

MAGDALENA ZAMROČYŃSKA

Odpowiedzialność dyscyplinarna w zawodach medycznych w polskim systemie prawnym



Odpowiedzialność dyscyplinarna w zawodach medycznych
w polskim systemie prawnym

UNIwersytet Szczeciński
ROZPRAWY I STUDIA T. (MCDLVII) 1383

Magdalena Zamroczyńska

Odpowiedzialność dyscyplinarna
w zawodach medycznych
w polskim systemie prawnym

Szczecin 2025

Rada Wydawnicza

Anna Cedro, Urszula Chęcińska, Katarzyna Jaworska-Biskup, Rafał Klóska
Maciej Kowalewski, Ewa Mazur-Wierzbicka, Jarosław Nadobnik
Grzegorz Wejman, Renata Ziemińska, Magdalena Zioło
Andrzej Skrendo – przewodniczący Rady Wydawniczej
Elżbieta Zarzycka – dyrektor Wydawnictwa Naukowego

Recenzent

dr hab. Anna Gerecka-Żołyńska, prof. UAM

Redakcja językowa

Natalia Józwiak

Redakcja techniczna i skład

Wiesława Mazurkiewicz

Korekta językowa

Paulina Iwan

Projekt okładki

Joanna Dubois-Mosora

Magdalena Zamroczyńska ORCID: 0000-0001-6760-1386



Wersja elektroniczna publikacji dostępna na licencji CC BY-SA 4.0
po 12 miesiącach od daty wprowadzenia do obrotu

© Copyright by Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2025

DOI 10.18276/978-83-7972-966-1

ISBN 978-83-7972-966-1 (online)

ISBN 978-83-7972-965-4 (print)

ISSN 0860-2751

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersYTETU SZCZECIŃSKIEGO

Wydanie I | Ark. wyd. 19,0 | Ark. druk. 18,5 | Format 170/240

Spis treści

Wstęp	9
Wykaz skrótów	11
 Rozdział I. Samorządy zawodowe i deontologia w zawodach medycznych	 13
1. Funkcjonowanie medycznych samorządów zawodowych	13
2. Kodeksy deontologiczne w zawodach medycznych	15
3. Zawód medyczny jako zawód zaufania publicznego	24
4. Geneza zawodów zaufania publicznego	30
5. Odpowiedzialność dyscyplinarna w polskim prawie	33
6. Historyczne uwarunkowania ukształtowania odpowiedzialności dyscyplinarnej w prawie polskim	37
7. Charakterystyka odpowiedzialności dyscyplinarnej w Polsce <i>de lege lata</i>	39
8. Podstawy odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawody medyczne	47
 Rozdział II. Odpowiedzialność zawodowa lekarza i lekarza dentysty	 57
1. Uwagi ogólne	57
2. Lekarz i lekarz dentysta jako zawody zaufania publicznego	58
3. Kwalifikacje i wykonywanie zawodu	61
4. Standardy postępowania w wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty	75
5. Kodeks Etyki Lekarskiej	79
6. Odpowiedzialność zawodowa lekarza – postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej	93
7. Postępowanie przed sądem lekarskim	111
 Rozdział III. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych	 122
1. Uwagi ogólne	122
2. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej	126
3. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej	127

4. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej	129
5. Postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych	134
Rozdział IV. Odpowiedzialność zawodowa fizjoterapeuty	140
1. Zasady wykonywania zawodu fizjoterapeuty	140
2. Przewinienie zawodowe	148
3. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej	156
4. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej	162
5. Postępowanie przed sądem dyscyplinarnym	165
Rozdział V. Odpowiedzialność zawodowa ratownika medycznego	168
1. Zasady wykonywania zawodu ratownika medycznego	168
2. Etyka zawodowa ratownika medycznego	174
3. Ustawa o zawodzie ratownika medycznego	178
4. Podstawy ponoszenia odpowiedzialności zawodowej przez ratownika medycznego	178
5. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej	182
6. Postępowanie przed Sądem Dyscyplinarnym	185
Rozdział VI. Odpowiedzialność zawodowa diagnosty laboratoryjnego	190
1. Zasady wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego	190
2. Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego	196
3. Odpowiedzialność zawodowa diagnosty laboratoryjnego	199
4. Postępowanie przed Rzecznikiem Dyscyplinarnym	205
5. Postępowanie przed Sądem Dyscyplinarnym	209
Rozdział VII. Odpowiedzialność zawodowa farmaceuty	214
1. Zasady wykonywania zawodu przez farmaceutę	214
2. Odpowiedzialność zawodowa farmaceuty	221
3. Kodeks Etyki Farmaceuty RP	226
4. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej	234
5. Postępowanie przed sądem aptekarskim I i II instancji	238

Rozdział VIII. Odpowiedzialność zawodowa osób wykonujących niektóre zawody medyczne	246
1. Zasady wykonywania niektórych zawodów medycznych	246
2. Odpowiedzialność zawodowa niektórych zawodów medycznych	257
Zakończenie	273
Literatura	275
Streszczenie	295
Abstract	296

Wstęp

Oddawana do rąk Czytelników publikacja stanowi zbiór wyczerpująco omówionych tematów, które poświęcono aspektom prawnym i organizacyjnym odpowiedzialności zawodowej w poszczególnych zawodach medycznych¹.

W pierwszym rozdziale, wprowadzającym do analizowanej problematyki, podjęto rozważania dotyczące podstaw prawnych wykonywania zawodu zaufania publicznego, przeanalizowano podstawy uregulowania kodeksów deontologicznych w zawodach medycznych oraz omówiono powstanie w polskim prawie odpowiedzialności dyscyplinarnej, odnosząc to następnie do ogólnych uwag w zakresie odpowiedzialności zawodowej medyków.

W kolejnych rozdziałach omówiono odpowiedzialność zawodową osób wykonujących określone zawody medyczne. I tak, w rozdziale drugim opisano odpowiedzialność zawodową lekarzy i lekarzy dentystów. W rozdziale trzecim wskazano podstawy odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych, a w rozdziale czwartym wskazano na odpowiedzialność zawodową fizjoterapeutów. Rozdział piąty poświęcono przebiegowi odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych. Z kolei w rozdziale szóstym opisano diagnostów laboratoryjnych, a w rozdziale siódmym – farmaceutów. W rozdziale ósmym – ostatnim – omówiono zasady ponoszenia odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących pozostałe, uregulowane ustawowo zawody medyczne.

Wyrażam nadzieję, że niniejsza monografia będzie pomocna w analizie zagadnień związanych z ponoszeniem odpowiedzialności przez osoby wykonujące zawody medyczne. Adresatami publikacji są w szczególności medycy, ale również prawnicy

¹ W niniejszej publikacji odpowiedzialność zawodowa będzie stosowana zamiennie z wyrażeniem odpowiedzialność dyscyplinarna.

oraz inne osoby zawodowo związane z sektorem ochrony zdrowia, w tym również osoby zainteresowane praktycznym stosowaniem przepisów dotyczących odpowiedzialności zawodowej medyków.

Wykaz skrótów

Akty prawne

- k.c. – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1360)
- k.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1138)
- k.p. – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1510)
- k.p.c. – ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1805)
- k.p.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1375)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.)
- u.dz.l. – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 991)
- u.z.f. – ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 1213)
- ustawa o RPP – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 1545)
- u.s.p.p. – ustawa z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 916 ze zm.)
- u.p.r.m. – ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r., poz. 882 ze zm.)

Czasopisma i oficjalne publikatory

Dz.U. – Dziennik Ustaw

OSNC – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna

OSNCP – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izby Cywilnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

OSNP – Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych

Inne

LEX – System informacji prawnej „Lex” Wydawnictwa Wolters Kluwer Polska, wersja elektroniczna

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NSA – Naczelny Sąd Administracyjny

TK – Trybunał Konstytucyjny

SN – Sąd Najwyższy

Rozdział I

Samorządy zawodowe i deontologia w zawodach medycznych

1. Funkcjonowanie medycznych samorządów zawodowych

Wolność wyboru i wykonywania zawodu zakłada, że jednostka powinna mieć swobodę w realizacji swojej działalności zawodowej, pod warunkiem, że działa zgodnie z obowiązującym prawem. Jednakże wykonywanie niektórych zawodów jest tak ściśle powiązane z interesem publicznym, że podlega regulacjom prawnym. Ustawodawca może tworzyć samorządy zawodowe, które reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i nadzorują ich właściwe wykonywanie w granicach interesu publicznego (art. 17 Konstytucji RP¹). Choć Konstytucja RP nie definiuje zawodu zaufania publicznego, pojęcie to zostało wyjaśnione przez Trybunał Konstytucyjny: „[...] dostęp do osobistych, a niekiedy wręcz intymnych informacji dotyczących osób trzecich przy realizowaniu czynności stanowiących istotę tych zawodów, przy czym dostęp ten jest tyleż nieunikniony, co niezbędny – jako warunek prawidłowego, a w tym przede wszystkim efektywnego wykonywania tych zawodów”². Generalnie, zawód zaufania publicznego charakteryzuje się dostępem do osobistych, a czasem intymnych informacji o osobach trzecich, co jest niezbędne do prawidłowego i efektywnego wykonywania tych zawodów. Przyjmowanie takich informacji powinno być zorganizowane tak, aby społeczeństwo miało pewność, że są one wykorzystywane zgodnie z interesem jednostki. Ustawodawca może również wymagać

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483).

² Wyrok TK z 2 lipca 2007 r., K 41/05, OTK-A 2007/7, poz. 72.

od osób ubiegających się o dostęp do takich zawodów specjalnych kwalifikacji zawodowych i moralnych.

Nie powinno ulegać wątpliwości, że część zawodów medycznych spełnia te warunki. Dotyczy to zawodów, z którymi wiązą się tradycja i doświadczenie umożliwiające wyodrębnienie interesu publicznego uzasadniającego szczególne traktowanie członków tej grupy zawodowej, a istnienie więzi zawodowej i opinii środowiskowej pozwala jej na samoregulację i samokontrolę³. Kierując się tymi kryteriami, w obecnym stanie prawnym ustawodawca powołał samorządy zawodowe do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem następujących zawodów medycznych:

- lekarza i lekarza dentysty,
- pielęgniarki i położnej,
- farmaceuty,
- diagnosty laboratoryjnego,
- fizjoterapeuty,
- ratownika medycznego.

Przynależność osoby wykonującej dany zawód do samorządu jest obowiązkowa, co oznacza, że praktykowanie poza nim jest prawnie niedopuszczalne⁴. Samorządy zawodów medycznych zostały wyposażone w szczególną gwarancję formalną ochrony swoich interesów. Zaliczają się one do organizacji zawodowych, których władze mogą wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o kontrolę norm (art. 191 Konstytucji RP). Przesłanka związku przedmiotu kontroli z zakresem działania organizacji jest przez Trybunał Konstytucyjny rozumiana wąsko, a mianowicie wniosek o kontrolę norm powinien być bezpośrednio związany albo z interesem prawnym tej organizacji, albo z interesem prawnym jej członków, do którego reprezentowania jest ona powołana⁵. Oznacza to przede wszystkim, że organy samorządu zawodowego nie mogą inicjować postępowania w sprawach, w których podnoszone jest naruszenie prawa do ochrony zdrowia i zasady równego dostępu do świadczeń opieki

³ Por. D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 276; na temat zawodu lekarza zob. też R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 29–32.

⁴ D. Karkowska, *Zawody...*, s. 279.

⁵ Zob. np. wyrok TK z 30 listopada 2011 r., K 1/10, OTK-A 2011/9, poz. 99.

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż gwarancje te obejmują wszystkich obywateli, a nie tylko osoby wykonujące zawód medyczny, np. lekarza⁶.

2. Kodeksy deontologiczne w zawodach medycznych

Pojęcie „deontologia” stworzone zostało na przełomie XVIII i XIX w. przez Jeremy’ego Benthama jako połączenie greckich słów *deon* – ‘obowiązek’ i *logos* – ‘mowa, nauka’. Nie oznacza to, że dopiero wówczas nakreślono zasady etyczne obowiązujące lekarzy⁷, zbiory powinności i dyrektyw deontologicznych obowiązywały bowiem od wieków, początkowo jako jedyna forma odpowiedzialności prawnej członków korporacji zawodowej, a dziś – jeden z wielu rodzajów odpowiedzialności, będący wyłączną kompetencją samorządu zawodowego⁸. Osoba wykonująca zawód medyczny za ten sam czyn obok odpowiedzialności zawodowej może obecnie ponieść odpowiedzialność karną, cywilną, za wykroczenia, pracowniczą⁹.

Rozwój odpowiedzialności zawodowej to historia zbiorów czy kodeksów deontologii zawodowej. Kodeks zawodowy

jest wyraźną deklaracją pewnej moralności, związanej z odgrywaniem określonej roli społecznej. Ich funkcją jest odróżnienie norm obowiązujących w ramach zawodu od norm narzuconych z zewnątrz, np. przez rządy, choć zakresy tych norm mogą się czasami nakładać, a nawet być identyczne. Kodeksy zazwyczaj wyszczególniają także reguły postępowania i zobowiązania wobec innych członków zawodu¹⁰.

⁶ Postanowienie TK z 18 grudnia 2012 r., OTK-B 2012/6, poz. 469. Trybunał przyjmuje też, że Naczelna Rada Lekarska nie może występować w interesie poszkodowanych pacjentów, szpitali czy ubezpieczycieli zobowiązanych do wypłaty odszkodowania; zob. wyrok TK z 11 marca 2014 r., K 6/13, OTK-A 2014/3, poz. 29.

⁷ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, [w:] *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1980, s. 11.

⁸ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 87.

⁹ Szerzej – zob. J. Skrzypczak, *Podstawowe zagadnienia prawa medycznego*, [w:] *Zdrowie. Problem medyczny, prawny, polityczny?*, red. T. Gardocka, T. Maksymiuk, J. Skrzypczak, Warszawa–Poznań 2011, s. 167–172.

¹⁰ Ibidem, s. 169.

Można więc postawić tezę, że sprawowanie odpowiedzialności zawodowej przez organy samorządu zawodowego to jedna z jego najważniejszych kompetencji, uzasadniająca istnienie tego rodzaju struktur¹¹. Teza ta znajduje ponadto potwierdzenie w art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹², zgodnie z którym zezwala się na tworzenie w drodze ustawy samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony¹³. Pojęcie „sprawowanie pieczy” w doktrynie nie jest jednoznacznie interpretowane. Podkreśla się, że należy je rozumieć jako doradztwo, wyjaśnienie, ale też formę oddziaływania o charakterze władczym¹⁴. Odnaleźć można też pogląd, że

piecza korporacji samorządowej nad należytym wykonywaniem zawodu nie została w pełni zdecydowana, ale do elementów pieczy zalicza się wpływ samorządu na ocenę kandydatów do danego zawodu oraz adekwatną reprezentację samorządu w przeprowadzeniu egzaminów¹⁵.

Tworzenie kodeksów etyk zawodowych jest charakterystyczne dla zawodów zaufania publicznego, chociaż ustawodawca nie podaje ich definicji legalnej¹⁶. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 24 marca 2015 r. charakteryzuje zawód zaufania publicznego jako zawód polegający na prowadzeniu spraw lub ochronie dóbr o zasadniczej wartości i najczęściej osobistym znaczeniu dla jednostek, którego wykonywanie wymaga szczególnego profesjonalnego przygotowania i doświadczenia, a także dyskrecji, taktu i kultury osobistej, a ponadto jest określane nie tylko normami prawnymi i standardami profesjonalnymi, lecz także normami etyki zawodowej,

¹¹ R. Kmiecik, *Samorząd zawodowy w strukturze administracyjnej państwa*, [w:] *Z badań nad samorządem zawodowym w Polsce. Praca zbiorowa*, red. R. Kmiecik, Poznań 2010, s. 24.

¹² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.). Szerzej – zob. P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000, s. 29–30.

¹³ Odnosnie do pojęcia „interes publiczny” zob. szerzej: B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 48. O roli samorządu w systemie demokratycznym – zob. S. Wykrętowicz, *Samorząd jako wyraz demokracji obywatelskiej*, [w:] *Samorząd w Polsce – istota, formy, zadania*, red. S. Wykrętowicz, wyd. 4, s. 59.

¹⁴ J. Sobczak, *Korporacje prawnicze – potrzeba czy iluzja?*, [w:] *Z badań nad samorządem...* s. 47–48.

¹⁵ B. Banaszak, *Konstytucja...*, s. 117.

¹⁶ Wyrok TK z 24 marca 2015 r., K 19/14, OTK-A 2015/3, poz. 32.

szczególną treścią ślubowania oraz tradycją korporacji zawodowej¹⁷. Trybunał podkreśla, że wykonywaniu zawodów zaufania publicznego powinno towarzyszyć realne zaufanie publiczne. Wyrazem takiego zaufania ze strony państwa jest upoważnienie przez ustawodawcę osób wykonujących określoną profesję do tworzenia samorządu zawodowego, które je reprezentuje i sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony (art. 17 Konstytucji RP). Poziom faktycznego zaufania, jakim społeczeństwo darzy przedstawicieli danego zawodu, zależy od wielu czynników, zwłaszcza od ich profesjonalizmu, dyskrekcji (tj. poszanowania tajemnicy zawodowej) oraz przywiązania do wartości i zasad właściwych dla ich profesji.

W obecnym stanie prawnym zawodami zaufania publicznego są następujące zawody medyczne: zawód lekarza i lekarza dentystry, zawód pielęgniarki i położnej, zawód farmaceuty, zawód diagnosty laboratoryjnego oraz zawód fizjoterapeuty. Istotą tych zawodów jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących ochronie i promocji dóbr o fundamentalnej wartości indywidualnej i społecznej, tj. życia i zdrowia. Przedstawiciele wymienionych profesji mają prawny obowiązek działania nie tylko zgodnie z obowiązującym prawem, wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej i z należytą starannością, lecz także zgodnie z wymogami etyki zawodowej. Ustawodawca powołał samorządy tych zawodów i powierzył im zadanie określania i upowszechniania zasad etyki zawodowej oraz dbania o ich przestrzeganie, między innymi przez organizację wewnątrzkorporacyjnego systemu odpowiedzialności zawodowej za działania naruszające te zasady.

Obecnie prawny obowiązek przestrzegania zasad etyki zawodowej spoczywa na lekarzach i lekarzach dentytach z mocy art. 4 u.z.l., a na pielęgniarkach i położnych – z mocy art. 11 u.z.p.p. W przypadku farmaceutów prawny wymóg przestrzegania zasad etyki zawodowej wynika z art. 21 pkt 1 (oraz art. 6c) u.i.a. Zachowanie wierności zasadom etycznym jest ponadto wpisane w treść ślubowania obligatoryjnie składanego przez przedstawicieli tego zawodu (art. 4 u.i.a.). Prawny obowiązek diagnosty laboratoryjnego do postępowania zgodnego z zasadami etyki zawodowej wypływa z art. 21 u. diag. Jest on także zawarty w ustalonej przez prawo rocie ślubowania składanego przez przedstawicieli tego zawodu (art. 11 u. diag.). Z kolei

¹⁷ Ibidem.

w przypadku fizjoterapeutów prawny wymóg wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki wynika z art. 4 i 63 u.z.f.

Uprawnienie do uchwalenia (ustanowienia) zasad etyki lekarskiej przysługuje Krajowemu Zjazdowi Lekarzy (art. 38 pkt 1 w zw. z art. 5 pkt 1 u.i.l.), będącemu jednym z organów Naczelnej Izby Lekarskiej (art. 35 u.i.l.). Obowiązujący Kodeks Etyki Lekarskiej został przyjęty podczas Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy w 1991 r. Był następnie poddany nowelizacji w 1993 r. na III Krajowym Zjeździe Lekarzy oraz w 2003 r. na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy. W dniu 18 maja 2024 roku przyjęto nowy Kodeks Etyki Lekarskiej, który będzie obowiązywał od 1 stycznia 2025 r.¹⁸ Kodeks ten zawiera najważniejsze zasady etyki lekarskiej. Nie obejmuje wszystkich standardów etycznych, jakim lekarz powinien dochować wierności, wykonując swój zawód. Zgodnie z art. 82 KEL w przypadkach nieprzewidzianych w tym kodeksie lekarz ma obowiązek kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie. Lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej (i innych przepisów dotyczących wykonywania zawodu) przed sądami lekarskimi (art. 53 u.i.l.). Sądy te mogą orzekać następujące kary: upomnienie, nagana, kara pieniężna, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu (art. 83 u.i.l.).

Organem samorządu pielęgniarek i położnych upoważnionym i obowiązującym do ustalenia zasad etyki zawodowej jest Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych (art. 20 pkt 1 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt u.s.p.p.), który jest najwyższym organem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (art. 18 u.s.p.p.). Obowiązujący Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP został uchwalony w 2003 r. przez IV Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych¹⁹. Podobnie jak Kodeks Etyki Lekarskiej, nie wyczerpuje on etyki tych zawodów. W przypadkach w nim nieprzewidzianych pielęgniarce

¹⁸ Kodeks Etyki Lekarskiej w wersji obowiązującej do 31 grudnia 2024 r. oraz od 1 stycznia 2022 r. – NIL – Kodeks Etyki Lekarskiej.

¹⁹ NIPiP – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

i położne powinny postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w ustawie zawodowej, orzecznictwie Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych, uchwałach organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem (część VI pkt 1 Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP). Członkowie samorządu pielęgniarek i położnych podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej i innych przepisów dotyczących wykonywania zawodu (art. 36 ust. 1 u.s.p.p.).

Ustawową kompetencję do opracowania zasad etyki i deontologii zawodowej farmaceuty ma Krajowy Zjazd Aptekarzy (art. 37 ust. 1 w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 3 u.i.a.), który jest najwyższą władzą samorządu aptekarskiego (art. 35 u.i.a.). Obowiązujący Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej został przyjęty w 2024 r. przez VII Krajowy Zjazd Aptekarzy. Wymienione w nim zasady obowiązują wszystkich czynnych zawodowo farmaceutów. W przypadkach nieprzewidzianych w kodeksie farmaceuta ma obowiązek postępować zgodnie z zasadami potwierdzonymi w orzecznictwie Naczelnego Sądu Aptekarskiego oraz uchwałach organów samorządu aptekarskiego (art. 28 KEA). Tak jak przedstawiciele innych omówionych wyżej profesji medycznych, członkowie samorządu aptekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami aptekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz innymi przepisami dotyczącymi wykonywania zawodu (art. 45 u.i.a.).

Zadanie skodyfikowania zasad etyki zawodowej diagnosty laboratoryjnego należy do Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych (art. 44 pkt 6 u. diag.), będącego najwyższym organem samorządu tego zawodu (art. 42 u. diag.). Obecnie obowiązuje Kodeks Diagnosty Laboratoryjnego uchwalony w 2014 r. przez IV Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych²⁰. Kodeks jest zbiorem podstawowych norm etycznych, którymi winien kierować się każdy przedstawiciel tego zawodu. W zakresie w nim nieuregulowanym diagnosta powinien przestrzegać ogólnych norm współżycia społecznego, w szczególności unikając nieuczciwej konkurencji (§ 24 i 25 Kodeksu Diagnosty Laboratoryjnego). Za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności zawodowych diagnosty laboratoryjni podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej (art. 56 ust. 1 u. diag.).

²⁰ <https://kidl.org.pl/get-file/1084> (dostęp 18.08.2024).

Organem samorządu zawodowego fizjoterapeutów, umocowanym do kodyfikowania zasad etyki tego zawodu, jest Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów (art. 75 pkt 6 w zw. art. 62 ust. 1 pkt 6 u.z.f.). Krajowy Zjazd jest najwyższym organem samorządu fizjoterapeutów (art. 73 u.z.f.). Zasady Etyki Zawodowej Fizjoterapeuty²¹ zostały uchwalone w 2016 r. przez I Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów. Tak jak przedstawiciele innych omówionych zawodów medycznych, członkowie samorządu fizjoterapeutów podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej i przepisów dotyczących wykonywania zawodu (art. 85 u.z.f.).

Przedstawiciele medycznych zawodów zaufania publicznego są prawnie zobowiązani do przestrzegania w działalności zawodowej dwóch systemów norm – norm prawnych oraz norm etycznych ustalanych przez ustawowo do tego umocowane samorządy zawodowe. Charakter norm Kodeksu Etyki Lekarskiej i ich relacji do norm prawa stanowionego był przedmiotem wypowiedzi Trybunału Konstytucyjnego, w szczególności postanowienia z 7 października 1992 r.²² Orzeczenie to zapadło na skutek wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich o stwierdzenie niezgodności kilku przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej z obowiązującym prawem, w tym przepisami ówczesnej ustawy z 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży²³. Wniosek Rzecznika opierał się na założeniu, że Kodeks Etyki Lekarskiej jest aktem normatywnym z zakresu administracji państwowej, podlegającym kontroli Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał nie podzielił tego stanowiska. Orzekł, że normy Kodeksu Etyki Lekarskiej nie mają charakteru norm prawnych należących do zakresu administracji państwowej, a jedynie charakter norm deontologicznych przynależnych do dziedziny etyki. Organy państwa nie są władne do tworzenia norm etycznych, nie mogą więc być uprawnione do zlecania stanowienia tych norm organom samorządu lekarskiego ani też do kontroli tych norm pod względem ich zgodności z obowiązującym prawem. Zdaniem Trybunału normy prawne i etyczne są od siebie względnie niezależne. Norma etyczna nie musi być zgodna z normą prawną, nie wymaga legitymacji legalistycznej. Przeciwnie, to raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną. Trybunał uznał więc, że normy zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej same w sobie nie podlegają jego kognicji. Normy etyczne mogą być jednak

²¹ Kodeks Etyczny FP (fizjoterapia.org.pl) (dostęp 18.08.2024).

²² U 1/92.

²³ Dz.U. z 1956 r., nr 12, poz. 61.

przez akt prawy inkorporowane do systemu obowiązującego prawa i wtedy dookreślają treść norm ustawowych. Ustawa o izbach lekarskich dokonała właśnie takiej inkorporacji norm deontologii zawodowej zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Tak dookreślone normy ustawowe podlegają kontroli Trybunału co do ich zgodności z Konstytucją i co do wpływu tych norm na wewnętrzną spójność systemu prawa.

Powyższe orzeczenie zapadło w pełnym składzie Trybunału Konstytucyjnego. Czterech sędziów złożyło jednak zdania odrębne, krytycznie odnoszące się do stanowiska Trybunału w kwestii pozaprawnego charakteru norm Kodeksu Etyki Lekarskiej. Sędzia C. Bakalarski stwierdził, że skoro ustawodawca w przepisach ustawy o izbach lekarskich upoważnił samorząd lekarzy do ustanowienia obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałości o ich przestrzeganie i skoro ustanowił odpowiedzialność dyscyplinarną lekarzy za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii lekarskiej i przewidział dotkliwe sankcje za naruszenie tych zasad, to normy zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie są tylko normami etycznymi, a – z mocy samej tej ustawy – są normami prawnymi i jako takie podlegają kontroli Trybunału Konstytucyjnego pod kątem legalności. Podobną opinię wyraził sędzia K. Działocha, który zauważył, że w odróżnieniu od norm *strictae* etycznych, które tworzone są oddolnie i spontanicznie, Kodeks Etyki Lekarskiej został opracowany przez samorząd lekarski na podstawie normy kompetencyjnej udzielonej przez państwo. Ustawa o izbach lekarskich nałożyła na samorząd „zadanie” ustanawiania zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbania o ich przestrzeganie, i określiła tryb realizacji tego obowiązku. Z przepisów ustawy wynika, że normy zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej mają moc powszechnie obowiązującą wobec lekarzy, a ich respektowanie gwarantowane jest przepisami prawa, w szczególności regulującymi odpowiedzialność zawodową lekarzy. Co więcej, odpowiedzialność lekarza za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej została przez ustawodawcę potraktowana na równi z odpowiedzialnością za naruszenie przepisów norm prawnych określających zasady wykonywania zawodu lekarza. Równorzędność ta – zdaniem sędziego Działochy – znajduje wyraz w podobieństwie organizacji systemu organów orzekających, procedury realizacji odpowiedzialności, katalogu kar wymierzanych lekarzowi, wśród których są kary głęboko ingerujące w sytuację prawną lekarza, jak kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu na określony czas oraz kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu na zawsze, a także w możliwości wniesienia kasacji do Sądu Najwyższego od prawomocnego orzeczenia sądu

lekarskiego, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. W opinii sędziego Działochy,

skoro lekarz może być ukarany tego rodzaju karami jak zawieszenie i pozbawienie prawa wykonywania zawodu, nie tylko za naruszenie przepisów ustawowych, lecz także za naruszenie KEL, to nie sposób odmówić Kodeksowi znaczenia aktu normatywnego. Nie dość tego. [...] Udział Sądu Najwyższego w procesie realizacji odpowiedzialności zawodowej lekarza za naruszenie KEL ma nie tylko znaczenie gwarancyjne z punktu widzenia ochrony praw lekarza, jest także wyrazem państwowej sankcji przepisów KEL. Dowodzi zatem ostatecznie normatywnego charakteru tego aktu.

W omawianym orzeczeniu Trybunał Konstytucyjny zmierzył się także z pytaniem o skutki kolizji norm deontologicznych zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej z normami obowiązującego prawa. Uznając się kompetentnym do badania legalności wyłącznie norm prawnych, w tym norm prawnych dookreślonych przez normy etyczne zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej, inkorporowane do systemu prawnego na mocy ustawy o izbach lekarskich, orzekł, że w sytuacji kolizji między normą prawną dookreśloną przez normę deontologii zawodowej a inną normą prawa powszechnie obowiązującego ustawodawca obowiązany jest tę kolizję usunąć, zmieniając treść normy prawnej pozostającej z tą pierwszą w kolizji. Również to rozstrzygnięcie spotkało się z krytyką autorów zdań odrębnych.

W uchwale z 17 marca 1993 r. w sprawie wykładni art. 41 w związku z art. 15 pkt 1 ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich oraz art. 23a kodeksu karnego²⁴ Trybunał Konstytucyjny zajął się problemem odpowiedzialności zawodowej lekarza za postępowanie sprzeczne z zasadami deontologii i etyki lekarskiej, które nie stanowi jednocześnie naruszenia norm prawa powszechnie obowiązującego. Trybunał stanął na stanowisku, że przepisy ustawy o izbach lekarskich określające zasady odpowiedzialności zawodowej lekarza i sankcje dyscyplinarne za zachowanie naruszające etykę zawodową, w szczególności sprzeczne z normami wyrażonymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej, nie mają zastosowania w tych przypadkach, w których postępowanie lekarza jest zgodne z nakazem, zakazem lub upoważnieniem obowiązującej ustawy. Lekarz nie może ponosić odpowiedzialności zawodowej za działanie zgodne z prawem. Przedmiotem badania Trybunału Konstytucyjnego była także zgodność

²⁴ Wyrok TK z 29 czerwca 2010 r., P 28/09, OTK-A 2010/5, poz. 52.

z Konstytucją RP art. 52 ust. 2 KEL, czyli przepisu stanowiącego, że lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób. Trybunał stanął na stanowisku, że przepis ten w zakresie, w jakim zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi publicznych na temat działalności zawodowej innego lekarza, jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, czyli w szczególności z konstytucyjną zasadą wolności wypowiedzi. Jak zaznaczył Trybunał, wyrok ten ma charakter zakresowy, co oznacza, że norma dekodowana z art. 52 ust. 2 KEL jest dotknięta wadliwością konstytucyjną tylko w pewnej części (przy określonym sposobie jej rozumienia). Dla usunięcia stanu niekonstytucyjności wystarczy zmiana wykładni art. 52 ust. 2 KEL w orzecznictwie sądów lekarskich, w kierunku zgodnym z treścią wyroku Trybunału, czyli uznanie, że „dyskredytowanie” oznacza publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą, której celem nie jest ochrona interesu publicznego, a jedynie lub przede wszystkim podważanie autorytetu innego lekarza. Orzekając w tej sprawie, Trybunał zaznaczył, że ocena konstytucyjności norm zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej może być przez niego dokonywana jedynie w powiązaniu z normami ustawowymi, które zostają sprecyzowane przez normy ujęte w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Podsumowując powyższe, należy stwierdzić, że chociaż normy zawarte w kodeksach etyk zawodów medycznych nie mają charakteru prawnego, mają one istotne znaczenie prawne, gdyż dookreślają i dopełniają one normy prawne regulujące zasady wykonywania zawodów medycznych oraz zadania samorządów tych zawodów. Przestrzeganie skodyfikowanych zasad etyki zawodowej jest obowiązkiem prawnym przedstawicieli tych zawodów, a przywoływanie norm kodeksów etycznych znajduje odzwierciedlenie w procesie stosowania prawa i orzekania o odpowiedzialności karnej albo cywilnej przedstawicieli tych profesji przez sądy powszechne²⁵.

²⁵ Ibidem.

3. Zawód medyczny jako zawód zaufania publicznego

Zawody medyczne są ściśle związane z życiem i zdrowiem człowieka, które bezsprzecznie są nadrzędnymi wartościami wpływającymi na regulacje prawne. Niewątpliwie obie te wartości są ze sobą nierozdzielnie związane, gdyż nie jest możliwe ustanowienie skutecznej ochrony zdrowia bez ochrony życia i odwrotnie²⁶. Ważne jest, że państwo dąży do zapewnienia skutecznej ochrony życia i zdrowia, poprzez tworzenie różnych regulacji w ramach prawa administracyjnego. W przypadku ochrony zdrowia powyższe regulacje tworzą normatywną podstawę systemu ochrony zdrowia. Obecnie w polskim systemie opieki zdrowotnej obserwujemy zjawisko rozszerzania kompetencji i samodzielności zawodowej²⁷.

Przez wiele lat takie zawody medyczne jak pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci i farmaceuci nie były zawodami samodzielnymi, a dominującą rolę odgrywał lekarz, co wynikało z przyjętego modelu opieki skoncentrowanej głównie na diagnozie i leczeniu²⁸ oraz systemu kształcenia medycznego, a tym samym i odpowiedzialności. Obecnie jednak model kształcenia innych zawodów medycznych jest bardzo zbliżony do regulacji warunkujących kształcenie lekarza. Osoby wykonujące zawody medyczne inne niż lekarz, również mają wyższe wykształcenie i są zobowiązane wciąż podnosić swoje kwalifikacje zawodowe. Wiąże się to ściśle z osobistym podejmowaniem decyzji i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania. Kluczowa jest, obok odpowiedzialności karnej i cywilnej, odpowiedzialność zawodowa (dyscyplinarna). Podkreślić należy, że odpowiedzialność zawodowa i posiadanie samorządu zawodowego jest charakterystyczne dla zawodów zaufania publicznego. W polskim porządku prawnym nie ma definicji zawodu zaufania publicznego, a pojęcie to zostało wprowadzone do polskiego systemu prawnego w treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP²⁹.

²⁶ A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniu podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 21.

²⁷ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania publicznego z perspektywy zawodów medycznych – rozważania terminologiczno-definityjne*, „Acta Iuris Stetinensis” 2022, nr 4 (vol. 40), s. 185–186.

²⁸ D. Karkowska, *Zawody...*, s. 308; B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzszybowe*, Warszawa 2013, s. 54.

²⁹ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 186.

Termin zawód nie ma legalnej definicji w systemie prawa polskiego. Posługując się definicją słownikową, należy przyjąć, że zawód to umiejętność wykonywania pracy w danej dziedzinie, fach, specjalność³⁰. Analizując to pojęcie, warto odwołać się do ustaleń poczynionych przez socjologię³¹. Podana przez T.W. Nowackiego definicja stanowi, że „zawód to wykonywanie zespołów czynności społecznie użytecznych, wyodrębnionych na skutek podziału pracy, wymagających od pracownika odpowiedniej wiedzy i umiejętności, a także cech psychofizycznych warunkujących wykonanie zadań zawodowych, powtarzanych systematycznie i będących źródłem utrzymania dla pracownika i jego rodziny”³². Na wyróżnienie w tej definicji zasługują pewne cechy niezbędne do wykonywania danego zawodu – najważniejsze z nich to: zdolności manualne (w medycznych specjalizacjach zabiegowych), odporność na stres, sumienność i empatia. Inny aspekt definicji wskazuje, że zawody są wynikiem podziału pracy i wskazują na proces różnicowania się społeczeństwa ze względu na podjęcie różnych ról zawodowych, a wraz z powiększającą się specjalizacją zawodową również wykonywanych czynności³³. Zawód jest pojęciem szerszym niż specjalizacja³⁴. Zawód może dzielić się na specjalności, gdyż pod pojęciem „specjalność” należy rozumieć podział pracy w ramach zawodu. Zdobywanie specjalizacji jest wynikiem dysponowania wysokim poziomem wiedzy zawodowej, umiejętnościami oraz doświadczeniem w zakresie nauk: technicznych, przyrodniczych, społecznych, humanistycznych i pokrewnych³⁵.

Jak zauważa K. Wojtczak, pojęciem „zawodu” zajmuje się wiele dyscyplin naukowych, a związek z różnymi dziedzinami (socjologia, ekonomia, prawo) jest

³⁰ *Wielki słownik języka polskiego*, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/zawod;5528137.html> (dostęp 18.08.2024).

³¹ M. Ławniczak-Lehmann, *Pojęcie zawodów medycznych w świetle prawa i doktryny prawniczej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2001, nr 1–2, s. 28.

³² T. Nowacki, *Leksykon pedagogiki pracy*, Radom 2007, s. 287; za: J. Żebrowski, *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2008, t. V, s. 30.

³³ M. Reduta, *Zawód, profesja i kultura profesjonalna*, „Optimum. Studia Ekonomiczne” 2015, nr 2 (74), s. 101.

³⁴ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999, s. 50.

³⁵ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 189.

szeroki i ma interdyscyplinarny charakter³⁶. Z punktu widzenia prawa ze względu na brak legalnej definicji zawodu autorka zajęła stanowisko, zgodnie z którym zawodem jest osobiste wykonywanie wewnętrznie spójnego zbioru czynności (zadań), wymagających określonych kwalifikacji (wiedzy i/lub umiejętności), systematycznie, odpłatnie, na podstawie i w granicach obowiązującego porządku prawnego³⁷.

Trzeba również wyróżnić termin „zawody ochrony zdrowia”, które jest znacznie szersze i bardziej ogólne niż określenie „zawody medyczne”. W porządku prawnym termin „ochrona zdrowia” ujęty jest w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, co jednak nie daje podstaw do skonstruowania materialnej treści tego terminu³⁸. W związku z tym analizując ten przepis, „nie ma możliwości wskazania rodzajów bądź kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa gwarantowanego przez ten przepis”³⁹. J. Jończyk określił, że jest to publiczne prawo podmiotowe, mające odpowiednik w konstytucyjnych zadaniach i obowiązkach władz publicznych, polegających na właściwym uregulowaniu sprawy w ustawach dotyczących ochrony zdrowia⁴⁰. Obowiązek ten spoczywa na podmiotach administracji publicznej zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym⁴¹.

System ochrony zdrowia to pojęcie, które warto tutaj przytoczyć. Jedną z definicji systemu ochrony zdrowia proponuje J. Leowski, który wskazuje, że system ochrony zdrowia skupia działania podejmowane na rzecz ludności, ale i na rzecz zdrowia indywidualnego, koncentrując się na dwóch sferach: opiece zdrowotnej *sensu stricto*, rozumianej jako medycyna lecznicza (prewencja indywidualna, leczenie, rehabilitacja i wzmacnianie zdrowia, opieka terminalna), oraz ochronie zdrowia, rozumianej jako działania na rzecz zdrowia realizowane przez wyspecjalizowane służby zdrowia publicznego oraz inne sektory życia publicznego, których zadaniem jest stworzenie społeczeństwu właściwych warunków zdrowotnych⁴². Udzielanie

³⁶ K. Wojtczak, *Zawód...*, s. 50.

³⁷ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 189.

³⁸ M. Florczak-Wątor, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, wyd. II, LEX/el. 2021, art. 68.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ J. Jończyk, *Ochrona zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2007, nr 2, s. 3–5.

⁴¹ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 190.

⁴² J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 6–7, s. 22.

świadczeń musi być zorganizowane w sposób gwarantujący odpowiednią dostępność i jakość opieki, co zapewniają dobrze wyedukowane kadry medyczne⁴³.

W praktyce oczywiste jest, że każdy zawód medyczny będzie zawodem ochrony zdrowia, ale nie każdy z tych zawodów będzie zawodem medycznym⁴⁴. Warto zatem przybliżyć te dwa pojęcia: zawód w ochronie zdrowia i jego podzbiór zawód medyczny, a za punkt wyjścia przyjąć definicję świadczenia zdrowotnego oraz niezbędny do wykonywania tych świadczeń wymóg wykształcenia. Pojęcie świadczenia zdrowotnego należy rozpatrywać po pierwsze poprzez określenie jego celu, a po drugie poprzez wskazanie typów świadczeń zdrowotnych. Udzielenie świadczeń zdrowotnych jest jednocześnie wykonywaniem działalności leczniczej (art. 3 ust. 1 u.d.l.⁴⁵) przez osoby wykonujące zawód medyczny⁴⁶ (lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny). W ustawach zawodowych znajdziemy takie kategorie świadczeń zdrowotnych, jak np.: badanie, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta i jego problemów pielęgnacyjnych, planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, leczenie, rehabilitacja, diagnoza funkcjonalna i opieka farmaceutyczna.

Obecnie pojęcie świadczenia zdrowotnego ujęte jest w dwóch aktach prawnych, lecz żaden z nich nie wymienia aż tak szczegółowo przykładów typów świadczeń zdrowotnych, jak to czyniła ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 5 pkt 34 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁷ świadczenia opieki zdrowotnej są określeniem zbiorczym, obejmującym swym zakresem pojęciowym świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące. Definicję świadczenia zdrowotnego zawiera pkt 40 tegoż artykułu, który stanowi, że świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne

⁴³ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 191.

⁴⁴ D. Karkowska, *Zawody...*, s. 85.

⁴⁵ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 633), dalej: u.d.l.

⁴⁶ B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego*, w: *System Prawa Medycznego: Instytucje prawa medycznego*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 1078.

⁴⁷ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2561).

działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Kolejna regulacja w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. pomija profilaktykę i przyjmuje, że świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W doktrynie przyjmuje się, że pomimo tej drobnej różnicy pojęcie świadczenia zdrowotnego na gruncie obydwu ustaw należy interpretować jednakowo⁴⁸.

Na podstawie przedstawionych powyżej definicji można wskazać, że świadczenie zdrowotne polega na działaniu, które można podzielić na trzy grupy czynności. Do pierwszej należą „działania służące” zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia (mające cel leczniczy – czynności lecznicze *sensu stricto*), druga obejmuje inne „działania medyczne” wynikające z procesu leczenia (funkcjonalnie związane z leczeniem, zwane zabiegami pomocniczymi), a trzecia inne działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (nie mają one celu leczniczego i nie są związane z leczeniem). W przypadku zawodów ochrony zdrowia są to działania, które nie mają celu leczniczego *sensu stricto*. Zgodnie ze stanowiskiem wyrażonym w doktrynie zawody ochrony zdrowia łączą się ze świadczeniami zdrowotnymi w szerokim rozumieniu, wychodzącymi poza działania typowo medyczne i koncentrującymi się mocniej na profilaktyce oraz innych formach wspierania zdrowia⁴⁹.

