redagowania tekstu w trakcie prac redakcyjnych.
- Do Redakcji należy przesłać ostateczną postać materiału.
- Do 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 oraz mailem.
- Tekst w całości będzie opublikowany również w wersji elektronicznej na stronie internetowej czasopisma, na co Autor przesyłając tekst do druku wyraża zgodę.
- Ponadto Redakcja informuje, iż:
  1) każdy artykuł jest recenzowany przez dwóch niezależnych recenzentów spoza członków Redakcji, Rady Programowej, Naczelnej Izby Lekarskiej;
  2) w przypadku artykułów w języku obcym, co najmniej jeden z recenzentów jest pracownikiem zagranicznej instytucji naukowej, innej niż narodowość autora;
  3) recenzja jest anonimowa. Autor i recenzenci nie znają swoich tożsamości;
  4) recenzja ma formę pisemną i jest archiwizowana i kończy się jednoznacznym wnioskiem co do dopuszczenia artykułu do publikacji, dopuszczenia do publikacji pod warunkiem dokonania wskazanych zmian lub jego odrzucenia.

Aby przeciwdziałać przypadkom *„ghostwriting”* oraz *„guest authorship”*, Redakcja „Medycznej Wokandy” zamierza wprowadzić odpowiednie procedury swoiste dla reprezentowanej dziedziny bądź dyscypliny nauki i wdraża poniższe rozwiązania:

1. Redakcja oczekuje od Autorów publikacji ujawnienia wkładu poszczególnych autorów w powstanie publikacji (z podaniem ich afiliacji oraz kontrybucji, tj. informacji kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. wykorzystywanych przy przygotowaniu publikacji), przy czym główną odpowiedzialność ponosi Autor zgłaszający manuskrypt.
2. Redakcja wyjaśnia, że *„ghostwriting”*, *„guest authorship”* są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucji zatrudniające Autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).
3. Redakcja oczekuje od Autorów podania informacji o źródłach finansowania publikacji, wkładzie instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów (*„financial disclosure”*). Autorzy publikowanych materiałów zobowiązani są w szczególności do ujawnienia wszelkich zobowiązań finansowych, jeżeli takie istnieją, pomiędzy autorami i firmą, której produkt ma istotne znaczenie w nadesłanej pracy lub firmą konkurencyjną. Redakcja zastrzega w takiej sytuacji podjęcie decyzji o publikacji lub odmowie publikacji przekazanego materiału. Informacja o konflikcie interesów lub jego braku winna być zamieszczona w stosownym oświadczeniu Autora dołączonym do manuskryptu pracy.
4. Redakcja dokumentuje wszelkie przejawy nierzetelności naukowej, zwłaszcza łamania i naruszania zasad etyki obowiązujących w nauce. Drastyczne przypadki będą publikowane na stronie internetowej czasopisma.

Lista recenzentów/Reviewers List:

- dr Kinga Bączyk-Rozwadowska, Zakład Prawa Medycznego Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu,
- dr hab. Leszek Bosek, adiunkt w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Jagiellońskiego i w Katedrze Prawa Cywilnego Uniwersytetu Warszawskiego, radca prawny i naczelnik Wydziału Analiz Legislacyjnych w Biurze Analiz Sejmowych,
- prof. zw. dr hab. n. prawn. Marek Chmaj, Wydział Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS w Warszawie,
- dr hab. n. med. Jerzy Harasymczuk, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
- prof. UM dr hab. Alicja Krzyżaniak, Kierownik Zakładu Epidemiologii Katedry Medycyny Społecznej UM w Poznaniu,
- dr n. med. Sławoj Maciejewski, Poznań,
- dr Katarzyna Miaskowska-Daszkiewicz, Katedra Prawa Unii Europejskiej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego,
- dr n. pr. Piotr Piesiewicz, Wydział Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS w Warszawie,
- prof. nadzw. dr hab. Anna Potyrała, Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,

- dr n. med. Jacek Putz, Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Warszawa,
- dr n. med. Tomasz Sioda, Poznań,
- dr n. med. Erwin Strzesak, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu,
- dr n. med. Jan Wendland, Poznań,
- dr Agata Wnukiewicz-Kozłowska, Kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki Uniwersytetu Wrocławskiego,
- dr n. pr. lek. Iwona Wrześniewska-Wal, p.o. kierownika Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego,
- dr n. pr. Zofia Zawadzka, Katedra Prawa Własności Intelektualnej Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.