Pacjent ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych udzielonych przez osobę wykonującą zawód medyczny (art. 8 u.p.p.)⁵⁰. Natomiast podmiot leczniczy ma obowiązek zapewnić, aby świadczenia na rzecz pacjentów były udzielane wyłącznie przez osoby reprezentujące zawody medyczne (art. 17 ust. 1 pkt 3 u.d.l.). Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l. osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny⁵¹. Wymagania

⁴⁸ G. Glanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s. 219.

⁴⁹ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 192–193.

⁵⁰ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1876), dalej – u.p.p.

⁵¹ L.J. Żukowski, *Zawód psychologa w ochronie zdrowia. Reglamentacja prawnoadministracyjna*, Warszawa 2017, s. 59–67.

dla zawodów medycznych są bardzo wysokie. Po pierwsze warunkiem niezbędnym do wykonywania tych zawodów jest uzyskanie kwalifikacji w drodze ukończenia studiów wyższych i odbycie praktyki w ramach stażu zawodowego oraz ewentualnie zdobycie specjalizacji. Po drugie istnieje konieczność uzyskania prawa wykonywania zawodu poprzez wpis na listę właściwego samorządu zawodowego. Po trzecie, świadczenia zdrowotne składające się na pojęcie wykonywania zawodu określone są w otwartym katalogu, a czynności te są charakterystyczne dla danego zawodu⁵². Podsumowując powyższe, od osób wykonujących zawody medyczne wymagane jest nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu medycyny w stopniu pozwalającym na bezpieczne i prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych⁵³.

Zawody medyczne niewątpliwie należą do grupy zawodów regulowanych (reglamentowanych). W polskim porządku prawnym pojęcie zawodu regulowanego zostało uregulowane przez wskazanie na określone kwalifikacje (np. ukończenie właściwej szkoły, zdanie egzaminów, odbycie wymaganej praktyki zawodowej, uzyskanie wpisu na listę) i uzyskanie odpowiedniego zezwolenia na możliwości ich wykonywania. Jednak należy wnosić, że w tym kształcie ustawa dotyczy każdego zawodu, którego wykonywanie jest uzależnione od spełnienia wymagań kwalifikacyjnych oraz warunków określonych w odrębnych przepisach związanych z tym zawodem, co nie daje odpowiedzi na pytanie, czy w tym zakresie mieszczą się również takie pojęcia jak „wolny zawód” czy „zawód zaufania publicznego”. W rezultacie wykonywanie zawodu regulowanego poddane jest reglamentacji prawnej i uzależnione od spełnienia materialnych i formalnych przesłanek oraz przyznania prawa wykonywania zawodu. W ten sposób regulacje prawne mają zabezpieczyć przed przenikaniem do zawodów medycznych osób o niskich kwalifikacjach, a jednocześnie zapewnić wysoki poziom usług⁵⁴. Należy przy tym zauważyć, że zmiany i oczekiwania społeczne generują potrzebę tworzenia nowych wyspecjalizowanych zawodów, obejmujących często nieznaną do tej pory usługi świadczone osobiście i samodzielnie⁵⁵. Należy

⁵² B. Janiszewska, *Pojęcie usługi opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. M. Safjan, Legalis/2015.

⁵³ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 194–195.

⁵⁴ A. Krasnowolski, *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentów, OT-625, Warszawa 2013, s. 8.

⁵⁵ J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnego zawodu w Polsce*, Warszawa 2004, s. 42–43. Szerzej zob. J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu w ramach stosunku pracy w prawie polskim*, Wrocław 2020, s. 43–44.

jednak podkreślić, że pojęcie samodzielności zawodów wymaga wnikliwej analizy przepisów, które upoważniają tę grupę profesjonalistów do wykonania określonych czynności samodzielnie. Tymczasem regułą jest, że świadczenia zdrowotne składające się na pojęcie wykonywania zawodu określone są w otwartym katalogu wymieniającym ich rodzaje. Należy przyjąć, że są to usługi charakterystyczne dla danego zawodu. Ustawodawca w ustawach zawodowych wskazuje, choć niewyczerpująco, katalog samodzielnych czynności udzielanych w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, m.in. w przypadku położnych, które uprawnione są do sprawiania opieki nad kobietą ciężarną, podczas porodu i położu, oraz jej dzieckiem (art. 5 ust. 9 u.z.p.p.). Z uwagi na rozszerzanie i nakładanie się istniejących kompetencji różnych zawodów medycznych oraz tworzenie kompetencji dla nowych zawodów medycznych pilna staje się potrzeba precyzyjnego uregulowania samodzielności zawodowej poszczególnych profesji medycznych⁵⁶.

4. Zawody zaufania publicznego – geneza powstania

Ustrojowe podstawy samorządów zawodów zaufania publicznego tworzą przepisy Konstytucji RP. Pierwotnie możliwość powoływania samorządów zawodowych zakładała przede wszystkim interes gospodarczy, nie publiczny. W okresie międzywojennym powstały pierwsze medyczne samorządy zawodowe: lekarzy i aptekarzy. Przepisy te wprowadzono głównie po to, aby nie można było jednocześnie wykonywać zawodu lekarza i aptekarza. Następnie izby zawodowe zlikwidowano w 1950 r., a w Konstytucji PRL nie było w ogóle mowy ani o samorządzie gospodarczym, ani o zawodowym. W zasadzie od 1989 r., a nawet nieco wcześniej, w polskim porządku prawnym zaczęły się pojawiać przepisy ustawowe powołujące do życia rzeczywisty samorząd zawodowy, m.in. lekarzy, a w 1991 r. samorząd zawodowy aptekarzy. Obecnie podstawą istnienia zawodów zaufania publicznego jest art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. Przepis ten dopuszcza tworzenie samorządów zawodowych w drodze ustawy jako podmiotów reprezentujących osoby wykonujące zawód zaufania publicznego

⁵⁶ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 196–197.

i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Ustawodawca nie wskazał jednak samej definicji zawodu zaufania publicznego. Artykuł 17 ust. 1 Konstytucji RP adresowany do ustawodawcy i to on decyduje, którym zawodom będzie nadany przymiot zawodu zaufania publicznego. Należy wskazać, że Trybunał Konstytucyjny zaprezentował pogląd, że brak kryteriów przynależności do grupy zawodów zaufania publicznego albo bardzo szeroko zakreślone kryteria mogą prowadzić do deprecjacji etosu tych zawodów⁵⁷, a za takie kryteria uznaje się np. posiadanie szczególnych cech moralnych i deontologicznych, charakterystycznych dla niektórych zawodów, konieczność posiadania odpowiedniego wykształcenia, wysokich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia, niekierowanie się w wykonywaniu zawodu kryterium zysku, wykonywanie go przez osobę fizyczną, osobiście, związanie usługodawcy i usługobiorcy tajemnicą. Podkreślono znaczenie społeczne chronionych dóbr, należytą staranność przy wykonywaniu zawodu, wysokie kwalifikacje zawodowe, tajemnice zawodową, samodzielność. Nie ulega wątpliwości, że w związku z ochroną takich wartości jak życie i zdrowie człowieka dla osób wykonujących zawody medyczne posiadanie takich cech jest bardzo pożądane⁵⁸.

Powoływanie samorządów zawodowych połączone jest z zasadą decentralizacji, w myśl której następuje przekazywanie części zadań administracji publicznej na rzecz pewnych grup obywateli (tworzących samorządy zawodowe). Tworząc samorząd zawodowy, o którym mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, państwo powierza pewnej grupie zawodowej realizację określonych zadań publicznych i wyposaża ją w tym celu w odpowiednie kompetencje władcze, takie jak podejmowanie decyzji o dostępie do zawodu i powoływanie organów odpowiedzialności zawodowej. W rezultacie, samorząd sprawuje władztwo publiczne nad sprawami danej grupy zawodowej. To uzasadnia obowiązkową przynależność do samorządu wszystkich osób, które wykonują omawiane zawody. W tym aspekcie warto przypomnieć art. 65 Konstytucji RP, który zapewnia wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wybór miejsca pracy, a tylko samorządy zawodów zaufania publicznego mogą naruszać wolność wykonywania zawodu i ograniczać swobodę podejmowania działalności gospodarczej, co zawsze powinno być uzasadnione interesem publicznym. Nie ulega wątpliwości,

⁵⁷ Wyrok TK z dnia 25 marca 2015 r., sygn. akt K 19/14 (Dz.U. z 2015 r., poz. 476).

⁵⁸ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 201–203.

że wspólne dla zawodów medycznych wartości związane z ochroną życia i zdrowia skłaniają ustawodawcę w ramach interesu publicznego do uporządkowania systemu prawnego, który reguluje ich wykonywanie. Podkreślić należy, że grupa, jaką jest samorząd zawodowy, w interesie publicznym będzie reprezentowała interesy poszczególnych członków, jak i całej społeczności zawodowej⁵⁹.

Podsumowując, o powołaniu samorządu zawodowego decyduje ustawodawca, uwzględniając zaufanie do zawodów medycznych wynikające ze stosunków społecznych. Wszelkie zmiany w ochronie zdrowia muszą odpowiadać oczekiwaniom zarówno danej grupy zawodowej, jak i społeczeństwa. Potencjalne zmiany w zakresie kompetencji istniejących zawodów medycznych oraz kompetencji nowopowstałych zawodów medycznych nie powinny generować niezgodności między medykami. Ponadto, konieczne staje się odpowiednie przygotowanie i rozwój zawodowy personelu medycznego. Ważne jest ustalenie granic między poszczególnymi zawodami oraz nauki pracy w interdyscyplinarnym zespole, jak również dobre przygotowanie do ustawowo wytyczonych czynności. Obecnie obowiązujące przepisy nie zawierają jednoznacznej definicji zawodu medycznego, ani nie określają wyczerpująco katalogu czynności tych zawodów. Utrudnia to porównywanie tych zawodów w zakresie ochrony, jaką sprawują nad dobrem, którym jest zdrowie i życie pacjenta. Stopień ochrony jest różny, kompetencje tych zawodów nie zawsze jasno wynikają z przepisów prawa. Podkreślić należy też, że Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie w swoich orzeczeniach podkreślał, że podstawą włączenia określonego zawodu do kategorii zawodu zaufania publicznego powinno być zawsze uznanie, że takie działanie ustawodawcy „nie następuje w celu stworzenia określonej grupie zawodowej przywilejów, lecz ma służyć interesowi publicznemu”, ponadto interes ten nie może być utożsamiany „z interesem korporacji zawodowej czy też jej członków”⁶⁰ – zatem uznanie danego zawodu za zawód zaufania publicznego powinno być stosowane w drodze wyjątku. Samodzielność zawodowa to nie tylko niezależność w realizacji zadań zawodowych, lecz także odpowiedzialność. Granice poszczególnych zawodów medycznych mają obecnie duże znaczenie dla społeczeństwa i ochrony tych zawodów⁶¹.

⁵⁹ Ibidem, s. 204–205.

⁶⁰ Wyrok TK z 18 lutego 2004 r., sygn. P 21/02, OTK ZU nr 2/A/2004, poz. 9.

⁶¹ Za: I. Wrześniewska-Wal, *Zawód zaufania...*, s. 205–207.

5. Odpowiedzialność dyscyplinarna w polskim prawie

Pojęcie odpowiedzialności prawnej nie ma definicji legalnej ani w całym systemie prawa, ani (w odniesieniu do poszczególnych rodzajów odpowiedzialności) w poszczególnych jego gałęziach. Pojęcie odpowiedzialności należy jednak do języka prawnego, a normy prawne określają jego treść dla potrzeb różnych obszarów prawa. Pojęcie to jest również przedmiotem zainteresowania teorii prawa, ale refleksja teoretyczna w tej sferze rozwija się przede wszystkim w zakresie konkretnych gałęzi prawa. Rozważania poświęcone odpowiedzialności prawnej są stosunkowo nieliczne, a czasem nawet podaje się w wątpliwość możliwości wypracowania uniwersalnej definicji odpowiedzialności prawnej, którą można by zaakceptować z punktu widzenia wszystkich gałęzi prawa⁶². Różne rodzaje odpowiedzialności prawnej przewidywane przez normy poszczególnych gałęzi prawa wykazują cechy swoiste dla danej gałęzi i różnią się między sobą, czasem nawet w sposób istotny⁶³.

Klasyczne określenie odpowiedzialności prawnej sformułował w polskiej teorii prawa W. Lang – odpowiedzialność ta oznacza „zasadę ponoszenia przez podmiot przewidzianych prawem ujemnych konsekwencji za zdarzenia lub stany rzeczy podlegające ujemnej kwalifikacji normatywnej i przypisywalne prawnie określönemu podmiotowi w danym porządku prawnym”⁶⁴. Spotyka się również inne ujęcia odpowiedzialności prawnej. Przykładowo, określa się ją też jako „obowiązek ponoszenia przewidzianych przez normę prawa konsekwencji zachowania się własnego lub innych osób”⁶⁵ lub jako „zastosowanie sankcji przewidywanej przez prawo w związku z ujemną oceną zachowania danego podmiotu”⁶⁶.

Odpowiedzialność prawna wiąże się także z ponoszeniem negatywnych konsekwencji za stany podlegające ujemnej ocenie prawnej. Takim stanem może być

⁶² Zob. S. Sykuna, *Kilka uwag o odpowiedzialności prawnej*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2003, t. XI, s. 30.

⁶³ Za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*, Gdańsk 2013 s. 15.

⁶⁴ W. Lang, *Struktura odpowiedzialności prawnej (Studium analityczne z dziedziny teorii prawa)*, „ZN UMK. Nauki Humanistyczno-Społeczne” 1968, nr 31, s. 12 – podają za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*, Gdańsk 2013 s. 16.

⁶⁵ *Mała encyklopedia prawa*, red. Z. Rybicki, Warszawa 1980, s. 401.

⁶⁶ M. Safian, [w:] *Wielka encyklopedia prawa*, red. E. Smoktunowicz, Warszawa-Białystok 2000, s. 563 – podają za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 16.

w szczególności szkoda lub niewykonanie obowiązku prawnego. Może go spowodować zarówno zachowanie człowieka (innego podmiotu prawa), jak i zdarzenie, którego nie jest on sprawcą (np. wyrządzenie szkody przez ruch przedsiębiorstwa lub zakładu wykorzystującego siły przyrody – art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego z 23 kwietnia 1964 r.⁶⁷). Jeśli chodzi o zachowanie człowieka (innego podmiotu prawa), można ponosić negatywne konsekwencje zachowań własnych (jak jest w przypadku odpowiedzialności karnej) lub też cudzych (np. zgodnie z art. 120 § 1 Kodeksu pracy z 26 czerwca 1974 r.⁶⁸, w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej do naprawienia szkody zobowiązany jest pracodawca). Źródłem odpowiedzialności prawnej jest wyłącznie norma prawna. To ona określa, jakie zdarzenia lub stany rzeczy należy ocenić jako niepożądane, jakie są konsekwencje ich wystąpienia oraz kto i na jakich zasadach powinien je ponieść⁶⁹.

Oprócz wskazania, jaka jest istota odpowiedzialności prawnej oraz wskazania, z czym się ona wiąże, ważne jest też określenie, czym jest ona sama i do jakiej kategorii pojęciowej ją zaliczyć. Wyrażając się o odpowiedzialności prawnej, wskazuje się na zagrożenie odpowiedzialnością prawną (*in genere* lub odpowiedzialnością określonego typu), ponoszeniu odpowiedzialności, pociąganiu do niej czy o podejmowaniu jej. Przede wszystkim, chodzi tu o odpowiedzialność jako o prawny obowiązek ponoszenia przez określony przez prawo podmiot konsekwencji prawnych za przypisany mu przez normę prawną negatywny stan rzeczy lub zdarzenie. Zagrożenie odpowiedzialnością oznacza wtedy ostrzeżenie, że zaistnienie określonego przez prawo negatywnego stanu rzeczy zrodzi po stronie danego podmiotu obowiązek poniesienia przez niego konsekwencji prawnych danego stanu rzeczy. Ponoszenie odpowiedzialności prawnej oznacza natomiast, że na danym podmiocie już taki obowiązek ciąży w związku z zaistnieniem ocenianego negatywnie stanu faktycznego. Pociąganie do odpowiedzialności prawnej wiąże się natomiast z funkcjonowaniem wymiaru sprawiedliwości, którego zadaniem jest dokładne określenie treści wspomnianego obowiązku i jego wyegzekwowanie, a podejmowanie odpowiedzialności prawnej

⁶⁷ Dz.U. nr 16, poz. 93 ze zm.

⁶⁸ Dz.U. z 1998 r., nr 21, poz. 94 ze zm.

⁶⁹ Zob. W. Lang, *Struktura odpowiedzialności...*, s. 35 – podają za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 16.

jest postawą podmiotu ponoszącego odpowiedzialność, polegającą na uznaniu jej i wykonaniu (poddaniu się wykonaniu) ciężącego na tym podmiocie obowiązku prawnego⁷⁰.

Jednym z rodzajów odpowiedzialności prawnej jest odpowiedzialność dyscyplinarna. W prawie polskim pojawiła się dopiero w dwudziestoleciu międzywojennym. Nie stworzono jednak tej instytucji od podstaw, lecz przyjęto ją, już ukształtowaną, z prawa państw zaborczych, dostosowując do powstającego rodzimego ustawodawstwa. Odpowiedzialność dyscyplinarna na kontynencie europejskim, w szczególności w państwach zaborczych (aczkolwiek z pewnymi wyjątkami dotyczącymi Rosji), ukształtowała się jako odrębny rodzaj odpowiedzialności prawnej, określony w wieku XIX wraz z narodzinami i rozwojem nowożytnego państwa prawnego⁷¹. W państwach zaborczych odpowiedzialność dyscyplinarna obejmowała następujące kategorie osób: urzędników administracji państwowej (ustawodawstwo przewidywało przepisy ogólne dotyczące ich odpowiedzialności, jak i regulacje szczegółowe odnoszące się do urzędników zatrudnionych w określonych działach administracji), sędziów (traktowanych jako urzędników państwowych), żołnierzy, urzędników w samorządzie terytorialnym, członków nielicznych wtedy samorządów zawodowych (samorząd adwokacki i lekarski) oraz niektórych zakładów administracyjnych (głównie szkół, w tym wyższych, oraz więzień). Początków odpowiedzialności dyscyplinarnej można jednak poszukiwać w jeszcze wcześniejszym okresie, zanim powstało państwo prawne⁷². Odpowiedzialność dyscyplinarna urzędników państwowych wywodzi się np. z przysługującej panującemu władzy w zakresie karania hierarchicznie podporządkowanych mu urzędników. W państwie absolutnym władza ta była nieograniczona. Wraz z rozwojem prawa publicznego stopniowo władzę tę poddawano prawu, urzędnik przestawał być sługą panującego, jego stosunek służbowy ulegał coraz większej stabilizacji, a orzekanie kar wobec niego stawało się coraz bardziej zobiektywizowane. Poważniejsze naruszenia prawa przez urzędnika

⁷⁰ Por. E. Kruk, *Pojęcie odpowiedzialności prawnej (analiza wybranych zagadnień)*, „Administracja. Teoria. Dydaktyka. Praktyka” 2008, nr 3, s. 114–115 – podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 16–17.

⁷¹ Szerzej zob. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie Polski Ludowej*, Poznań 1959, s. 16–26 i 31–37 wraz z przywołanymi tam aktami normatywnymi i literaturą – podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 16.

⁷² Bliżej zob. ibidem, s. 13–23 wraz z przypisami – podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 16.

uznano za przestępstwa urzędnicze, za które ponosił odpowiedzialność karną przed sądami. Karanie drobniejszych przewinień pozostało w gestii przełożonych, ale ich kompetencje do karania z biegiem czasu w znacznej mierze przeszły na specjalnie w tym celu powoływane w strukturach administracji i działające na podstawie coraz bardziej dokładnych przepisów organy kolegialne wzorowane na sądach. Odpowiedzialność przed przełożonymi i organami kolegialnymi bezpośrednio dała początek urzędniczej odpowiedzialności dyscyplinarnej w administracji państwowej. Stanowiła ona wzór dla ukształtowania odpowiedzialności dyscyplinarnej w powstającym w wielu państwach samorządzie terytorialnym⁷³.

Odpowiedzialność dyscyplinarną w samorządach zawodowych, które powstały w państwie prawnym, poprzedzała odpowiedzialność w różnego rodzaju korporacjach zawodowych funkcjonujących już od średniowiecza (tj. korporacje rzemieślnicze i kupieckie). Cechowała ją niezależność od odpowiedzialności karnej, ale nie była jeszcze prawnie wyodrębniona. Nie można też powiedzieć, że przekształciła się w odpowiedzialność dyscyplinarną, albowiem państwo, ustanawiając samorządy zawodowe, udzieliło im władzy dyscyplinarnej wobec członków w sposób pierwotny, chociaż wcześniejsze rozwiązania korporacyjne związane z zapewnieniem przez korporacje właściwego wykonywania zawodu mogły inspirować rozwiązania dyscyplinarne w samorządach. Inaczej rzecz się miała z odpowiedzialnością dyscyplinarną w zakładach administracyjnych. Zakłady te były na ogół kontynuacją istniejących wcześniej instytucji, ale dopiero poddanie tych instytucji zasadom państwa prawnego uczyniło je zakładami publicznymi. Także w tych instytucjach wykształciła się odpowiedzialność związana z normami ponoszona przed władzami tychże instytucji. Pierwotnie co do zasady nie była odpowiedzialnością odrębną względem karnej. Usamodzieliła się wraz z uzyskaniem przez wspomniane instytucje charakteru zakładów publicznych, stając się odpowiedzialnością dyscyplinarną⁷⁴.

⁷³ Podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 19–20.

⁷⁴ *Ibidem*, s. 21.

6. Historyczne uwarunkowania ukształtowania odpowiedzialności dyscyplinarnej w prawie polskim

Geneza odpowiedzialności dyscyplinarnej jest zróżnicowana w zależności od tego, jakiej grupy podmiotów ta odpowiedzialność dotyczy. Odnosząc się do początków, a więc do polskiego prawa dwudziestolecia międzywojennego, można wyróżnić kilka grup osób, które podlegały odpowiedzialności dyscyplinarnej⁷⁵. Po pierwsze, byli to urzędnicy państwowi. Podstawowym aktem normatywnym regulującym ich status prawny, w tym ich odpowiedzialność, była ustawa z 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej⁷⁶. Poza tą ustawą, mającą charakter ogólny, wydano również akty normujące w sposób szczególny status prawny i odpowiedzialność dyscyplinarną określonych kategorii pracowników administracji. Przepisy te dotyczyły zarówno pracowników niektórych zakładów publicznych, na przykład nauczycieli, w tym nauczycieli akademickich, jak również pracowników określonych przedsiębiorstw państwowych takich jak Państwowy Bank Rolny, „Pocztą Polska, Telegraf i Telefon” czy Polskie Koleje Państwowe. Odrębnie uregulowano odpowiedzialność dyscyplinarną członków Najwyższej Izby Kontroli, prokuratorów i sędziów, traktowanych jako urzędników państwowych szczególnego rodzaju. Odpowiedzialności dyscyplinarnej podlegali także urzędnicy w samorządzie terytorialnym, ale regulacje w tej mierze nie były zupełne i jednolite. Po drugie, odpowiedzialność dyscyplinarna obejmowała żołnierzy i funkcjonariuszy służb zmilitaryzowanych, takich jak Policja, Straż Graniczna i Straż Więzienna. Ponadto, odpowiedzialność dyscyplinarna występowała w samorządach zawodowych (adwokatów, notariuszy, farmaceutów, lekarzy i lekarzy dentystów), z tym że odpowiedzialność tę ustanowiono także wobec osób wykonujących pewne zawody, dla których nie utworzono samorządu, np. wobec rzeczników patentowych. Co więcej, odpowiedzialność dyscyplinarna dotyczyła również niektórych zakładów administracyjnych, a przede wszystkim państwowych szkół wyższych, zakładów karnych i zakładów poprawczych⁷⁷.

⁷⁵ Bliżej zob. ibidem, s. 38–45 wraz z przywołanymi tam aktami normatywnymi i literaturą.

⁷⁶ Dz.U. nr 21, poz. 164 ze zm.

⁷⁷ Podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 21–22.

Daleko idącym przeobrażeniom odpowiedzialność dyscyplinarna uległa w okresie PRL-u⁷⁸. Nie tylko przedwojenne akty normatywne regulujące tę odpowiedzialność stopniowo zastępowano nowymi, dostosowanymi do zasad ustroju komunistycznego, a przynajmniej akty te w tym kierunku nowelizowano, ale istotnie zmieniono też strukturę podmiotową tej odpowiedzialności. Na początku lat 50. XX w. zniesiono w państwie samorząd terytorialny i zawodowy, wskutek czego przestała istnieć odpowiedzialność dyscyplinarna urzędników samorządowych i członków samorządu zawodowego, a w miejsce odpowiedzialności osób wykonujących wolne zawody, ale niezrzeszonych w samorządach zawodowych, wprowadzono odpowiedzialność dyscyplinarną o charakterze pracowniczym. Ponadto, w pierwszym dziesięcioleciu PRL-u zniesiono odrębnie uregulowaną odpowiedzialność dyscyplinarną wielu kategorii urzędników państwowych, zwłaszcza pracowników niektórych przedsiębiorstw państwowych. Kolejne istotne zmiany dotyczące odpowiedzialności dyscyplinarnej przyniósł okres III RP. W związku z transformacją ustrojową i uchwaleniem nowych przepisów konstytucyjnych obowiązujące wcześniej ustawy regulujące odpowiedzialność dyscyplinarną gruntownie znowelizowano lub zastąpiono nowymi, ewentualnie uchylono bez wprowadzania nowych regulacji (zlikwidowano np. odpowiedzialność dyscyplinarną w przedsiębiorstwach państwowych, w których jeszcze ona funkcjonowała). Szczególnie doniosłe było odtworzenie i znaczące rozbudowanie struktur samorządowych. Odpowiedzialność dyscyplinarna pojawiła się w wielu nowych samorządach zawodowych oraz w samorządzie terytorialnym⁷⁹.

⁷⁸ Bliżej zob. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 91–120 wraz z przywołanymi tam aktami normatywnymi i literaturą oraz s. 206–218 i 254–255; E. Bojanowski, *Dyscyplinarna odpowiedzialność pracownika administracji państwowej w prawie polskim*, [w:] *Odpowiedzialność pracownika administracji*, red. J. Łętowski, J. Pruszyński, Ossolineum 1978, s. 202 i n.

⁷⁹ Podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 22–23.

7. Charakterystyka odpowiedzialności dyscyplinarnej w Polsce *de lege lata*

Analizując regulacje prawne dotyczące odpowiedzialności dyscyplinarnej, zawarte w aktach ją ustanawiających, można wyróżnić wiele typowych cech tej odpowiedzialności, przewidywanych przez wszystkie lub przynajmniej większość wspomnianych aktów prawnych. Wyszczególnione cechy odpowiedzialności dyscyplinarnej mają charakter modelowy, a poszczególne akty prawne mogą przewidywać wyjątki.

Po pierwsze, odpowiedzialność dyscyplinarna ma charakter ustawowy. Ustawa przewiduje odpowiedzialność dyscyplinarną (zawodową) oraz określa w odniesieniu do poszczególnych grup osób jej podstawowe wyznaczniki: zakres podmiotowy (czyli to kto jej podlega), zakres przedmiotowy (czyli to, za jakie czyny się ją ponosi), organy orzekające środki tej odpowiedzialności, w szczególności kary, oraz rodzaje tych środków. Co prawda, ustanowienie odpowiedzialności dokonane jest przez ustawę, ale podstawowe wyznaczniki tej odpowiedzialności określają już akty o wewnętrznie obowiązującej mocy prawnej, takie jak odpowiednie statuty czy regulaminy.

Po drugie, odpowiedzialność dyscyplinarną mogą ponosić wyłącznie osoby fizyczne.

Po trzecie, odpowiedzialność dyscyplinarna nie ma charakteru powszechnego, tzn. jej zakres podmiotowy jest ograniczony tylko do pewnych kategorii osób. Są to osoby pełniące ważne funkcje w państwie czy funkcje o istotnym znaczeniu społecznym, ewentualnie też osoby pozostające pod szczególnym nadzorem państwa ze względu na naruszenie obowiązującego w państwie porządku prawnego⁸⁰. W związku z tym są to osoby, na których ciążyą szczególne obowiązki obywatelskie⁸¹.

Odpowiedzialności dyscyplinarnej podlegają zawsze podmioty powiązane z określoną organizacją publiczną, będące w ścisłym lub szerokim rozumieniu jej członkami⁸², przy czym wskazać należy, że organizacja jest tu rozumiana jako prawnie wyodrębniony zespół ludzi, mających do spełnienia jako całość określone zadania (w przypadku organizacji publicznych będą to określone zadania publiczne), a osoba

⁸⁰ Por. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 27.

⁸¹ Powyższe wyliczenie podają za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 31–32.

⁸² Por. M. Zimmermann, [w:] *Prawo administracyjne*, red. M. Jaroszyński, cz. II, Warszawa 1952, s. 150; Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 63 i 153.

wchodząca w skład tego zespołu będzie uważana za członka organizacji, choćby nawet nie przysługiwały jej prawa uważane zazwyczaj za korporacyjne, jak np. prawo wybierania organów organizacji⁸³. Organizacją publiczną może być zarówno organizacja państwowa, jak i niepaństwowa, o ile tylko wykonuje zadania publiczne zlecone jej przez państwo⁸⁴. Tego typu organizacją jest np. urząd państwowy, prokuratura, samorząd zawodowy. Istotne jest, aby wskazać, że przepisy dotyczące odpowiedzialności dyscyplinarnej w zasadzie zawsze zawarte są w ustawach regulujących ustrój lub funkcjonowanie danej organizacji. Powiązanie danej osoby z określoną organizacją publiczną bardzo często następuje na podstawie aktu administracyjnego, jakim jest mianowanie, powołanie lub decyzja o wpisie na listę osób uprawnionych do wykonywania danego zawodu⁸⁵.

Odpowiedzialność dyscyplinarną ponosi się za czyny związane z funkcjonowaniem właściwej organizacji publicznej. Takimi czynami są w szczególności: naruszenie obowiązków służbowych (zawodowych, pracowniczych), naruszenie dyscypliny służbowej, naruszenie zasad etyki zawodowej, uchybienie godności zawodowej czy też naruszenie dobrego imienia służby, obraza przepisów prawa, w tym popełnienie przestępstwa lub wykroczenia bezpośrednio niezwiązanego nawet z funkcjonowaniem danej organizacji publicznej, do której sprawca przynależy. W rzeczywistości jednak czyny te również mają znaczenie dla tej organizacji, ponieważ podważają zaufanie społeczne do samej organizacji oraz innych osób wykonujących dany zawód albo pełniących daną funkcję⁸⁶.

Cechą, która wyróżnia odpowiedzialność dyscyplinarną jest także nieobowiązywanie w jej obszarze zasady *nullum delictum sine lege*⁸⁷, rozumianej jako wymóg ścisłej ustawowej oznaczoności czynów zakazanych przez prawo (obowiązuje natomiast w odniesieniu do odpowiedzialności dyscyplinarnej zasada *nullum delictum sine lege scripta*, wymagająca określenia takich czynów w akcie normatywnym rangi

⁸³ Por. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 11.

⁸⁴ Por. Z. Leoński, *Zarys prawa administracyjnego*, Warszawa 2004, s. 408.

⁸⁵ Z. Salwa, *O potrzebie odpowiedzialności dyscyplinarnej pracowników*, „Gospodarka i Administracja Terenowa” 1963, nr 5, s. 22–24.

⁸⁶ Podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 34.

⁸⁷ L. Gardocki, *Prawo karne*, wyd. 14, Warszawa 2008, s. 13–19. Por. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 217; W. Jaśkiewicz, *Studia nad sytuacją prawną pracowników państwowych*, t. II: *Socjalistyczna służba państwowa PRL-ZSRR*, Poznań 1966, s. 149.

ustawowej). Czyny stanowiące przesłanki tej odpowiedzialności co do zasady nie są określane w sposób jednoznaczny i dokładny. Delikty dyscyplinarne przeważnie ustanawia się w przepisach blankietowych, zawierających wyrażenia dookreślane przez odrębne przepisy szczegółowe, typu „obowiązki służbowe”, lub klauzule generalne odsyłające do pozaprawnych systemów wartości, typu „etyka zawodowa” lub „godność zawodu”. Wspomniane przepisy również posługują się często klauzulami generalnymi. Sprawia to, że nie można zazwyczaj skodyfikować przewinień dyscyplinarnych, stworzyć ich zamkniętego, szczegółowego katalogu dla danej grupy podmiotów podlegających odpowiedzialności dyscyplinarnej, chociaż pomocne są w tej kwestii tworzone na potrzeby konkretnego zawodu, zbiory zasad – kodeksy etyki zawodowej⁸⁸.

W związku z powyższym oraz z uwagi na to, że na osobach, które podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej ciążyą większe obowiązki od tych, które przewidyuje prawo powszechne, odpowiedzialność tę ponosi się za czyny obojętne z punktu widzenia prawa karnego⁸⁹. Jednocześnie, co do zasady, ponosi się ją także za czyny skutkujące odpowiedzialnością karną, co wynika z przepisów albo z tego, że dopuszczenie się przestępstwa lub wykroczenia zazwyczaj stanowi też uchybienie godności zawodu, służby czy stanowiska. Zatem, można wskazać, że zakres przedmiotowy odpowiedzialności dyscyplinarnej jest szerszy niż odpowiedni zakres odpowiedzialności karnej. Odpowiedzialność dyscyplinarna jest przy tym niezależna od odpowiedzialności karnej w tym sensie, że jedna nie wyłącza drugiej (odpowiedzialność karna i dyscyplinarna nie wyłączają też ponoszenia odpowiedzialności cywilnej)⁹⁰. Odpowiedzialnością dyscyplinarną skutkują wyłącznie czyny popełnione w okresie przynależności konkretnej osoby do określonej organizacji publicznej, z którą ta odpowiedzialność się łączy. Obojętne dla odpowiedzialności powiązanej z przynależnością

⁸⁸ Podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 35.

⁸⁹ Por. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 55; A. Gronkiewicz, A. Ziółkowska, *Sankcje administracyjne w korporacjach zawodowych w odniesieniu do samorządów zaufania publicznego – wybrane zagadnienia*, [w:] *Sankcje administracyjne. Blaski i cienie*, red. M. Stahl, R. Lewicka, M. Lewicki, Warszawa 2011, s. 208.

⁹⁰ W świetle ustaw normujących odpowiedzialność dyscyplinarną oraz wydanych na ich podstawie przepisów wykonawczych obowiązywanie tej zasady nie budzi wątpliwości jedynie w odniesieniu do odpowiedzialności karnej w zakresie przestępstw. W doktrynie też się jednak przyjmuje jej obowiązywanie w odniesieniu do odpowiedzialności w zakresie wykroczeń (zob. np. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 194).

do danej organizacji są czyny popełnione przed nawiązaniem przez określoną osobę więzi prawnej z tą organizacją oraz po ustaniu takiej więzi⁹¹.

Kolejną cechą charakteryzującą odpowiedzialność dyscyplinarną jest wyróżnianie konkretnych kar bez przypisania tych kar do określonych przewinień, zupełnie odmiennie niż jest to przewidziane w przepisach karnych⁹². Jest to konsekwencja braku ustawowych katalogów deliktów dyscyplinarnych. Kary dyscyplinarne wyróżniają się tym, że bezpośrednio wywołują skutki w zasadzie tylko w sferze stosunku między daną osobą a organizacją publiczną, do której ona przynależy⁹³. Wskazać należy, że nie wszystkie kary dyscyplinarne wyraźnie oddziałują na treść tego stosunku (np. najłagodniejsze kary, typu upomnienie, nagana, mają raczej charakter moralny, chociaż pośrednio mogą wpływać na treść wspomnianego stosunku choćby w zakresie awansów i nagród⁹⁴), ale kary surowsze nakładają już na członka organizacji dodatkowe względem niej obowiązki (np. obowiązek zapłaty na rzecz danej organizacji wskazanej kwoty) lub ograniczają czy nawet zawieszają go w określonych prawach związanych z przynależnością do danej organizacji publicznej, aż do kary pozbawienia wszelkich praw związanych z wykonywanym zawodem (np. kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu zrywająca stosunek prawny łączący członka z organizacją). Powiązanie kar dyscyplinarnych ze stosunkiem między organizacją publiczną a jej członkiem wyraża się też w tym, że wspomniane kary są rejestrowane przez daną organizację (odpis orzeczenia o ukaraniu włącza się do akt osobowych członka organizacji) i nie wywołują skutków ukarania przewidzianych przez prawo karne (osoba ukarana nie jest uznawana za karaną – nie widnieje w Krajowym Rejestrze

⁹¹ Por. A. Bojańczyk, *O spornych zagadnieniach z zakresu odpowiedzialności dyscyplinarnej sędziów Trybunału Konstytucyjnego*, „Przegląd Sejmowy” 2007, nr 3, s. 59.

⁹² W tym kontekście Z. Leoński pisze o nieobowiązaniu na gruncie prawa dyscyplinarnego zasady *nulla poena sine lege* (*Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 217–218), choć jeśli przyjąć rozumienie tej zasady jako wymóg określoności kar w akcie rangi ustawowej, należy uznać, że zasada ta dotyczy odpowiedzialności dyscyplinarnej.

⁹³ Por. M. Zimmermann, [w:] *Prawo administracyjne*, red. M. Jaroszyński, cz. II, s. 150; Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 54–55.

⁹⁴ Por. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 166; T. Kuczyński, [w:] T. Kuczyński, E. Mazurczak-Jasińska, J. Stelina, *Stosunek służbowy*, [w:] *System Prawa Administracyjnego*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, t. XI), Warszawa 2011, s. 451–452.

Karnym), chociażby nawet treść kary dyscyplinarnej odpowiadała treści kary ustanowionej w przepisach karnych⁹⁵.

Organami powołanymi do realizacji odpowiedzialności dyscyplinarnej są przeznaczone wyłącznie do tego zadania, korzystające z przywileju niezawisłości w zakresie orzecznictwa, sądy (komisje) dyscyplinarne, w skład których wchodzi przedstawiciele danej organizacji publicznej lub przełożeni (podmioty te będą zwane dalej organami dyscyplinarnymi). W sferze organizacji orzecznictwa dyscyplinarnego spotyka się różne konfiguracje: sądy (komisje) dyscyplinarne mogą orzekać na zasadzie wyłączności (np. w odniesieniu do sędziów, nauczycieli czy komorników sądowych), oprócz sądów (komisji) dyscyplinarnych mogą, zazwyczaj w sprawach mniejszej wagi, orzekać też przełożeni (np. w odniesieniu do nauczycieli akademickich i studentów) albo też orzekają wyłącznie przełożeni (jest to rozwiązanie typowe dla większości służb mundurowych, takich jak np. Policja, CBA). W przypadku zawodów medycznych mamy do czynienia z sądami zawodowymi (dyscyplinarnymi). Niemniej jednak, niezależnie od przyjętego rozwiązania, kary dyscyplinarne są orzekane przez osoby wykonujące ten sam zawód czy też pełniące tę samą służbę co obwiniony, osoby o podobnym przygotowaniu, a często i doświadczeniu, czyli z założenia równie kompetentne w sprawach oceny, jakie postępowanie w danym zawodzie (służbie) jest właściwe. Ustawa może wymagać odpowiednio długiego stażu pracy niezbędnego do stania się członkiem składu orzekającego nad innym członkiem danego samorządu zawodowego, ma to zapewnić odpowiednio wysoki poziom merytoryczny rozpoznania sprawy oraz udział osób dostatecznie doświadczonych do wydawania oceny o innym członku samorządu zawodowego⁹⁶. Wytyczne ustawowe są niezbędne, gdyż państwo przekazuje organom dyscyplinarnym uprawnienia władcze w zakresie karania przewinień dyscyplinarnych z racji tego, że dotyczą one określonego środowiska, osób wykonujących określone zawody zaufania publicznego, których przedstawiciele lepiej znają jego specyfikę, a w konsekwencji mogą

⁹⁵ Podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 36–37.

⁹⁶ Por. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 176; P. Przybysz, *Prawo do sądu w sprawach dyscyplinarnych*, „Państwo i Prawo” 1998, nr 8, s. 75.

zastosować sankcje, które będą adekwatne do czynu obwinionego, a w konsekwencji będą oddziaływać na niego z większą skutecznością i efektywnością⁹⁷.

Postępowanie dyscyplinarne, unormowane w ustawach i wydanych na ich podstawie rozporządzeniach, pod wieloma względami wykazuje podobieństwo do postępowania karnego oraz wprost odwołuje się do niego poprzez wskazanie konkretnych przepisów Kodeksu karnego i Kodeksu postępowania karnego. W postępowaniach dyscyplinarnych występuje oskarżyciel (najczęściej rzecznik dyscyplinarny), obwiniony, który ma prawo korzystania z pomocy obrońcy (będącym adwokatem albo radcą prawnym albo przedstawicielem danego zawodu), a samo postępowanie jest dwuinstancyjne (od orzeczenia organu I instancji przysługuje odwołanie do organu II instancji). Od prawomocnych orzeczeń przysługuje odwołanie w trybie nadzwyczajnym – następuje kontrola sądowa wydanych orzeczeń⁹⁸.

Dla pełnego opisu odpowiedzialności dyscyplinarnej należy zdefiniować jej cele⁹⁹. Przepisy prawa w zasadzie nie określają celów odpowiedzialności dyscyplinarnej. Wyjątek stanowi art. 38 ust. 4 ustawy z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, który wyznacza cele postępowania przed sądem pielęgniarek i położnych (są nimi, poza pociągnięciem do odpowiedzialności, ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnianiu przewinień zawodowych, a także zapobieganie im oraz umacnianie poszanowania prawa i zasad współżycia społecznego). Pośrednio z tych celów wynikają też cele samej odpowiedzialności. O celach odpowiedzialności dyscyplinarnej można także wnioskować z przepisów określających dyrektywy wymiaru środków odpowiedzialności dyscyplinarnej, a więc celów, jakie powinny te środki osiągać, jak również z cech charakterystycznych tej odpowiedzialności. Odwołując się do literatury i orzecznictwa wspominających o tych celach, można, wyróżnić następujące cele odpowiedzialności dyscyplinarnej: ochronny, ogólnoprewencyjny, szczególnieprewencyjny, wychowawczy, gwarancyjny, stabilizacyjny i integracyjny.

⁹⁷ Zob. W. Koziół, *Odpowiedzialność dyscyplinarna sędziów, prokuratorów, adwokatów, radców prawnych i notariuszy*, Warszawa 2012, s. 15–16. Podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 39–40.

⁹⁸ Podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 51–52.

⁹⁹ Opis celów odpowiedzialności dyscyplinarnej podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 51–60.

Nie jest to katalog zamknięty, ale wymienione cele wydają się najistotniejsze i wspólne dla wszystkich rodzajów odpowiedzialności dyscyplinarnej¹⁰⁰.

Cel ochronny odpowiedzialności dyscyplinarnej polega na ochronie takich dóbr prawnych, jak prawidłowe funkcjonowanie określonych organizacji publicznych czy prawidłowe pełnienie służby przez członków takich organizacji¹⁰¹. Odpowiedzialność dyscyplinarna ma zapewnić prawidłową realizację zadań publicznych, ma chronić przed zachowaniami godzącymi w tę wartość, ale osiągnięcie tego, tak ogólnie określonego celu wymaga formułowania celów szczegółowych. W tym sensie większość celów odpowiedzialności dyscyplinarnej ma charakter służebny względem celu ochronnego. Tego typu celem jest zwłaszcza cel ogólnoprewencyjny. Jego istotą jest zapobieganie popełnianiu przewinień dyscyplinarnych przez członków grup osób objętych odpowiedzialnością dyscyplinarną jako potencjalnych sprawców. Cel ten ma być osiągany przez kształtowanie u owych osób przekonania o niedopuszczalności i nieopłacalności popełniania przewinień zawodowych czy też służbowych. Świadomość tę kształtować ma zarówno samo istnienie kar dyscyplinarnych, jak też ich orzekanie i wykonywanie, potwierdzające, że są to sankcje realnie stosowane. Odpowiedzialność dyscyplinarna łączy się z oddziaływaniem nie tylko na potencjalnych sprawców przewinień dyscyplinarnych mogących się zdarzyć w przyszłości, ale też na rzeczywistych sprawców przewinień już zaistniałych. Chodzi tu o cel szczególnieprewencyjny i cel wychowawczy tej odpowiedzialności. Prewencja szczególna polega na zapobieganiu popełnianiu przez sprawcę kolejnych przewinień¹⁰², poprzez uniemożliwianie lub utrudnianie podejmowania takich działań. Wychowanie oznacza natomiast pozytywną zmianę osobowości sprawcy lub zmianę jego postawy społecznej. Kolejnym celem odpowiedzialności dyscyplinarnej jest cel gwarancyjny. Prawne uregulowanie tej odpowiedzialności gwarantować ma podlegającym jej osobom poczucie bezpieczeństwa prawnego przez określenie sytuacji, w których można być pociągniętym do tej odpowiedzialności, a zwłaszcza przez ścisłe określenie możliwych

¹⁰⁰ A. Uklejska, *Odpowiedzialność dyscyplinarna pracowników instytucji i przedsiębiorstw (zarys problematyki badań)*, „Studia i Materiały Instytutu Pracy” 1964, nr 1, s. 203–204.

¹⁰¹ Por. Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 58 – podaję za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 51–60.

¹⁰² Ibidem, s. 211.

do zastosowania sankcji i organów właściwych do ich orzekania¹⁰³. Celem pokrewnym w stosunku do celu gwarancyjnego odpowiedzialności dyscyplinarnej jest jej cel stabilizacyjny¹⁰⁴. Instytucja odpowiedzialności dyscyplinarnej zapewnia trwałość stosunków prawnych łączących członków właściwych organizacji publicznych z tymi organizacjami. Innym ważnym celem odpowiedzialności dyscyplinarnej jest cel integracyjny, polegający na budowaniu relacji wspólnotowych między członkami właściwych organizacji publicznych, na integrowaniu grup tych osób. Integralność wyraża się w spójności praktyki w wykonywaniu danego zawodu lub sprawowanej funkcji, przy czym spójność tę można rozpatrywać w trzech płaszczyznach. Po pierwsze, chodzi o integralność moralną, czyli jednolitość sądów, czynów i postaw poszczególnych członków grupy. Po drugie, chodzi o integralność zawodową, której głównym przejawem jest unikanie konfliktów między odgrywaną rolą zawodową a innymi rolami społecznymi oraz konfliktu interesów w ramach wykonywania zawodu przez konkretną osobę. Można też mówić o integralności zawodu, której istotą jest jednolitość standardów postępowania całej grupy zawodowej w stosunku do osób spoza tej grupy, jak również w jej ramach¹⁰⁵.

Podsumowując poczynione powyżej rozważania, należy wskazać na próbę zdefiniowania odpowiedzialności dyscyplinarnej w doktrynie jako odpowiedzialności prawnej, regulowanej normami publicznego prawa ustrojowego rangi ustawowej, ponoszoną przez osoby fizyczne za naruszenie obowiązków prawnych wynikających z przynależności do właściwych podmiotów publicznych, mającą na celu zapewnienie prawidłowej realizacji przez te podmioty przypisanych im zadań publicznych i realizowaną przez orzekanie sankcji wywołujących bezpośredni skutek wyłącznie w sferze stosunku między takim podmiotem a ukaranym¹⁰⁶.

¹⁰³ Sama nazwa „cel gwarancyjny” nawiązuje zaś do terminologii stosowanej w doktrynie prawa karnego, zob. np. A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2006, s. 15–16.

¹⁰⁴ R. Giętkowski, *Funkcja stabilizacyjna kar dyscyplinarnych*, [w:] *Sankcje administracyjne...*, red. M. Stahl, R. Lewicka, M. Lewicki, s. 194–201.

¹⁰⁵ P. Skuczyński, *Granice odpowiedzialności dyscyplinarnej*, [w:] *Odpowiedzialność dyscyplinarna. Podstawy, procedura i orzecznictwo w sprawach studentów Uniwersytetu Warszawskiego 2000–2005*, red. P. Skuczyński, P. Zawadzki, Warszawa 2008..., s. 14–15.

¹⁰⁶ Por. J. Paśnik, *Prawo dyscyplinarne w Polsce*, Warszawa 2000, s. 7–8.

8. Podstawy odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawody medyczne

Odpowiedzialność zawodowa medyków to jedna z form odpowiedzialności prawnej, która jest ponoszona nie tylko za naruszenie prawa, lecz także za zachowanie niezgodne z etyką zawodową (uregulowaną zwykle w kodeksach deontologicznych). Zasady odpowiedzialności dyscyplinarnej szczegółowo określa powszechnie obowiązujący akt prawny rangi ustawowej dedykowany danej profesji medycznej. Dotyczące tej materii ustawy wyraźnie przewidują ten rodzaj odpowiedzialności, ale też określają jej zakres podmiotowy (kto jej podlega), zakres przedmiotowy (czyny, za jakie się ją ponosi), wskazują też rodzaje kar, jakie grożą za popełnienie tych czynów, oraz organy orzekające w takich sprawach¹⁰⁷. W konsekwencji normy zawarte w zbiorach etyki zawodowej nie stanowią samoistnej podstawy tej formy odpowiedzialności, lecz jest nią uregulowanie ustawowe, które normy te dookreśla¹⁰⁸. Jak już wskazywano wcześniej, podstawa odpowiedzialności zawodowej ma swoje źródło w treści art. 17 Konstytucji RP, gdzie przewidziano możliwość tworzenia samorządów zawodowych przez zawody zaufania publicznego. Przepis ten stanowi ponadto, że poza reprezentacją środowiska zawodowego głównym celem funkcjonowania takiego samorządu zawodowego jest „sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu”. Sprawowanie tej pieczy odbywa się w myśl ww. przepisu „w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”¹⁰⁹. Stwierdzenie to świadczy o uznaniu korporacji

¹⁰⁷ R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 31.

¹⁰⁸ O dookreśleniu przez normy Kodeksu etyki lekarskiej norm prawnych zawartych w ustawie o izbach lekarskich wypowiedział się w kontekście katalogu źródeł prawa Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z 7 października 1992 r., U 1/92, OTK 1992/2, poz. 38.

¹⁰⁹ Pojęcie „zawód zaufania publicznego” nie ma w prawie polskim definicji legalnej. Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z 7 maja 2002 r., SK 20/00, OTK-A 2002/3, poz. 29, przyjął za doktrynę następującą definicję (dotyczącą wprawdzie advokatury, ale mogącą mieć szersze zastosowanie): „Zawód zaufania publicznego to zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi”. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji (P. Sarnecki, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji)*, [w:] *Konstytucja – wybory – parlament. Studia ofiarowane Zdzisławowi Jaroszowi*, red. L. Garlicki, Warszawa 2000, s. 155 i n.).

zawodowej za podmiot prawa publicznego, który ma za zadanie chronić doniosłe interesy grupowe w zgodzie z interesem ogólnospołecznym, wyrażającym się również w ochronie interesów indywidualnych¹¹⁰. Zatem, zawody medyczne można zaliczyć do zawodów zaufania publicznego. Decyduje o tym to, że państwo powierza im zadania o szczególnym charakterze, z punktu widzenia realizacji interesu publicznego, takich jak troska o zdrowie publiczne, orzekanie o stanie zdrowia dla różnych celów, a także dysponowanie wydatkami z funduszy publicznych przeznaczonymi na ochronę zdrowia¹¹¹.

Dotychczas wydano następujące ustawy tworzące samorządy medyczne:

- a) lekarzy oraz lekarzy dentyków (ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.). Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2010 r., uchylając poprzednio obowiązującą ustawę z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich;
- b) pielęgniarek i położnych (ustawa z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 628 ze zm.). Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2012 r., uchylając poprzednio obowiązującą ustawę z 19 kwietnia 1991 r.;
- c) fizjoterapeutów (ustawa z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1213 ze zm.). Ustawa weszła w życie 31 maja 2016 r.;
- d) farmaceutów (ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 688 ze zm.);
- e) diagnostów laboratoryjnych (ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2125, która zastąpiła ustawę z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz.U. z 2019 r., poz. 849 ze zm.);
- f) ratowników medycznych (ustawa z 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 339);

¹¹⁰ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa*, w: red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, E. Zielińska, *System Prawa Medycznego. Tom III. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, Lex/el (dostęp 18.04.2025).

¹¹¹ Zobacz szerzej: *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji 2013, http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/56/plik/ot-625_.pdf (dostęp 20.07.2024). Szerzej na temat specyficznych cech zawodów, w których występuje odpowiedzialność zawodowa, E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek...*, s. 27–34.

g) inne zawody medyczne (ustawa z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, Dz.U. z 2023 r., poz. 1972).

Wszystkie ustawy zawierają z reguły zgrupowane w jednym rozdziale przepisy dotyczące zasad odpowiedzialności zawodowej, nazywanej też dyscyplinarną¹¹². Działalność korporacji zawodowej stanowi realizację zadań państwa dokonywanych za pośrednictwem innych podmiotów niż organy państwowe. Wskazać należy, że to zrzeczenie się władztwa na rzecz organów samorządowych dotyczy funkcji sądowniczych oraz części władzy wykonawczej w odniesieniu do przedstawicieli danego zawodu (określony w ustawie organ korporacji zawodowej, nadaje konkretnej osobie prawo wykonywania zawodu, czy też pozbawia ją tego prawa w jednostronnym akcie

¹¹² Konieczność uregulowania w ustawie, a nie w akcie prawnym niższego rzędu, zasad tych odpowiedzialności zawodowej, które określają prawa i obowiązki, stwierdził Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z 30 maja 2007 r., Ts 191/06, LEX nr 584880. Orzeczenie to zostało wydane w konsekwencji dopuszczenia do rozpoznania przez TK części skargi, w której postawiono m.in. zarzut niekonstytucyjności przepisu zawierającego delegację ustawową (art. 57 ust. 2 nieobowiązującej już ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich), zgodnie z którym: „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, w uzgodnieniu z Naczelną Radą Lekarską, określa w drodze rozporządzenia szczegółowe przepisy o organizacji i składzie sądów lekarskich, trybie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, prawach i obowiązkach stron i świadków, trybie wykonywania kar oraz o kosztach postępowania”. Niekonstytucyjności tej regulacji upatrywano w unormowaniu zagadnień wykraczających poza delegację ustawową, np. kwestii jawności rozprawy, w akcie wykonawczym wydanym na podstawie tej delegacji zawartej w kwestionowanym przepisie. Ponadto wskazano na wiele zagadnień, których regulacji nie było w ustawie o izbach lekarskich, takich jak prawa strony, pozycja pokrzywdzonego itp. Uregulowanie ich w rozporządzeniu, na mocy delegacji, która wprawdzie przewiduje upoważnienie do uregulowania np. praw i obowiązków stron, ale nie wskazuje kierunku i zasady unormowania danej kwestii w akcie wykonawczym, narusza także art. 92 Konstytucji RP. Ponadto w przyznaniu pokrzywdzonemu ograniczonego zakresu praw w tym postępowaniu upatrywano przede wszystkim naruszenia art. 31 Konstytucji RP, gdyż: ograniczony charakter uprawnień procesowych i brak statusu strony postępowania to zagadnienia odnoszące się bezpośrednio do praw jednostki i ochrony jej interesów, co tym bardziej uzasadnia konieczność ich uregulowania w ustawie. W konsekwencji w ustawach nowej generacji większość uregulowań dotyczących postępowania zawarta jest w ustawach korporacyjnych. Na przykład w ustawie o izbach lekarskich zawarto w art. 111 upoważnienie do wydania przez Ministra Zdrowia (po zasięgnięciu opinii NRL) rozporządzenia dotyczącego tylko dwóch kwestii. A mianowicie sposobu i trybu prowadzenia Rejestru Ukaranych Lekarzy oraz sposobu i trybu wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich. Równocześnie upoważnienie to zawiera wytyczne co do treści tej regulacji, która powinna respektować prawa uczestników postępowania, uwzględniać specyfikę, złożoność i czasochłonność postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Na podstawie tego upoważnienia wydano rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 lipca 2010 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej oraz sposobu i trybu wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich (Dz.U. nr 130, poz. 884). Analogiczne upoważnienie zawiera art. 134 u.z.f. oraz art. 87 u.s.p.p.

władczym), a także oznacza powierzenie w pewnym sensie funkcji normotwórczych (legislacyjnych) – wyznaczony organ korporacji ma kompetencję do uchwalania zasad etyki i deontologii zawodowej, za nieprzestrzeganie których osoba wykonująca dany zawód może być pociągnięta do odpowiedzialności dyscyplinarnej. Przeniesienie uprawnień na samorządy zawodowe oznacza nie tylko wyposażenie ich w szeroki zakres władzy, ale również ma poważne konsekwencje statusowe dla członków, gdyż przynależność do korporacji ma charakter obligatoryjny dla wszystkich osób wykonujących dany zawód. Zasadę obowiązkowego wpisu do prowadzonego przez dany samorząd rejestru wszystkich osób wykonujących dany zawód na określonym terenie oraz tego konsekwencję w postaci jurysdykcji korporacji nad takimi osobami w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej potwierdził Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 22 maja 2001 r.¹¹³ Odpowiedzialność zawodowa osób wykonujących zawody medyczne odwołuje się do modelu postępowania karnego, to znaczy, w sprawach nieuregulowanych stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania karnego oraz Kodeksu karnego¹¹⁴. Takie rozwiązanie powoduje, że w postępowaniach

¹¹³ OTK 2001/4, poz. 86. W tym orzeczeniu TK uznał, że przepisy art. 17 oraz art. 66 ustawy o zawodzie lekarza weterynarii zawierające wymóg obligatoryjnej przynależności do izb lekarsko-weterynaryjnych dotyczą wszystkich lekarzy weterynarii, a więc również urzędników państwowych oraz członków Korpusu Służby Cywilnej, wchodzącej w skład rządowej administracji zespolonej, Inspekcji Weterynaryjnej. Zasadę obligatoryjnej przynależności do wielu samorządów, w tym również medycznych, utworzonych na podstawie art. 17 Konstytucji RP ponownie zakwestionował Rzecznik Praw Obywatelskich we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego, argumentując swoje stanowisko tym, że ani stosunek reprezentacji, ani sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu, czyli konstytucyjne cele istnienia korporacji z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, nie zakładają i nie wymagają obligatoryjnej przynależności do samorządu, a ponadto, że pozostaje ona w sprzeczności z art. 58 ust. 1 (w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). Zdaniem Rzecznika wolność określona w art. 58 ust. 1 Konstytucji RP dotyczy wszelkiego typu „zrzeszeń”, a więc zgodnie z semantycznym rozumieniem „organizacji skupiających ludzi jednego zawodu lub mających jeden cel”. Ustawowa regulacja dotycząca obowiązkowej przynależności do samorządu nie jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest związana, gdyż do wykonywania władztwa publicznego w postaci sprawowania pieczy (dbania o należyte wykonywanie zawodu za pomocą określonych w ustawie instrumentów, które są skuteczne wobec wszystkich osób wykonujących ten zawód) nie jest konieczne dodatkowe ustawowe „uzasadnianie” przesłanką obowiązkowego zrzeszania się, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12317579060.pdf> (dostęp 20.07.2024). Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z 13 października 2010 r., K 1/09, OTK-A 2010/8, poz. 90, postanowił nie uwzględniać tego wniosku – podają za: E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*

¹¹⁴ Np. przepis art. 112 ustawy o izbach lekarskich stanowi, że w sprawach nieuregulowanych w ustawie stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania karnego. Zastrzega się równocześnie, że nie stosuje się przepisów o: oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu (z wyjątkiem przepisów o karze

prowadzonych w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej znajdują zastosowanie ogólne zasady procesu karnego, jak również wyróżnić można zasadnicze trzy etapy postępowania, a mianowicie postępowanie: wyjaśniające, sądowe, wykonawcze. Zatem, odpowiedzialność dyscyplinarna medyków ma charakter represyjny, w szczególności biorąc pod uwagę surowość sankcji. Wymóg stosowania w postępowaniach dyscyplinarnych gwarancji ustanowionych dla postępowań represyjnych wywodzi się z zasady demokratycznego państwa prawnego. Chodzi nie tylko o standardy przewidziane w Konstytucji RP, lecz także o te, które wynikają z wiążącego prawa międzynarodowego, a zwłaszcza Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (gwarancje poszanowania praw i wolności). Zaliczenie odpowiedzialności zawodowej (dyscyplinarnej) do prawa karnego *sensu largo* nie oznacza braku istotnych odmienności w stosunku do odpowiedzialności karnej – różnice te dotyczą zakresu podmiotowego oraz przedmiotowego tej formy odpowiedzialności, stosowanego nazewnictwa, kwestii ustrojowych oraz rodzaju sankcji¹¹⁵.

Odpowiedzialność zawodowa dotyczy tylko przedstawicieli danego zawodu medycznego, a zatem nie ma charakteru powszechnego i nie jest ponoszona przed sądami powszechnymi. Ustawy regulujące odpowiedzialność zawodową poszczególnych zawodów medycznych upoważniły do jej sprawowania specjalnie do tego powołane organy samorządu zawodowego w postaci rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sądów. Organy te powoływane są w drodze wolnych wyborów przez krajowe zjazdy przedstawicieli danego zawodu (Naczelny Rzecznik, jego zastępcy

pieniężnej). Ponadto stosuje się rozdziały I–III i art. 53 k.k., czyli przepisy dot. zasad odpowiedzialności, form popełnienia przestępstwa, wyłączenia odpowiedzialności karnej oraz dyrektyw wymiaru kary. Analogiczne jest brzmienie przepisu art. 88 u.s.p.p. oraz art. 135 u.z.f. Warto zwrócić uwagę, że zasady odpowiedniego stosowania Kodeksu postępowania karnego oraz Kodeksu karnego zostały w tych ustawach ujęte odmiennie. W przypadku Kodeksu postępowania karnego jako regułę wprowadza się odpowiednie stosowanie przepisów tego Kodeksu, jako wyjątek powołuje się te przepisy, których stosowanie podlega wyłączeniu. W przypadku Kodeksu karnego wskazuje się natomiast tylko te przepisy, które mają zastosowanie, co oznacza, iż stanowią one wyjątek od ogólnej zasady nie-stosowania Kodeksu karnego. Początkowo uregulowanie kwestii odpowiedniego stosowania ustaw karnych różniło się w ustawach starej generacji, gdzie z reguły nie przewidywano wprost możliwości odpowiedniego stosowania Kodeksu karnego, co rodziło wątpliwości zwłaszcza w kwestii możliwości odstąpienia od wymierzenia kary w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Wykluczył taką możliwość dopiero Sąd Najwyższy w wyroku z 18 listopada 1994 r., I PLN 1/94, OSNP 1994/1, poz. 16.

¹¹⁵ Podaję za: E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*

oraz skład Naczelnego/Wyższego Sądu Dyscyplinarnego/Zawodowego) albo przez zjazdy okręgowe (okręgowy rzecznik, jego zastępcy oraz skład okręgowego sądu).

Podstawy odpowiedzialności zawodowej również ukazują specyfikę omawianej materii. W przypadku odpowiedzialności zawodowej to, co stanowi przewinienie zawodowe, jest określone bardzo ogólnie, a katalog czynów nie ma charakteru zamkniętego, odmiennie niż w przepisach karnych, gdzie wskazane jest, że do odpowiedzialności karnej można być pociągniętym tylko za bezprawne zachowanie ściśle odpowiadające ustawowemu opisowi danego typu przestępstwa, zawartemu w ustawie obowiązującej w chwili czynu. Co więcej, podstawy odpowiedzialności zawodowej są szersze niż podstawy odpowiedzialności karnej. Przewinienie zawodowe może bowiem polegać zarówno na naruszeniu przepisów prawnych o wykonywaniu zawodu, jak też tylko na zachowaniu się niezgodnym z zasadami etyki zawodowej, zwykle zebranych w kodeksy etyki zawodowej¹¹⁶.

W związku ze wskazaniem naruszenia zasad etycznych jako podstawy odpowiedzialności zawodowej pojawia się pytanie, czy przedstawiciel danego zawodu może być pociągnięty do tej formy odpowiedzialności tylko za naruszenia zasad etyki zawodowej, czy również za naruszenie zasad etyki ogólnej. Kategoryczne rozstrzygnięcie tego dylematu, bez zmiany przepisu, nie wydaje się być możliwe¹¹⁷. Niemniej jednak można twierdzić, że chociaż czyn nieetyczny nie został popełniony podczas wykonywania zawodu, to jeśli uzna się, że jego charakter uchybia godności zawodu, istnieje możliwość pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności zawodowej¹¹⁸.

W przypadku odpowiedzialności zawodowej, wszystkie rodzaje kar i środków, które mogą być orzeczone, są określone w ustawie regulującej odpowiedzialność w danym zawodzie medycznym. Zatem, katalog sankcji, które mogą być orzekane w postępowaniu dyscyplinarnym ma charakter zamknięty. Oznacza to, że organ orzekający w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie ma prawa do wymierzenia żadnego innego środka niż przewidziany w ustawie. Ze względu jednakże na otwarty krąg przewinień zawodowych w przepisach regulujących odpowiedzialność zawodową nie określa się z góry sankcji, jaką może orzec sąd zawodowy za dany czyn wskazany w kodeksie deontologicznym. Oznacza to, że dowolna kara z katalogu

¹¹⁶ Ibidem.

¹¹⁷ Szerzej zob. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek...*, s. 120–121.

¹¹⁸ Zob. R. Giętkowski, *Odpowiedzialność...*, s. 205.

środków przewidzianych w ustawie może być wymierzona za każde przewinienie zawodowe¹¹⁹.

Jak już wskazano, odpowiedzialność zawodowa jest niezależna od odpowiedzialności karnej. W przypadku, gdy czyn medyka stanowi zarówno przestępstwo, jak i przewinienie zawodowe, nie obowiązuje zasada *ne bis in idem*, co oznacza, że medyk może być ukarany dwa razy za ten sam czyn: raz przez sąd powszechny, drugi raz przez sąd zawodowy. To samo dotyczy zbiegu odpowiedzialności zawodowej z odpowiedzialnością dyscyplinarną z innego tytułu, np. z odpowiedzialnością służbową medyka pozostającego w stosunku pracowniczym. Wyrok sądu karnego lub organu dyscyplinarnego nie jest, co do zasady, wiążący dla sądu zawodowego. Oznacza to przyjęcie zasady jurysdykcyjnej samodzielności sądów zawodowych¹²⁰. Gdyby jednak w ocenie tego sądu wynik postępowania karnego mógł mieć wpływ na treść orzeczenia w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, z reguły taki sąd może zawiesić postępowanie do czasu ukończenia postępowania karnego.

Stosowanie przepisów Kodeksu postępowania karnego jest uzasadnione przede wszystkim tym, że odpowiedzialność dyscyplinarna to w rzeczywistości rodzaj odpowiedzialności karnej *sensu largo*, dostosowanej do potrzeb danej korporacji mającej swoje, odrębne od innych, standardy zawodowe i etyczne¹²¹. W literaturze uznaje się prawo dyscyplinarne za odmianę prawa karnego, która od państwowego prawa karnego różni się swoim partykularnym charakterem¹²². Jego celem jest ochrona wartości istotnych dla określonych, zorganizowanych grup społecznych¹²³. Jak już wskazano, odpowiedzialność dyscyplinarna należy do form odpowiedzialności represyjnej, która charakteryzuje się dwiema cechami: po pierwsze, polega na stosowaniu środków z istoty swej dolegliwych dla sprawcy oraz, po drugie, opiera

¹¹⁹ Podaję za: E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...* (dostęp 18.04.2025).

¹²⁰ Szerzej na ten temat E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek...*, s. 153–155; P. Konieczniak, *O pewnych problemach szczególnych w stosowaniu rozdziału 5 ustawy o izbach lekarskich (odpowiedzialność zawodowa)*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 3–4, s. 149.

¹²¹ J. Makarewicz, *Prawo karne. Wykład porównawczy*, Lwów 1924, t. 1, s. 4; Z. Leoński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna...*, s. 9; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie prawo karne*, Warszawa 1995, s. 6; zob. wyrok TK z 8 grudnia 1998 r. (K. 41/97), OTK 1998/7, s. 656 – podaję za: E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*

¹²² W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1986, s. 17.

¹²³ M. Cieślak, *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1990, s. 22.

odpowiedzialność na zasadzie winy¹²⁴. Istotnym problemem jest ustalenie, jaki jest zakres pojęciowy określenia „odpowiednie stosowanie”. Sąd Najwyższy, orzekając jako Sąd Dyscyplinarny, wskazał, że odpowiednie stosowanie przepisów kodeksu postępowania karnego oznacza nakaz posłużenia się analogią z ustawy jako sposobem stosowania prawa w wypadkach wskazanych przez przepis odsyłający¹²⁵. Stosowanie to może nastąpić w trzech formach: zastosowanie wprost konkretnego przepisu kodeksu postępowania karnego, zastosowanie przepisu kodeksu postępowania karnego z odpowiednimi modyfikacjami, odmowa zastosowania przepisu kodeksu postępowania karnego ze względu na określone różnice¹²⁶. Chociaż najczęściej będzie miała zastosowanie ta druga forma, ważne jest, że również odmowa zastosowania przepisu kodeksu postępowania karnego jest sposobem ich „odpowiedniego” stosowania. Trzeba przy tym podkreślić, że nakaz odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu postępowania karnego w postępowaniu dyscyplinarnym nie przekształca tego postępowania w postępowanie karne. Przepisy Kodeksu postępowania karnego mają być stosowane z uwzględnieniem specyfiki postępowania dyscyplinarnego¹²⁷. Niemniej jednak, w postępowaniu dyscyplinarnym muszą być zachowane wysokie standardy ochrony praw jednostki, a postępowanie powinno być przeprowadzone rzetelnie, tym bardziej, że orzeczenia sądu dyscyplinarnego są poddawane kontroli sądowej. Zastosowanie znajdują również przepisy prawa karnego materialnego, a konkretnie – przepisów Kodeksu karnego. Analiza cech postępowania dyscyplinarnego i zasad odpowiedzialności dyscyplinarnej pozwala na przyjęcie wniosku, że w postępowaniu dyscyplinarnym mają również zastosowanie (odpowiednie) przepisy części ogólnej Kodeksu karnego. Po pierwsze, istotne znaczenie ma przynależność zarówno prawa karnego, jak i prawa dyscyplinarnego do rodzajowych odmian tzw. prawa represyjnego. Nie ulega przy tym wątpliwości, że pewne reguły prawa represyjnego są wspólne dla wszystkich dziedzin, które je tworzą. Po drugie, ustawodawca przesądził o konieczności stosowania także przepisów prawa materialnego

¹²⁴ Zob. L. Gardocki, *Prawnokarna problematyka sędziowskiej odpowiedzialności dyscyplinarnej*, w: *Przestępstwo – kara – polityka kryminalna. Problemy tworzenia i funkcjonowania prawa. Księga jubileuszowa z okazji 70 rocznicy urodzin Profesora T. Kaczmarka*, red. J. Giezek, Wrocław 2006.

¹²⁵ M. Hauser, *Przepisy odsyłające. Zagadnienia ogólne*, „Przegląd Legislacyjny” 2003, nr 4, s. 88–89.

¹²⁶ Wyrok SN z 5 listopada 2003 r. (SNO 67/03), „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Sądu Dyscyplinarnego” 2003, nr 2, s. 68.

¹²⁷ Podaję za: E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*

poprzez uregulowanie w ustawach korporacyjnych katalogu kar dyscyplinarnych, mimo że nie ma w nich definicji deliktu dyscyplinarnego. Wprowadzenie katalogu kar dyscyplinarnych gwarantuje przestrzeganie w postępowaniu dyscyplinarnym podstawowych gwarancji związanych z wyrażoną bezpośrednio tylko w prawie karnym zasadą *nulla poena sine lege*¹²⁸. Wreszcie, również Sąd Najwyższy jest zdania, że w postępowaniu dyscyplinarnym konieczne jest stosowanie przepisów Kodeksu karnego. W uchwale z 30 września 2003 r. wskazał, że „w toku postępowania dyscyplinarnego należy sięgać – na zasadzie analogii *iuris* – do rozwiązań przewidzianych w kodeksie karnym”, co wynika z wyrażonej w art. 2 § 1 pkt 1 k.p.k. zasady trafnej reakcji. Wymaga ona, by do odpowiedzialności dyscyplinarnej pociągnięto osobę, która dopuściła się przewinienia, i aby trafnie orzeczono wobec niej przewidziane prawem środki. Funkcjonowanie tej zasady uzależnione jest od konieczności respektowania w postępowaniu dyscyplinarnym naczelných reguł prawa karnego materialnego. Wyodrębnienie jednolitych kryteriów zastosowania konkretnego przepisu kodeksu postępowania karnego w postępowaniu dyscyplinarnym w odpowiedniej formie wyraża uchwała Sądu Najwyższego, zgodnie z którą odpowiednie stosowanie oznacza respektowanie reguł wyrażonych w przepisach stanowiących zakres odniesienia, tj. normujących dane zagadnienie¹²⁹. Jak wspomniano powyżej, odpowiednie stosowanie polega zarówno na „użyciu” konkretnego przepisu kodeksu postępowania karnego i zastosowaniu go po dokonaniu pewnych modyfikacji, jak i na odmowie jego zastosowania. Zastosowanie wprost, bez konieczności przeprowadzania jakichkolwiek operacji modyfikacyjnych, obejmuje przede wszystkim te czynności postępowania dyscyplinarnego, które są identyczne z czynnościami postępowania karnego. Dotyczy to czynności dowodowych takich jak przesłuchanie świadka, oględziny, dowód z dokumentu, konfrontacja pomiędzy świadkami¹³⁰, okazanie rzeczy lub osoby. Konieczne jest jednak podkreślenie, że nie każda czynność dowodowa może być zastosowana w ten sposób lub w ogóle zastosowana (np. sekcja zwłok).

¹²⁸ Ibidem.

¹²⁹ Uchwała SN z 30.09.2003 r. (I KZP 23/03), OSP 2003, nr 3, poz. 40.

¹³⁰ Konfrontacja pomiędzy obwinionym a świadkiem czy między obwinionymi oczywiście jest także możliwa, jednak nie mamy tu do czynienia z zastosowaniem przepisu kodeksu postępowania karnego wprost, lecz z modyfikacją polegającą na zastąpieniu w normie prawa karnego procesowego słowa „oskarżony” słowem „obwiniony” i w konsekwencji przeprowadzeniu konfrontacji z udziałem obwinionego jako strony postępowania dyscyplinarnego.

Podsumowując, zastosowanie przepisu Kodeksu postępowania karnego z odpowiednimi modyfikacjami ma miejsce przede wszystkim, gdy dotyczy naczelnych zasad procesu karnego (np. przewidziane są w Kodeksie postępowania karnego czynności mogące mieć zastosowanie w postępowaniu dyscyplinarnym, ale dotyczące uczestnika procesu karnego występującego tylko w postępowaniu karnym; modyfikacja polegać będzie na zastąpieniu podmiotu wskazanego w przepisie kodeksu postępowania karnego uczestnikiem postępowania dyscyplinarnego). Natomiast, niedopuszczalność adaptacji konkretnego przepisu Kodeksu postępowania karnego do postępowania dyscyplinarnego może wynikać z jego bezprzedmiotowości, a mianowicie gdy przepis kodeksu postępowania karnego dotyczy kwestii niemającej w ogóle zastosowania w postępowaniu dyscyplinarnym (np. przekazanie i przejęcie ścigania karnego, europejski nakaz aresztowania); jego całkowitej sprzeczności z przepisami przewidzianymi dla postępowania dyscyplinarnego¹³¹ (np. regulacje określające formę decyzji procesowej organu orzekającego w sprawach dyscyplinarnych); zupełności regulacji ustawy normującej postępowanie dyscyplinarne, przez co nie zachodzi konieczność uzupełnienia ich normami kodeksowymi; charakteru norm prawnych zawartych w Kodeksie postępowania karnego; dotyczy to tych przepisów, które przewidują instytucje prawne ingerujące w sferę praw i wolności człowieka (np. przeszukanie, kontrola korespondencji, podsłuch, środki przymusu). Niemniej jednak, w postępowaniach dyscyplinarnych bezwzględnie powinny mieć zastosowanie jedynie przepisy działu I k.p.k. regulujące problematykę naczelnych zasad procesu karnego oraz cztery pierwsze rozdziały działu V k.p.k., odnoszącego się do dowodów, a mianowicie: rozdział 19 „Przepisy ogólne”, rozdział 20 „Wyjaśnienia oskarżonego”, rozdział 21 „Świadkowie”, rozdział 22 „Biegli, tłumacze, specjaliści”. Uzupełnienie regulacji ustaw zawodowych o wskazane powyżej przepisy Kodeksu postępowania karnego jest całkowicie wystarczające zarówno dla zabezpieczenia celów postępowania dyscyplinarnego, w tym dojścia do prawdy materialnej, jak i dla skutecznej ochrony praw uczestników tego postępowania¹³².

¹³¹ J. Nowacki, *Odpowiednie stosowanie przepisów prawa*, „Państwo i Prawo” 1964, nr 3, s. 370–371.

¹³² Podaję za: E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa...*

Rozdział II

Odpowiedzialność zawodowa lekarza i lekarza dentysty

1. Uwagi ogólne

Zakres przedmiotowy czynności zawodowych lekarza i lekarza dentysty definiowany jest jako wykonywanie czynności polegających na rozpoznawaniu chorób, leczeniu chorych, zapobieganiu szerszenia się chorób oraz na wydawaniu orzeczeń lekarskich. Zgodnie z przepisem art. 2 u.z.l. zawód ten polega przede wszystkim na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które następnie zostały przez ustawodawcę przykładowo określone jako: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Z kolei w przypadku lekarzy dentystów wykaz ich czynności zawodowych obejmuje udzielanie świadczeń, ale jedynie w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Zbiór czynności mieszczących się w pojęciu zawodu lekarza/lekarza dentysty jest poszerzony w kolejnych ustępach powołanego artykułu. Wynika z nich, że wykonywanie wspomnianych zawodów polega także na:

- prowadzeniu prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia,
- nauczaniu zawodu lekarza/lekarza dentysty,
- kierowaniu podmiotem leczniczym,
- zatrudnieniu w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub w urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Z powyższych unormowań można więc wywieść, że zawód lekarza nie ogranicza się jedynie do czynności leczniczych, lecz obejmuje także działalność administracyjną (w szczególności w zakresie wydawania orzeczeń lekarskich, np. aktu zgonu)¹, naukową, zarządczą oraz choćby zatrudnienie w organach władzy publicznej sprawującej nadzór nad podmiotami leczniczymi.

Samo realizowanie czynności, o których mowa w art. 2 u.z.l., nie przesądza naturalnie o zakwalifikowaniu takiej aktywności do wykonywania zawodu lekarza. Z podanych definicji wynika bowiem, że konieczne jest posiadanie odpowiedniego wykształcenia i kwalifikacji. W odniesieniu do omawianych grup zawodowych taki wymóg został podkreślony w powołanym art. 2 u.z.l., który stanowi, że osoba musi mieć „wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami”. Podobne rozwiązanie zostało zawarte w art. 17 ust. 1 u.d.l. Zgodnie z tym przepisem podmiot leczniczy jest zobowiązany zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny. Z kolei art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l. zawiera definicję legalną pojęcia „osoba wykonująca zawód medyczny”, według której jest to osoba między innymi legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Warunkiem wykonywania omawianych zawodów jest więc zdobycie odpowiedniego wykształcenia i nabycie umiejętności praktycznych. Stąd też ustawodawca wprowadził, jako jedną z przesłanek uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry, konieczność ukończenia określonych studiów wyższych i potwierdzenia tego faktu niezbędnymi dokumentami (art. 5 ust. 1 pkt 2 u.z.l.).

2. Lekarz i lekarz dentysta jako zawody zaufania publicznego

Polski ustawodawca nie zdefiniował pojęcia zawodu zaufania publicznego, aczkolwiek termin ten występuje w aktach prawnych. Przede wszystkim posłużył się nim prawodawca w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, który dopuszcza możliwość tworzenia samorządów zawodowych, reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego. Problematyka ta była przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego,

¹ Por. E. Zielińska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014, s. 50.

który w kontekście art. 17 Konstytucji RP kilkakrotnie wskazywał uwarunkowania cechujące zawody tego typu. W wyroku z 7 maja 2002 r., SK 20/00², wymienił następujące elementy składowe tego pojęcia: 1) zawód ten polega na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich; 2) wiąże się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i jest zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi; 3) wykonywanie takiego zawodu określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej lub szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji. Z kolei w wyroku z 18 lutego 2004 r., P 21/02³, Trybunał Konstytucyjny podniósł, że taki zawód musi cieszyć się realnym zaufaniem publicznym. Jest ono zaś kształtowane wieloma czynnikami, takimi jak „[...] przekonanie o zachowaniu przez wykonującego ten zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz wiara w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu”. Ponadto od osób realizujących takie zawody wymaga się nie tylko profesjonalnego przygotowania i doświadczenia, lecz także dyskrecji oraz taktu i kultury osobistej. Jako podsumowujący dorobek orzecniczy Trybunału Konstytucyjnego w omawianym zakresie można podać wyrok z 2 lipca 2007 r., K 41/05⁴, w którym Trybunał uznał, że zawody zaufania publicznego posiadają następujące cechy:

- a) szczególną doniosłość prawidłowego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania – istotnego z racji znaczenia, jaką dana dziedzina społecznej aktywności zawodowej odgrywa w społeczeństwie, oraz z racji konieczności zapewnienia ochrony gwarantowanych Konstytucją praw podmiotowych jednostki; b) powierzanie w warunkach wysokiego zaufania uprawiającym taki zawód informacji osobistych i dotyczących życia prywatnego osób korzystających z ich usług; c) uznawanie tych informacji za tajemnicę zawodową, która nie może być ujawniona; d) objęcie osób dysponujących taką tajemnicą – w wypadku możliwości naruszenia istotnych dóbr jednostki w razie jej ujawnienia – immunitetem zwalniającym je od odpowiedzialności karnej za nieujawnienie informacji; e) korzystanie ze świadczeń tych zawodów często w razie nastąpienia realnego albo choćby potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczególnym charakterze (np. życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię); f) niepodleganie

² OTK-A 2002/3, poz. 29.

³ OTK-A 2004/2, poz. 9.

⁴ OTK-A 2007/7, poz. 72.

regułom hierarchii urzędniczej; g) występowanie sformalizowanej deontologii zawodowej oraz rękojmnia należytego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania zawodu, gwarantowana z jednej strony przez wysokie bariery dostępu do wykonywania każdego z zawodów zaufania publicznego, obejmujące nie tylko wymóg ukończenia odpowiedniego szkolenia, lecz również reprezentowanie odpowiedniego poziomu etycznego, z drugiej – sprawowaną w interesie publicznym pieczę organów samorządu zawodowego.

Podobnie termin ten jest postrzegany w piśmiennictwie. Zawód lekarza charakteryzuje się świadczeniem ludziom pomocy w okolicznościach, w których dochodzi do zagrożenia ich dóbr mających doniosłe znaczenie zarówno w ich subiektywnym przekonaniu, jak i ujęciu społecznym. Stąd też wykonywanie takiego zawodu traktowane jest jako pewna funkcja publiczna. Ponadto, według autora, realizacja takiego zawodu połączona jest z przyjmowaniem informacji poufnych, często wręcz intymnych. Od przedstawicieli tych profesji wymaga się więc zachowania tajemnicy. Zawody te są zorganizowane w korporacje samorządowe, które sprawują nad nimi pieczę i dbają o przestrzeganie przez swych członków ustalonych reguł etyki zawodowej. Ostatecznie P. Sarnecki podsumowuje, że jest to zawód, przy wykonywaniu którego „w szczególnym natężeniu potrzebne jest zagwarantowanie zaufania usługobiorcy do świadczącego usługi”⁵.

Z kolei J. Smarż do wymienionych atrybutów zawodu zaufania publicznego dodaje jeszcze konieczność jego osobistego wykonywania przez osoby mające wysokie kwalifikacje, sprawdzone w procesie dopuszczania do zawodu. Ponadto taka profesja powinna charakteryzować się pewnym etosem, niemalże misyjnością. Realizacja takiego zawodu skutkuje powstaniem szczególnej więzi zaufania między świadczącym usługi a jego świadczeniobiorcą. Reprezentanci takiej profesji powinni wykonywać swe zadania według określonych reguł, których naruszenie może prowadzić do poniesienia odpowiedzialności dyscyplinarnej. Charakterystyczna jest również przynależność do samorządu zawodowego⁶.

W podobnym tonie wypowiadają się również inni przedstawiciele doktryny. Przykładowo A. Biereć akcentuje potrzebę obdarzenia takiego zawodu zaufaniem

⁵ P. Sarnecki, *Glosa do wyroku SN z 29.05.2001 r., I CKN 1217/98*, „Palestra” 2002, nr 5–6, s. 187–188.

⁶ J. Smarż, *Definiowanie pojęcia „zawód zaufania publicznego”*, „Studia Prawnicze” 2012, nr 3, s. 147.

społecznym, które kształtuje się w oparciu o etos zawodowy związany z tradycją i misją takiej profesji⁷. Natomiast P. Winczorek podkreśla osobisty charakter świadczenia usług przez osobę wykonującą omawiany zawód⁸. Nie dokonując dalszego przeglądu stanowisk przedstawicieli nauki w tym obszarze, można przeanalizować zawody lekarza i lekarza dentysty pod względem spełnienia przesłanek warunkujących zawód zaufania publicznego. Na wstępie należy przyjąć, że dla zaliczenia danej profesji do prezentowanej kategorii nie ma znaczenia, czy została ona tak zdefiniowana w ustawie. Zawód ma walor zaufania publicznego, jeśli jest wyposażony w wymienione atrybuty⁹. Ustalenie to jest istotne z punktu widzenia zawodów lekarza i lekarza dentysty, gdyż – jak wspomniano – akty korporacyjne dotyczące tych profesji nie określają takiego ich charakteru. Opierając się na takim założeniu, można podjąć próbę oceny pod tym względem profesji lekarskich.

3. Kwalifikacje i wykonywanie zawodu

Zgodnie z treścią ustawy z 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 polegających na: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Przy czym ustawodawca sprecyzował, że wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń określonych powyżej, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych, lecz w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarz dentysta może udzielać świadczeń zdrowotnych przypisanych lekarzowi (podkreślić należy, że ilekroć w przepisach

⁷ A. Biereć, *Sytuacja prawna przedsiębiorcy*, [w:] M. Bączyk, A. Biereć, K. Kruczałak, R. Mastalski, M. Tarska, K. Piasecki, A. Szajkowska, *Podstawy prawa przedsiębiorstw*, Warszawa 1999, s. 72.

⁸ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000, s. 30.

⁹ Por. J. Smarż, *Definiowanie...*, s. 127.

ustawy jest mowa o lekarzu bez bliższego określenia, rozumie się przez to również lekarza dentystę).

Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także: 1) prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia; 2) nauczanie zawodu lekarza; 3) kierowanie podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r., poz. 799); 4) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 i 858), urzędach te podmioty obsługujących lub urzędach i instytucjach, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; 5) zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o której mowa w art. 1 pkt 6a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jak już wspomniano, zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma 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. Przepis ten normuje podstawowe zasady dotyczące wykonywania zawodu lekarza, a w tym podejmowania czynności medycznych związanych z diagnostyką, leczeniem i zachowywaniem zdrowia pacjentów. Zgodnie z powołanym przepisem lekarz, wykonując wskazane czynności medyczne, powinien stosować aktualną wiedzę medyczną w połączeniu z dostępnymi mu metodami i środkami. Oznacza to, że stosowanie nieaktualnych metod diagnostycznych czy terapeutycznych jest niezgodne z obowiązującym prawem i powoduje odpowiedzialność lekarza za wyrządzone w związku z takim działaniem szkody¹⁰. Natomiast do stosowania metod zgodnych z aktualną wiedzą medyczną konieczne jest ustawiczne kształcenie się lekarzy, zdobywanie

¹⁰ Sąd Okręgowy w Katowicach w wyroku z 17 grudnia 2003 r., II C 844/01/5 (głosa M. Nesterowicza, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, s. 342) orzekł, że: „Postępowanie personelu medycznego związane z porodem, niezgodne z ogólnym postępowaniem medycznym, jest bezprawne. Winą lekarza jest stosowanie zarzuconej metody leczenia, co powoduje szkodę lub ją powiększa”.

nowej wiedzy, doświadczenia i doskonalenia umiejętności. Korzystanie z aktualnej wiedzy i nowoczesnych środków uzależnione jest jednak od okoliczności, na które mogą mieć wpływ przeszkody zarówno subiektywne, jak i obiektywne¹¹. Stosowanie przez lekarza zasad etyki zawodowej odnosi się przede wszystkim do powołanego Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz innych norm, które stanowią etyczne wzorce zachowania. Określona w powołanym przepisie należyta staranność wykonywania zawodu lekarza oznacza co najmniej staranność unormowaną w art. 355 k.c., czyli staranność wymaganą w stosunkach danego rodzaju¹². Orzecznictwo sądowe i doktryna stoją na stanowisku, że staranność, jaką powinni się wykazać lekarze wykonujący swój zawód, musi być szczególnie wysoka¹³.

Zawód lekarza może wykonywać wyłącznie osoba, której przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentystry. Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu osobie, która: 1) jest obywatelem polskim lub obywatelem innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej; 2) posiada: a) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie co najmniej sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim, obejmujących co najmniej 5700 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym dwusemestralnego praktycznego nauczania klinicznego na 6. roku studiów, lub dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie co najmniej pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie kliniczne na 5. roku studiów i co najmniej 5000 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych

¹¹ Tak też orzekł Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, LexPolonica nr 373720, LexisNexis nr 373720; zob. też *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiełło, Warszawa 2015, s. 15], stwierdzając, że: „Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym”.

¹² *Ustawa...*, red. L. Ogiełło, s. 15–16.

¹³ W tym kontekście należy zacytować M. Nesterowicza (*Prawo medyczne*, Toruń 2000, s. 43): „Wzorcem, do którego należy sięgać, jest w odniesieniu do lekarza wzorzec »dobrego fachowca«. Przyjmuje się pewien poziom fachowości, poniżej którego postępowanie lekarza należy oceniać ujemnie. Nie zawsze jednak to wystarcza. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia, często nieodwracalne”.

i praktycznych, lub b) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., lub dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., lub c) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, wydany przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6b, i towarzyszące mu odpowiednie świadectwo wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 6b, lub d) dyplom lekarza lub lekarza dentystry wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny zgodnie z przepisami o szkolnictwie wyższym i nauce oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, lub e) dyplom lekarza lub lekarza dentystry wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej i świadectwo złożenia Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego, zwanego dalej „LEW”, albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego, zwanego dalej „LDEW”, o których mowa w art. 6c, albo f) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z towarzyszącym mu odpowiednim świadectwem, jeżeli dokumenty te zostały wydane w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej przed dniem 1 stycznia 2021 r. i przed dniem 1 stycznia 2021 r. były wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 6b; 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 4) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry; 5) wykazuje nienaganną postawę etyczną. Lekarz, który uzyskał prawo wykonywania zawodu, podlega wpisowi do rejestru prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską. Jeżeli jednak okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza, powołuje komisję złożoną z lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, która wydaje opinię o przygotowaniu zawodowym tego lekarza. Okręgowa rada lekarska

na podstawie opinii powołanej komisji może zobowiązać lekarza do odbycia uzupełniającego przeszkolenia. Zainteresowany lekarz jest uprawniony do uczestnictwa w posiedzeniu okręgowej rady lekarskiej w czasie rozpatrywania jego sprawy. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii okręgowa rada lekarska zamiast zobowiązania do odbycia uzupełniającego przeszkolenia może nałożyć na lekarza albo lekarza dentystę obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty, w miejscu, w którym wykonuje on zawód w dniu nałożenia tego obowiązku, przez okres niezbędny do uzupełnienia przygotowania zawodowego. Lekarz ma obowiązek stawienia się przed komisją, która ma wydać orzeczenie w jego sprawie. W razie nieusprawiedliwionego niestawiania się lekarza przed komisją lub uchylania się od uczestnictwa w przeszkoleniu okręgowa rada lekarska obligatoryjnie podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarzowi prawa wykonywania zawodu lub o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia. Okręgowa rada lekarska ustala tryb, miejsce i program przeszkolenia, a koszty tego przeszkolenia ponosi lekarz. Drugą sytuacją, w której okręgowa rada lekarska będzie miała wpływ na prawo lekarza do wykonywania przez niego zawodu, jest sytuacja opisana w art. 12 uzlild, który stanowi, że jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu lekarza, powołuje komisję złożoną z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny. Komisja ta wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych, a lekarz ma obowiązek się przed taką komisją stawić i poddać niezbędnym badaniom. Okręgowa rada lekarska na podstawie orzeczenia komisji może podjąć uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności medycznych na okres trwania niezdolności. Zainteresowany lekarz jest uprawniony do uczestnictwa w posiedzeniu okręgowej rady lekarskiej w czasie rozpatrywania jego sprawy. Jeżeli jednak lekarz odmawia poddania się badaniu przez komisję lub gdy okręgowa rada lekarska na podstawie wyników postępowania wyjaśniającego uzna, że dalsze wykonywanie zawodu lub ściśle określonych czynności medycznych przez lekarza grozi niebezpieczeństwem dla osób przez niego leczonych, okręgowa rada lekarska

podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarza w prawie wykonywania zawodu albo o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia postępowania. Lekarz, w stosunku do którego podjęto uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub ograniczeniu wykonywania określonych czynności medycznych, może wystąpić do okręgowej rady lekarskiej o uchylenie uchwały, jeżeli ustaną przyczyny zawieszenia lub ograniczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie sześciu miesięcy od podjęcia uchwały okręgowej rady lekarskiej. Opisane powyżej postępowania – o obowiązkowym przeszkoleniu lekarza oraz o uznaniu lekarza za niezdolnego do wykonywania zawodu – są poufne.

Lekarz może utracić prawo wykonywania zawodu z mocy prawa oraz na skutek postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej – co zostanie omówione poniżej. Natomiast lekarz traci prawo wykonywania zawodu lekarz z mocy prawa w przypadku: 1) utraty obywatelstwa polskiego lub innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, jeżeli nie nabył równocześnie obywatelstwa innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej; 2) ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego; 3) upływu czasu, na jaki zostało przyznane.

Jeżeli natomiast chodzi o obowiązki lekarza, to po pierwsze ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry zakłada ustawiczny rozwój lekarza, tj. branie udziału w stażu podyplomowym, który obejmuje doskonalenie umiejętności praktycznych oraz pogłębienie wiedzy teoretycznej w dziedzinach medycyny wskazanych w programie stażu (lekarze – np. z zakresu chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, a lekarze dentyści – np. z zakresu chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej), a także pogłębienie wiedzy z zakresu: komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, zdrowia publicznego, w tym profilaktyki szczepień ochronnych, orzecznictwa lekarskiego oraz prawa medycznego, w tym bioetyki.

Kolejne zasady, a przede wszystkim obowiązki lekarza zostały opisane także w rozdziale 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Po pierwsze, 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. Po drugie, lekarz ma obowiązek udzielenia przystępnej informacji pacjentowi (lub jego ustawowemu przedstawicielowi) o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo

zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Udzielanie takich informacji innym osobom powinno być poprzedzone uzyskaniem zgody pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma jednak obowiązku udzielać pacjentowi powyższych informacji, respektując jego prawo do bycia niepoinformowanym o swojej sytuacji zdrowotnej. Ponadto w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Obowiązki lekarza, opisane powyżej, dotyczą także pacjentów, którzy ukończyli 16 lat. Jeżeli natomiast pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r., poz. 581). Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.

W parze z obowiązkiem informacyjnym wobec pacjenta idzie również obowiązek uzyskania od pacjenta zgody, i to świadomej. Zatem lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli taka osoba jest w stanie z rozeznanie wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. Natomiast jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane. Udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta 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. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w opisanych powyżej okolicznościach lekarz powinien – w miarę możliwości – skonsultować z innym lekarzem i opisać te okoliczności w dokumentacji medycznej pacjenta.

Zgoda może być wyrażona w formie ustnej albo poprzez takie zachowanie pacjenta, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry przewiduje jednak, że lekarz powinien uzyskać pisemną zgodę pacjenta na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. W przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody lekarz może udzielić takiego świadczenia po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda. Jeżeli jednak przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza wskazanych powyżej czynności, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Przy czym lekarz może wykonać wymienione powyżej czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania 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, a o wykonywanych czynnościach niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. Lekarz ma obowiązek opisać wszelkie zaistniałe okoliczności w dokumentacji medycznej.

Lekarz ma również prawo do zmiany zakresu operacji bez zgody pacjenta w szczególnie uzasadnionych sytuacjach, a mianowicie 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. W takich przypadkach lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiając uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności, a o zaistniałych okolicznościach lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

Do obowiązków lekarza należy również obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Co więcej, lekarz ma obowiązek dbać, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem tej zasady.

W sytuacji gdy lekarz ma wątpliwości diagnostyczne lub terapeutyczne, z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Obowiązek ten łączy się również z prawem pacjenta do uzyskania dodatkowej opinii dotyczącej zasadności udzielanych mu świadczeń zdrowotnych (art. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Ponadto lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Ponadto lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, przy czym klauzula sumienia nie znajduje zastosowania w przypadkach niecierpiących zwłoki. Lekarz ma obowiązek odnotować fakt powołania się na klauzulę sumienia w dokumentacji medycznej, a jeżeli wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Do obowiązków lekarza należy również obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem

zawodu. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody. Z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej lekarz jest zwolniony, gdy: 1) tak stanowią ustawy; 2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje; 3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób; 4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia; 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu; 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. We wskazanych powyżej sytuacjach zwolnienia z tajemnicy lekarskiej ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. Lekarz jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która to może określić zakres jej ujawnienia, lecz tego zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta lub sprzeciwił się temu pacjent za życia (sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta)¹⁴.

¹⁴ W przypadku sporu między osobami bliskimi w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia, zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 1805 ze zm.), w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub lekarza. Lekarz może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy lekarskiej, o której mowa w ust. 3, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne: 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta; 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem sąd bada: 1) interes

Kolejnym obowiązkiem lekarza, który wybrzmiał już powyżej, jest obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta zgodnie z przepisami ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W zakresie pomocy pacjentowi lekarz może udzielać świadczeń zdrowotnych po uprzednim osobistym zbadaniu lub zbadaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej danej osoby. Bez dokonania badania pacjenta, lekarz może 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. Informacje o wystawieniu recepty zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.

Do uprawnień lekarza należy również stwierdzanie zgonu na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń. W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok (w przypadku podejrzenia udziału osób trzecich). Ponadto lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę, a także na podstawie dokumentacji stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów. Stwierdzenie trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) albo nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów następuje po przeprowadzeniu postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną¹⁵. Stwierdzenie trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów jest równoznaczne ze stwierdzeniem zgonu.

uczestników postępowania; 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem; 3) wolę zmarłego pacjenta; 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

¹⁵ Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii. Nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub pediatrii.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że wykonywanie zawodu lekarza – oprócz klasycznej formy zatrudnienia na podstawie umowy o pracę – może się odbywać również w ramach prowadzenia działalności gospodarczej. Można z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że właśnie jednoosobowa działalność gospodarcza jest formą dominującą – w wielu szpitalach już dzisiaj lekarze wykonują swój zawód na podstawie tzw. kontraktu, czyli umowy, którą związany jest lekarz-przedsiębiorca i szpital prowadzony przez samodzielny zakład opieki zdrowotnej lub spółkę prawa handlowego. Postępująca komercjalizacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z pewnością wpłynie również na kontraktowanie pracy lekarzy. Ustawa o działalności leczniczej w artykule 5 wskazuje następujące formy wykonywania działalności leczniczej jako jednoosobowej indywidualnej działalności gospodarczej: 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 miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. Odpowiedzialność zawodowa lekarza (jak również karna i cywilna) może grozić lekarzowi niezależnie od formy wykonywania zawodu.

Poza obowiązkami nałożonymi na lekarza, wynikającymi z KEL oraz u.z.l., należy wskazać na obowiązki wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zebranie w jednym akcie prawnym katalogu norm ochrony pacjentów skutkowało przede wszystkim wzrostem świadomości, a także stanowi podstawę do podejmowania różnych inicjatyw na rzecz ochrony pacjenta¹⁶. Przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem organów władzy publicznej, NFZ, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Przepis ten wyraźnie określa odpowiedzialność za naruszenie praw pacjenta lekarzy, którzy wykonują zawód w formie umowy o pracę lub indywidualnej praktyki. Do najważniejszych praw pacjenta związanych bezpośrednio z wykonywaniem obowiązków osoby wykonującej zawód

¹⁶ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 33.

lekarza należy: prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, prawo pacjenta do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń w sytuacji ich ograniczenia, prawo pacjenta do żądania, aby lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego zasięgnął opinii innego lekarza albo zwołał konsylium lekarskie, prawo pacjenta do natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, prawo pacjentki do uzyskania wszystkich świadczeń zdrowotnych związanych z porodem, prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przez osoby wykonujące zawód medyczny. W kolejnych rozdziałach ustawy unormowano „Prawo pacjenta do informacji” oraz „Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych”, których realizacja polega na wypełnianiu następujących obowiązków przez personel medyczny, w tym lekarzy – obowiązek: udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta i realizacji prawa do wyrażania zgody na udzielanie takich informacji innym osobom, udzielania dostatecznie wcześniej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia, udzielania informacji o prawach pacjenta, udzielania informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez ten podmiot, zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a w szczególności z jego zdrowiem, które zostały uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Prawa pacjenta związane z wyrażaniem zgody przez pacjenta i warunki, w jakich istnieje odstępstwo od prawa do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zostały unormowane w rozdziale 5 „Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych” i korespondują one z unormowaniami wskazanymi w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Obowiązki lekarza związane z prawem do poszanowania intymności i godności pacjenta są unormowane w rozdziale IV „Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta”. Poszanowanie właśnie tych praw wiąże się ze szczególnym zobowiązaniem do właściwego postępowania lekarzy w trakcie wykonywania zawodu. Zobowiązania lekarzy do odpowiedniego postępowania zostały również zawarte w scharakteryzowanych wcześniej przepisach KEL oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Ponadto w omawianej ustawie określono zakres unormowania dotyczący dokumentacji medycznej – w rozdziale 7 „Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej” uregulowano nie tylko prawo do dostępu pacjenta do dokumentacji medycznej (art. 23 u.p.p.) czy obowiązek podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych do prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 24 u.p.p.), lecz także sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Szczególnym prawem pacjenta jest prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (rozdział 8 u.p.p.). Prawo sprzeciwu wiąże się z ważnym zakresem wykonywania zawodu lekarza, jakim jest określone w art. 2 ust. 1 u.z.l. wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich.

Przechodząc do omówienia odpowiedzialności zawodowej lekarzy, należy podkreślić, że przewinienie zawodowe, za które lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej, może jednocześnie skutkować odpowiedzialnością karną i zawodową. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że: „Przesłanki legalności czynności leczniczych wyznaczają ramy, w jakich działanie lekarza jest zgodne z prawem. Tylko takie działanie lekarza, które spełnia te warunki, nie narusza norm prawa karnego i nie może być uznane za realizację czynu zabronionego”¹⁷. Podobnie, działanie lekarza, które nie jest zgodne z KEL oraz przytoczonymi powyżej przepisami regulującymi wykonywanie zawodu lekarza, jest działaniem stanowiącym podstawę do ponoszenia odpowiedzialności zawodowej i jest nazywane „przewinieniem zawodowym”. Prawidłowa kwalifikacja prawna w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza wymaga wyraźnego wskazania podstawy ustawowej skazania, którą w każdym przypadku będzie art. 53 u.i.l., niezależnie od innych przepisów wchodzących w rachubę jako konkretyzacja ogólnych znamion wskazanych w tym artykule. To jest zupełnie niezbędne minimum procesowe w przypadku wydania orzeczenia skazującego, mające także istotne znaczenie materialnoprawne. Jakikolwiek odstępstwa od tego wymogu są niedopuszczalne nie tylko z uwagi na wyraźne brzmienie ustawy, która wymaga precyzyjnego określenia kwalifikacji prawnej czynu przypisanego obwinionemu, ale przede wszystkim z powodu doniosłej funkcji gwarancyjnej spełnianej przez ten przepis¹⁸.

¹⁷ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 63.

¹⁸ A. Bojańczyk, *O orzeczeniach skazujących w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i obowiązku płacenia składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego lekarzy – uwagi na tle postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r. (sygn. SDI 71/15)*, „Prawo i Medycyna”

Zgodnie z art. 54 u.i.l., postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu. 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. To, że toczy się postępowanie karne o ten sam czyn, a nawet że jego wynik może rzutować na orzekanie przez sąd lekarski, nie stwarza jeszcze dostatecznego powodu, by postanawiać o zawieszeniu, które prowadzi do długotrwałego wstrzymania wszystkich działań procesowych. Taką decyzję usprawiedliwiać mogą tylko szczególne okoliczności, czyniące zawieszenie postępowania celowym, jak np. wyczerpanie realnych możliwości prowadzenia dalszych dowodów, czy też sama specyfika stanu faktycznego nakazująca przypuszczać, że organy izby lekarskiej w ogóle nie zdołają przeprowadzić postępowania samodzielnie. Prawomocny wyrok skazujący jest traktowany jako wiążący dla sądu lekarskiego w tym tylko zakresie, w jakim stwierdza, że wskazana co do tożsamości osoba, we wskazanym miejscu i czasie, popełniła czyn taki, jak przypisano, stanowiący przestępstwo o podanej kwalifikacji prawnej. Uznaje się jedynie efekt wiążący wyroku skazującego: inne orzeczenia sądu karnego mogą najwyżej faktycznie ukierunkowywać dalsze działania sądu lekarskiego¹⁹.

4. Standardy postępowania w wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty

W bardzo ogólnym znaczeniu każdy przepis prawa medycznego wyznacza jakiś standard postępowania; w tym miejscu chodzi jednak o podstawowe wymagania, jakie prawo stawia przed lekarzem w toku wykonywania zawodu, wynikające z art. 4 u.z.l. Przepis ten nie wyznacza celów ani ideałów, lecz najniższy prawnie akceptowalny

2017, nr 1, s. 100–121. Por. A. Skowron, *Samodzielność jurysdykcyjna organów orzekających w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza i lekarza dentysty*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4, s. 85–97.

¹⁹ P. Konieczniak, *O pewnych problemach szczególnych w stosowaniu rozdziału 5 ustawy o izbach lekarskich (odpowiedzialność zawodowa)*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 3–4, s. 130–160.

poziom działań lekarza, innymi słowy – określa granice jego powinności²⁰. Jeśli przy wykonywaniu czynności zawodowych lekarz nie zszedł poniżej owego poziomu, jego postępowanie należy ocenić jako (z punktu widzenia tego przepisu) prawidłowe. Z kolei uchybienie tym powinnościom jest bezprawiem i otwiera, przy spełnieniu pewnych warunków dodatkowych, drogę do obciążenia odpowiedzialnością prawną. Według art. 4 u.z.l. lekarz ma obowiązek wykonywać zawód: 1) zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej; 2) zgodnie z dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania chorobom, rozpoznawania i leczenia chorób; 3) zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz 4) z należytą starannością.

Powyższe kryteria oceny odnoszą się do wszystkich form wykonywania zawodu lekarza wymienionych w art. 2 u.z.l., przede wszystkim do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym nieterapeutycznych. Nie mają zastosowania do działań medycznych innego rodzaju niż świadczenia zdrowotne, gdyż te nie stanowią czynności zawodowych, niezależnie od tego, czy są dozwolone, czy też zabronione. Należy wszakże przyjąć, że także w odniesieniu do nich obowiązuje warunek należytej staranności, co wynika nie z art. 4 u.z.l., lecz „z bardziej ogólnych powinności zachowania zasad ostrożności obowiązujących każdego, kto podejmuje działalność związaną z pewnym ryzykiem”²¹. Ze względu na częściową tylko definicję wykonywania zawodu wszystkie kryteria z art. 4 u.z.l. znajdują natomiast zastosowanie do czynności zawodowych niebędących działaniami medycznymi, a powierzonych lekarzom w przepisach odrębnych²².

W pierwszej kolejności zostanie omówiony wymóg wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Ustawa nie objaśnia pojęcia wskazań. Słowo to w zwykłej polszczyźnie oznacza tyle, co zalecenie lub pouczenie²³. Niektóre słowniki odnotowują też specyficzne znaczenie: „to, co wymaga interwencji lekarskiej lub leczenia farmakologicznego”²⁴; wskazaniem nazywa się powód

²⁰ E. Zielińska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry...*, red. E. Zielińska, s. 75.

²¹ E. Zielińska, [w:] *Ustawa o zawodach...*, red. E. Zielińska, s. 95.

²² Np. wystawienie karty zgonu według ustawy o cmentarzach, decyzja o przymusowym przyjęciu do szpitala psychiatrycznego lub o zastosowaniu przymusu bezpośredniego według ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

²³ *Słownik języka polskiego*, t. IX, red. W. Doroszewski, Warszawa 1967, hasło „wskazanie”, s. 1305.

²⁴ Hasło „wskazanie” w internetowym *Słowniku języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/wskazanie;2537921.html> (dostęp 21.06.2024).

uzasadniający wykonanie pewnej czynności, czyniący ją odpowiednią do danej sytuacji klinicznej²⁵, godną zalecenia lub obowiązkową („konieczną”)²⁶. Są to dwa różne, choć silnie powiązane sposoby użycia słowa „wskazanie”. Medycyna, jak każda działalność o charakterze rzemiosła, opiera się na pewnym zasobie wiedzy, która zakłada określony sposób postępowania, użyteczny dla rozwiązywania jakiegoś typu problemów zdrowotnych. Medycyna w rozumieniu art. 4 u.z.l. jest wiedzą niezbędną w praktyce, której celem jest maksymalizowanie prawdopodobieństwa uzyskania oczekiwanego efektu pozytywnego i minimalizowania prawdopodobieństwa wystąpienia ubocznych skutków niepożądanych; dyrektywy te można nazwać zasadami staranności, które są ogłaszane np. w formie rekomendacji. Zgodnie z art. 4 u.z.l. treść wskazań ma być oparta na wiedzy aktualnej. Nie spełni tego wymagania odwołanie się do praktyki niegdyś poprawnej, która jednak według stanu wiedzy na dziś przestała już taka być²⁷. Dla oceny prawidłowości działania medycznego istotny jest, rzecz jasna, stan wiedzy z czasu, w którym było ono podjęte, a nie z czasu orzekania²⁸. Przesłanki zgodności ze stanem wiedzy lekarz nie spełni nie tylko wtedy, gdy odwoła się do wiedzy przestarzałej, lecz także wtedy, gdy odwoła się do wiedzy opartej na wynikach bez poparcia naukowego, a tym bardziej do zabobonu. Z art. 4 u.z.l. wynika potrzeba aktualizowania przez lekarza posiadanych wiadomości stosownie do zmian stanu nauki (kształcenie ustawiczne). Dla wyjaśnienia należy dodać, że utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na dostatecznym poziomie

²⁵ W tym sensie wskazanie bywa tłumaczone jako „oznaka, symptom lub okoliczność natury medycznej”, która prowadzi do zaordynowania pewnego postępowania; „warunek”, czyniący określony sposób leczenia lub procedurę odpowiednim czy godnym zalecenia, stanowiący powód jej użycia; „podstawą dla wszczęcia” leczenia lub diagnostyki, wyprowadzoną z wiedzy o przyczynie (ang. *causal indication* – wskazanie przyczynowe), obecności symptomów (ang. *symptomatic indication* – wskazanie objawowe) lub natury choroby (ang. *specific indication* – wskazanie szczególne). W dziedzinie farmakologii wskazaniem określa się często jednostkę chorobową, dla leczenia której produkt leczniczy został dopuszczony do obrotu (jednak należy pamiętać, że nie rejestracja, lecz aktualny stan wiedzy determinuje zakres wskazań do użycia leku). Przegląd definicji wskazania – zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „Studia Iuridica” 2008, nr 49, s. 11–12.

²⁶ Ibidem, s. 10–13.

²⁷ E. Zielińska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty...*, red. E. Zielińska, s. 76–77; M. Kopeć, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarzy dentysty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, s. 42 (teza 3); M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie zasad ostrożności jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, s. 46; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 154–157.

²⁸ B. Lewaszekiewicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 124.

w drodze ciągłego kształcenia jest czymś innym niż rozwój zawodowy i podnoszenie tych kwalifikacji (specjalizacje, kursy i inne postaci kształcenia podyplomowego), nawet jeśli w praktyce te procesy edukacyjne mogą się splecać w jedno. Do podnoszenia kwalifikacji odnosi się art. 18 u.z.l., stanowiąc, że lekarz ma „prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego”, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego. W przeciwieństwie do odnawiania kwalifikacji obowiązek ich doskonalenia ma charakter czystej deklaracji tj. uchybienie mu nie wiąże się z żadną reakcją prawa, w szczególności nie istnieje żaden mechanizm odpowiedzialności.

Kolejny element wykonywania zawodu lekarza to należyta staranność, która stanowi pojęcie zaczerpnięte z prawa cywilnego. Nie jest ono w pełni zdefiniowane ustawowo, gdyż kodeks cywilny określa staranność „należyta” (jako „ogólnie wymaganą w stosunkach danego rodzaju” – art. 355 k.c.), lecz pozostawia bez wyjaśnienia sam termin „staranność”. Na gruncie prawa karnego odpowiednikiem należytej staranności jest ostrożność „ogólnie wymagana w danych okolicznościach”, stanowiąca jeden z definicyjnych komponentów nieumyślności (art. 9 k.k.). Oba te pojęcia są pokrewne i można ich używać niemal zamiennie. Według kryterium dostępności lekarz ma wykonywać zawód zgodnie z dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania chorobom, rozpoznawania i leczenia chorób. Dostępność środków jest oceniana z punktu widzenia konkretnego lekarza: chodzi o sposób postępowania możliwy do zrealizowania w danych okolicznościach.

Ponadto warunkiem przynależności do omawianej kategorii zawodowej jest etos, który łączy się z wykonywaniem danej profesji. Umożliwia on bowiem ukształtowanie się wysokiej pozycji społecznej przedstawicieli tych profesji, opartej na uznaniu społecznym. W przypadku lekarzy wymogi w tym obszarze były wprowadzane już do najstarszych aktów deontologicznych, nakazujących „przestrzeganie godności i powagi zawodu lekarskiego”²⁹. Współcześnie warunek ten jest wyartykułowany w przyrzeczeniu lekarskim. Składająca je osoba zobowiązuje się bowiem „strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić”. Ponadto wynika on z art. 1 ust. 2 i 3 KEL. Przepisy te zobowiązują lekarzy do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego, uznając, że naruszeniem godności zawodu jest każde

²⁹ Por. *Uchwały Towarzystwa lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, Warszawa 1975, s. 83.

postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Posiadanie odpowiedniej postawy etycznej jest również konieczne dla uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza. Zgodnie bowiem z art. 5 ust. 1 pkt 5 u.z.l., okręgowa rada lekarska może przyznać takie prawo tylko osobie, która „wykazuje nienaganną postawę etyczną”. W orzecznictwie sądowoadministracyjnym podkreśla się, że kategoria ta powinna być rozumiana w kontekście życia zawodowego, przestrzegania deontologii zawodowej, ale również życia prywatnego, przestrzegania prawa, jak i przestrzegania uznanej powszechnie obyczajowości³⁰. Można bowiem przyjąć, że tylko wówczas przedstawiciel takiej profesji zasłuży na uznanie i szacunek społeczny. „Niezbędny element wykonywania zawodu lekarza stanowi kryterium podwyższonego zaufania, które może zostać spełnione tylko w przypadku szczególnych kwalifikacji osobistych, obywatelskich, etycznych i moralnych”³¹. Niestosowanie się do zasad etyki lekarskiej może być uznane za przewinienie zawodowe, w rozumieniu art. 53 u.i.l., i uzasadniać będzie odpowiedzialność zawodową przed sądem lekarskim. Z powołanych unormowań wynika zatem, że istnieją odpowiednie instytucjonalne mechanizmy, ukierunkowane na kształtowanie wymaganych od lekarzy postaw moralnych i ich egzekwowanie. Postawy te stanowią podwaliny szacunku społecznego i tym samym etosu zawodowego. Jak bowiem pisał A. Gubiński,

obok zastosowania ogólnych norm etycznych społeczeństwo stawia lekarzowi szczególne wymagania dotyczące zarówno wykonywania zawodu, jak i postawy osobistej. Z wykonywaniem pewnych zawodów, a zwłaszcza zawodu lekarza łączy się określony etos, lekarzom przypisuje się pewne posłannictwo³².

5. Kodeks Etyki Lekarskiej

Odpowiedzialność zawodowa jest nieodłącznym elementem ryzyka związanym z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty. Osoby wykonujące zawody

³⁰ Wyrok WSA w Warszawie z 26 kwietnia 2016 r., VII SA/Wa 2871/15, LEX nr 2056039.

³¹ Ibidem.

³² A. Gubiński, *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza*, Warszawa b.d.w., s. 39–40.

zaufania publicznego, w tym lekarze, zobowiązane są do przestrzegania zarówno obowiązującego prawa, jak i uchwał i kodeksów etycznych uchwalanych przez ich samorządy³³. Pieczę nad wykonywaniem zawodu lekarza zgodnie z zasadami etyki zawodowej sprawuje samorząd lekarski.

Naruszenie zasad etyki lekarskiej polega przede wszystkim na złamaniu norm postępowania określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej³⁴. Słusznie zauważa A. Korytkowska, że niedopuszczalne jest stanowisko, zgodnie z którym KEL jest traktowany jako zbiór norm etycznych niepodlegających ocenie w kontekście zgodności z konstytucją, a jednocześnie jest stosowany i oddziałuje jak typowa prawna norma sankcjonowana³⁵. Na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Izb Lekarskich 13–14 grudnia 1991 r. przyjęto Kodeks Etyki Lekarskiej, który następnie znowelizowano 12–14 grudnia 1993 r. na III zjeździe oraz 20 września 2003 r. na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy, następnie 18 maja 2024 r. na Nadzwyczajnym XVI Krajowym Zjeździe Lekarzy uchwalono nowy Kodeks Etyki Lekarskiej, który obowiązuje od 1 stycznia 2025 r. Nowy Kodeks ma na celu uporządkowanie dotychczasowych przepisów, wybrzmienie określonych nakazów i zakazów oraz odniesienie się do nowoczesnych technologii informatycznych.

Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej rozpoczyna się od przyrzeczenia lekarskiego, które nie zmieniło swojej treści:

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.

³³ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 289.

³⁴ Dalej: KEL.

³⁵ A. Korytkowska, *Problem zgodności Kodeksu etyki lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2009, nr 1, www.rpeis.pl (dostęp 18.08.2024).

Nowy KEL, podobnie jak poprzedni, składa się z dwóch części – ogólnej i szczególnej. W części ogólnej wskazano, że: zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych i zobowiązują lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego. Natomiast naruszeniem godności zawodu jest postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Ponadto 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, a 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. Zgodnie z KEL, lekarz wypełnia swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne, orientację seksualną lub inne uwarunkowania – a zatem lekarz nie ma prawa nikogo dyskryminować, udzielając pacjentom świadczeń zdrowotnych. Dla wypełniania swoich zadań lekarz zachowuje swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i aktualną wiedzą medyczną. Ostatnim przepisem w części ogólnej jest art. 5 KEL, w którym wskazano, że samorząd lekarski ma obowiązek czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki oraz zachowaniem godności zawodu przez jego wszystkich członków, a także nad tym, aby przepisy prawa nie były sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej.

Następnie uregulowano część szczegółową, która dzieli się na poszczególne rozdziały, organizujące przepisy tematycznie. Rozdział I reguluje zagadnienie postępowania lekarza wobec pacjenta:

1. Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych pacjentowi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami niezwyfikowanymi naukowo lub uznymi przez naukę za szkodliwe bądź bezwartościowe.
2. W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od sprawowania opieki nad pacjentem, z wyjątkiem przypadków, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby zagrażać życiu lub spowodować znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie. Nie podejmując albo odstępując od

sprawowania opieki nad pacjentem, lekarz wskazuje pacjentowi inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

3. Lekarz przeprowadza i dokumentuje postępowanie diagnostyczne, lecznicze lub zapobiegawcze z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, poświęcając temu niezbędny czas.
4. Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera taką formę konsultacji (w szczególności wizyta stacjonarna, teleporada), która zapewnia pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej.
5. Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje kompetencje zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa jego kompetencje, wówczas winien się zwrócić do innego bardziej kompetentnego lekarza. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu pacjenta.
6. Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem.
7. Lekarz może w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym korzystać z algorytmów sztucznej inteligencji przy spełnieniu następujących warunków: poinformowania pacjenta, że przy stawianiu diagnozy lub w procesie terapeutycznym będzie wykorzystana sztuczna inteligencja; uzyskania świadomej zgody pacjenta na zastosowanie sztucznej inteligencji w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym; zastosowania algorytmów sztucznej inteligencji, które są dopuszczone do użytku medycznego i posiadają odpowiednie certyfikaty; ostateczną decyzję diagnostyczną i terapeutyczną zawsze podejmuje lekarz.

W rozdziale I uregulowano również kwestię poszanowania praw pacjenta:

8. Lekarz życzliwie i kulturalnie traktuje pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Relacje między lekarzem a pacjentem opierają się na ich wzajemnym szacunku i zaufaniu z poszanowaniem prawa pacjenta do wyboru lekarza.
9. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Lekarz ma

obowiązek poinformować pacjenta o korzyściach i ryzyku proponowanych działań diagnostycznych i leczniczych, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.

10. Lekarzowi nie wolno wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.
11. Lekarzowi wolno wszcząć postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody, lekarz ma obowiązek uzyskać zgodę osoby upoważnionej lub sądu. W przypadku osoby niepełnoletniej lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę odpowiednio do jej wieku i dojrzałości. Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze bez zgody pacjenta jest dopuszczalne tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Badanie bez wymaganej zgody pacjenta lekarz może przeprowadzić również na zlecenie organu lub instytucji upoważnionej do tego z mocy prawa, o ile nie stwarza ono nadmiernego ryzyka zdrowotnego dla pacjenta. W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie lekarz ma obowiązek nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską w zakresie, na jaki pacjent wyraża zgodę. Po odzyskaniu przez pacjenta zdolności do podejmowania decyzji lekarz musi uzyskać jego świadomą zgodę na dalsze leczenie. Zgoda oraz ewentualny sprzeciw, o których mowa w ust. 1–2, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez lekarza albo brak takiej woli.
12. Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób odbywa się za zgodą pacjenta. W przypadku pacjenta niepełnoletniego lekarz ma obowiązek informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego z poszanowaniem prawa do intymności i godności pacjenta. W przypadku pacjenta nieprzytomnego lekarz udziela niezbędnych informacji osobie uprawnionej.
13. W razie niepomysłnej dla pacjenta prognozy lekarz ma obowiązek poinformować o niej pacjenta z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać pacjentowi przekazana tylko w przypadku, jeśli

w ocenie lekarza jej ujawnienie spowoduje szczególne cierpienie pacjenta lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa, jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz musi udzielić pełnej informacji.

14. Na życzenie pacjenta oraz w razie wątpliwości diagnostycznych lub leczniczych lekarz powinien w miarę możliwości umożliwić pacjentowi konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za opiekę nad pacjentem odpowiada lekarz prowadzący leczenie.
15. W trakcie leczenia szpitalnego lekarz powinien umożliwić pacjentowi korzystanie z opieki rodziny lub przyjaciół, a także umożliwić kontakt z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich pacjenta wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie pacjenta.
16. Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy.
17. W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia lekarz ma obowiązek poinformować o tym pacjenta oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw.
18. W przypadkach wymagających diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich oczekujących pacjentów, lekarz powinien ustalić kolejność udzielania świadczeń na podstawie kryteriów medycznych.

Następnie uregulowano kwestię tajemnicy lekarskiej:

19. Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte informacje związane z pacjentem uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.
20. Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.
21. Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić: gdy pacjent wyrazi na to zgodę, jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

22. Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania, pozostają objęte tajemnicą lekarską.
 23. Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.
 24. Lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy powinno obejmować wyłącznie informacje w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych. Lekarz ma obowiązek czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego.
 25. Lekarz i współpracujące z nim osoby są obowiązane do zapewnienia poufności informacji zawartych w materiale genetycznym pacjentów i ich rodzin.
- Następnie uregulowano zagadnienie pomocy chorym w stanach terminalnych:
26. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jak najwyższą jakość kończącego się życia.
 27. Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.
 28. Lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym. Decyzja o zaprzestaniu resuscytacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych. Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta.

Kolejnym zagadnieniem uregulowanym w rozdziale I nowego KEL jest zagadnienie transplantacji:

29. Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.
30. Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgu, winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek lub narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione.
31. Lekarzowi nie wolno przyjmować korzyści majątkowych lub osobistych za pobierane lub przeszczepiane komórki, tkanki lub narządy.
32. Pobranie komórek, tkanek lub narządów od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko od osoby pełnoletniej za jej pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu jej o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne. Pobranie szpiku od dziecka jest dozwolone za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku osoby niepełnoletniej, o ile jest ona zdolna do wyrażania świadomej zgody, powinno się uzyskać również jej zgodę.

Przedostatnią kwestią uregulowaną w rozdziale I jest kwestia prokreacji:

33. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży, lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie nienarodzonego dziecka. Lekarz ma obowiązek udzielać zgodnych z aktualną wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność i mechanizm działania. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii prenatalnej. Przekazując powyższe informacje, lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań prenatalnych.
34. Lekarzowi nie wolno uczestniczyć, asystować lub udzielać wsparcia w wykonywaniu procedur klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych.

Ostatnia kwestia uregulowana w rozdziale I to kwestia prowadzenia przez lekarza dokumentacji medycznej:

35. Lekarz ma obowiązek w rzetelny i staranny sposób prowadzić dokumentację medyczną. Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji.
36. Lekarz wystawia zaświadczenie lub inny dokument medyczny w sposób umożliwiający identyfikację autora. Treść dokumentu musi być zgodna z wiedzą i kompetencjami lekarza oraz powinna zawierać rzetelne informacje o stanie zdrowia pacjenta. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.

Następnie, w rozdziale II, uregulowano kwestię stosunku lekarza do badań naukowych i eksperymentów biomedycznych:

1. Lekarz przeprowadzający badania naukowe, a w szczególności eksperymenty medyczne, ma obowiązek przestrzegać zasad etyki badań naukowych.
2. Lekarzowi wolno przeprowadzać eksperymenty medyczne z udziałem człowieka, o ile służą one poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w eksperymencie lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy medycznej lub pozwalające doskonalić metody diagnostyczne lub terapeutyczne. Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy ma obowiązek ustalić, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem.
3. Lekarz ma obowiązek uzyskać świadomą zgodę potencjalnego uczestnika eksperymentu medycznego na udział w nim po uprzednim poinformowaniu uczestnika o wszystkich aspektach eksperymentu, które mogą go dotyczyć, oraz o prawie do wycofania się z udziału w eksperymencie w każdym czasie. Osoba wyrażająca zgodę na udział w eksperymencie nie może czynić tego pod wpływem zależności od lekarza czy pozostawania pod jakąkolwiek presją. Lekarzowi nie wolno prowadzić eksperymentów badawczych z udziałem osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności.
4. W przypadku pacjenta niezdolnego do udzielenia świadomej zgody na udział w eksperymencie medycznym lekarz uzyskuje pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego pacjenta lub sądu. Warunkiem niezbędnym podjęcia eksperymentu medycznego z udziałem osób niezdolnych do udzielenia świadomej

zgody jest brak możliwości przeprowadzenia badań o porównywalnej skuteczności z udziałem osób zdolnych do wyrażenia zgody.

5. Warunkiem przeprowadzenia eksperymentu medycznego z udziałem człowieka jest uzyskanie w badaniach przedklinicznych wiarygodnych danych uzasadniających przeprowadzenie tego eksperymentu. Zwierzęta poddawane eksperymentom należy traktować zgodnie z aktualnymi standardami etycznymi traktowania zwierząt i chronić przed dającym się uniknąć bólem lub cierpieniem. Lekarzowi wolno przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przeważają nad ryzykiem zdrowotnym embrionów niepoddanych eksperymentowi leczniczemu.
6. Eksperyment medyczny z udziałem człowieka może zostać rozpoczęty tylko wtedy, gdy został zaprojektowany zgodnie z właściwymi wymaganiami metodologicznymi, a projekt tego eksperymentu uzyskał pozytywną opinię niezależnej komisji bioetycznej.
7. Eksperymentem medycznym z udziałem człowieka kieruje lekarz posiadający odpowiednio wysokie kompetencje.
8. Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu oraz wyniki badań naukowych lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w profesjonalnych medycznych wydawnictwach i kanałach informacyjnych.
9. Lekarz ma obowiązek 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.
10. Niedopuszczalne jest publikowanie wyników badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej.
11. Przeprowadzanie demonstracji naukowych lub dydaktycznych jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub zgody jego przedstawiciela ustawowego z poszanowaniem godności i intymności pacjenta.

W rozdziale III uregulowano problem związków lekarza z przemysłem:

1. Lekarzowi nie wolno 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 za wykonaną pracę, prowadzenie szkoleń i badań, które pogłębiają wiedzę medyczną lub zawodową, jeżeli ta zapłata jest współmierna do wkładu pracy lekarza.

2. Lekarzowi mającemu związki finansowe z przemysłem medycznym nie wolno w żaden sposób odstąpić od podejmowania decyzji klinicznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej ani od działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach.
3. Lekarz ma obowiązek ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z producentami leków lub wyrobów medycznych lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów.
4. Lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki prowadzenia badań naukowych. Lekarzowi nie wolno uczestniczyć w badaniach naukowych, których wyłącznym celem jest promocja tych produktów.
5. Lekarz ma obowiązek ujawniać swoje powiązania z producentem leków lub wyrobów medycznych pacjentom, którzy mają być poddani badaniom sponsorowanym przez tego producenta.
6. Lekarzowi nie wolno przyjmować wynagrodzenia od producentów leków lub wyrobów medycznych za samo skierowanie pacjenta na badania prowadzone lub sponsorowane przez producenta leków lub wyrobów medycznych.
7. Lekarz biorący udział w badaniach na zlecenie producentów leków lub wyrobów medycznych musi przeciwdziałać nierzetelnemu przedstawianiu ich wyników w publikacjach.

W rozdziale IV uregulowano kwestię zachowania lekarza wobec ludzkiego genomu:

Lekarz może przeprowadzać badania genetyczne jedynie dla celów zdrowotnych lub badań naukowych z nimi związanych, po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta oraz umożliwieniu mu konsultacji genetycznej. Lekarz może dokonać interwencji w obrębie ludzkiego genomu wyłącznie w celach profilaktycznych lub terapeutycznych. Lekarzowi nie wolno uczestniczyć w czynnościach mających na celu wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka.

Rozdział V reguluje z kolei stosunki wzajemne między lekarzami:

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i wdzięczność należą się lekarzom nauczającym zawodu i seniorom. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza. Lekarz nie powinien w jakikolwiek sposób publicznie dyskredytować innego lekarza. Nie wyklucza to merytorycznej krytyki³⁶. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki lekarskiej powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie właściwego organu izby lekarskiej. Poinformowanie właściwego organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etyki lekarskiej lub niekompetencji zawodowej innego lekarza, a także merytoryczna krytyka nie stanowią naruszenia zasad etyki. Jeżeli błąd popełniony przez innego lekarza ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta, należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.
2. Doświadczeni lekarze mają obowiązek służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych. Lekarze pełniący funkcje kierownicze mają obowiązek traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki. Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.

W rozdziale VI określono zasady postępowania w praktyce lekarskiej:

1. Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych.
2. Lekarzowi nie wolno współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień. Wybierając formę diagnostyki lub terapii,

³⁶ Przykładem nieprawidłowo interpretowanych norm Kodeksu Etyki Lekarskiej jest sytuacja dokonania przez lekarza oceny poprawności leczenia pacjenta, co spowodowało pociągnięcie go przez samorząd zawodowy do odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie KEL. Ukazany lekarz zaskarżył orzeczenie do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, który wyrokiem z 16 grudnia 2008 r. (53025/990) orzekł, że uznanie skarżącego winnym i wymierzenie mu kary dyscyplinarnej za wyrażenie krytycznej opinii w przedmiocie leczenia pacjenta sprowadzało się do ingerencji w prawo skarżącego do odebrania mu wolności wypowiedzi (K. Wierczyńska, *Przegląd orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka za rok 2008*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2010, nr 2, s. 25–30).

lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa pacjenta oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty. Lekarzowi nie wolno rekomendować diagnostyki i leczenia, a także podmiotu leczniczego ze względu na własne korzyści.

3. Powinnością lekarza jest odnosić się z należytych szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego.
4. Obowiązkiem lekarza jest solidarne wspieranie samorządu zawodowego.
5. 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.
6. Lekarz zatrudniony w urzędzie państwowym, samorządowym, instytucji publicznej lub prywatnej jest zobowiązany rzetelnie wykonywać obowiązki wynikające z zatrudnienia. Lekarzowi nie wolno wypełniać poleceń pracodawcy niezgodnych z zasadami etyki lekarskiej.
7. Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem. Lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych.
8. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię na podstawie wyników swojej pracy. Lekarz jest uprawniony do posługiwania się informacją o oferowanych usługach z zastrzeżeniem, że taka informacja będzie zgodna z zasadami etyki lekarskiej. Informacja o oferowanych usługach oznacza każdą formę przekazu mającą na celu upowszechnianie wizerunku lekarza lub usług związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Lekarz jest odpowiedzialny za informację o oferowanych usługach opublikowaną przez osoby trzecie w jego imieniu lub na jego rzecz. Niedopuszczalne jest wykorzystywanie autorytetu lekarza do promowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu lekarza.
9. Lekarz w trakcie wykonywania swojej pracy nie może podlegać działaniu środków zaburzających jego zdolności psychofizyczne, w tym alkoholu, środków odurzających i innych substancji wywołujących takie skutki.
10. Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług pacjentom lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów. Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o oferowanych usługach, posiadanych kompetencjach, jak i kosztach leczenia.

11. Lekarz ma prawo umawiać się na wysokość honorarium przed rozpoczęciem leczenia. Wyjątkiem od tej zasady jest pomoc w nagłych wypadkach. W razie braku stosownych cenników lekarz powinien brać pod uwagę wartość udzielonej usługi, poniesione koszty własne, swoje kwalifikacje, a także w miarę możliwości sytuację materialną pacjenta. Lekarz może leczyć bezpłatnie. Dobrym zwyczajem jest leczenie bezpłatnie innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny, w tym wdów, wdowców i sierot po lekarzach.
12. Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece pacjentów bez świadczeń finansowych z ich strony, to nie wolno mu żądać od tych pacjentów wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie ani też uzależniać leczenia od uzyskania korzyści majątkowych lub osobistych.

Rozdział VII reguluje relację lekarza wobec społeczeństwa:

1. Lekarzowi nie wolno odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.
2. Lekarz ma prawo oczekiwać od społeczeństwa i władz publicznych ochrony jego dóbr osobistych, nietykalności cielesnej oraz wsparcia w wykonywaniu działań zawodowych.
3. Lekarz powinien zwracać uwagę społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem i wypowiedziami publicznymi lekarzowi nie wolno propagować postaw antyzdrowotnych. Lekarz powinien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie i dobrostan. Wypowiadając się na forum publicznym przy udziale osób niebędących lekarzami (także w mediach, internecie i w serwisach społecznościowych) na temat odkryć naukowych, technologii medycznych albo diagnostyki lub terapii, lekarz powinien mieć pewność, że jego wypowiedzi opierają się na aktualnej wiedzy medycznej. Działaniami i zachowaniem lekarza na forum publicznym, w szczególności w internecie i mediach, powinny kierować te same zasady etyczne co przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem, personelem medycznym czy innymi lekarzami.

4. Lekarz uczestniczący w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony z obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia.
5. Lekarzowi nie wolno brać udziału w zadawaniu tortur albo wykonywaniu innych okrutnych, nieludzkich bądź poniżających czynności lub kar, ani też ułatwiać takiego postępowania.
6. Lekarz nie może stosować środków i metod dopingowych w celach nielecniczych. Stosowanie środków i metod uznanych za dopingowe u osób uprawiających sport jest nieetyczne.

W ostatnim rozdziale zatytułowanym „Zasady końcowe” wskazano, że:

1. W wypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach organów samorządu lekarskiego i w orzecznictwie sądów lekarskich.
2. Lekarze, którzy nauczają studentów lub kształcą lekarzy, powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i lekarzy będących pod ich opieką, zapoznawać ich z zasadami etyki lekarskiej oraz motywować do przyswajania i stosowania tych zasad.

6. Odpowiedzialność zawodowa lekarza – postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej

Ustawa o izbach lekarskich normuje etapy postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza – należą do nich: czynności sprawdzające, postępowanie wyjaśniające, postępowanie przed sądem lekarskim oraz postępowanie wykonawcze. Pierwsze dwa etapy postępowania są czynnościami przygotowawczymi, których głównym celem jest ustalenie, czy działanie lub zaniechanie lekarza może stanowić przewinienie zawodowe. Postępowanie sprawdzające i postępowanie wyjaśniające prowadzi rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka

osoby składającej skargę na lekarza. Natomiast celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu lekarskiego. Efektem postępowania wyjaśniającego może być wydanie przez rzecznika dyscyplinarnego postanowienia o przedstawieniu lekarzowi zarzutów albo postanowienia o umorzeniu postępowania. Warto wskazać w tym miejscu, że art. 112 u.i.l. formułuje zasadę posiłkowego stosowania przepisów kodeksu karnego i kodeksu postępowania karnego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Wyraźnie wyłączone jest jednak stosowanie w tym zakresie przepisów o postępowaniu przygotowawczym. Oznacza to, że posiłkowe stosowanie przepisów tego kodeksu do postępowania sprawdzającego i wyjaśniającego jest niemożliwe.

Na etapie postępowania wyjaśniającego stronami są pokrzywdzony i lekarz, którego dotyczy postępowanie. Po wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów lub skierowania przeciwko lekarzowi do sądu lekarskiego wniosku o ukaranie stronami postępowania są pokrzywdzony i obwiniony lekarz. Na etapie postępowania sądowego stroną jest również rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub jego zastępca. Podobnie jak w postępowaniu karnym pokrzywdzonym w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być osoba fizyczna lub prawna, a także jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Osobą fizyczną jest osoba, która posiada zdolność prawną, czyli zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego jest nią każdy człowiek od chwili urodzenia (art. 8 § 2 k.c.). Do bycia pokrzywdzonym w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie jest konieczne posiadanie zdolności do czynności prawnej. Za osoby nieposiadające zdolności do czynności prawnej działają ich przedstawiciele ustawowi. Zgodnie z art. 33 k.c. osobami prawnymi są Skarb Państwa oraz jednostki organizacyjne, którym przepisy szczególne przyznają osobowość prawną. Mowa tu przede wszystkim o spółkach prawa handlowego, stowarzyszeniach i fundacjach, a także o jednostkach samorządu terytorialnego. Również samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ma osobowość prawną, a więc może być podmiotem praw i obowiązków, a przez to pokrzywdzonym w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Pokrzywdzonym mogą być również inne jednostki organizacyjne,

jak chociażby podmioty lecznicze działające w formie jednostki budżetowej utworzonej i prowadzonej zgodnie z art. 6 u.d.l. przez organ administracji rządowej lub jednostkę samorządu terytorialnego. Pokrzywdzony może ustanowić nie więcej niż dwóch pełnomocników spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych, a w razie jego śmierci prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. W przypadku gdy organ prowadzący postępowanie dysponuje informacjami o wyżej wskazanych osobach, powinien pouczyć o przysługujących uprawnieniach co najmniej jedną z nich. W kwestiach dotyczących pełnomocnika nieunormowanych w kodeksie postępowania karnego – zgodnie z art. 89 k.p.k. – stosuje się przepisy kodeksu postępowania cywilnego. Wydaje się, że nie można jednak zastosować w tym przypadku przepisów działu II „Pomoc prawna z urzędu”, ponieważ dotyczy on sytuacji zwolnienia z kosztów procesowych. Dlatego w stosunku do pokrzywdzonego nie ma możliwości ustanowienia pełnomocnika z urzędu.

Za obwinionego natomiast uważa się lekarza, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko któremu skierował do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie. Obwiniony może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. W czasie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, na uzasadniony wniosek obwinionego, właściwy sąd lekarski może ustanowić mu obrońcę z urzędu spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. W przypadku gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności obwinionego i nie ma on obrońcy z wyboru, właściwy sąd lekarski ustanawia mu obrońcę z urzędu spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. W postępowaniu wyjaśniającym okręgowy sąd lekarski ustanawia obrońcę na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Jeżeli organ prowadzący postępowanie uzna za niezbędne ustanowienie obrońcy ze względu na okoliczności utrudniające obronę, właściwy sąd lekarski ustanawia obwinionemu obrońcę z urzędu spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Prawo do obrony w procesie karnym jest konstytucyjną normą – zgodnie z art. 42 ust. 2 Konstytucji: „Każdy, przeciw komu prowadzone jest postępowanie karne, ma prawo do obrony we wszystkich stadiach

postępowania. Może on w szczególności wybrać obrońcę lub na zasadach określonych w ustawie korzystać z obrońcy z urzędu”. Co prawda Konstytucja odnosi się do procesu karnego, nie można jednak mieć wątpliwości, że art. 58 nawiązuje do konstytucyjnych unormowań prawa do obrony, które obowiązują w procesie karnym i innych postępowaniach, które normowane są przez procedurę karną. Według W. Skrzydło prawo do obrony unormowane w Konstytucji: „przysługuje we wszystkich stadiach postępowania karnego, a polega ono na możliwości przedstawiania przez podsądnego dowodów, świadków, a także posiadania obrońcy”³⁷. Przepisy kodeksu postępowania karnego dotyczące obrońcy stosuje się w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy zgodnie z art. 112 u.i.l. Ustanowienie obrońcy lub wyznaczenie obrońcy z urzędu, zgodnie z art. 84 § 1 k.p.k., uprawnia go do działania w całym postępowaniu, nie wyłączając czynności po uprawnieniu się orzeczenia. Jednocześnie zgodnie z art. 84 § 2 k.p.k. obrońca zobowiązany jest do podejmowania czynności procesowych do prawomocnego zakończenia postępowania. Ponadto warto wymienić inne zasady unormowane w kodeksie dotyczące obrońcy, takie jak możliwość obrony kilku oskarżonych, jeżeli ich interesy nie pozostają w sprzeczności (art. 85 § 1 k.p.k.), możliwość przedsięwzięcia czynności procesowych jedynie na korzyść oskarżonego (art. 86 § 1 k.p.k.) czy też możliwość osobistego działania oskarżonego niezależnie od udziału obrońcy (art. 86 § 2 k.p.k.).

W tym miejscu należy wskazać na instytucję „lekarza, którego dotyczy postępowanie”, która sprawia wiele problemów interpretacyjnych i faktycznych. Podstawowe źródła przepisów prawnych dotyczących postępowania przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej stanowią ustawa o izbach lekarskich oraz Regulamin wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej³⁸, a w zakresie nieuregulowanym w ustawie o izbach lekarskich – przepisy kodeksu postępowania karnego. Należy wskazać, że uchwałą nr 12 XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z 13 maja 2022 r. zmieniającą uchwałę nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r. w sprawie regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej dokonano próby uregulowania

³⁷ W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2002, komentarz do art. 42.

³⁸ https://nil.org.pl/uploaded_images/1576053297_uchwala-nr-7-nadzwyczajnego-xiii-krajowego-zjazdu-lekarzy-w-sprawie-regulaminu-wewnetrznego-urzedowania-rzecznikow-odpowiedzialnosci-obowiazuje-od-1-stycznia-2017-r.pdf (dostęp 18.08.2024).

sytuacji prawnej lekarza, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a nowe regulacje wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2022 r.

Niemniej jednak problemem, z którym musi mierzyć się w codziennej pracy rzecznik odpowiedzialności zawodowej lekarzy, jest kwestia braku ustawowej regulacji w zakresie lekarza, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. W aktualnym stanie prawnym, zgodnie z art. 56 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy są m.in. lekarz, którego dotyczy postępowanie lub obwiniony. W przypadku lekarza, którego dotyczy postępowanie, definicja legalna nie została zamieszczona w ustawie. Taką definicję zawiera zmieniona wersja Regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej – w § 2 dodano punkt 7a, zgodnie z którym lekarz, którego dotyczy postępowanie to lekarz, co do którego powzięto informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego. W praktyce będzie to lekarz wskazany przez pacjenta w doręczonej rzecznikowi skardze albo lekarz wskazany przez prokuraturę albo inną instytucję zawiadamiającą o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego przez wymienionego w piśmie lekarza czy też identyfikowalny za sprawą przeprowadzonych przez rzecznika czynności lekarz, którego zachowanie jest przedmiotem zainteresowania mediów (artykuły prasowe, reportaże).

Zgodnie z art. 58 ust. 1 ustawy natomiast, obwinionym jest lekarz, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko któremu skierował do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie. Takie rozwiązanie jest odmienne niż to przyjęte w kodeksie postępowania karnego, w którym to podejrzanym, zgodnie z art. 71 k.p.k., jest osoba, co do której wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów albo której bez wydania takiego postanowienia postawiono zarzut w związku z przystąpieniem do przesłuchania w charakterze podejrzanego. Za oskarżonego natomiast uważa się osobę, przeciwko której wniesiono oskarżenie do sądu, a także osobę, co do której prokurator złożył wniosek wskazany w art. 335 § 1 lub wniosek o warunkowe umorzenie postępowania. Ponadto art. 71 § 3 k.p.k. wskazuje, że jeżeli kodeks używa w znaczeniu ogólnym określenia „oskarżony”, odpowiednie przepisy mają zastosowanie także do podejrzanego. Struktura ta pozostaje w powiązaniu z fazami postępowania przygotowawczego, a mianowicie postępowaniem w sprawie (łac.

in rem) i przeciwko konkretnej osobie (łac. *ad personam*). Do momentu wydania postanowienia o przedstawieniu zarzutu mamy do czynienia z postępowaniem *in rem* później *ad personam*.

Odnosząc powyższe rozważania do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, należy ponownie podkreślić, że ustawa o izbach lekarskich nie definiuje pojęcia „lekarz, którego dotyczy postępowanie”. Stanowi to poważny błąd ustawodawcy znacząco utrudniający przyjęcie skutecznego dla wszystkich rzeczników sposobu postępowania z lekarzem, którego dotyczy postępowanie. Należy jednak docenić definicję dodaną do Regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, będącą próbą uregulowania statusu lekarza, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Próbę zaprezentowania definicji ustawowej tego pojęcia podjął J. Skrzypczak³⁹, wywodząc ją od etapów postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje: 1) czynności sprawdzające; 2) postępowanie wyjaśniające; 3) postępowanie przed sądem lekarskim; 4) postępowanie wykonawcze. Celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Ustawa o izbach lekarskich precyzuje w art. 55 ust. 2, że w trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na lekarza. Zgodnie z ust. 3 art. 55 ustawy o izbach lekarskich z kolei celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu lekarskiego. Zatem w postanowieniu o wszczęciu postępowania rzecznik powinien wskazać lekarza, którego dotyczy postępowanie. Takie stanowisko znajduje potwierdzenie także w treści § 19 Regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, również w wersji, która wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2022 r. Zgodnie z tym przepisem: 1) Postanowienie o wszczęciu postępowania

³⁹ J. Skrzypczak, *Lekarz jako strona postępowania dyscyplinarnego*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10, s. 17–26.

wyjaśniającego powinno zawierać zwięzły opis czynu lub czynów będących przedmiotem postępowania oraz ich kwalifikację prawną i wskazywać strony postępowania, jeśli takie występują. 2) Postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego doręcza się pokrzywdzonemu i jego pełnomocnikowi, jeżeli został ustanowiony, oraz lekarzowi, którego dotyczy postępowanie. W stosownych przypadkach postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego przekazuje się okręgowemu rzecznikowi izby lekarskiej, której członkiem jest lekarz, którego dotyczy postępowanie.

Stroną postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, zgodnie z treścią art. 56 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, jest lekarz, którego dotyczy postępowanie. Zatem lekarzem, którego dotyczy postępowanie, będzie strona postępowania, zasadniczo od momentu podjęcia decyzji o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, co do którego powzięto informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego, a w konsekwencji wobec której podjęto czynności procesowe celem doprowadzenia do przedstawienia zarzutów.

Przyznanie lekarzowi takiego statusu powinno wiązać się z zapewnieniem lekarzowi, którego dotyczy postępowanie, równoważnych uprawnień, jakie posiada osoba składająca skargę na lekarza. Należy zatem wskazać w tym miejscu na uprawnienia pokrzywdzonego. Zgodnie z przepisem art. 57 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, za pokrzywdzonego uważa się osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Pokrzywdzony ma prawo zgłaszać wnioski dowodowe, ustanowić nie więcej niż dwóch pełnomocników spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych, mieć dostęp do akt sprawy.

Ponadto zgodnie ze zmienionym § 22 Regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, który wszedł w życie 1 lipca 2022 r., w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik przeprowadza i gromadzi dowody z urzędu albo na wniosek stron postępowania, a lekarz, którego dotyczy postępowanie, ma prawo do składania wyjaśnień. Wnioski dowodowe stron rzecznik rozpatruje niezwłocznie, chyba że decyzja w tym przedmiocie zależy od rezultatów innych czynności procesowych. W przypadku nieuwzględnienia wniosku dowodowego rzecznik wydaje postanowienie, o którym mowa w art. 170 k.p.k. (postanowienie o oddaleniu wniosku dowodowego). Zatem takie uprawnienia będą przysługiwały stronom postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, którymi są

pokrzywdzony, obwiniony oraz lekarz, którego dotyczy postępowanie. Zaznaczyć należy również, że lekarz, którego dotyczy postępowanie, składa wyjaśnienia, a nie zeznania. Ma to znaczące skutki procesowe. Wypowiedzi danej osoby, które byłyby potraktowane jako zeznania, nie mogłyby zostać użyte w dalszym postępowaniu, gdy osobie tej postawiono by zarzut/-y. Natomiast gdy jest mowa o składaniu wyjaśnień, wypowiedzi te mogą stanowić element dalszego procedowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej tej osoby. Jednocześnie należy wskazać, że lekarz, którego dotyczy postępowanie, ma prawo, a nie obowiązek składać wyjaśnienia. Lekarz może odmówić składania wyjaśnień i jest zaznajamiany ze swoimi prawami i obowiązkami za sprawą pouczenia przedstawianego mu przez rzecznika przed przesłuchaniem. Standardowe pouczenie lekarza, którego dotyczy postępowanie, zawiera zwykle informację o tym, że lekarz jest stroną postępowania, że ma prawo do składania wyjaśnień i że nie stanowi to naruszenia tajemnicy zawodowej, że ma prawo do odmowy składania wyjaśnień, odmowy odpowiedzi na pytania bez podawania powodów, przeglądania akt sprawy po wydaniu postanowienia o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, do wniesienia zażalenia na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, o obowiązkach związanych z aktualizacją adresu do doręczeń oraz obowiązku stawiania się na wezwania rzecznika i usprawiedliwiania swojego nie-stawiennictwa. Nawiązując do powyższego, należy wskazać na treść art. 68 ustawy o izbach lekarskich. Lekarz, którego dotyczy postępowanie, jako strona postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej dysponuje prawem zaskarżania orzeczeń wydanych w toku postępowania – postanowień o umorzeniu postępowania wyjaśniającego. Zaznaczyć jednak należy, że decyzja o umorzeniu postępowania wyjaśniającego jest decyzją pozytywną dla lekarza, którego dotyczy postępowanie, więc jej zaskarżenie wydaje się być bezprzedmiotowe, chyba że lekarzowi będzie zależać na kontynuowaniu postępowania, a w konsekwencji na uzyskaniu uniewinniającego orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego.

Największym problemem praktycznym z punktu widzenia rzecznika odpowiedzialności zawodowej w kontekście uprawnień lekarza, którego dotyczy postępowanie, jest kwestia możliwości korzystania przez tegoż lekarza z obrońcy (albo pełnomocnika) spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Nadmienić należy, że jako osoba, która stoi w opozycji do pokrzywdzonego, a której to dotyczy skarga na nieprawidłowe, zdaniem pokrzywdzonego pacjenta, postępowanie lekarskie, lekarz, którego dotyczy postępowanie powinien raczej móc korzystać z pomocy obrońcy,

a nie – o ile w ogóle – pełnomocnika. Ustawa o izbach lekarskich nie reguluje tej kwestii, lecz nowela Regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej wypowiada się w tym zakresie. Zgodnie z § 29 wspomnianego regulaminu: Rzecznik, dbając o sprawne prowadzenie postępowania, jednocześnie dba o to, aby przestrzegane były określone w ustawie oraz k.p.k. terminy związane z poszczególnymi czynnościami procesowymi, w szczególności wskazane w art. 74 ustawy; przestrzega prawa obwinionego do ustanowienia obrońcy i pokrzywdzonego do ustanowienia pełnomocnika; lekarz, którego dotyczy postępowanie, nie jest uprawniony do ustanowienia obrońcy ani pełnomocnika; w czynności przesłuchania w toku postępowania wyjaśniającego uczestniczy rzecznik i osoba przesłuchiwana. Przesłuchanie jest protokolowane przez protokolanta wyznaczonego przez Rzecznika. Wprowadzona w Regulaminie wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej jednoznaczna regulacja w zakresie braku możliwości korzystania przez lekarza, którego dotyczy postępowanie, z pomocy pełnomocnika albo obrońcy ma na celu ukrócenie wątpliwości i niejednolitego postępowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, którzy albo działają zgodnie z literalnym brzmieniem ustawy o izbach lekarskich, albo interpretują sytuację lekarza, którego dotyczy postępowanie jako strony – „quasi-podejrzanego”, przyznając mu uprawnienia – prawo do obrony – na gruncie przepisów kodeksu postępowania karnego, które za sprawą art. 112 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich są odpowiednio stosowane w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy w zakresie nieuregulowanym. Jednakże nowa regulacja może budzić słuszne wątpliwości w zakresie „równości broni” stron – pokrzywdzony ma prawo korzystać z pomocy pełnomocnika, a lekarz, którego dotyczy postępowanie, nie ma prawa korzystać z pomocy pełnomocnika ani obrońcy, jednocześnie składając podczas przesłuchania wyjaśnienia, a nie zeznania. Jak już zostało wspomniane, lekarz, którego dotyczy postępowanie, jest poucany, że ma prawo odmówić składania wyjaśnień albo odpowiedzi na pytanie rzecznika oraz co do zasady nie zna różnicy pomiędzy zeznaniami a wyjaśnieniami. Lekarz sam będzie musiał zdecydować, jaki sposób postępowania jest dla niego korzystny – składać wyjaśnienia wobec rzecznika, czy też nie.

Przyznanie statusu strony postępowania lekarzowi, którego dotyczy postępowanie, było słusznym zabiegiem ustawodawcy, jednakże nie wiążą się z nim uprawnienia, które zapewniałyby mu „równość broni” w kontekście uprawnień pokrzywdzonego. W ten sposób lekarz, na którego złożono skargę, uzyskuje uprawnienia

strony, ograniczone jednak w porównaniu z uprawnieniami pokrzywdzonego oraz obwinionego. Nie można w tym kontekście stwierdzić, że może on w pełni realizować swoje zamierzenia jako strona postępowania wyjaśniającego, gdyż skuteczna obrona przed niesłuszną skargą jest kluczowa z punktu widzenia realizacji uprawnień lekarza, którego dotyczy postępowanie. Dlatego też lekarz ma prawo wiedzieć, jakie czynności podejmowane są w jego sprawie, oraz aktywnie brać udział w tych czynnościach. Brak definicji ustawowej, a zwłaszcza brak ustawowego katalogu uprawnień i obowiązków lekarza, którego dotyczy postępowanie, skutkuje jednak tym, że realizacja uprawnień jest w praktyce niejednolita. W celu uregulowania sytuacji prawnej lekarza, którego dotyczy postępowanie, wprowadzono zmiany w Regulaminie wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej poprzez zdefiniowanie lekarza, którego dotyczy postępowanie, jako lekarza, co do którego powzięto informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego, doprecyzowanie, że jest on osobą, która składa wyjaśnienia i która to nie ma prawa ustanawiać obrońcy ani pełnomocnika. Nie zmienia to jednak faktu, że brak ustawowo określonego katalogu praw i obowiązków lekarza, którego dotyczy postępowanie, stanowić będzie nadal praktyczny problem z uwagi na regulację tej materii jedynie na poziomie regulaminu. Dlatego też konieczne jest dokonanie odpowiednich zmian w ustawie o izbach lekarskich oraz dalszego doprecyzowania statusu w zakresie praw i obowiązków lekarza, którego dotyczy postępowanie, w Regulaminie wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

Organ prowadzący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy przeprowadza dowody na wniosek stron albo z urzędu. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego lub specjalisty, przy czym w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego obwinionego lekarza powołuje się dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Wiadomości specjalne to takie: „które wykraczają poza normalną, powszechną wiedzę człowieka wykształconego, o odpowiednim doświadczeniu życiowym”⁴⁰. Ponadto w postępowaniu można korzystać z usług tłumacza lub specjalisty. Specjalista to osoba, która zgodnie z art. 205 k.p.k. dzięki swoim kompetencjom i umiejętnościom umożliwia obsługę urządzeń technicznych, przeprowadzenie eksperymentu, dokonywanie obliczeń, utrwalania śladów. Zasady

⁴⁰ W. Grzeszczyk, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 190.

postępowania dowodowego, które zostały unormowane w kodeksie postępowania karnego w dziale V „Dowody”, mają zastosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Należy do nich przede wszystkim zasada notoryjności, która mówi, że fakty powszechnie znane i fakty znane z urzędu nie wymagają dowodu (art. 168 k.p.k.). Natomiast zgodnie z art. 170 k.p.k. wniosek dowodowy zgłoszony przez stronę oddala się, jeżeli: przeprowadzenie dowodu jest niedopuszczalne; okoliczność, która ma być udowodniona, nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy albo jest już udowodniona zgodnie z twierdzeniem wnioskodawcy; dowód jest nieprzydatny do stwierdzenia danej okoliczności; dowodu nie da się przeprowadzić; wniosek dowodowy w sposób oczywisty zmierza do przedłużenia postępowania. Ponadto nie stanowi naruszenia tajemnicy lekarskiej składanie przez lekarza zeznań i wyjaśnień w zakresie okoliczności objętych postępowaniem w trakcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Zatem w trakcie trwającego postępowania organ prowadzący nie musi zwalniać lekarza, który jest świadkiem lub w stosunku do którego toczy się postępowanie o odpowiedzialność zawodową, od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Zgodnie z art. 177 k.p.k. każda osoba wezwana w charakterze świadka ma obowiązek stawić się i złożyć zeznanie. Świadkiem jest więc każdy wezwany do stawiennictwa w takim charakterze⁴¹. Prawo odmowy zeznań zgodnie z art. 182 k.p.k. przysługuje jedynie osobie najbliższej dla obwinionego lub świadkowi, który w innej toczącej się sprawie jest oskarżony o współudział w przestępstwie bądź również przeciwko niemu toczy się postępowanie w związku z postępowaniem, w którym ma wystąpić w charakterze świadka. Działanie prawa odmowy zeznań należy rozszerzyć również na postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Oznacza to, że prawo odmowy zeznań w postępowaniu w sprawie odpowiedzialności zawodowej przysługiwać będzie świadkowi, który w innej toczącej się sprawie dyscyplinarnej lub sprawie karnej, której przedmiotem jest ten sam czyn, jest oskarżony o współudział w przestępstwie lub przewinieniu dyscyplinarnym lub przeciwko, któremu toczy się postępowanie w związku z postępowaniem, w którym ma wystąpić w charakterze świadka. Świadcowi na mocy art. 183 k.p.k. przysługuje również prawo do uchylenia się od odpowiedzi na pytanie, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność karną lub zawodową. Skorzystanie

⁴¹ Ibidem, s. 170.

z prawa do odmowy zeznań może nastąpić, zgodnie z art. 186 k.p.k., na podstawie oświadczenia najpóźniej przed rozpoczęciem pierwszego przesłuchania w postępowaniu przed sądem. Jeżeli w postępowaniu w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarzy świadek, biegły lub specjalista bez usprawiedliwienia nie stawiał się na wezwanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub na rozprawę przed sądem lekarskim albo bezpodstawnie odmawia zeznań, rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski może zwrócić się do sądu rejonowego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby wezwanej, o: 1) nałożenie kary za nieusprawiedliwione niestawiennictwo albo za odmowę zeznań; 2) przymusowe sprowadzenie świadka, biegłego lub specjalisty. Świadek, biegły lub specjalista nie podlega karze, jeżeli nie był uprzedzony o skutkach niestawiennictwa albo odmowy złożenia zeznań. Właściwy sąd rejonowy na wniosek – zgodnie z art. 285 k.p.k. – może nałożyć karę pieniężną. Kara pieniężna nakładana jest przez sąd postanowieniem, od którego przysługuje zażalenie. Zgodnie z art. 286 k.p.k. kara pieniężna powinna być uchylona, jeżeli ukarany dostatecznie usprawiedliwi swoje niestawiennictwo lub samowolne oddalenie się. Uchylenie kary może nastąpić również w formie postanowienia przez sąd, który nałożył karę. Ustawa o izbach lekarskich przewiduje również możliwość przesłuchania przez właściwy dla miejsca zamieszkania sąd lekarski, świadka, biegłego lub specjalistę zamieszkających poza obszarem działania organu prowadzącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Istnieje również możliwość zlecenia przez sąd przesłuchania świadka, biegłego lub specjalisty przez członka wyznaczonego ze swojego składu, jeżeli nie mogą się oni stawić z powodu przeszkody zbyt trudnej do usunięcia, a strony mają prawo brać udział w tej czynności.

Następnie uregulowano fundamentalne zasady dla procesu mającego na celu orzeczenie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Zgodnie z art. 61 u.i.l. nie można pociągnąć do odpowiedzialności zawodowej obwinionego, dopóki popełnienie przewinienia zawodowego nie zostało udowodnione i stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego. Zatem uregulowano w tym miejscu fundamentalną dla procesu karnego zasadę domniemania niewinności, która unormowana została również w art. 42 ust. 1 Konstytucji RP oraz w art. 5 k.p.k. Zasada ta oznacza, że do czasu udowodnienia popełnienia przewinienia obwiniony nie może zostać ukarany. Udowodnienie dotyczy zarówno faktu popełnienia przewinienia przez obwinionego, jak i wykazania jego winy.

Ponadto wszelkie wątpliwości, których nie da się usunąć zgodnie z obowiązującymi przepisami proceduralnymi, należy rozstrzygnąć na korzyść obwinionego, a więc ustawa korporacyjna wprost nawiązuje tutaj do karnoprocesowej zasady *in dubio pro reo*. Co więcej, organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Zatem mamy tu do czynienia z zasadą swobodnej oceny dowodów. Sądy lekarskie są samodzielne w zakresie swobodnej oceny dowodów oraz kształtowania orzeczeń dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Samodzielność ta, którą w ślad za terminologią postępowania karnego można nazwać zasadą jurysdykcyjnej samodzielności sądu lekarskiego, doznaje jednak ograniczeń, które to dotyczą orzeczeń sądu karnego i cywilnego czy administracyjnego w zakresie rozstrzygnięć związanych z prowadzonym postępowaniem.

Następnie określono katalog przesłanek procesowych, których wystąpienie uniemożliwia wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. W przypadku ujawnienia wystąpienia przesłanek w trakcie postępowania organ prowadzący postępowanie obligatoryjnie je 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. Dla prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej niezwykle istotna jest kwestia przedawnienia. Termin ścigania przedawnienia przewinienia zawodowego wynosi trzy lata, natomiast karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło pięć lat. Jeżeli do ujawnienia czynu konieczne jest wystąpienie jego skutku, termin będzie biegł od chwili wystąpienia skutku, którym może być np. śmierć pacjenta spowodowana niewłaściwym postępowaniem lekarza, a jeżeli czyn stanowiący przewinienie zawodowe stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej lekarzy niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego jest

obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Jeżeli zachodzi potrzeba, rzecznik odpowiedzialności zawodowej może zażądać uzupełnienia w określonym terminie danych zawartych w informacji lub dokonać sprawdzenia faktów w tym zakresie. W tym przypadku postanowienie o wszczęciu albo o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego należy wydać najpóźniej w terminie trzech miesięcy od otrzymania informacji, która była powodem przystąpienia rzecznika do czynności. Informacja ta może napływać z różnych źródeł. Chodzi tu zarówno o informację pisemną, jak i ustną, która może być skierowana do rzecznika, lub informację, którą rzecznik sam powziął w związku z wykonywaniem swoich obowiązków, np. publikacja prasowa, audycja telewizyjna. Do oceny rzecznika należy, czy informacje, którymi dysponuje, są wystarczające do wszczęcia postępowania, czy należy zażądać ich uzupełnienia. Rzecznik również sam może dokonać sprawdzenia faktów w zakresie powziętej informacji, które może polegać przede wszystkim na wystąpieniu do właściwych organów i instytucji, np. NFZ, Ministerstwa Zdrowia, podmiotu leczniczego, policji, prokuratury, sądu powszechnego. Istotnym czynnikiem postępowania wyjaśniającego jest jego ograniczony czas. Wskazuje to na konieczność intensyfikacji działań – w szczególności w zakresie przeprowadzania postępowania dowodowego i ich zabezpieczenia, ponieważ ich zatarcie może przekreślić możliwość realizacji postępowania na etapie sądowym. Unormowanie ustawowych terminów wpływa dyscyplinująco na strony postępowania wyjaśniającego i służy realizacji zasady ekonomiki procesowej, która również dotyczy postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Zgodnie z art. 68 u.i.l. pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie na odmowę wszczęcia postępowania niezależnie od tego, czy składał informację rzecznikowi dotyczącą możliwości popełnienia przewinienia zawodowego. Strony postępowania na etapie postępowania wyjaśniającego, czyli lekarz, którego dotyczy postępowanie, obwiniony lub pokrzywdzony, mają prawo złożyć zażalenie na postanowienie o jego umorzeniu w terminie 14 dni od doręczenia postanowienia. Organem odwoławczym od postanowienia rzecznika odpowiedzialności zawodowej o odmowie wszczęcia lub umorzeniu postępowania wyjaśniającego jest właściwy okręgowy sąd lekarski pierwszej instancji lub Naczelny Sąd Lekarski – w sytuacji gdy przedmiotowe postanowienie wydał Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Właściwość do wydania orzeczenia w sprawie postanowienia rzecznika jest tożsama z właściwością

do prowadzenia danej sprawy. Oznacza to, że właściwy będzie okręgowy sąd lekarski izby lekarskiej, której obwiniony lub lekarz, którego dotyczy sprawa, jest członkiem w chwili wszczęcia bądź odmowy wszczęcia postępowania, pod warunkiem że postanowienie zostało wydane przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Na skutek złożonego zażalenia właściwy okręgowy sąd lekarski może uchylić postanowienie, na które wniesiono zażalenie, i przekazać postępowanie do dalszego prowadzenia przez tego samego rzecznika odpowiedzialności zawodowej albo wskazanego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Uchylając postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego albo odmowie jego wszczęcia, organ uchylający postanowienie wskazuje powody uchylecia, a w miarę potrzeby także okoliczności, które należy wyjaśnić, lub czynności, które należy przeprowadzić. Wskazania te są wiążące dla rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Jeżeli natomiast chodzi o Naczelny Sąd Lekarski, to w wyniku rozpoznania zażalenia uchyla albo utrzymuje postanowienie w mocy. Naczelny Sąd Lekarski, uchylając postanowienie, na które wniesiono zażalenie, przekazuje postępowanie do dalszego prowadzenia przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Uchylając postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego albo odmowie jego wszczęcia, organ uchylający postanowienie wskazuje powody uchylecia, a w miarę potrzeby także okoliczności, które należy wyjaśnić, lub czynności, które należy przeprowadzić. Wskazania te są wiążące dla Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Jeżeli natomiast rzecznik odpowiedzialności zawodowej na skutek orzeczenia sądu uchylającego postanowienie o umorzeniu lub odmowie wszczęcia postępowania w dalszym ciągu prowadzi postępowanie, może ponownie wydać postanowienie o umorzeniu postępowania. W takiej sytuacji stronom przysługuje ponownie zażalenie na postanowienie do właściwego sądu.

Postępowanie wyjaśniające jest pierwszym, a zarazem niezależnym postępowaniem prowadzonym w ramach postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza. Zadaniem rzecznika odpowiedzialności zawodowej jest przede wszystkim ustalenie, czy doszło do popełnienia przewinienia zawodowego. W przypadku ustalenia zaistnienia przesłanek wskazujących na popełnienie przewinienia zawodowego rzecznik zobowiązany jest ustalić w sposób wyczerpujący wszystkie okoliczności popełnienia przewinienia oraz zabezpieczyć dowody w postępowaniu – może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać

inne dowody. W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności wtedy, gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej może przesłuchać lekarza w charakterze obwinionego, przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia. Postępowanie wyjaśniające powinno ujawnić takie okoliczności sprawy, które pozwolą na właściwą ocenę przewinienia i sprawcy. Mowa tu przede wszystkim o okolicznościach dotyczących czasu, miejsca i sposobu popełnienia przewinienia⁴².

Jeżeli zebrany w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na popełnienie przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o przedstawieniu lekarzowi zarzutów – zarzuty przedstawia się lekarzowi osobiście lub doręcza się na piśmie, informując go o przysługujących mu prawach, w tym o prawie do złożenia wyjaśnień. Od chwili przedstawienia zarzutów przez rzecznika lub doręczenia zarzutów na piśmie lekarz staje się obwinionym. Co więcej, jeżeli zebrany w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na popełnienie przestępstwa ściganego z urzędu, na rzeczniku odpowiedzialności zawodowej ciąży obowiązek zawiadomienia o przestępstwie prokuratora lub Policji, gdyż zgodnie z art. 304 § 2 k.p.k.:

Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa⁴³.

Jeżeli natomiast postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania bez konieczności uprzedniego zaznajomienia obwinionego z materiałami postępowania wyjaśniającego i bez postanowienia

⁴² Za R. Stefański, *Komentarz do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. 97.89.555) w zakresie przepisów o postępowaniu przygotowawczym*, Lex/wersja elektroniczna 2003.

⁴³ M. Bartosz, *Glosa do wyroku WSA z dnia 22 kwietnia 2005 r., VII SA/Wa 567/04, GSP, „Przegląd Orzecznictwa” 2008, nr 2, poz. 47.*

o zamknięciu postępowania. Postanowienie o umorzeniu postępowania powinno zawierać wskazanie przyczyn umorzenia, a jeżeli umorzenie następuje po wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów, postanowienie o umorzeniu powinno zawierać także imię i nazwisko obwinionego oraz określenie zarzucanego mu czynu.

Kolejnym etapem postępowania wyjaśniającego jest zawiadomienie obwinionego i jego obrońców o terminie końcowego zaznajomienia z materiałami postępowania wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzenia akt. Zawiadomienie jest informacją, a nie postanowieniem, w związku z czym nie służy na nie zażalenie. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo obwinionego lub jego obrońcy nie wstrzymuje dalszego postępowania. Po zaznajomieniu z materiałami postępowania postępowanie wyjaśniające może toczyć się dalej, jeżeli zostanie uwzględniony wniosek obwinionego lub jego obrońcy (termin na składanie wniosków wynosi 14 dni od zaznajomienia z materiałami). Postępowanie wyjaśniające może toczyć się dalej również w sytuacji, gdy rzecznik uzna taką konieczność. Jeżeli nie zachodzi potrzeba uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o jego zamknięciu. Zakończenie postępowania wyjaśniającego następuje w formie postanowienia rzecznika. W ustawowym terminie 14 dni od dnia wydania postanowienia o zakończeniu postępowania wyjaśniającego rzecznik obligatoryjnie składa do sądu wnioski o ukaranie. Wniosek o ukaranie powinien zawierać: 1) imię i nazwisko oraz numer 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. O skierowaniu wniosku do właściwego sądu lekarskiego rzecznik odpowiedzialności zawodowej zawiadamia pokrzywdzonego, obwinionego lekarza i właściwą okręgową radę lekarską.

Postępowanie wyjaśniające powinno być zakończone w terminie sześciu miesięcy od uzyskania przez rzecznika informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego. Okres ten zawiera również ewentualne postępowanie sprawdzające rzecznika. Celem tego postępowania jest uzupełnienie lub sprawdzenie informacji dotyczącej przewinienia zawodowego. Postępowanie wyjaśniające można przedłużyć dwukrotnie. Pierwszy raz na okres nieprzekraczający sześciu miesięcy, drugi raz na czas oznaczony, który może być dłuższy niż sześć miesięcy. W uzasadnionym przypadku Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej może

przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dalszy czas określony, nie dłuższy niż sześć miesięcy. W przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w terminie roku, akta sprawy przekazuje się Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu, który może przedłużyć postępowanie wyjaśniające na dalszy czas określony. Stronom przysługuje prawo złożenia do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zażalenia na przewlekłość postępowania prowadzonego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, po otrzymaniu zażalenia na przewlekłość postępowania, może: 1) wydać postanowienie o przejęciu postępowania wyjaśniającego; 2) zażalenie oddalić; 3) przekazać postępowanie do dalszego prowadzenia przez tego samego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, ustalając wytyczne co do sposobu jego załatwienia, wraz z wyznaczeniem terminu załatwienia sprawy; 4) przekazać postępowanie do dalszego prowadzenia przez wskazanego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Ustawa o izbach lekarskich przewiduje także zabezpieczenie pacjentów przed lekarzem, którego dotyczy postępowanie, 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 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. Postanowienie jest natychmiast wykonalne. Obwiniony i jego obrońca mają prawo obecności na posiedzeniu sądu, którego przedmiotem jest wydanie postanowienia. Postanowienie niezwłocznie przekazuje się przewodniczącemu właściwej okręgowej rady lekarskiej. Jeżeli do upływu okresu zawieszenia albo ograniczenia w sprawie zawieszonego lekarza nie zapadnie prawomocne orzeczenie sądu lekarskiego, sąd z urzędu bada zasadność dalszego tymczasowego zawieszenia albo ograniczenia. 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. Tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu lub ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza jest jedynym środkiem zabezpieczającym, jaki może być stosowany w czasie trwania postępowania

z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarza. Jeszcze raz należy podkreślić, że celem wydania takiego postanowienia nie jest ukaranie lekarza, lecz zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów przed działaniami podejmowanymi przez obwinionego lekarza. W sytuacji gdy postanowienie ze względu na czas jego obowiązywania straci moc, a wydane zostało na okres krótszy niż rok i nie skończyło się postępowanie wyjaśniające, rzecznik może wystąpić do sądu ponownie z wnioskiem o wydanie postanowienia w sprawie środka zabezpieczającego.

7. Postępowanie przed sądem lekarskim

W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, podobnie jak i w postępowaniu karnym, obowiązuje zasada prawdy materialnej, w myśl której podstawę wszystkich rozstrzygnięć powinny stanowić prawdziwe ustalenia faktyczne. Z zasadą tą wiąże się zasada obiektywizmu nakazująca organom prowadzącym postępowanie karne badać i uwzględniać okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść oskarżonego (w postępowaniach dyscyplinarnych – obwinionego). Zasada obiektywizmu wykazuje też związek z zasadą *in dubio pro reo* (niedające się usunąć wątpliwości rozstrzyga się na korzyść oskarżonego/obwinionego). Zasada ta powiązana jest z zasadą domniemania niewinności, w myśl której oskarżonego/obwinionego uważa się za niewinnego, dopóki jego wina nie zostanie udowodniona i stwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu. Jedną z ważniejszych konsekwencji praktycznych tej zasady jest to, że ciężar dowodu spoczywa na rzeczniku odpowiedzialności zawodowej, co oznacza, że to nie obwiniony medyk musi wykazać swą niewinność, lecz rzecznik musi potwierdzić winę lekarza niebudzącymi wątpliwości dowodami. W zasadzie dowody te powinny mieć charakter bezpośredni, pod którym to pojęciem rozumie się najczęściej dowody pierwotne (np. w postaci zeznań naocznego świadka zdarzenia), w odróżnieniu od dowodów pośrednich (np. zeznań świadka, który tylko słyszał o zdarzeniu). Wiąże się z tym zasada powtarzania na rozprawie dowodów przeprowadzonych w postępowaniu przygotowawczym, co umożliwi organowi orzekającemu bezpośrednio zetknięcie się ze wszystkimi źródłami i środkami dowodowymi.

W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej impulsem dla działań sądu korporacyjnego jest otrzymanie od rzecznika wniosku o ukaranie,

który to wniosek, co do zasady, wyznacza także granice rozpoznania sprawy przez sąd (zasada skargowości w postępowaniu karnym). W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obowiązuje ponadto zasada legalizmu – rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczyna postępowanie, jeżeli uzyska wiarygodną informację o popełnieniu przewinienia zawodowego pochodzącą od osoby pokrzywdzonej (i tak jest najczęściej), lecz informacja może pochodzić także od innego medyka, dyrektora szpitala czy też z doniesienia medialnego (publikacja prasowa, internetowa, program telewizyjny). W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obowiązuje także w ograniczonym zakresie (w fazie postępowania sądowego) zasada kontradiktoryjności, zakładająca istnienie co najmniej dwóch przeciwnych podmiotów, które wiodą spór przed bezstronnym organem procesowym – sądem korporacyjnym. Kolejną obowiązującą zasadą jest zasada dwuinstancyjności – sądem pierwszej instancji jest okręgowy sąd danego zawodu medycznego, a sądem rozpatrującym odwołania od sądu pierwszej instancji jest Sąd Naczelny (Wyższy). Ponadto od orzeczeń sądów zawodowych przysługuje osobie ukaranej środek nadzwyczajny w postaci kasacji do Sądu Najwyższego.

Przepisy proceduralne odnoszące się do postępowania wyjaśniającego są zazwyczaj bardzo szczegółowe, gdyż w sprawach nieuregulowanych w ustawie korporacyjnej nie stosuje się przepisów kodeksu postępowania karnego odnoszących się do postępowania przygotowawczego. Oznacza to, że do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mają zastosowanie np. ogólne zasady prowadzenia takiego postępowania obowiązujące w postępowaniu karnym zawarte w dziale I tego kodeksu. Przepisy korporacyjne wykluczają ponadto stosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przepisów kodeksu postępowania karnego odnoszących się do: oskarżyciela prywatnego, powoda cywilnego, przedstawiciela społecznego oraz dotyczących środków przymusu (z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej). W związku z tym, że wyjątków od zasady (jaką jest odpowiednie stosowanie kodeksu postępowania karnego) nie można interpretować rozszerzająco, należy przyjąć, że nie wyklucza się posiłkowania innymi niż wskazane regulacjami kodeksu postępowania karnego, o ile oczywiście dadzą się zastosować „odpowiednio”⁴⁴.

⁴⁴ Na temat kontrowersji co do liczenia okresu przedawnienia w przypadku zbiegu przewinienia z przestępstwem zob. m.in. P. Konieczniak, *O pewnych problemach szczególnych...*, s. 145–150.

W razie stwierdzenia, że doszło do przewinienia zawodowego, rzecznik kieruje do sądu wniosek o ukaranie, uprzednio umożliwiając obwinionemu zapoznanie się ze zgromadzonymi materiałami, pozostawiając sądowi korporacyjnemu decyzję w zakresie winy i wymiaru kary. Organy prowadzący postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przeprowadzają dowody na wniosek stron lub z urzędu (przesłuchanie świadków, przesłuchanie stron, powołanie biegłych, analiza dokumentacji medycznej). W przypadku gdy czyn medyka wypełnia znamiona przestępstwa oraz przewinienia zawodowego, względy ekonomii procesowej przemawiają za zaliczeniem do materiałów dowodowych dowodów przeprowadzonych w postępowaniu karnym, w szczególności tych, których przeprowadzenie w trakcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej byłoby szczególnie utrudnione, np. dowód z oględzin (otwarcia zwłok).

Rozstrzyganie spraw w przedmiocie odpowiedzialności dyscyplinarnej (zawodowej) osób wykonujących zawody medyczne odbywa się według modelu sądowego – skazania i ukarania dokonać może wyłącznie organ samorządu zawodowego skonstruowany na podobieństwo sądu i takim mianem określany w ustawach korporacyjnych. Sądy, tak jak już wspomniano, działają zgodnie z zasadą skargowości. Podstawą do rozpoznania sprawy jest wniosek o ukaranie, pełniący funkcję analogiczną do aktu oskarżenia, a zawarte w nim określenie zarzucanego przewinienia wyznacza granice orzekania przez sąd.

Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpoznają okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski. W art. 78 zostały unormowane zasady właściwości sądu lekarskiego oraz system instancyjności sądownictwa lekarskiego. Właściwość rzeczowa, która oznacza rodzaj spraw podlegających rozpoznaniu przez sąd lekarski, wiąże sąd i strony postępowania. Właściwość miejscowa z kolei dotyczy terytorialnego zakresu podległości spraw danego sądu. W przypadku korporacyjnego sądownictwa lekarskiego mamy do czynienia z dwoma rodzajami sądów: okręgowymi sądami lekarskimi i Naczelnym Sądem Lekarskim. Właściwość rzeczowa i właściwość miejscowa okręgowych sądów lekarskich są ze sobą ściśle powiązane. W przypadku właściwości rzeczowej wszystkie sprawy związane z odpowiedzialnością zawodową lekarzy w pierwszej instancji, niezależnie od ich przedmiotu, rozpoznawane są przez okręgowe sądy lekarskie. Właściwy miejscowo i rzeczowo w pierwszej instancji jest okręgowy sąd lekarski izby lekarskiej, w której okręgu lekarz jest członkiem. O właściwości rzeczowo-miejscowej w pierwszej instancji w sprawach

członków organów okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej decyduje Naczelny Sąd Lekarski, wyznaczając inny sąd okręgowy niż sąd dla okręgowej izby, której członkami są lekarze piastujący wymienione stanowiska. Okręgowy sąd lekarski orzeka w składzie trzysobowym, a Naczelny Sąd Lekarski w składzie pięcioosobowym. Członkowie sądów lekarskich w zakresie orzekania podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa.

Po wpłynięciu wniosku o ukaranie do danego sądu następuje wstępna kontrola oskarżenia – według przepisów rozdziału 40 k.p.k. (ze stosownymi modyfikacjami). Co do zasady właściwy jest okręgowy sąd tej izby, do której należy obwiniony medyk w chwili wszczęcia postępowania. Skład sądu przy orzekaniu jest trzysobowy. Sformułowanie to jest przez swą niejednoznaczność bardzo kłopotliwe praktycznie, ponieważ nie wiadomo, czy chodzi o skład wymagany tylko w postępowaniu sądowym pierwszej instancji, czy także przy rozpoznawaniu zażaleń na czynności rzecznika w postępowaniu wyjaśniającym⁴⁵.

Sąd lekarski wyłącza jawność rozprawy, jeżeli jawność mogłaby: 1) naruszyć tajemnicę lekarską, o której mowa w art. 40 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu); 2) wywołać zakłócenie spokoju publicznego; 3) obrażać dobre obyczaje; 4) ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy; 5) naruszyć ważny interes prywatny. Jawność rozprawy jest gwarancją unormowaną w art. 45 Konstytucji RP dotyczącą sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny sąd. Wyłączenie jawności może nastąpić tylko z przyczyn wymienionych w Konstytucji w art. 45 ust. 2, do których należy wziąć na moralność, bezpieczeństwo państwa i porządek publiczny oraz na ochronę życia prywatnego stron lub inny ważny interes prywatny. W związku z wyrażoną w art. 112 u.i.l. zasadą posiłkowego stosowania przepisów kodeksu postępowania karnego należy w tym miejscu wskazać unormowania rozdziału 12 „Narada i głosowanie”, które mają zastosowanie do

⁴⁵ Szczegółowo na ten temat zob. ibidem, s. 150–154.

sądów lekarskich. Do najważniejszych zasad należą: przebieg narady i głosowania nad orzeczeniem jest tajny, a zwolnienie od zachowania w tym względzie tajemnicy nie jest dopuszczalne (art. 108 § k.p.k.); podczas narady i głosowania oprócz członków składu orzekającego może być obecny jedynie protokolant, chyba że przewodniczący uzna jego obecność za zbędną (art. 108 § 2 k.p.k.); naradą i głosowaniem kieruje przewodniczący, a jeżeli co do porządku i sposobu narady oraz głosowania podniesione zostaną wątpliwości, rozstrzyga je skład orzekający (art. 109 § 1 k.p.k.); głosowanie odbywa się po naradzie, głosy od sędziów zbiera przewodniczący według ich starszeństwa służbowego; przewodniczący głosuje ostatni (art. 109 § 2 k.p.k.); narada i głosowanie odbywają się osobno co do winy i kwalifikacji prawnej czynu, co do kary oraz pozostałych kwestii (art. 110 k.p.k.); orzeczenia zapadają większością głosów; gdy zdania tak się podzielią, że żadne z nich nie uzyska większości, zdanie najmniej korzystne dla oskarżonego przyłącza się do zdania najbardziej doń zbliżonego, aż do uzyskania większości (art. 111 k.p.k.); sędzia, który głosował przeciwko uznaniu oskarżonego za winnego, może wstrzymać się od głosowania nad dalszymi kwestiami, wówczas głos tego sędziego przyłącza się do zdania najprzychylniejszego dla obwinionego (art. 112 k.p.k.); orzeczenie podpisują wszyscy członkowie składu orzekającego, nie wyłączając przegłosowanego, chyba że orzeczenie zamieszczono w protokole (art. 113 k.p.k.); przy składaniu podpisu członek składu orzekającego ma prawo zaznaczyć na orzeczeniu swoje zdanie odrębne (*votum separatum*), podając, w jakiej części i w jakim kierunku kwestionuje orzeczenie (art. 114 § 1 k.p.k.).

Każde orzeczenie sądu lekarskiego powinno zawierać oznaczenie sądu, podawać jego skład, tożsamość rzecznika odpowiedzialności zawodowej i protokolanta, datę i miejsce rozpoznania sprawy i wydania orzeczenia, tożsamość obwinionego, opis i kwalifikację prawną czynu zarzucanego oraz rozstrzygnięcie sądu (art. 89 u.i.l.); orzeczenie skazujące powinno ponadto zawierać „dokładne określenie przypisanego obwinionemu czynu oraz jego kwalifikację prawną”, rozstrzygnięcie co do kary i ewentualne zaliczenie na jej poczet tymczasowego zawieszenia w prawie wykonywania zawodu (art. 89 ust. 2). Są to więc składniki podobne, jak te dla wyroku karnego (art. 413 k.p.k.). Wśród obowiązkowych elementów orzeczenia sądu lekarskiego jest jednak wymienione także uzasadnienie (art. 89 u.i.l.), które w przeciwieństwie do wyroków w sprawach karnych sporządza się zawsze z urzędu (nie oznacza to, na szczęście, że ma być ono sporządzane i ogłaszane natychmiast po rozprawie). W uzasadnieniu sąd lekarski ma wyjaśnić, jaki stan faktyczny ustalono, a które fakty

uznano za nieudowodnione, na jakich dowodach to się opierało i dlaczego nie uznano dowodów przeciwnych; nadto należy wskazać podstawę prawną orzeczenia oraz podać okoliczności uwzględnione przy wymiarze kary (art. 89 ust. 3 u.i.l.). Sądy lekarskie stosunkowo często mają do czynienia z przypadkami na tyle złożonymi, że owe uzasadnienia mają w praktyce objętość porównywalną z uzasadnieniami wyroków sądów powszechnych. Dominuje w nich opis stanu faktycznego i analiza materiału dowodowego. Najbardziej lakoniczne są te części uzasadnienia, które odnoszą się do wyboru kary; bardzo rzadko i tylko w odniesieniu do orzekania kar najsurowszych bywają one rozbudowane do kilku akapitów.

W tym miejscu wypada powrócić do specyfiki przewinień zawodowych. W praktyce większość przypadków rozpoznawanych przez sądy lekarskie stanowią tzw. błędy lekarskie, podobne do nieumyślnych przestępstw przeciwko życiu, a niekiedy po prostu z nimi tożsame. Ze względu jednak na wspomniane już formalne ujęcie przewinienia zawodowego, uzasadnienia orzeczeń sądów lekarskich nie przypominają tych z sądów powszechnych. Dla przypisania odpowiedzialności wystarcza sama tylko niestaranność (pod warunkiem, że była możliwa do uniknięcia)⁴⁶, uzasadnienia koncentrują się więc właśnie na niej. Ani byt przewinienia, ani jego kwalifikacja prawna nie zależą od jego skutków; skutki te powinny być jednak odzwierciedlone w opisie czynu zarzucanego i czynu przypisanego, a także wzięte pod uwagę przy określaniu rodzaju i wysokości kary. Mimo tego problematyka związku przyczynowego i przypisania skutku jest w uzasadnieniach orzeczeń sądów lekarskich rzadko obecna. Podobnie jak oskarżyciele sądy lekarskie przejawiają skłonność do rozumowania raczej w kategoriach niebezpieczeństwa abstrakcyjnego, tj. ryzyka związanego z samym uchybieniem normie „starannościowej”.

Sąd lekarski, orzekając o karze, zgodnie z art. 53 § 1 k.k. wymierza karę według swojego uznania w granicach przewidzianych przez ustawę. Kara jednak nie może przekraczać stopnia winy, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu oraz biorąc pod uwagę cele zapobiegawcze i wychowawcze, które ma osiągnąć w stosunku do ukaranego, a także potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej zarówno społeczeństwa, jak i środowiska medycznego, a w szczególności samorządu

⁴⁶ W doktrynie wyrażono pogląd, że sądy lekarskie powinny szerzej korzystać z możliwości stwarzanych przez formalną konstrukcję przewinienia, pociągając do odpowiedzialności za „samo naruszenie zasad wiedzy i praktyki medycznej”, bez dowodzenia przypisywanego skutku, R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 217.

zawodowego lekarzy. Z kolei wymierzając karę, sąd lekarski zgodnie z art. 53 § 2 k.k. zobowiązany jest do uwzględnienia w szczególności: motywacji i sposobu zachowania się obwinionego, rodzaju i stopnia naruszenia ciężących na obwinionym obowiązków, rodzaju i rozmiaru ujemnych następstw popełnionego czynu lub zaniechania, właściwości i warunków osobistych obwinionego, sposobu życia przed popełnieniem czynu i po popełnieniu czynu lub zaniechania, a zwłaszcza starania się o naprawienie szkody lub zadośćuczynienie w innej formie społecznemu poczuciu sprawiedliwości, a także zachowania się pokrzywdzonego. Ponadto sąd lekarski, wymierzając karę, bierze pod uwagę zgodnie z art. 53 § 3 k.k. pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji między pokrzywdzonym a sprawcą.

W zakresie kar i innych instrumentów dyscyplinarnych za punkt wyjścia można przyjąć katalog kar przewidziany w ustawie o izbach lekarskich (art. 83 ust. 1 u.i.l.). Obejmuje on upomnienie, nagane, karę pieniężną, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia (na czas od roku do pięciu lat), ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza (na czas od sześciu miesięcy do dwóch lat), zawieszenie prawa wykonywania zawodu (na czas od roku do pięciu lat), wreszcie pozbawienie prawa wykonywania zawodu (trwałe). Zgodnie z wolą ustawodawcy orzekanie kar wiążących się z ograniczeniem możliwości wykonywania zawodu bądź całkowitej eliminacji obwinionego z procesu leczenia powinno być połączone z możliwością publikacji orzeczonej kary w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem. Taka możliwość wypełnia cele postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Po pierwsze, publikacja jest formą rozpowszechnienia informacji, dzięki której inni lekarze będą wiedzieli o fakcie zastosowania kary, w związku z czym w ramach wykonywania swoich obowiązków będą unikać możliwości współpracy z ukaranym lekarzem lub zlecania mu określonych zadań. Po drugie, informacja o ukaraniu wypełnia cele prewencji ogólnej, czyli jest przestrogą dla innych lekarzy.

Upomnienie oraz nagana, znane wszystkim postępowaniom dyscyplinarnym, są karami symbolicznymi, mają charakter „raczej honorowy, moralny”, dolegliwość ich ogranicza się do oddziaływania na dobre imię ukaranego⁴⁷. Obie kary sprowa-

⁴⁷ Za: R. Giętkowski, *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*, Gdańsk 2013, s. 37, 39, 269. Orzeczenie takiej kary godzi oczywiście w dobre samopoczucie ukaranego. Może to jednak stanowić nieznosną przykrość raczej tylko dla tych osób, które są we własnych oczach nieomyłne.

dzają się w zasadzie do wyrażenia sformalizowanej oceny negatywnej – wytknięcia winowajcy nieprawidłowości popełnionego czynu. Różnica między upomnieniem a nagana jest przy tym niezbyt uchwytana, bo także tylko symboliczna: nagana wiąże się „z silniejszym napiętnowaniem sprawcy”; „wyraża (...) bardziej negatywną ocenę jego zachowania, skutkując utratą dobrego imienia w większym stopniu, i stanowi »silniejsze pouczenie«”⁴⁸. Nie niosąc za sobą poważniejszej dolegliwości, upomnienie i nagana mogą mieć istotny sens utylitarno-prewencyjny, zwłaszcza w zakresie prewencji szczególnej. W przypadku orzeczeń sądów lekarskich nie chodzi o głębsze oddziaływanie wychowawcze, jednak dają one ukaranemu podstawę do autokorekty niewłaściwego schematu własnego postępowania zawodowego.

Kara pieniężna orzekana jest „na cel społeczny związany z ochroną zdrowia” jako kara samoistna albo obok zakazów określonych w art. 83 u.i.l. W ustawie o izbach lekarskich granice zagrożenia określono kwotowo, ale w sposób pośredni, poprzez odesłanie – orzeka się ją w wysokości od jednej trzeciej do czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obowiązującego w chwili wydania orzeczenia w pierwszej instancji. W innych ustawach zawodowych, które znają taki rodzaj kary, granice te wskazano bezpośrednio. Wysokość orzeczonej kary pieniężnej powinna odpowiadać ogólnym dyrektywom wymiaru kary (art. 53 k.k.). Nie ma natomiast wyraźnej podstawy prawnej, by jej wysokość uzależniać od możliwości płatniczych ukaranego.

Zakaz pełnienia funkcji kierowniczych również może być orzekany samoistnie albo niesamoistnie na czas od roku do pięciu lat. Treść zakazu wynika bezpośrednio z ustawy, ale nie jest całkiem jasne, co wchodzi w jego zakres. Ustawa odniosła go do „jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia”, nie do dobrze określonej kategorii podmiotów leczniczych. „Jednostki organizacyjne ochrony zdrowia” tworzą więc jakieś pojęcie odmienne, które (w braku definicji ustawowej) należy wyklądać zgodnie z zasadami języka polskiego. Prowadzi to do wniosku, że zakaz obejmuje

⁴⁸ Ibidem, s. 269, por. też s. 280–281. Wniosek, że nagana ma wyższą „moc potępiającą”, ma zresztą oparcie tylko w systematyce ustawy; w codziennej polszczyźnie oba te słowa funkcjonują raczej zamiennie (upomnienie – ‘karcąca uwaga, przestroga, ostrzeżenie, napomnienie, także na piśmie’, *Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/upomnienie> (dostęp 18.04.2025); nagana – ‘upomnienie za niewłaściwe postępowanie, za wykroczenie; potępienie’ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/nagana> (dostęp 18.04.2025).

sprawowanie funkcji kierowniczych w jakichkolwiek tego rodzaju jednostkach, również tych, które wyłącznie administrują ochroną zdrowia na poziomie systemowym, a w ich obrębie nie udziela się żadnych świadczeń zdrowotnych. „Funkcję kierowniczą” należy w tym wypadku natomiast rozumieć wąsko, jako względnie stałe stanowisko w strukturze organizacyjnej. Ponieważ działania medyczne są współcześnie niemal zawsze zespołowe, interpretacja szeroka dałaby efekt zbliżający się do zawieszenia prawa wykonywania zawodu i należy ją raczej odrzucić.

Ograniczenie zakresu czynności zawodowych jest w istocie czasowym zakazem działań pewnego wskazanego rodzaju. Ma ono zakres zmienny, wynikający każdorazowo z orzeczenia skazującego: sąd ma „szczegółowo” określić te czynności, których lekarz nie może wykonywać (art. 86 u.i.l.). Oczywiście zakazem można objąć wyłącznie „czynności w wykonywaniu zawodu”, tj. te, które mieszczą się w ogólnym pojęciu wykonywania zawodu lekarza. Stanowiąc o „ograniczeniu zakresu czynności”, ustawa nie precyzuje, co ma być kryterium ograniczającym. Wolno więc posłużyć się zarówno kryterium najbardziej oczywistym, rodzajowym, jak dowolnym innym, opartym na okolicznościach czasu, miejsca lub sytuacji, na szczególnych cechach pewnej grupy pacjentów⁴⁹. Kryterium to powinno być jednak odpowiednie do celów orzekanego zakazu, a te nie są oczywiste. W takim razie podstawą orzekania powinna być niekompetencja faktyczna obwinionego, a zakaz powinien obejmować takie rodzaje działań, co do których lekarz zdradził jakiś potencjalnie groźny niedostatek wiedzy lub umiejętności niezbędnych do ich wykonywania. Ograniczenia te mogą dotyczyć jednego z elementów procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli: diagnozy, terapii czy rokowania o stanie zdrowia. Ograniczenia mogą również dotyczyć czynności formalnych, takich jak orzekanie czy wydawanie opinii medycznych. Sąd może również ograniczyć lekarza w przedmiocie wykonywania

⁴⁹ Przykład może stanowić zakaz wykonywania czynności zawodowych w warunkach lecznictwa otwartego (ambulatoryjnego), z możliwością ich wykonywania w lecznictwie zamkniętym (szpitalnym), pod nadzorem; zob. wyrok Sądu Najwyższego z 26 czerwca 2018 r., SDI 29/18, LEX nr 2542289; zakaz czynności „w warunkach izby przyjęć chirurgicznej i szpitalnego oddziału ratunkowego”; zob. wyrok Sądu Najwyższego z 5 kwietnia 2018 r., SDI 127/17, LEX nr 2490926, czy też zakaz czynności „w wykonywaniu zawodu lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej”, zob. J. Skrzypczak, *Przegląd orzecznictwa NSL w 2017 r.*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9, s. 226. W tym ostatnim wypadku można zgłosić poważną wątpliwość, czy zakres kary nie wykroczył poza umocowanie ustawowe, ponieważ „czynności w wykonywaniu zawodu lekarza POZ” nie są szczegółowym określeniem zakresu ograniczenia, wymaganym przez art. 86 u.i.l. Nie pozwala ono jednoznacznie odróżnić działań zakazanych od tych, których kara nie obejmuje.

poszczególnych czynności terapeutycznych, np. zakazać lekarzowi przeprowadzania zabiegów operacyjnych. Na poczet orzeczonej kary ograniczenia wykonywania zawodu można również zaliczyć okres tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

Kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu ma, zgodnie z nazwą, ten zasadniczy skutek, że w czasie jej trwania lekarzowi nie wolno „wykonywać zawodu w żadnej formie” (art. 108 u.i.l.). Po raz kolejny więc zakres kary dyscyplinarnej determinowany jest przez pojęcie wykonywania zawodu lekarza i po raz kolejny właściwa wydaje się jego interpretacja szeroka, tak że np. samo tylko wystawianie recept w okresie obowiązywania kary stanowić będzie naruszenie jej warunków⁵⁰. Ponadto orzeczenie tej kary daje podstawy do rozwiązania bez wypowiedzenia stosunku pracy albo stosunku kontraktowego, na podstawie którego lekarz dotąd wykonywał zawód, i do skreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 108 u.i.l.). Jest ona orzekana na czas od roku do pięciu lat, w miesiącach i latach (art. 83 ust. 1 i 87 ust. 1 u.i.l.)⁵¹.

Pozbawienie prawa wykonywania zawodu jest najsurowszą karą znaną ustawie, a nazwa jednoznacznie określa jej treść. Z przepisów wykonawczych wynika, że wykonanie kary w sensie technicznym polega na skreśleniu ukaranego z listy członków izby lekarskiej i wezwaniu go do złożenia w izbie dokumentu prawa wykonywania zawodu.

Orzeczenie sądu lekarskiego powinno zawierać: 1) oznaczenie sądu lekarskiego, który je wydał, oraz sędziów, rzecznika odpowiedzialności zawodowej i protokolanta; 2) datę oraz miejsce rozpoznania sprawy i wydania orzeczenia; 3) imię, nazwisko oraz inne dane określające tożsamość obwinionego; 4) przytoczenie opisu i kwalifikacji prawnej czynu, którego popełnienie rzecznik odpowiedzialności zawodowej zarzucił obwinionemu; 5) rozstrzygnięcie sądu lekarskiego; 6) uzasadnienie. Orzeczenie skazujące powinno ponadto zawierać: 1) dokładne określenie przypisanego obwinionemu czynu oraz jego kwalifikację prawną; 2) rozstrzygnięcie co do kary,

⁵⁰ Por. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, s. 477.

⁵¹ Por. też postanowienie Sądu Najwyższego z 24 października 2017 r., SDI 71/17, LEX nr 2427180, zgodnie z którym pozbawienie prawa wykonywania zawodu nie jest karą zbyt surową w stosunku do lekarza, który m.in. wykonywał czynności zawodowe podczas trwania kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu; w ocenie sądu wręcz tylko ten rodzaj kary jest w stanie zrealizować cele ogólnoprawne i szczególnieprzewencyjne.

a w razie potrzeby co do zaliczenia na jej poczet tymczasowego zawieszenia w prawie wykonywania zawodu albo tymczasowego ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza. Natomiast uzasadnienie 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. Orzeczenie sądu lekarskiego powinno zawierać także postanowienie o kosztach postępowania. W razie ukarania obwinionego ponosi on koszty postępowania, chyba że sąd lekarski postanowi inaczej. W razie uniewinnienia obwinionego lub umorzenia postępowania koszty postępowania ponosi Skarb Państwa. Orzeczenie sądu lekarskiego wraz z pouczeniem o terminie i sposobie wniesienia odwołania sąd lekarski doręcza stronom w terminie 30 dni od dnia jego ogłoszenia. Obwinionemu przysługuje zażalenie na postanowienie o kosztach postępowania w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

Ukaranemu lekarzowi przysługuje możliwość odwołania się od niekorzystnego orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego. Właściwy do jego rozpoznania jest Naczelny Sąd Lekarski. Naczelny Sąd Lekarski utrzymuje w mocy, uchyla albo zmienia orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego. Naczelny Sąd Lekarski nie może uznać winnym lub wymierzyć kary obwinionemu, który został uniewinniony przez okręgowy sąd lekarski lub co do którego postępowanie umorzono. Naczelny Sąd Lekarski, uwzględniając odwołanie, może zmienić orzeczenie będące przedmiotem odwołania. Zmiana orzeczenia jest możliwa, jeżeli ustalony w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji stan faktyczny na to pozwala i nie ma potrzeby prowadzenia postępowania dowodowego.

Orzeczenia sądów dyscyplinarnych drugiej instancji są prawomocne z chwilą ogłoszenia. Od prawomocnych orzeczeń dyscyplinarnych służy kasacja do Sądu Najwyższego. Może ją wnieść strona (z zastrzeżeniem przymusu adwokacko-radcowskiego), a także minister właściwy do spraw zdrowia oraz Prezes NRL. Podstawą kasacyjną są wady orzeczenia określone w art. 439 § 1 k.p.k. oraz inne rażące naruszenia prawa oraz niewspółmierność kary. W postępowaniach tych przewidziano również możliwość wznowienia postępowania zakończonego prawomocnie. Jego podstawy są analogiczne do wznowienia postępowania karnego (oczywiście z pomięciem tych podstaw, które są specyficzne wyłącznie dla przestępstw).

Rozdział III

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych

1. Uwagi ogólne

Po raz pierwszy samorząd pielęgniarek i położnych powołano na mocy ustawy z 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych¹, a następnie ustawą z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej² uregulowano status zawodowy pielęgniarki i położnej³. Ostateczny kształt kształcenia pielęgniarek i położnych oraz wykonywania tych zawodów został nadany ustawą z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Pielęgniarką jest osoba, która zawodowo zajmuje się opieką nad chorymi, a jej zadania mają zarówno charakter administracyjny (np. prowadzenie kart klinicznych, rejestracja i przechowywanie leków), jak i opiekuńczy (np. opieka nad chorym w bezpośredniej współpracy z lekarzem, podawanie przepisanych leków). Położną natomiast jest osoba, która zajmuje się kobietami przed porodem, w jego trakcie i zaraz po nim⁴.

Zawody pielęgniarki i położnej należą do kategorii zawodów zaufania publicznego. Mimo że Konstytucja RP w art. 17 ust. 1 odnosi się do pojęcia zawodu

¹ Dz.U. poz. 178 ze zm.

² Dz.U. poz. 410 ze zm.

³ K. Kieczka, *Opieka profesjonalna i zakres kompetencji pielęgniarek w Polsce w świetle prawa w ostatnim stuleciu*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2010, nr 1–2, s. 82 i n.

⁴ A. Fiutak, *Rozdział V Zawody medyczne. 3. Pielęgniarka i położna*, [w:] red. R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska, *System Prawa Medycznego. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, tom I, Lex/el (dostęp 21.04.2025).

zaufania publicznego, to jednak podaje jego definicji legalnej. Próbując zdefiniować zakres tego określenia, należy posiłkować się doktryną⁵ i orzecznictwem⁶ – zawód zaufania publicznego to zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążących się z przyjmowaniem informacji dotyczących także życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesantów jednostki wykorzystaniu tych informacji przez świadczących usługi. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę lub położną związane jest ze szczególną dbałością o jedno z najważniejszych dóbr, jakimi są życie i zdrowie człowieka, a także ze specyficznymi relacjami łączącymi pielęgniarkę z pacjentem, a w szczególności z zasadą poufności i zaufaniem. Służy temu obowiązek wynikający z art. 17 u.z.p.p. dotyczący tajemnicy zawodowej. Osoby chcące wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej muszą wykazywać się nienaganną postawą etyczną. W piśmiennictwie przyjmuje się, że

wolnym zawodem jest osobiste i samodzielne wykonywanie wewnętrznie spójnego zespołu czynności o charakterze intelektualnym, wymagających wysokich kwalifikacji (wiedzy i praktyki), systematycznie, w zamian za honorarium bezinteresownie ustalone, służące zapewnieniu świadczeń lub usług klientom oraz ochronie istotnych wartości interesu ogólnego, zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi, zasadami etycznymi i deontologicznymi⁷.

⁵ H. Zięba-Zaluska, *Samorząd zawodowy w świetle Konstytucji RP*, „Monitor Prawniczy” 2005, nr 10, s. 493–497; W.J. Wołpiuk, *Zawody zaufania publicznego z perspektywy prawa konstytucyjnego*, [w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolności wykonywania zawodu. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka*, 8.04.2002 r., red. S. Legat, M. Lipińska, Warszawa 2002, s. 19; P. Czarnecki, *Postępowanie dyscyplinarne wobec osób wykonujących prawnicze zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2013, s. 438–456.

⁶ Wyroki Trybunału Konstytucyjnego z 19 października 1999 r., SK 4/99, OTK 1999/6, poz. 119; z 18 października 2010 r., K 1/09, OTK-A 2010/8, poz. 76; z 27 czerwca 2013 r., K 12/10, OTK-A 2013/5, poz. 65.

⁷ K. Wojtczak, *Administracyjnoprawna reglamentacja wolnych zawodów (zagadnienia wybrane)*, [w:] *Rola materialnego prawa administracyjnego a ochrona praw jednostki*, red. Z. Leoński, Poznań 1998, s. 105. Por. także J. Smarż, *Definiowanie pojęcia „zawód zaufania publicznego”*, „Studia Prawnicze” 2012, nr 3, s. 143; A. Krasnowolski, *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne*

Niewątpliwie zawody pielęgniarek i położnych oparte są na wiedzy, którą posiadają osoby wykonujące te profesje, ich doświadczeniu oraz przestrzeganiu zasad deontologicznych. Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi (art. 2 u.z.p.p.) i są wykonywane osobiście⁸.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nie zawiera definicji legalnej tych zawodów, wymienia jedynie, jakie czynności związane są z ich wykonywaniem. Zgodnie z art. 4 u.z.p.p. można wyróżnić zadania medyczne (np. rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji), edukacyjne (związane z nauczaniem zawodu pielęgniarki, położnej lub innego zawodu medycznego oraz prowadzeniem prac naukowo-badawczych) oraz administracyjne (kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych, zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu). Należy podkreślić, że przez określenie „nauczanie zawodu pielęgniarki i położnej” rozumie się tylko takie prowadzenie zajęć na studiach albo szkoleniach i kursach, które związane jest z wykonywaniem zawodu. Wykonywanie zawodu położnej również nie zostało zdefiniowane i wykonywane przez nią czynności można umieścić w podobnych kategoriach jak w przypadku pielęgniarek, tj. medycznych (rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzenie w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej, prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej, sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowanie

zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy, Biuro Analiz i Dokumentacji Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych, Kancelaria Sejmu, 2013, s. 3; K. Wojtczak, *Co to jest wolny zawód*, „Zeszyty Naukowe WSZiB” 1997, nr 1, s. 127; J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnego zawodu w Polsce*, Warszawa 2004, s. 21.

⁸ Por. M. Nesterowicz, *Charakter prawny wykonywania zawodu pielęgniarki i odpowiedzialność cywilna za wyrządzone przez nią szkody*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 117. Por. wyrok Sądu Najwyższego z 10 stycznia 2014 r., III PK 44/13, OSNP 2015/8, poz. 107; D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013, s. 102–113.

przebiegu okresu poporodowego), edukacyjnych (nauczanie zawodu położnej lub pielęgniarki, prowadzenie prac naukowo-badawczych) oraz administracyjnych (art. 5 u.z.p.p.). Wykonywanie zawodów pielęgniarki lub położnej wiąże się ze spełnieniem określonych ustawowo obowiązków (art. 28 i 31 u.z.p.p.)⁹, do których zalicza się, posiadanie: 1) odpowiedniego wykształcenia, 2) pełnej zdolności do czynności prawnych, 3) odpowiedniego stanu zdrowia, 4) nienagannej postawy etycznej.

Potwierdzeniem posiadanych kwalifikacji merytorycznych i moralnych jest uzyskanie prawa wykonywania zawodu: pełnego albo ograniczonego. Tylko osoba posiadająca takie prawo może wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej (art. 7 u.z.p.p.). Prawo to stwierdza albo przyznaje okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa ze względu na wykonywanie zawodu¹⁰. Osobie, która posiada prawo wykonywania zawodu, przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym „pielęgniarka” albo „pielęgniarz”, „położna” albo „położny” (art. 8 u.z.p.p.).

Postawa etyczna podczas realizacji zadań zawodowych przez pielęgniarki i położne jest oceniana, a przedstawiciele tej grupy zawodowej ponoszą za nią odpowiedzialność zawodową. Treść zasad etyki zawodowej nawiązuje do wyznaczonej roli społecznej przypisywanej osobom wykonującym określony zawód. Znamienne jest jednak wyrażanie zasad deontologicznych tylko dla niektórych zawodów, które cieszą się szczególnym zaufaniem społecznym – lekarze, pielęgniarki i położne, farmaceuci. Przedstawiciele takich zawodów tworzą samorządy zawodowe, zrzeszają się w nich, stawiając sobie za cel między innymi dbanie o przestrzeganie zasad deontologicznych przez członków korporacji i wymierzanie odpowiednich kar za czyny niezgodne z wyznaczonymi zasadami. Pielęgniarki i położne na pewno można do tejże kategorii zakwalifikować. Z racji przynależności do tej grupy pielęgniarki i położne mają pewne atrybuty, jak np. powierzanie im informacji dotyczących życia prywatnego, zdrowia pacjentów, a w konsekwencji uznanie takiej wiedzy za tajemnicę zawodową. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych

⁹ Por. K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999, s. 125 i n.

¹⁰ A. Jacek, *Pielęgniarka i położna*, [w:] A. Fiutak, A. Jacek, K. Miaskowska-Daszkiewicz, K. Pyziak-Kowska, *Zawody w ochronie zdrowia. Wymogi kwalifikacyjne i obowiązki zawodowe, zasady zatrudniania i wynagradzania*, Warszawa 2014, s. 241–274.

w związku z pełnieniem roli zawodowej¹¹. Podsumowując, zawody nazywane zawodami społecznego zaufania w odbiorze społecznym charakteryzowane są jako zawody oparte na bardzo wysokich specjalistycznych kwalifikacjach, obarczone koniecznością nieustannego doskonalenia poziomu fachowej wiedzy i umiejętności, a pielęgniarki i położne niewątpliwie są takimi zawodami. Przede wszystkim jednak od przedstawicieli tych zawodów wymaga się ponadprzeciętnych wymogów etycznych, pozwalających na kształtowanie danego zawodu.

2. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej

Dowodem na przynależność zawodu pielęgniarek i położnych do zawodów społecznego zaufania jest Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Składa się on z przyrzeczenia oraz dwóch części – pierwsza zawiera informacje o źródłach pochodzenia zasad zawartych w kodeksie, działalności zawodowej pielęgniarek i położnych, personalnym rozwoju oraz odpowiedzialności zawodowej. W części drugiej, szczegółowej, odnaleźć można informacje o powinnościach przedstawicieli tej grupy zawodowej względem pacjentów, praktyki, nauki, relacji ze współpracownikami czy wobec społeczeństwa. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na bezpośrednią relację człowiek–człowiek, która nabiera specjalnego charakteru z uwagi na cierpienie pacjenta. Istotny jest także proces wchodzenia w zawód – stawianie się pielęgniarką nie jest tylko sprawą nabycia określonych umiejętności i przyswajania form zachowania właściwych dla określonych sytuacji zawodowych¹². Ważne także jest ciągłe dbanie o rozwój zawodowych kompetencji zawodowych i aktualizowanie wiedzy medycznej. Od pielęgniarki oczekuje się poczucia odpowiedzialności za swoje postępowanie¹³. Kodeks etyki pielęgniarek i położnych precyzuje zawodowe zobowiązania względem pacjenta. Otóż pielęgniarka i położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość, stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia. Wskazane aspekty składają się na wyjątkowość zawodu pielęgniarki i położnej, obrazując niejako ich zawodową misję, która ma na celu zapew-

¹¹ I. Lazari-Pawłowska, w: *Etyka. Pisma wybrane*, red. P.J. Smoczyński, Wrocław 1992, s. 84–91.

¹² I. Wrońska, *Podstawy etyki pielęgniarstwa*, Warszawa 1993, s. 5.

¹³ I. Wrońska, J. Mariański, *Etyka w pracy pielęgniarstwa*, Lublin 2002, s. 84.

nienie właściwej opieki fizycznej, ale i psychicznej pacjenta. Idąc dalej, pielęgniarka i położna umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki. Pielęgniarka/położna nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych. Pielęgniarki i położne, podobnie jak lekarze, mają obowiązek stałego doskonalenia swoich umiejętności poprzez uczestnictwo w różnego rodzaju szkoleniach. Rozwój medycyny jest dynamiczny, co powoduje szybki rozwój ośrodków zdrowia, metod prowadzenia terapii. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Grupa zawodowa pielęgniarek i położnych podobnie jak inne grupy zawodowe wchodzące w skład zawodów społecznego zaufania charakteryzuje się wewnętrzną jednością, dbałością o szacunek dla godności swoich przedstawicieli. W kodeksie zawodowym tej grupy występuje wiele przepisów jasno wskazujących, jak ważny jest to aspekt funkcjonowania w tym zawodzie. Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie; powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie; powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie, lecz nie powinny dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.

3. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

Odpowiedzialność zawodowa dotyczy naruszenia zasad etyki i deontologii zawodowej. Przedstawiciele danej grupy zawodowej, zanim staną się członkami konkretnego zawodu, w pierwszej kolejności przyswajają przepisy prawne związane

z wykonywanym zawodem, w drugiej natomiast reguły i ideały moralne, a w trzeciej normy – moralne zawarte w kodeksach etyki zawodowej¹⁴.

Postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych reguluje ustawa z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych¹⁵. Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej przewinieniem zawodowym. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie. Może być ono jednak zawieszane do czasu ukończenia postępowania karnego w sprawie o przestępstwo lub postępowania w sprawie o wykroczenie.

Postępowanie to składa się z czterech zasadniczych etapów¹⁶:

1. Czynności sprawdzające – ich celem jest zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na pielęgniarkę lub położną.
2. Postępowanie wyjaśniające – celem jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie osoby obwinionej oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu pielęgniarek i położnych.
3. Postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych – celem jest pociągnięcie do odpowiedzialności sprawcy przewinienia zawodowego oraz ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnianiu przewinień zawodowych, a także zapobieganie im oraz umacnianie poszanowania prawa i zasad współżycia społecznego.
4. Postępowanie wykonawcze – celem jest wykonanie orzeczeń zapadłych w toku postępowania przed sądem pielęgniarek i położnych.

¹⁴ W. Galewicz, *Spór o pozycję etyk zawodowych*, Kraków 2010, s. 36–37.

¹⁵ Dz.U. z 2025 r. poz. 129.

¹⁶ M. Paszkowska, *Zarządzanie podmiotami leczniczymi. Aspekty prawne*, Rzeszów 2014, s. 78.

4. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej pełni funkcję oskarżyciela w postępowaniu w sprawie prowadzonej w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych są pokrzywdzony (osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe albo członek jego rodziny wstępujący w prawa zmarłego pacjenta) oraz osoba obwiniona (pielęgniarka lub położna, wobec której w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutu lub przeciwko której skierował do sądu pielęgniarek i położnych wnioski o ukaranie). Osoba obwiniona może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród pielęgniarek i położnych, adwokatów lub radców prawnych, a pokrzywdzony – analogicznie może ustanowić pełnomocników. W postępowaniu przed sądem pielęgniarek i położnych stroną jest również rzecznik odpowiedzialności zawodowej albo jego zastępca. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej wykonuje prawa i obowiązki rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Organ prowadzący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przeprowadza dowody na wniosek stron lub z urzędu. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego lub specjalisty. W celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego osoby obwinionej powołuje się dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Nie stanowi naruszenia tajemnicy zawodowej składanie przez pielęgniarkę i położną zeznań lub wyjaśnień w trakcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Zgodnie z art. 35 u.s.p.p. okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej jest organem działającym w ramach okręgowej izby i do jego zadań należy pełnienie funkcji oskarżyciela. Natomiast Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, według art. 26 u. sam. p.p., funkcję oskarżyciela pełni przed Naczelnym Sądem Pielęgniarek i Położnych. Ponadto bierze udział w prowadzeniu spraw w zakresie rozpatrywania odwołań od orzeczeń wydawanych przez Naczelny Sąd i sprawuje nadzór

nad działalnością okręgowych rzeczników, a nadto rozpatruje skargi na przewlekłość ich postępowań i zażalenia.

Co więcej, do kompetencji Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej należy rozstrzyganie budzących wątpliwości kwestii jego uprawnień w stosunku do rzeczników okręgowych. Funkcja rzecznika zbliżona jest do funkcji oskarżyciela występującej w postępowaniu karnym, a jego głównym zadaniem jest zachowanie obiektywności w toczącym się postępowaniu i dążenie do wykrycia prawdy. Niewątpliwie stanowi to dla niego nieprzekraczalną granicę funkcji oskarżyciela i uzasadnia w pewnych przypadkach przejęcie funkcji obrony¹⁷.

W sprawach prowadzonych w zakresie odpowiedzialności zawodowej Naczelnego Rzecznika i jego zastępców postępowanie prowadzi okręgowy rzecznik wyznaczony przez Naczelny Sąd. Natomiast w sprawach odpowiedzialności zawodowej członków okręgowej rady i okręgowej komisji rewizyjnej postępowanie prowadzi okręgowy rzecznik wyznaczony przez Naczelnego Rzecznika. Zadania okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (oraz sądu zawodowego pielęgniarek i położnych) zostały nadto określone w załącznikach nr 4 i 5 do Uchwały nr 4 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VII Kadencji z 4 czerwca 2019 r. w sprawie ramowych regulaminów organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych¹⁸.

Celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej po potwierdzeniu wiarygodności informacji o przewinieniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie wydają postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego. Postępowanie wyjaśniające do czasu przedstawienia zarzutów jest prowadzone „w sprawie”. Natomiast po przedstawieniu zarzutów postępowanie wyjaśniające jest prowadzone przeciwko pielęgniarce albo położnej wskazanej w tym postanowieniu. Postępowanie wyjaśniające ma natomiast na celu ustalenie, czy został popełniony czyn stanowiący przewinienie zawodowe oraz ustalenie osoby będącej sprawcą danego przewinienia zawodowego i zebranie

¹⁷ M. Cieślak, *Polska procedura karna. Podstawowe założenia teoretyczne*, Warszawa 1984, s. 472–473.

¹⁸ Załącznik nr 4 i 5 do Uchwały nr 4 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 4 czerwca 2019 r. w sprawie ramowych regulaminów organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych, <https://www.nipip.pl> (dostęp 22.04.2025).

całego materiału dowodowego. Artykuł 53 ust. 1 u. sam. p.p. wskazuje, że postępowanie wyjaśniające winno zakończyć się w ciągu sześciu miesięcy, licząc od daty zawiadomienia o popełnieniu przewinienia zawodowego, a zgodnie z art. 53 ust. 2 u. sam. p.p. w sytuacji szczególnej wydłużenie czasu trwania tego postępowania jest możliwe jeszcze o kolejne sześć miesięcy, gdy Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej uzna to za niezbędne. W sytuacji gdy całe postępowanie nie zostanie ukończone w okresie roku, akta sprawy są jednak przekazywane Naczelnemu Sądowi Pielęgniarek i Położnych, który z kolei może jeszcze wydłużyć czas trwania tego postępowania na kolejny czas oznaczony¹⁹.

Ponadto, zgodnie z art. 45 u.s.p.p., postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie wszczyna się, a jeżeli jest wszczęte, to się umarza, jeżeli: 1) czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia; 2) czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo przepisy ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego; 3) osoba obwiniona zmarła; 4) nastąpiło ustanie karalności; 5) postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się; 6) szkodliwość społeczna czynu jest znikoma. W razie śmierci osoby obwinionej przed ukończeniem rozpoczętego postępowania przed sądem pielęgniarek i położnych toczy się ono nadal, jeżeli w terminie dwóch miesięcy od dnia jej zgonu zażąda tego jej małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Jest to rozwiązanie uregulowane wyłącznie w ustawie dotyczącej odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. W takim przypadku sąd pielęgniarek i położnych może wydać tylko orzeczenie uniewinniające albo w przypadku braku przesłanek dla wydania tego rodzaju orzeczenia – umorzyć postępowanie. Ponadto nie można wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły trzy lata, a karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło pięć lat. Jeżeli jednak czyn stanowiący przewinienie zawodowe stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa.

¹⁹ J. Pacian, *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych a farmaceutów. Uwagi de lege lata i de lege ferenda*, Zeszyty Prawnicze 18.1/2018, s. 147.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego jest obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Postanowienie doręcza się stronom. Jeżeli natomiast zachodzi potrzeba, można zażądać uzupełnienia w określonym terminie danych zawartych w informacji lub dokonać sprawdzenia faktów w tym zakresie. W tym wypadku postanowienie o wszczęciu albo o odmowie wszczęcia postępowania należy wydać najpóźniej w terminie miesiąca od dnia otrzymania informacji. Pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, a stronom przysługuje zażalenie na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego. Uprawnionym do złożenia zażalenia przysługuje prawo przejrzenia akt. Zażalenie wnosi się za pośrednictwem okręgowego rzecznika do Naczelnego Rzecznika w terminie 14 dni od dnia otrzymania odpisu postanowienia. Jeżeli Naczelny Rzecznik nie przychyli się do zażalenia, kieruje je do okręgowego sądu. Jeżeli postanowienie, o którym mowa powyżej, wydał Naczelny Rzecznik, zażalenie wnosi się do Naczelnego Sądu za pośrednictwem Naczelnego Rzecznika w terminie 14 dni od dnia otrzymania odpisu postanowienia. Naczelny Sąd rozpoznaje zażalenie oraz orzeka w składzie trzyosobowym. Uchylając postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego albo o odmowie jego wszczęcia, organ uchylający postanowienie wskazuje powody uchylecia, a w miarę potrzeby także okoliczności, które należy wyjaśnić, lub czynności, które należy przeprowadzić. Wskazania te są wiążące dla rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

W toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody. W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności wtedy, gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej może przesłuchiwać pielęgniarkę lub położną w charakterze osoby obwinionej, przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia.

Jeżeli zebrany w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na popełnienie przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o przedstawieniu pielęgniarce lub położnej zarzutów. Jeżeli

jednak postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania bez konieczności uprzedniego zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego i bez postanowienia o zamknięciu postępowania. W postanowieniu o umorzeniu postępowania wskazuje się przyczyny umorzenia. Jeżeli umorzenie następuje po wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów, postanowienie o umorzeniu zawiera także imię i nazwisko osoby obwinionej oraz określenie zarzucanego jej czynu.

Rzecznik po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego może stwierdzić, że istnieją podstawy do sporządzenia wniosku o ukaranie, wtedy rzecznik odpowiedzialności zawodowej zawiadamia osobę obwinioną i jej obrońców o terminie końcowego zaznajomienia z materiałami postępowania wyjaśniającego wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzenia akt. W terminie 14 dni od dnia zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego może ona składać wnioski o uzupełnienie postępowania. Termin zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego powinien być tak wyznaczony, aby od doręczenia zawiadomienia o nim osobie obwinionej i jej obrońcom upłynęło co najmniej 14 dni. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo osoby obwinionej lub jej obrońcy nie wstrzymuje dalszego postępowania. Jeżeli nie zachodzi potrzeba uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o jego zamknięciu. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej, w terminie 14 dni od dnia wydania postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego, składa do sądu pielęgniarek i położnych wniosek o ukaranie.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, jeżeli ustali, że występują przesłanki wskazujące na popełnienie przewinienia zawodowego, na etapie postępowania wyjaśniającego musi zatem ustalić wszystkie okoliczności popełnienia przewinienia oraz zabezpieczyć dowody. Powinny zostać wyjaśnione te okoliczności, dzięki którym będzie możliwe dokonanie oceny przewinienia i sprawcy, czyli przede wszystkim okoliczności dotyczące czasu, miejsca i sposobu popełnienia danego czynu²⁰. Co więcej, jak zauważa E. Zielińska:

²⁰ R. Stefański, [w:], *Kodeks postępowania karnego. Komentarz do art. 297–424, t. III*, red. R. Stefański, S. Zabłocki, Warszawa 2021, s. 39–45.

do wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wymagane jest posiadanie wiarygodnych informacji obiektywnie świadczących o popełnieniu przewinienia zawodowego. Zatem nie będzie wystarczającą informacją o śmierci konkretnej osoby w szpitalu, w niewyjaśnionych okolicznościach, lecz tylko taka, która wskazywałaby wyraźnie na to, że jej przyczyną było bezprawne lub nieetyczne zachowanie się lekarza, aczkolwiek w tej fazie postępowania jego tożsamość nie musi być znana²¹.

Postępowanie wyjaśniające kończy się albo wydaniem postanowienia o umorzeniu postępowania, albo skierowaniem do sądu wniosku o ukaranie, albo może być umorzone w całości lub w części.

5. Postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych

Nie można pociągnąć do odpowiedzialności zawodowej obwinionego, dopóki popełnienie przewinienia zawodowego nie zostało udowodnione i stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu pielęgniarek i położnych. Wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść osoby obwinionej. Organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie, z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.

Ponadto, podobnie jak w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy, pielęgniarki i położne, mające status osoby, przeciwko której toczy się postępowanie, nie mają obowiązku dowodzenia swej niewinności ani dostarczania dowodów na swoją niekorzyść. Mogą więc w trakcie prowadzonego postępowania przyjąć postawę bierną, która nie może z kolei wpłynąć na ich niekorzyść, ponieważ sąd pielęgniarek i położnych w zakresie orzekania zawsze musi opierać się na dowodach ocenianych zgodnie z zasadami prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Niewątpliwie przyznanie się do winy obwinionego czy też jego

²¹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek od odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 253.

krytyczna postawa w trakcie postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej zawsze mogą być wzięte pod uwagę jako okoliczności łagodzące (wymiar kary)²².

Zgodnie z art. 53 § 1 k.k. sąd wymierza karę według swojego uznania, po przeprowadzeniu rozprawy (co do zasady jawnej²³), 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. Zgodnie z art. 60 u.s.p.p. sąd pielęgniarek i położnych może orzec następujące kary: 1) upomnienie; 2) naganę; 3) karę pieniężną; 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od roku do pięciu lat; 5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od roku do pięciu lat; 6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat; 7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat; 8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Kara pieniężna może być orzeczona jako kara samoistna albo dodatkowa. Należy podkreślić, że kara pieniężna zawsze jest zasądzana na cel społeczny związany z ochroną zdrowia. Ukarana pielęgniarka albo położna musi uiścić karę pieniężną w wysokości od 1000 do 10 000 zł na wskazany rachunek bankowy podmiotu, na rzecz którego karę tę orzeczono²⁴. Wymierzenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu nie skutkuje skreśleniem pielęgniarki lub położnej z prowadzonej przez samorząd zawodowy listy osób uprawnionych do wykonywania zawodu. Wykonanie kary polega na złożeniu przez pielęgniarkę dokumentu prawa wykonywania zawodu. Przewodniczący sądu, który orzekł tę karę, podaje datę początkową niezbędną do obliczenia okresu wykonania kary. Po upływie okresu zakończenia kary ukarane wcześniej pielęgniarki lub położne mogą wrócić do zawodu bez obowiązku dokonywania dalszych formalności. Kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu wiąże się natomiast ze skreśleniem z listy osób uprawnionych do wykonywania zawodu

²² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 25 kwietnia 2001 r., II AKa 674/01, KZS 6/2001, poz. 25.

²³ Postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych odbywa się na rozprawie jawnej, lecz sąd może wyłączyć jawność rozprawy, jeżeli jawność mogłaby: 1) naruszyć tajemnicę zawodową; 2) wywołać zakłócenie spokoju lub porządku publicznego; 3) obrażać dobre obyczaje; 4) ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy; 5) naruszyć ważny interes prywatny. Sąd pielęgniarek i położnych wyłącza jawność rozprawy także na wniosek pokrzywdzonego.

²⁴ M. Kozik, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy – przykłady – orzecznictwo*, Warszawa 2014, s. 87.

oraz pozbawieniem tego prawa. W odniesieniu do pielęgniarek lub położnych nie oznacza jednak definitywnego zakazu wykonywania zawodu. Osoba ukarana może ubiegać się o ponowny wpis na listę osób uprawnionych do wykonywania zawodu dopiero po upływie okresu zatarcia kary, czyli uznania jej za niebyłą. Orzeczenie kary pozbawienia wykonywania zawodu skutkuje możliwością powrotu do zawodu dopiero po upływie 10 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. Zatem po upływie tego okresu pielęgniarka albo położna mogą ubiegać się o uzyskanie tego prawa.

Orzeczenie sądu pielęgniarek i położnych zawiera: 1) oznaczenie sądu pielęgniarek i położnych, który je wydał, oraz sędziów, rzecznika odpowiedzialności zawodowej i protokolanta; 2) datę oraz miejsce rozpoznania sprawy i wydania orzeczenia; 3) imię, nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby obwinionej; 4) opis i kwalifikację prawną zarzucanego czynu; 5) rozstrzygnięcie w przedmiocie postępowania; 6) postanowienie o kosztach postępowania; 7) rozstrzygnięcie co do kary, a w razie potrzeby – co do zaliczenia na jej poczet tymczasowego zawieszenia w prawie wykonywania zawodu, w przypadku orzeczenia skazującego. Natomiast uzasadnienie orzeczenia zawiera: 1) wskazanie, jakie fakty sąd pielęgniarek i położnych 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 pielęgniarek i położnych miał na względzie przy wymiarze kary. Orzeczenie sądu pielęgniarek i położnych wraz z pisemnym uzasadnieniem oraz pouczeniem o terminie i sposobie wniesienia odwołania sąd pielęgniarek i położnych doręcza stronom w terminie 30 dni od dnia jego ogłoszenia. W razie ukarania osoby obwinionej ponosi ona koszty postępowania, chyba że sąd pielęgniarek i położnych postanowi inaczej. W razie uniewinnienia osoby obwinionej lub umorzenia postępowania koszty postępowania ponosi okręgowa izba. Osobie obwinionej przysługuje zażalenie na rozstrzygnięcie o kosztach postępowania w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia do sądu, który wydał orzeczenie. Od orzeczenia okręgowego sądu stronom przysługuje odwołanie do Naczelnego Sądu w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia, które wnosi się za pośrednictwem okręgowego sądu, który wydał zaskarżone orzeczenie. Cofnięcie odwołania przez składającą je stronę dokonane przed rozpoczęciem rozprawy odwoławczej wiąże Naczelny Sąd, który pozostawia odwołanie bez rozpoznania, o ile nie zachodzą przesłanki z art. 439 k.p.k. Odwołanie co do winy uważa się za zwrócone przeciwko całości orzeczenia, a odwołanie co do kary uważa się za zwrócone

przeciwko całości rozstrzygnięcia o karze. Naczelny Sąd utrzymuje w mocy, uchyla albo zmienia orzeczenie okręgowego sądu. Orzeczenia Naczelnego Sądu kończące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są prawomocne z chwilą ogłoszenia i doręcza się je stronom wraz z pisemnym uzasadnieniem w terminie dwóch miesięcy od dnia jego ogłoszenia.

Od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu, wydanego w drugiej instancji, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Prezesowi Naczelnej Rady przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego w terminie dwóch miesięcy od dnia doręczenia orzeczenia. Strony, minister właściwy do spraw zdrowia i Prezes Naczelnej Rady wnoszą kasację do Sądu Najwyższego za pośrednictwem Naczelnego Sądu. Kasacja może być wniesiona z powodu uchybień wymienionych w art. 439 k.p.k. lub innego rażącego naruszenia prawa. Kasacja może być wniesiona również z powodu niewspółmierności kary, a w stosunku do tej samej osoby obwinionej i od tego samego orzeczenia każdy uprawniony może wnieść tylko raz. Niedopuszczalne jest uwzględnienie kasacji na niekorzyść osoby obwinionej wniesionej po upływie sześciu miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. W kasacji należy podać, na czym polega zarzucane uchybienie. Kasacja powinna być sporządzona i podpisana przez obrońcę będącego adwokatem albo radcą prawnym albo pełnomocnika będącego adwokatem albo radcą prawnym (przymus adwokacko-radcowski).

W wyjątkowych sytuacjach ustawa przewiduje wznowienie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu pielęgniarek i położnych 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 przedtem temu sądowi, wskazujące na to, że: a) osoba obwiniona nie popełniła czynu albo jej czyn nie stanowił przewinienia zawodowego lub nie podlegał karze, b) sąd ten umorzył postępowanie, błędnie przyjmując popełnienie przez osobę obwinioną zarzucanego jej czynu. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zakończone prawomocnym orzeczeniem sądu pielęgniarek i położnych można wznowić w przypadku uchylecia lub istotnej zmiany treści prawomocnego orzeczenia, z powodu którego zostało ono umorzone. Wznowienie postępowania może nastąpić na wniosek strony lub

z urzędu, a wniosek o wznowienie postępowania na korzyść osoby obwinionej może złożyć w razie jej śmierci osoba, która zgłosiła się po jej śmierci, aby działać w jej imieniu w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. Postępowanie wznowia się z urzędu tylko w razie ujawnienia jednego z uchybień wymienionych w art. 439 k.p.k. Niedopuszczalne jest wznowienie postępowania z urzędu na niekorzyść osoby obwinionej po upływie sześciu miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. W kwestii wznowienia postępowania zakończonego prawomocnym orzeczeniem okręgowego sądu lub Naczelnego Sądu orzeka w innym składzie sąd pielęgniarek i położnych, który wydał orzeczenie kończące prawomocnie postępowanie, na posiedzeniu bez udziału stron, chyba że przewodniczący sądu lub sąd postanowią inaczej. Wniosek o wznowienie postępowania powinien być sporządzony i podpisany przez adwokata albo radcę prawnego. Do wniosku dołącza się odpowiednią liczbę jego odpisów dla stron postępowania. Na postanowienie oddalające wniosek o wznowienie postępowania lub pozostawiające go bez rozpoznania przysługuje zażalenie do Naczelnego Sądu w terminie 14 dni od dnia doręczenia postanowienia, z tym że zażalenie na postanowienie Naczelnego Sądu rozpoznaje ten sąd w innym składzie. Orzekając o wznowieniu postępowania, okręgowy sąd uchyla zaskarżone orzeczenie i ponownie rozpatruje sprawę w innym składzie, a Naczelny Sąd uchyla zaskarżone orzeczenie i przekazuje sprawę właściwemu okręgowemu sądowi do ponownego rozpoznania. Od orzeczenia o wznowieniu postępowania środków odwoławczy nie przysługuje. Uchylając zaskarżone orzeczenie, Naczelny Sąd może uniewinnić osobę obwinioną, jeżeli nowe fakty lub dowody wskazują na to, że orzeczenie to jest oczywiście niesłuszne, albo też postępowanie umorzyć. Pielęgniarka lub położna, która w wyniku wznowienia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej albo kasacji została uniewinniona, przysługuje roszczenie o odszkodowanie za poniesioną szkodę oraz zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, na skutek wykonania względem niej w całości albo w części kary, która została zmieniona albo uchylona w wyniku wznowienia postępowania albo kasacji. Roszczenia te przysługują w stosunku do okręgowej izby, której osoba obwiniona była członkiem w momencie ukarania. W przypadku obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej wykonującego czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej roszczenie przysługuje w stosunku do okręgowej izby, której sąd wydał orzeczenie, w sprawie, która była przedmiotem wznowienia postępowania albo kasacji. W sprawach roszczeń, o których mowa powyżej,

orzeka sąd powszechny, przy czym ulegają one przedawnieniu z upływem roku od dnia uprawomocnienia się orzeczenia wydanego w wyniku wznowienia postępowania albo kasacji.

Prawomocne orzeczenie wydane przez sąd pielęgniarek i położnych w pierwszej instancji sąd ten doręcza wraz z uzasadnieniem stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, przewodniczącemu właściwej okręgowej rady i Prezesowi Naczelnej Rady. Na wniosek osoby obwinionej prawomocne orzeczenie uniewinniające ją w sprawie z zakresu odpowiedzialności zawodowej podlega opublikowaniu w biuletynie okręgowej izby, której jest członkiem, na koszt tej izby. W przypadku obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej wykonującego czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publikacja przysługuje w biuletynie okręgowej izby, której sąd wydał orzeczenie w sprawie, która była przedmiotem wznowienia postępowania albo kasacji. Naczelna Rada prowadzi rejestr ukaranych pielęgniarek i położnych, w którym dokonuje się wpisu o ukaraniu. Rejestr jest jawny dla osób, które wykażą interes prawny.

Na końcu należy wskazać na instytucję zatarcia skazania uregulowaną w omawianej ustawie – zatarcie ukarania następuje z urzędu: 1) po upływie roku od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą upomnienia; 2) po upływie 3 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą nagany; 3) po upływie 3 lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą ograniczenia prawa wykonania zawodu; 4) po upływie 5 lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą zawieszenia w prawie wykonywania zawodu; 5) po upływie 15 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu – jeżeli pielęgniarka lub położna nie zostaną w tym czasie ponownie ukarane lub nie zostaną wszczęte przeciwko nim postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Zatarcie ukarania następuje przez usunięcie z rejestru ukaranych pielęgniarek i położnych wpisu o ukaraniu.

Podobnie jak w ustawie zawodowej lekarzy, w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy kodeksu postępowania karnego. Natomiast nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej. Ponadto stosuje się przepisy rozdziałów I–III i art. 53 kodeksu karnego.

Rozdział IV

Odpowiedzialność zawodowa fizjoterapeuty

1. Zasady wykonywania zawodu fizjoterapeuty

Zawód fizjoterapeuty reguluje ustawa z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty¹, która to jest wynikiem działań zainicjowanych przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, zmierzających do uchwalenia aktu prawnego kompleksowo regulującego wykonywanie zawodu fizjoterapeuty. Z uzasadnienia do projektu ustawy wynika, że powodem jej uchwalenia był brak właściwych kwalifikacji i kompetencji, który stanowił zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta, wynikające zarówno z błędnej diagnostyki, jak i nieprofesjonalnie wykonywanych czynności zawodowych². Dopełnieniem regulacji ustawowych określających status fizjoterapeuty są zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty, określone w uchwale Krajowej Rady Fizjoterapeutów nr 20/I KZF/2016 z 29 grudnia 2016 r. w sprawie „Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty”³.

Osoba wykonująca zawód medyczny, której pojęcie wynika z treści art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴, jest zdefiniowana jako osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń

¹ Ustawa z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 1213), dalej: u.z.f.

² Poselski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw, <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3001> (dostęp 20.07.2024).

³ Uchwała nr 20/I KZF/2016 I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z 29 grudnia 2016 r. w sprawie „Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty”, <https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2017/01/20-I-KZF-2016-zal.pdf> (dostęp 20.07.2024).

⁴ Ustawa z 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 991), dalej: u.dz.l.

zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Elementy odróżniające zawód fizjoterapeuty od innych zawodów medycznych to m.in. rodzaj udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych, a także wymogi dotyczące uzyskania prawa do wykonywania zawodu⁵.

Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty przysługuje osobie, która spełnia łącznie warunki określone w art. 13 ust. 1 u.z.f. Należy do nich posiadanie przez fizjoterapeutę pełnej zdolności do czynności prawnych, stan zdrowia, który pozwala na wykonywanie zawodu, co jest potwierdzone orzeczeniem lekarskim albo innym dokumentem potwierdzającym brak przeciwwskazań do wykonywania zawodu fizjoterapeuty wymaganych w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym wydanym przez właściwe podmioty w tym państwie. Ponadto fizjoterapeuta powinien wykazywać znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania zawodu, a także swoim dotychczasowym zachowaniem dawać rękojmiej prawidłowego wykonywania zawodu. W szczególności taka osoba nie może być skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, przeciwko wolności seksualnej i obyczajności oraz za przestępstwo znęcania się lub przestępstwo uprowadzenia małoletniego. Fizjoterapeuta powinien też mieć dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający kwalifikacje (o którym mowa w art. 13 ust. 3 u.z.f.) albo potwierdzający kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty uzyskane w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, lub potwierdzający kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, wydany w państwie innym niż państwo członkowskie UE lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub w państwie członkowskim

⁵ P. Klusek, *Fizjoterapeuta jako wolny zawód i zawód zaufania publicznego*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” 2016, nr 53, s. 45.

Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej.

Zawód fizjoterapeuty, podobnie jak inne regulowane zawody medyczne, jest samodzielnym zawodem medycznym⁶. Fizjoterapeuta samodzielnie udziela świadczeń, jeśli ma tytuł: magistra – uzyskany w sposób, o którym mowa w art. 13 ust. 3 pkt 1 i 1a u.z.f.; magistra – uzyskany w sposób, o którym mowa w art. 13 ust. 3 pkt 2–7 u.z.f., oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty; licencjata – uzyskany w sposób, o którym mowa w art. 13 ust. 3 pkt 2 lub 3 u.z.f., oraz co najmniej 6-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty; technika fizjoterapii – uzyskany w sposób, o którym mowa w art. 13 ust. 3 pkt 8 u.z.f., oraz co najmniej 6-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.

Zawód fizjoterapeuty jest zawodem wolnym⁷. Fizjoterapeuci przynależą do samorządu zawodowego, a także ponoszą odpowiedzialność zawodową za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Cechą wolnego zawodu jest również niezależność zawodowa, o której mowa w art. 2 u.z.f.⁸ Trzeba podkreślić, że fizjoterapeuta może wykonywać zawód w ramach praktyki zawodowej takiej jak jednoosobowa działalność gospodarcza.

Jak wskazuje treść art. 17 Konstytucji RP⁹ wynika, że samorządy zawodowe reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Do kryteriów regulowanego charakteru wykonywania wolnego zawodu, osobisty sposób świadczenia usług, kwalifikowane wykształcenie, aksjologię wykonywania zawodu, strukturę jego wykonywania, niezależność zawodową, etos zawodowy, stan i sposób zorganizowania, wynagrodzenie, tajemnicę zawodową,

⁶ M. Paszkowska, *Ustawowe zasady wykonywania zawodu fizjoterapeuty*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 6, s. 71–72.

⁷ J. Jacyszyn, „Wolny zawód” – *anachronizm czy istotne pojęcie prawne?*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2015, nr 11, s. 14–19.

⁸ A. Jacek, *Standard wykonywania zawodu fizjoterapeuty – ocena przyjętego stanu prawnego*, „Studia Prawnicze KUL” 2019, nr 2 (78), s. 136.

⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.). Szerzej – zob. P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000, s. 29–30; B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 115–118.

szczególną odpowiedzialność, a także samorządność korporacyjną¹⁰. Zawód fizjoterapeuty zaliczany jest także do grona zawodów medycznych. Do grupy zawodów reprezentujących zawody medyczne i pokrewne zalicza się zawód lekarza, lekarza denty, pielęgniarkę i położną, lekarza weterynarii, farmaceutę, diagnostę laboratoryjny oraz psychologa. Choć ustawa o zawodzie fizjoterapeuty nie wskazuje wprost, że zawód ten stanowi zawód zaufania publicznego¹¹, to za jego zaliczeniem do zawodów zaufania publicznego przemawia ustawowe utworzenie samorządu fizjoterapeutów, określenie dostępu do zawodu poprzez konieczność posiadania odpowiednio udokumentowanej wiedzy teoretycznej oraz praktycznej, posiadanie kodeksu etyki. W orzeczeniu z 2 lipca 2007 r. Trybunał Konstytucyjny, analizując pojęcie zawodu zaufania publicznego, podniósł, że zawody te wykonywane są w sposób założony i społecznie aprobowany, o ile ich wykonywaniu towarzyszy realne „zaufanie publiczne”, na które składają się różne czynniki, m.in. przekonanie o zachowaniu przez wykonującego ten zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz wiara w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu¹². Fizjoterapeuci mają ustawowy obowiązek należytej staranności przy wykonywaniu czynności medycznych. Pojęcie należytej staranności uregulowane zostało w treści art. 355 kodeksu cywilnego¹³, zgodnie z którym to staranność wymagana w stosunkach danego rodzaju¹⁴. Warto zauważyć, że J. Lipski w opinii prawnej na temat projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw z 3 lutego 2015 r. wprost wskazuje, że zawód fizjoterapeuty ma charakter zawodu zaufania publicznego. Polega on bowiem na świadczeniu pomocy fizjoterapeutycznej pacjentom w sytuacji zagrożenia podstawowej dla każdego człowieka wartości: zdrowia (sprawności fizycznej), a udzielana pomoc związana jest

¹⁰ J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnych zawodów w Polsce*, Warszawa 2004, s. 42.

¹¹ P. Kłusek, *Fizjoterapeuta jako wolny zawód...*, s. 46–47.

¹² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2 lipca 2007 r. (sygn. akt: K 41/05).

¹³ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1360).

¹⁴ Z. Banaszczyk, P. Granecki, *O istocie należytej staranności*, „Palestra” 2002, nr 7/8, s. 19. Staranność jest ujęta jako obiektywnie istniejący wzorzec postępowania, stworzony w celu jak najlepszego, poprawnego wykonania zobowiązań, a jednocześnie zabezpieczający interesy zobowiązanych przez odniesienie treści staranności do danego rodzaju stosunków.

z powierzeniem fizjoterapeucie istotnych informacji osobistych dotyczących zdrowia i życia pacjenta¹⁵.

Fizjoterapeuta wykonujący zawód nawiązuje z pacjentem szczególną, opartą na zaufaniu więź. Dane dotyczące stanu zdrowia powiązane są z obowiązkiem ochrony prywatności pacjenta przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym również fizjoterapeutów. Warto podkreślić, że obowiązek dbania o zaufanie pacjenta, a także dbania o zapewnienie bezpieczeństwa, prywatności oraz intymności pacjenta wynika z norm § 2 kodeksu deontologicznego¹⁶.

Ponadto przepis art. 9 pkt. 3 u.z.f. nałożył na przedstawicieli tego zawodu obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu zgodnie z przepisami ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁷. Do podstawowych zasad, zawartych w art. § 1 ust. 4 z.e.z.f., zalicza się m.in. obowiązek zachowania przez fizjoterapeutę tajemnicy zawodowej. Została ona unormowana bardzo szeroko. Z § 6 ust. 9 z.e.z.f. wynika, że fizjoterapeuta ma obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, która obejmuje wszelkie wiadomości o pacjencie (klientcie) i jego otoczeniu, uzyskane w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Tajemnicą objęte są wszystkie informacje związane z pacjentem, obejmujące nie tylko obecne działania fizjoterapeutyczne, lecz także wcześniejszą diagnozę, terapię i wyniki. Podkreślenia wymaga, że omawiany kodeks w § 1 ust. 5 rozszerza obowiązek fizjoterapeutów do zachowania tajemnicy zawodowej również w przestrzeni cyfrowej i mediach społecznościowych.

Na fizjoterapeutach spoczywa obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Zgodnie z art. 4 ust. 1 u.z.f. przedstawiciel tego zawodu ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, i wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Uzupełnieniem tych postanowień jest pkt 4 z.e.z.f.,

¹⁵ J. Lipski, *Opinia prawna na temat projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw z dnia 3 lutego 2015 roku*, <https://www.fizjoterapeuci.org/zalaczniki/Opinia%20prawna%20do%20projektu%20ustawy%20autorstwa%20PSL-PTF.pdf> (dostęp 31.07.2024).

¹⁶ Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty, załącznik do uchwały nr 25/II KZF/2022II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z dnia 28 maja 2022 r., https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2022/06/zasady_etyki_06.22.pdf (dostęp 27.07.2024).

¹⁷ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 1545), dalej: ustawa o RPP.

który zobowiązuje fizjoterapeutów do stałego doskonalenia zawodowego, aby zapewnić udzielanie świadczeń zgodnych z aktualnym poziomem wiedzy. Zawód fizjoterapeuty zyskał status zawodu regulowanego, podobnie jak inne zawody medyczne działające w systemie ochrony zdrowia. Prawo posługiwania się tytułem zawodowym „fizjoterapeuta” przysługuje wyłącznie osobie, która posiada prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Poprzez wprowadzenie takiej regulacji ustawodawca pozwala na wykonywanie tego zawodu tylko przez osoby, które zdobyły odpowiednie kwalifikacje, a także wykształcenie pozwalające na wykonywanie zawodu fizjoterapeuty. Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z 8 czerwca 2021 r.¹⁸ analizował skargę dotyczącą pozbawienia skarżącego praw nabytych w postaci prawa do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, który to zawód skarżący wykonywał przed wejściem w życie u.z.f. NSA stwierdził, że ukończenie studiów podyplomowych w dziedzinie fizjoterapii oraz posiadanie wieloletniej praktyki nie zostało przez ustawodawcę uznane za wystarczające do uzyskania prawa do wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

Samorząd zawodowy fizjoterapeutów, podobnie jak samorząd zawodowy diagnostów laboratoryjnych, został zorganizowany wyłącznie na poziomie krajowym. Krajowa Izba Fizjoterapeutów stanowi jednostkę organizacyjną samorządu fizjoterapeutów; posiada ona osobowość prawną i tworzona jest przez zamieszkałych na terenie kraju fizjoterapeutów. Osobom wykonującym zawód fizjoterapeuty ustawa nakazuje przynależność do samorządu zawodowego. Zadaniem samorządu zawodowego fizjoterapeutów jest reprezentowanie osób wykonujących zawód fizjoterapeuty oraz sprawowanie pieczy nad należytych wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego¹⁹ i dla jego ochrony. Samorząd, zgodnie z treścią art. 3 ust. 3 u.z.f., jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega wyłącznie przepisom ustawy. Nadzór nad jego działalnością sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty opiera się na współpracy z osobami wykonującymi inne zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l. Z tego przepisu wynika, że osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Do tej grupy

¹⁸ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 8 czerwca 2021 r. (sygn. akt: II OSK 214/20).

¹⁹ M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013, s. 52.

zawodów medycznych należy zaliczyć m.in. lekarzy (w tym lekarzy dentystów), pielęgniarki²⁰, położne, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, felczerów. Zgodnie z treścią art. 4 ust. 1 pkt. 1 i 2 u.z.f. wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, m.in. na diagnostyce funkcjonalnej pacjenta, a także kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu fizykoterapii. W związku z powyższym obowiązkiem fizjoterapeuty jest współpraca z lekarzem m.in. w zakresie wdrożenia diagnozy funkcjonalnej względem pacjenta, a także zaplanowania postępowania fizjoterapeutycznego. Warto zauważyć, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej²¹ w § 5 ust. 3 określa czynności, które mają być wykonane w ramach wizyty fizjoterapeutycznej. W zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego obejmują one co najmniej jedną z poniższych czynności: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, a także udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego. W ramach udzielania świadczeń z zakresu fizjoterapii fizjoterapeuta ma obowiązek przeprowadzić diagnostykę funkcjonalną pacjenta, a także zaplanować postępowanie fizjoterapeutyczne. Artykuł 6 ust. 2 u.z.f. wskazuje, że w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zleceń lekarza w zakresie fizjoterapii fizjoterapeuta ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania, a także odmówić wykonania określonego świadczenia. Odmowę wykonania świadczenia fizjoterapeuta ma obowiązek uzasadnić w dokumentacji medycznej i poinformować o niej lekarza zlecającego. Warto podkreślić, że ustawodawca ogranicza w ten sposób możliwość odmowy wykonania zlecenia lekarskiego do uzasadnionych wątpliwości fizjoterapeuty odnoszących się do tego zlecenia. Ustawa nie zobowiązuje natomiast fizjoterapeuty do podania na piśmie przyczyny odmowy wykonania zlecenia lekarskiego. Zlecenie lekarza w zakresie

²⁰ I. Bernatek-Zagula, *Podstawy prawa. Wybrane zagadnienia dla ratowników medycznych i pielęgniarzy*, Legnica 2017, s. 32.

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 265).

fizjoterapii powinno mieć formę pisemną, a jego treść powinna być jasna i precyzyjna, tak aby fizjoterapeuta wiedział, jakie czynności powinien podjąć względem pacjenta. Zgodnie z art. 9 pkt. 4 u.z.f. obowiązkiem fizjoterapeuty jest prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta²², fizjoterapeutom przyznano prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty przewiduje także obowiązek przeszkolenia osoby, która w okresie ostatnich sześciu lat nie wykonuje zawodu łącznie przez okres dłuższy niż pięć lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie. W takim przypadku fizjoterapeuta ma obowiązek zawiadomić o tym Krajową Radę Fizjoterapeutów i odbyć trwające nie dłużej niż sześć miesięcy przeszkolenie pod nadzorem fizjoterapeuty z tytułem magistra i pięcioletnim stażem pracy lub z tytułem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii. Takiego opiekuna wskazuje kierownik podmiotu leczniczego, w którym odbywa się przeszkolenie. Krajowa Rada Fizjoterapeutów uchwałą z 27 lipca 2023 r. w sprawie przeszkolenia fizjoterapeutów po przerwie w wykonywaniu zawodu²³ określiła ramowy program przeszkolenia fizjoterapeutów po przerwie w wykonywaniu zawodu, sposób i tryb odbywania przeszkolenia oraz sposób i tryb zaliczenia przeszkolenia. Zgodnie z treścią § 3 tej uchwały fizjoterapeuta powracający do wykonywania zawodu składa do Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów zawiadomienie o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu. Zawiadomienie to powinno zawierać informacje o czasie trwania przerwy, zgodę kierownika podmiotu leczniczego na odbycie przeszkolenia w jego placówce, a także zakres obowiązków opiekuna przeszkolenia. Jeśli w danym podmiocie leczniczym nie wykonuje się wszystkich rodzajów czynności zawodowych, które wymagane są programem przeszkolenia, to możliwe jest odbycie go w kilku podmiotach. Zawiadomienie podlega ocenie przez Biuro Krajowej

²² Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 849).

²³ Uchwała nr 297/II KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z 27 lipca 2023 r. w sprawie przeszkolenia fizjoterapeutów po przerwie w wykonywaniu zawodu, https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2023/07/uchwala_297_II-KRF.pdf (dostęp 20.07.2024).

Izby Fizjoterapeutów, a w przypadku wątpliwości dodatkowo ocenie przez Zespół do spraw Ustawicznego Kształcenia Podyplomowego Fizjoterapeutów. Fizjoterapeuci mają prawo wystawiania zleceń na określone wyroby medyczne. Rozporządzenie z 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie²⁴ określa grupy wyrobów medycznych, które mogą być zlecane przez fizjoterapeutów. Należą do nich m.in. orteza stawu łokciowego z ujęciem ręki lub bez, orteza odwodząca stawu barkowego z regulacją kąta odwiedzenia, rękawiczka uciskowa płaskodżiana z palcami z uciskiem od 15 mm Hg (w przypadku dzieci z uciskiem od 10 mm Hg) z minimum sześciomiesięczną gwarancją producenta na niezmienną wartość ucisku do 2 sztuk. Należy podkreślić, że zlecenie wyrobów medycznych w przypadku rehabilitacji związane jest tzw. zaopatrzeniem ortopedycznym²⁵. Zlecenia na wyroby medyczne może wystawiać magister fizjoterapii (chodzi o fizjoterapeutę, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 u.z.f.) i specjalista fizjoterapii. Specjalistą w dziedzinie fizjoterapii jest fizjoterapeuta, który ma tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta mający tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia.

2. Przewinienie zawodowe

Przewinienie zawodowe zostało zdefiniowane w art. 85 ust. 1 u.z.f. Zgodnie z tym przepisem, za przewinienie zawodowe uznawane będą wszelkie przypadki naruszenia zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu²⁶.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 823).

²⁵ M. Paszkowska, *Nowy status fizjoterapeuty w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Wiadomości Lekarskie” 2020, vol. 73, nr 7, s. 1575.

²⁶ P. Zieliński, *Kilka słów o pojęciu i rodzajach błędu medycznego*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 194; M. Kis-Wojciechowska, *Błąd medyczny*, „Homines Hominibus” 2011, nr 7, s. 133; I. Dziekońska-Staśkiewicz, *Tak zwany błąd w sztuce lekarskiej (definicje, zakres pojęcia, propozycje)*, „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” 1974, t. 1, s. 233, 237; Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 1999, s. 37–38; B. Popielski, *Pogranicze etyki i prawa*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, s. 135; J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie, orzecznictwie*, Warszawa 1965, s. 125, cyt. za P. Zieliński, *Kilka słów o pojęciu...*, s. 187; A. Müller, *Karnoprawna ocena odpowiedzialności fizjoterapeuty za błąd medyczny*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2018, t. 28, nr 4, s. 115–116.

Jeżeli chodzi o pierwszą kategorię, to zostały one skodyfikowane po raz pierwszy w uchwale I Krajowego Związku Fizjoterapeutów z 29 grudnia 2016 r. w sprawie „Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty”²⁷, do której załącznikiem był zbiór 10 reguł deontologicznych²⁸. Podczas II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów w 2022 r. przyjęto uchwałę, do której załącznikiem jest znacznie bardziej rozbudowany dokument zatytułowany „Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty”²⁹. Jak podkreślono w preambule „Zasad”, reguły te „mają na celu zapewnienie wsparcia pacjentom (klientom) oraz rodzinie i bliskim w realizacji przynależnych im praw, zaś fizjoterapeutom w rozwiązywaniu problemów etycznych związanych z pełnieniem ról zawodowych i społecznych”. W preambule wskazano ponadto, że:

Dbałość o przestrzeganie zasad zawartych w Kodeksie etyki zawodowej fizjoterapeuty jest moralnym obowiązkiem każdego fizjoterapeuty. Egzekwowanie wierności tym zasadom spoczywa na władzach samorządu zawodowego, a w szczególności na Rzeczniku Dyscyplinarnym oraz sądach dyscyplinarnych

wskazując wprost na organy prowadzące postępowania w zakresie odpowiedzialności za wykonywanie zawodu niezgodnie z etyką zawodową.

Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty opierają się na założeniu, że fizjoterapeuta to samodzielna profesja medyczna (...) i stanowią one podstawę wykonywania przez fizjoterapeutę wszystkich czynności zawodowych, niezależnie od formy i miejsca wykonywania zawodu, dlatego w ich treści używa się zwrotu „pacjent (klient)” w odniesieniu do każdej osoby korzystającej z usług fizjoterapeuty³⁰.

²⁷ Uchwała I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z 29 grudnia 2016 r. nr 20/I KZF/2016 w sprawie „Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty”, <https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2017/01/20-I-KZF-2016-zal.pdf> (dostęp 25.07.2024).

²⁸ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, [w:] *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1980, s. 11; R. Meissner, *Rozważania nad deontologią lekarską*, [w:] *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, red. R. Szulc, Poznań 1999, s. 9; R. Kmiecik, *Samorząd zawodowy w strukturze administracyjnej państwa*, [w:] *Z badań nad samorządem zawodowym w Polsce. Praca zbiorowa*, red. R. Kmiecik, Poznań 2010, s. 24.

²⁹ Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty, załącznik do uchwały II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z 28 maja 2022 r. nr 25/II KZF/2022, https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2022/06/zasady_etyki_06.22.pdf (dostęp 27.07.2024).

³⁰ Ibidem.

Kodeks etyki zawodowej fizjoterapeuty jako jeden z niewielu kodeksów etycznych zawodów medycznych odnosi się do używania nowoczesnych narzędzi komunikacji społecznej (internet, media społecznościowe, komunikatory) w relacji z pacjentem (klientem), kładąc nacisk na odpowiedzialność za informacje przekazywane publicznie na temat usług fizjoterapeutycznych, które świadczą.

Aktualny kodeks etyki składa się z 11 paragrafów regulujących w sposób następujący określone obszary etyki zawodowej fizjoterapeuty:

1. „Podstawowe zasady” – wskazano ogólne zasady i wartości, którymi powinien kierować się fizjoterapeuta, wykonując zawód, takie jak: profesjonalizm, odpowiedzialność, troska, szacunek dla godności i autonomii pacjenta (klienta), rzetelność udzielanych informacji oraz zachowanie tajemnicy zawodowej (także w przestrzeni cyfrowej i mediach społecznościowych), kształtowanie postaw prozdrowotnych w społeczeństwie, obowiązek postępowania zgodnie z przepisami prawa, zasadami etyki zawodowej oraz regulacjami dotyczącymi wykonywania zawodu, respektując prawa pacjenta, obowiązek doskonalenia wiedzy i umiejętności zawodowych oraz rozwijania kompetencji społecznych, w tym umiejętności komunikacji klinicznej.
2. „Pacjent (klient)” – w relacji z pacjentem (klientem) fizjoterapeuta szanuje godność, autonomię i prawa każdego pacjenta (klienta) i nie może odmówić mu dostępu do usług fizjoterapeutycznych z powodów dyskryminacyjnych (ze względu na płeć, wiek, pochodzenie etniczne lub narodowe, kolor skóry, religię lub wyznanie, stan funkcjonalny, tożsamość płciową i orientację seksualną pacjenta (klienta), jego status majątkowy, przekonania polityczne lub inne uwarunkowania społeczne), lecz jedynie w sytuacji, w której usługa fizjoterapeutyczna miałaby być wykonana w warunkach, które nie spełniają wymogów bezpieczeństwa³¹, wytycznych sanitarnych oraz technicznych, a także wtedy, gdy zachowanie pacjenta (klienta) zagraża bezpieczeństwu fizjoterapeuty lub innych osób, a każdy przypadek odmowy wykonania usługi fizjoterapeutycznej wraz z uzasadnieniem należy odnotować w dokumentacji medycznej. Każda usługa fizjoterapeutyczna powinna być poprzedzona udzieleniem rzetelnej informacji na temat korzyści, ryzyka i ewentualnych kosztów zabiegów oraz celu

³¹ M. Mikos, M. Curyło, G. Juszczyk, A. Czerw, *Bezpieczeństwo pacjenta przy wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, nr 7, s. 502.

i przebiegu fizjoterapii dostosowanej do potrzeb pacjenta (klienta), a następnie uzyskaniem świadomej zgody pacjenta (klienta), jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego na jej świadczenie (na użycie różnych form dotyku i pracy ciałem podczas terapii). Fizjoterapeuta buduje relację z pacjentem (klientem) w atmosferze zaufania i szacunku (świadomość pozaterapeutycznego znaczenia dotyku oraz emocjonalnych, psychicznych i fizycznych granic pacjenta (klienta) podczas różnych form dotyku i pracy ciałem), dba o bezpieczeństwo, prywatność i intymność pacjenta (klienta).

3. „Rodzina, opiekunowie, bliscy” – fizjoterapeuta wyjaśnia osobie wskazanej przez pacjenta (klienta), jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu w sposób zrozumiały rolę tych osób w procesie terapii oraz przekazuje pacjentowi (klientowi) lub tym osobom niezbędne informacje na temat korzyści, ryzyka, rokowania i przebiegu terapii, za zgodą pacjenta (klienta), z zastrzeżeniem wyjątków ustawowo określonych (tj. osoby małoletnie, całkowicie ubezwłasnowolnione lub niezdolne do świadomego wyrażenia zgody)³² fizjoterapeuta przekazuje informacje na temat zdrowia i terapii przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu. Dobrą praktyką jest uzyskanie zgody na świadczenie usług fizjoterapeutycznych od pacjentów (klientów) bez względu na ich wiek czy zdolność do świadomego wyrażenia zgody.
4. „Zespół, współpracownicy” – fizjoterapeuta powinien wypowiadać się i traktować z szacunkiem współpracowników, także w przestrzeni cyfrowej, efektywnie komunikować się z członkami zespołu medycznego w celu zapewnienia pacjentowi (klientowi) jak najlepszej opieki; ponadto fizjoterapeuta winien zgłaszać odpowiednim organom, z zachowaniem drogi służbowej, wszelkie naruszenia dotyczące niezgodności ze standardami wykonywania zawodu³³, szczególnie gdy zagraża to zdrowiu lub życiu pacjenta (klienta), lecz niedopuszczalne jest wypowiadanie przez fizjoterapeutę wobec osób trzecich, szczególnie pacjentów (klientów), negatywnej opinii o czynnościach zawodowych innego

³² A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2011, s. 77.

³³ E. Sarnacka, *Standard wykonywania zawodu fizjoterapeuty na tle standardów wybranych zawodów medycznych*, [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassmann, Warszawa 2019, s. 181–182.

fizjoterapeuty, chyba że potrzeba albo obowiązek takiej oceny wynikają z zadań lub uprawnień służbowych bądź samorządowych.

5. „Społeczeństwo” – fizjoterapeuta promuje postawy dotyczące zdrowego stylu życia i uświadamia otoczenie o negatywnych konsekwencjach braku lub niskiej intensywności ruchu dla zdrowia, na podstawie wiedzy pozyskanej z aktualnych doniesień naukowych; fizjoterapeuta powinien promować działania na rzecz włączenia społecznego osób z trudnościami w funkcjonowaniu, osób zagrożonych wykluczeniem lub wykluczonych społecznie.
6. „Profesja” – paragraf ten odnosi się do zachowania profesjonalizmu w wykonywaniu zawodu w sferze publicznej i zawodowej. Po pierwsze, fizjoterapeuta prowadzi diagnostykę funkcjonalną, postępowanie terapeutyczne oraz ocenę skuteczności fizjoterapii na podstawie aktualnej wiedzy naukowej, profesjonalnych standardów, rekomendacji oraz wytycznych. Po drugie, fizjoterapeuta powinien mieć świadomość własnych kompetencji (wiedzy, umiejętności, postaw) i doświadczenia oraz prowadzić refleksyjną samoocenę własnych kompetencji i doświadczeń. Po trzecie, fizjoterapeuta nie wykonuje usług fizjoterapeutycznych wykraczających poza jego kompetencje ani takich, które są zbędne lub nie przynoszą korzyści zdrowotnych bądź poprawiających jakość życia, a jeśli działania fizjoterapeutyczne nie przynoszą efektów, fizjoterapeuta zaprzestaje wykonywania usług, informując pacjenta (klienta) o innych możliwościach uzyskania kompetentnej pomocy. Kolejnym przejawem profesjonalnego wykonywania zawodu przez fizjoterapeutę jest prowadzenie dokumentacji pacjenta (klienta) z należytą starannością, zachowaniem poufności i odpowiednim jej zabezpieczeniem, jak również zachowanie tajemnicy zawodowej, która obejmuje wszelkie wiadomości o pacjencie (kliencie) i jego otoczeniu, uzyskane w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi.
7. „Zdalna rehabilitacja” – fizjoterapeuta ponosi odpowiedzialność za informacje przekazywane publicznie na temat usług fizjoterapeutycznych, także za pośrednictwem internetu, mediów społecznościowych, komunikatorów. Fizjoterapeuta może udzielać usługi fizjoterapeutycznej w formie telerehabilitacji, uwzględniając potrzeby pacjenta (klienta) lub grupy pacjentów (klientów), lecz nagrywanie sesji fizjoterapeutycznej wymaga zgody pacjenta (klienta).
8. „Komunikacja społeczna” – w tym paragrafie kodeksu wskazano, że fizjoterapeuta w ramach wykonywania zawodu może brać udział wyłącznie

w kampaniach społecznych, które promują zachowania prozdrowotne i zdrowy styl życia, a treść przekazu nie może wprowadzać w błąd, zaprzeczać aktualnej wiedzy naukowej ani promować konkretnego gabinetu fizjoterapeutycznego. Fizjoterapeuta informując o swojej działalności, przekazuje wyłącznie informacje merytoryczne dotyczące oferty rehabilitacyjnej, swoich kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, używając przynależnego mu stopnia i tytułu naukowego oraz tytułu zawodowego. Jeżeli fizjoterapeuta łączy role związane z usługami fizjoterapeutycznymi i handlowymi, powinien poinformować o tym pacjenta (klienta) oraz zdawać sobie sprawę z potencjalnego konfliktu interesów, a jeżeli rekomenduje sprzęt rehabilitacyjny, zachowuje obiektywizm i skupia się na udzielaniu informacji na temat wymagań jakościowych i funkcjonalnych sprzętu rehabilitacyjnego.

9. „Kształcenie” – fizjoterapeuta ma obowiązek stałego rozwijania i aktualizacji wiedzy i umiejętności zawodowych na podstawie najnowszych doniesień naukowych oraz udziału w różnych formach kształcenia ustawicznego, w tym w szkoleniach specjalizacyjnych, kursach, warsztatach i innych formach kształcenia oraz w ramach samokształcenia. Fizjoterapeuta może prowadzić badania naukowe, prezentować ich wyniki na konferencjach i w publikacjach naukowych, jak również prowadzić zajęcia dydaktyczne, kursy, szkolenia i warsztaty, uwzględniając aktualną wiedzę naukową, standardy profesjonalnego postępowania i zasady etyki zawodowej i dostosować przekazywane treści do uprawnień zawodowych odbiorców, a swoim postępowaniem powinien stanowić przykład godny naśladowania dla osób będących pod jego opieką.
10. „Badania naukowe” – fizjoterapeuta prowadzi badania naukowe rzetelnie, a prowadząc badania naukowe z udziałem człowieka, przestrzega obowiązujących regulacji krajowych i międzynarodowych, dotyczących badań naukowych w medycynie (wartościowy cel badań oparty na solidnych podstawach naukowych, sprawiedliwy i odpowiedzialny dobór uczestników badań, oszacowanie stosunku ryzyka do korzyści, uzyskanie świadomej zgody uczestników badania lub ich przedstawicieli ustawowych, wykazanie szacunku dla praw i interesów uczestników badania, zachowanie bezpieczeństwa pozyskanych danych zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych oraz uzyskanie zgody właściwej komisji etycznej).

11. „Samorząd zawodowy” – ostatni paragraf kodeksu etycznego opisuje pożądaną postawę fizjoterapeuty wobec samorządu zawodowego fizjoterapeutów, a więc fizjoterapeutę obowiązuje szacunek do organów samorządu, w tym jest on obowiązany stosować się do uchwał organów samorządu, niezależnie od ich osobistej oceny (podejmując krytykę działania organów fizjoterapeuta powinien przeprowadzić ją przede wszystkim w środowisku i w ramach struktur samorządu), terminowo płacić składki członkowskie, współdziałać z organami samorządu w sprawach związanych z jego funkcjonowaniem i zadaniami oraz w sprawach wykonywania zawodu i przestrzegania. Fizjoterapeuta wezwany przez organ Krajowej Izby Fizjoterapeutów, w szczególności Rzecznika Dyscyplinarnego, Sąd Dyscyplinarny albo Wyższy Sąd Dyscyplinarny, jest obowiązany stawić się na wezwanie albo złożyć wyjaśnienia w wyznaczonym terminie, a w przypadku zaistnienia poważnej przeszkody – usprawiedliwić niemożność stawiennictwa. Fizjoterapeuta, pełniąc funkcje w organach Krajowej Izby Fizjoterapeutów, jest obowiązany kierować się wolą i interesami zawodowymi fizjoterapeutów i zadaniami samorządu oraz wykonywać zadania rzetelnie i z najwyższą starannością, a ponadto nie może wykorzystywać powierzonej mu funkcji we własnych sprawach, dla własnej korzyści albo korzyści bliskich mu osób.

W kwestii przepisów dotyczących wykonywania zawodu, którym członkowie samorządu fizjoterapeutów podlegają, należy natomiast przede wszystkim wymienić przepisy określone w rozdziale 2 u.z.f.

Po pierwsze, zgodnie z art. 4 u.z.f. fizjoterapeuta wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo i wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

Po drugie, ustawodawca wskazał, że wykonywanie tej profesji polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: diagnostyce funkcjonalnej pacjenta; kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu fizykoterapii, kinezyterapii, masażu; zlecaniu wyrobów medycznych³⁴, dobieraniu do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych; nauczaniu pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi; prowadzeniu działalności fizjoprofilaktycznej, polegającej na popularyzowaniu zachowań

³⁴ Zgodnie z przepisami ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 826).

prozdrowotnych oraz kształtowaniu i podtrzymywaniu sprawności i wydolności osób w różnym wieku w celu zapobiegania niepełnosprawności; wydawaniu opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii; nauczaniu pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności. Zgodnie z ustawą za tożsame z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty uważa się także: nauczanie zawodu oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów, prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie fizjoterapii, kierowanie pracą zawodową osób wykonujących zawód fizjoterapeuty, zatrudnienie na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywanie czynności zawodowych niebędących świadczeniami zdrowotnymi w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁵ w podmiocie, który nie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Ponadto zgodnie z art. 6 u.z.f. przy wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty może współpracować z osobami wykonującymi inne zawody medyczne. Na mocy ustawy fizjoterapeuta ma również prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych pełnej informacji w rozumieniu przepisów ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁶ o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań – w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. Wprowadzono tu także zasadę, że w sytuacji, gdy osoba wykonująca zawód medyczny stwierdziła naruszenie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty, ma ona prawo i obowiązek niezwłocznie przekazać swoje uwagi osobie naruszającej zasady wykonywania zawodu, a jeśli okaże się to nieskuteczne, a dalsze postępowanie może prowadzić do zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, osoba taka powinna niezwłocznie zawiadomić bezpośredniego przełożonego oraz rzecznika dyscyplinarnego. Dodatkowo należy zaznaczyć, że z pewnością

³⁵ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 991), dalej: u.dz.l.

³⁶ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 1545), dalej: ustawa o RPP.

do przepisów określających zasady wykonywania zawodu należy zaliczyć wszystkie inne normy prawne w ramach systemu prawnego RP, w tym np. normy prawa karnego³⁷, wykroczeń itp.

3. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów, podobnie jak wcześniej omówione postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, opiera się na kilku głównych zasadach, obowiązujących w trakcie całego postępowania. Wyróżnić można takie reguły jak zasada kontrydiktoryjności, prawdy materialnej, prawa obwinionego do obrony, domniemania niewinności, obiektywizmu, swobodnej oceny dowodów, legalizmu, jawności, ustności, lojalności procesowej, szybkości postępowania, skargowości, ścigania z urzędu, bezpośredniości oraz koncentracji materiału dowodowego. Zgodnie z zasadą kontrydiktoryjności, strony postępowania są równe i przedstawiają dowody w ich własnym interesie przed bezstronnym sądem.

W obecnym stanie prawnym są nimi: pokrzywdzony i obwiniony, a w postępowaniu przed sądem dyscyplinarnym również Rzecznik albo jego zastępca. Zgodnie z art. 89 ustawy, pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Podmiot taki dysponuje również wieloma uprawnieniami: może korzystać z pomocy pełnomocników, których może ustanowić nie więcej niż dwóch, w przypadku śmierci pokrzywdzonego jego prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

³⁷ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 11 i 23; eadem, *Odpowiedzialność zawodowa*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 180.

Obwinionym natomiast jest fizjoterapeuta, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego Rzecznik wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutu lub przeciwko któremu skierował do sądu dyscyplinarnego wniosek o ukaranie. Obwinionemu zagwarantowano szereg uprawnień nawiązujących do kodeksu postępowania karnego. Pierwszą regułą jest zasada prawa obwinionego do obrony, która polega na możliwości składania wyjaśnień przez obwinionego, ale także ich odmowy. Obwiniony może mówić prawdę, ale może także kłamać, a z tego tytułu nie może ponieść negatywnych konsekwencji. Ponadto obwiniony może korzystać z pomocy nie więcej niż dwóch obrońców, których może ustanowić spośród fizjoterapeutów lub pełnomocników zawodowych, tj. adwokatów lub radców prawnych. Omawiana ustawa przewiduje instytucję obrony z urzędu w dwóch przypadkach fakultatywnych i jednym obligatoryjnym, przy czym zawsze kompetencją dysponować będzie sąd dyscyplinarny, w postępowaniu wyjaśniającym na wniosek Rzecznika. Po pierwsze, na uzasadniony wniosek osoby obwinionej sąd dyscyplinarny może ustanowić obrońcę. Po drugie, w przypadku gdy organ prowadzący postępowanie uzna za niezbędne ustanowienie obrońcy ze względu na okoliczności utrudniające obronę, ustanawia się dla osoby obwinionej obrońcę z urzędu. Po trzecie, gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności osoby obwinionej i nie ma ona obrońcy z wyboru, sąd dyscyplinarny obligatoryjnie ustanawia jej obrońcę z urzędu spośród fizjoterapeutów, adwokatów lub radców prawnych. Jedną z innych podstawowych reguł tego postępowania jest zasada domniemania niewinności. Według niej nie można pociągnąć do odpowiedzialności zawodowej osoby obwinionej, dopóki popełnienie przewinienia zawodowego nie zostało udowodnione i stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu dyscyplinarnego. Zgodnie z regułą *in dubio pro reo* wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść osoby obwinionej. Natomiast zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów w trakcie prowadzonego postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej rzecznik odpowiedzialności i sądy kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie, z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.

Postępowanie przed sądem dyscyplinarnym w przypadku śmierci osoby obwinionej toczy się nadal, jeżeli w terminie dwóch miesięcy od dnia jej zgonu zażąda tego jej małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub

stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. W takim przypadku sąd dyscyplinarny może wydać tylko orzeczenie uniewinniające albo w przypadku braku przesłanek dla wydania tego rodzaju orzeczenia – umorzyć postępowanie.

Zgodnie z art. 64 ustawy, organami Krajowej Izby Fizjoterapeutów są m.in. Wyższy Sąd Dyscyplinarny, Sąd Dyscyplinarny, Rzecznik będący organem oskarżyciela w tym postępowaniu. Członkami jakichkolwiek organów samorządu mogą być tylko fizjoterapeuci wpisani do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów. Kadencja organów samorządu trwa cztery lata. Tę samą funkcję w organach samorządu można pełnić nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje; pełnienie danej funkcji dłużej niż przez 24 miesiące w danej kadencji przyjmuje się za pełnienie jej przez pełną kadencję. Do pełnienia funkcji Rzecznika, jego zastępcy oraz członków Sądu Dyscyplinarnego i Wyższego Sądu Dyscyplinarnego mogą kandydować fizjoterapeuci wykonujący zawód nieprzerwanie co najmniej od 10 lat. Członkowie Sądu Dyscyplinarnego, Wyższego Sądu Dyscyplinarnego, Komisji Rewizyjnej, Rzecznik i jego zastępcy nie mogą być członkami innego organu samorządu, z wyjątkiem Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów. W przypadku wygaśnięcia mandatu Rzecznika przed upływem kadencji lub niemożności sprawowania funkcji do czasu wyboru nowego Rzecznika funkcję tę pełni jeden z zastępców wyznaczony przez Wyższy Sąd Dyscyplinarny. Funkcji zastępcy Rzecznika nie można pełnić w takich przypadkach jak: wykreślenie z Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów, odwołanie przez organ, który dokonał wyboru, ukaranie jedną z kar wymienionych w art. 108 ustawy, zawieszenie w prawie wykonywania zawodu, prawomocne orzeczenie przez sąd środka karnego pozbawienia praw publicznych lub środka karnego polegającego na zakazie wykonywania zawodu albo prawomocne orzeczenie przez sąd środka zabezpieczającego polegającego na zakazie wykonywania zawodu, skazanie prawomocnym wyrokiem sądu za popełnione umyślnie przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego, nieopłacenie składki członkowskiej za okres jednego roku. Zastępca Rzecznika zostaje zawieszony w pełnieniu swojej funkcji w przypadku wszczęcia przeciwko niemu postępowania w sprawie umyślnego popełnienia przestępstwa ściganego z oskarżenia publicznego lub postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej rozpoznają Sąd Dyscyplinarny w pierwszej instancji i Wyższy Sąd Dyscyplinarny jako instancja odwoławcza. Sąd Dyscyplinarny orzeka w składzie trzyosobowym. Wyższy Sąd

Dyscyplinarny orzeka w składzie pięcioosobowym, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej. W składzie orzekającym sądu dyscyplinarnego może uczestniczyć, bez prawa głosu, jeden z członków sądu, wyznaczony w charakterze sędziego rezerwowego.

Postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli: czynu nie popełniono albo nie ma danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia; czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo przepisy ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego; osoba obwiniona zmarła; nastąpiło ustanie karalności; postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się; szkodliwość społeczna czynu jest znikoma. Z kolei zasada legalizmu głosi, że z chwilą powzięcia uprawdopodobnionej wiadomości o przewinieniu zawodowej organ procesowy zobowiązany jest wszcząć i przeprowadzić postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów.

Podobnie jak w przypadku odpowiedzialności zawodowej innych przedstawicieli zawodów medycznych, np. lekarzy³⁸, wprowadza się tu zasadę niezależności prowadzenia tego postępowania od innych możliwych rodzajów odpowiedzialności prawnej, tj. cywilnej, karnej, pracowniczej. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie. Może jednak być ono zawieszone do czasu ukończenia postępowania karnego w sprawie o przestępstwo lub postępowania w sprawie o wykroczenie. Jeżeli chodzi o sposób ukształtowania przepisów odpowiedzialności zawodowej przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, to w mniejszym lub większym stopniu znaleźć możemy odniesienia do postępowania karnego. Zgodnie z art. 135 u.z.f. w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy kodeksu postępowania karnego³⁹, za wyjątkiem przepisów o oskarżycielu prywatnym,

³⁸ Por art. 54 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2010 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342).

³⁹ Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1375), dalej: k.p.k.

przedstawicieli społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu (za wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej), a także rozdziałów I, II i III oraz art. 53 kodeksu karnego⁴⁰.

W toku postępowania wyjaśniającego Rzecznik powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody. W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, Rzecznik może przesłuchać fizjoterapeutę w charakterze osoby obwinionej przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia. Jeżeli zebrany w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na popełnienie przewinienia zawodowego, Rzecznik wydaje postanowienie o przedstawieniu fizjoterapeucie zarzutów. Jeśli postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, Rzecznik wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania bez konieczności uprzedniego zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego i bez postanowienia o zamknięciu postępowania. W postanowieniu o umorzeniu postępowania wskazuje się przyczyny umorzenia. Jeżeli umorzenie następuje po wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów, postanowienie o umorzeniu zawiera także imię i nazwisko osoby obwinionej oraz określenie zarzucanego jej czynu.

Kolejną regułą jest zasada jawności postępowania – postępowanie przed sądem dyscyplinarnym odbywa się na rozprawie jawnej. Sąd dyscyplinarny może wyłączyć jawność rozprawy z urzędu lub wniosek stron, jeżeli jawność mogłaby naruszyć tajemnicę zawodową, wywołać zakłócenie spokoju lub porządku publicznego, obrażać dobre obyczaje, ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy, naruszyć ważny interes prywatny. Rozprawa odbywa się ustnie. Podobnie ogłoszenie orzeczenia sądu dyscyplinarnego jest jawne. Po ogłoszeniu orzeczenia przewodniczący składu orzekającego przytacza ustnie jego główne motywy. Przewodniczący składu orzekającego może wyłączyć

⁴⁰ Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1138), dalej: k.k. Rozdział I k.k. zawiera zasady odpowiedzialności karnej, w rozdziale II opisano formy popełnienia przestępstwa, rozdział III normuje przypadki wyłączenia odpowiedzialności karnej. Z kolei w art. 53 k.k. zamieszczono dyrektywy wymiaru kary.

jawność ogłoszenia głównych motywów orzeczenia w razie zaistnienia przesłanek, które uzasadniają wyłączenie jawności postępowania. Zasada lojalności procesowej to dyrektywa stawiająca organom procesowym, tj. Rzecznikowi i jego zastępcom oraz sądom I i II instancji, wymóg pouczenia uczestników postępowania o ich uprawnieniach i obowiązkach. Kolejną regułą naczelną tego postępowania jest zasada szybkości postępowania, która zakłada, że rozstrzygnięcie sprawy powinno nastąpić w rozsądnym terminie.

Nawiązując do powyższych ustaleń, należy wskazać, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów może się składać z czterech etapów. Pierwszym etapem są czynności sprawdzające, których celem jest zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W tym stadium nie przeprowadza się dowodów z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu z wyjątkiem przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na fizjoterapeutę. Następną fazą jest postępowanie wyjaśniające, tj. próba ustalenia, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie osoby obwinionej oraz zebranie, zabezpieczenie i utrwalenie w niezbędnym zakresie dowodów dla sądu dyscyplinarnego. Oba te etapy prowadzone są przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Następny etap to postępowanie przed sądem dyscyplinarnym. Jak wskazuje ustawodawca, celem tej fazy postępowania jest pociągnięcie do odpowiedzialności sprawcy przewinienia zawodowego oraz ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnianiu przewinień zawodowych, a także zapobieganie im oraz umacnianie poszanowania prawa i zasad współżycia społecznego. Ostatnim etapem jest postępowanie wykonawcze, a więc wykonanie orzeczeń zapadłych w toku postępowania przed sądem dyscyplinarnym.

4. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej

Postępowanie wyjaśniające⁴¹ prowadzone przez Rzecznika powinno być zakończone w terminie sześciu miesięcy. W uzasadnionym przypadku Sąd Dyscyplinarny może przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dalszy czas określony, nie dłuższy niż sześć miesięcy. W przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w terminie 12 miesięcy akta sprawy przekazuje się Wyższemu Sądowi Dyscyplinarnemu, który może przedłużyć postępowanie wyjaśniające na dalszy czas określony⁴².

Zasada skargowości zakłada, że postępowanie toczy się na skutek skargi sądowej w postaci wniosku kompetentnego organu, w tym przypadku Rzecznika Dyscyplinarnego, o ukaranie. Rzecznik niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego jest obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, które doręcza się stronom. Jeżeli zachodzi potrzeba, w określonym terminie można zażądać uzupełnienia danych zawartych w tej informacji lub dokonać sprawdzenia związanych z nią faktów. W tym przypadku postanowienie o wszczęciu albo o odmowie wszczęcia postępowania należy wydać najpóźniej w terminie miesiąca od dnia otrzymania informacji. Pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, a stronom na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego. Uprawnionym do złożenia zażalenia przysługuje ponadto prawo do przejrzenia akt. Zażalenie wnosi się do Sądu Dyscyplinarnego za pośrednictwem Rzecznika w terminie 14 dni od dnia otrzymania odpisu postanowienia. Sąd Dyscyplinarny rozpoznaje zażalenie oraz orzeka w składzie trzyosobowym. Uchylając postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego albo o odmowie jego wszczęcia, Sąd Dyscyplinarny wskazuje powody uchylecia, a w miarę potrzeby także okoliczności, które należy wyjaśnić, lub czynności, które należy przeprowadzić. Wskazania te są wiążące dla Rzecznika. Jeżeli istnieją podstawy do sporządzenia wniosku o ukaranie, Rzecznik zawiadamia osobę obwinioną lub jej obrońców o terminie końcowego zaznajomienia z materiałami postępowania

⁴¹ R. Kubiak, A. Liszewska, *Prawo medyczne dla fizjoterapeutów*, Warszawa 2020, s. 6.

⁴² W przedmiocie przedłużenia postępowania Wyższy Sąd Dyscyplinarny orzeka w składzie trzyosobowym.

wyjaśniającego wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzania akt. W terminie 14 dni od dnia zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego może ona składać wnioski o uzupełnienie postępowania⁴³. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo osoby obwinionej lub jej obrońcy nie wstrzymuje dalszego postępowania. Jeżeli nie zachodzi potrzeba uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, Rzecznik wydaje postanowienie o jego zamknięciu, a w terminie kolejnych 14 dni składa do Sądu Dyscyplinarnego wniosek o ukaranie fizjoterapeuty.

Organ prowadzący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przeprowadza dowody na wniosek stron lub z urzędu. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego lub specjalisty. W przypadku konieczności wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego osoby obwinionej konieczne jest powołanie dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Ustawa jednoznacznie przesądza, że składanie przez fizjoterapeutę zeznań lub wyjaśnień w trakcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie stanowi naruszenia tajemnicy zawodowej. W ustawie zagwarantowano instrumenty przysługujące organom prowadzącym postępowanie, mające na celu sprawne przeprowadzenie czynności procesowych. Jako przykład warto wskazać, że jeżeli świadek, biegły lub specjalista bez usprawiedliwienia nie stawiał się na wezwanie Rzecznika lub na rozprawę przed sądem dyscyplinarnym albo bezpodstawnie odmawia zeznań, to Rzecznik lub sąd dyscyplinarny może zwrócić się do sądu powszechnego, a konkretnie do sądu rejonowego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby wezwanej, o nałożenie kary pieniężnej. Warunkiem koniecznym zastosowania takiej sankcji jest jednak, aby w każdym przypadku taka osoba była pouczona o skutkach niestawiennictwa albo odmowy złożenia zeznań. Istnieje także możliwość przesłuchania takiej osoby na zlecenie sądu dyscyplinarnego orzekającego w danej sprawie przez członka tego organu, jeżeli świadek, biegły lub specjalista nie może stawić się z powodu przeszkody zbyt trudnej do usunięcia – w takim wypadku strony mają prawo brać udział w tej czynności.

Obowiązująca procedura zna instytucje przedawnienia ściągania przewinienia zawodowego i karalności. Należy tu wyjaśnić, że gdy chodzi o tę pierwszą, to zgodnie

⁴³ Termin zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego powinien być tak wyznaczony, aby od doręczenia zawiadomienia o nim osobie obwinionej i jej obrońcom upłynęło co najmniej 14 dni.

z art. 95 u.z.f. nie można wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły trzy lata. Bieg przedawnienia przerywa każda czynność Rzecznika dotycząca czynu fizjoterapeuty. Z kolei karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło pięć lat, choć jeżeli czyn stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa.

Organy procesowe powinny brać pod uwagę okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść osoby obwinionej, a wszelkie rozstrzygnięcia procesowe powinny być oparte na ustalonym przez organy procesowe stanie faktycznym, zgodnym z prawdą. Każdy z członków samorządu zawodowego ma prawo do rzetelnego i publicznego rozpatrzenia jego sprawy w rozsądnym terminie przez niezawisły i bezstronny sąd powołany na podstawie reguł określonych ustawą. Członkowie sądów dyscyplinarnych w zakresie orzekania podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa. Obowiązująca procedura przewiduje instancyjność postępowania, a nadto możliwość wniesienia kasacji do Sądu Najwyższego, nawet w sytuacjach szczególnego wznowienia prawomocnie zakończonego postępowania (por. art. 121–127 u.z.f.). Od orzeczenia Sądu Dyscyplinarnego stronom przysługuje odwołanie do Wyższego Sądu Dyscyplinarnego w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Wyższy Sąd Dyscyplinarny utrzymuje w mocy, uchyla albo zmienia orzeczenie Sądu Dyscyplinarnego. Orzeczenie Wyższego Sądu Dyscyplinarnego kończące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest prawomocne z chwilą ogłoszenia. Od prawomocnego orzeczenia Wyższego Sądu Dyscyplinarnego kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Prezesowi Krajowej Izby Fizjoterapeutów przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego wnoszona za pośrednictwem Wyższego Sądu Dyscyplinarnego w terminie dwóch miesięcy od dnia doręczenia orzeczenia, z takich samych powodów jak w procedurze karnej, a określonych w art. 439 § 1 k.p.k., lub z powodu innego rażącego naruszenia prawa oraz z powodu niewspółmierności kary. Niedopuszczalne jest uwzględnienie kasacji na niekorzyść osoby obwinionej, wniesionej po upływie sześciu miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. Kasacja powinna być sporządzona i podpisana przez obrońcę będącego adwokatem lub radcą prawnym albo pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym.

5. Postępowanie przed sądem dyscyplinarnym

Sąd dyscyplinarny może orzec jedną z następujących kar: upomnienie, nagana, karę pieniężną, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od roku do pięciu lat, zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat⁴⁴, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat⁴⁵, pozbawienie prawa wykonywania zawodu⁴⁶. Sąd dyscyplinarny, orzekając karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu, może dodatkowo orzec zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych. W przypadku orzeczenia kar przewidzianych w art. 108 ust. 1 pkt 4–8 u.z.f. sąd dyscyplinarny może zarządzić opublikowanie orzeczenia. Karę pieniężną orzeka się samoistnie lub obok kar wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 4–7 u.z.f. w wysokości od 1000 zł do 10 000 zł na cel społeczny związany z ochroną zdrowia. Co ważne, zastosowano tu pewne ograniczenia w przypadku obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących tymczasowo i okazjonalnie zawód fizjoterapeuty na terytorium RP, wobec których sąd dyscyplinarny może orzec jedną z takich kar jak upomnienie, nagana, kara pieniężna.

Należy podkreślić, że kompetencja do sprawowania odpowiedzialności zawodowej jest jednym z najistotniejszych uprawnień, ale i obowiązków samorządu zawodowego, a w konsekwencji w ramach wykonywania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu orzekanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest istotnym elementem sprawnie działającego systemu ochrony zdrowia⁴⁷.

⁴⁴ Orzekając karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, sąd dyscyplinarny określa szczegółowo czynności, których fizjoterapeuta nie może wykonywać.

⁴⁵ Zawieszenie prawa wykonywania zawodu orzeka się w miesiącach i latach. Bieg kary rozpoczyna się z dniem uprawnomocnienia się orzeczenia. Na poczet kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu zalicza się okres tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

⁴⁶ Kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pociąga za sobą skreślenie z Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów. Fizjoterapeuta, wobec którego została orzeczona kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu, może ubiegać się ponownie o uzyskanie tego prawa po upływie 10 lat od dnia uprawnomocnienia się orzeczenia, w którym wymierzona została kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

⁴⁷ C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 53–56.

Każde orzeczenie sądu dyscyplinarnego powinno zawierać: oznaczenie sądu, który je wydał, oraz sędziów, Rzecznika i protokolanta; datę oraz miejsce rozpoznania sprawy i wydania orzeczenia; imię, nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu osoby obwinionej; opis i kwalifikację prawną zarzucanego czynu; rozstrzygnięcie w przedmiocie postępowania; postanowienie o kosztach postępowania; rozstrzygnięcie co do kary, a w przypadku orzeczenia skazującego również co do zaliczenia na jej poczet tymczasowego zawieszenia w prawie wykonywania zawodu. Orzeczenie wraz z pisemnym uzasadnieniem oraz pouczeniem o terminie i sposobie wniesienia odwołania sąd dyscyplinarny doręcza z urzędu stronom w terminie 30 dni od dnia jego ogłoszenia. Prawomocne orzeczenie wydane sąd ten doręcza wraz z uzasadnieniem stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i prezesowi sądu. W przypadku ukarania osoby obwinionej ponosi ona koszty postępowania, chyba że sąd dyscyplinarny postanowi inaczej, a przy uniewinnieniu lub umorzeniu postępowania koszty postępowania ponosi KIF. Osobie obwinionej przysługuje zażalenie na rozstrzygnięcie o kosztach postępowania w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Zażalenie wnosi się do sądu dyscyplinarnego, który wydał orzeczenie. Uzasadnienie orzeczenia powinno zawierać: wskazanie, jakie fakty sąd dyscyplinarny uznał za udowodnione lub nieudowodnione, na jakich w tej mierze oparł się dowodach i dlaczego nie uznał dowodów przeciwnych; wskazanie podstawy prawnej orzeczenia; przytoczenie okoliczności, które sąd dyscyplinarny miał na względzie przy wymiarze kary.

Fizjoterapeucie, który w wyniku wznowienia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej albo kasacji został uniewinniony, przysługuje roszczenie o odszkodowanie za poniesioną szkodę oraz zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, na skutek wykonania względem niego w całości albo w części kary, która została zmieniona albo uchylona w wyniku wznowienia postępowania albo kasacji⁴⁸. Na wniosek osoby obwinionej prawomocne orzeczenie uniewinniające ją w sprawie z zakresu odpowiedzialności zawodowej podlega opublikowaniu. Krajowa Rada Fizjoterapeutów prowadzi rejestr ukaranych fizjoterapeutów, w którym dokonuje się wpisu

⁴⁸ Takie roszczenia przysługują w stosunku do KIF. W tych sprawach orzeka sąd powszechny. Takie roszczenia ulegają przedawnieniu z upływem roku od dnia uprawomocnienia się orzeczenia wydanego w wyniku wznowienia postępowania albo kasacji.

o ukaraniu⁴⁹. Po upływie określonego czasu przez usunięcie z rejestru ukaranych fizjoterapeutów wpisu o ukaraniu z urzędu następuje zatarcie ukarania⁵⁰. Zatarcie ukarania następuje z urzędu po upływie: roku od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą wymienioną w art. 108 ust. 1 pkt 1 u.z.f.; trzech lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą wymienioną w art. 108 ust. 1 pkt 2 u.z.f.; trzech lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karami wymienionymi w art. 108 ust. 1 pkt 3–6 u.z.f.; pięciu lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą wymienioną w art. 108 ust. 1 pkt 7 u.z.f.; 15 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą wymienioną w art. 108 ust. 1 pkt 8 u.z.f., pod warunkiem że fizjoterapeuta nie zostanie w tym czasie ponownie ukarany lub nie zostanie wszczęte przeciwko niemu postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Na koniec warto podkreślić, że zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów zostały ukształtowane według wzorów zaczerpniętych z innych samorządów zawodowych. Zawód fizjoterapeuty przez wejście w życie ustawy regulującej wykonywanie tego zawodu (u.z.f.) zyskał na znaczeniu. W poprzednio obowiązującym stanie prawnym osoby udzielające świadczeń fizjoterapeutycznych nie były poddawane szczegółowej weryfikacji. Obecnie, po wejściu w życie u.z.f., precyzyjnie określono warunki, które należy spełniać, aby wykonywać zawód fizjoterapeuty, a także zasady wykonywania tego zawodu i odpowiedzialności zawodowej za ich nieprzestrzeganie.

⁴⁹ Rejestr jest jawny dla osób, które wykazą interes prawny.

⁵⁰ Zatarcie ukarania następuje z urzędu po upływie: roku od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą wymienioną w art. 108 ust. 1 pkt 1 u.z.f.; trzech lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą wymienioną w art. 108 ust. 1 pkt 2 u.z.f.; trzech lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karami wymienionymi w art. 108 ust. 1 pkt 3–6 u.z.f.; pięciu lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą wymienioną w art. 108 ust. 1 pkt 7 u.z.f.; 15 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą wymienioną w art. 108 ust. 1 pkt 8 u.z.f., pod warunkiem że fizjoterapeuta nie zostanie w tym czasie ponownie ukarany lub nie zostanie wszczęte przeciwko niemu postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Rozdział V

Odpowiedzialność zawodowa ratownika medycznego

1. Zasady wykonywania zawodu ratownika medycznego

Zapewnienie pacjentowi kompleksowej opieki wymaga zaangażowania w czynności związane z monitorowaniem jego stanu zdrowia całego zespołu osób, do których należą lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni oraz ratownicy medyczni¹. Zawód ratownika medycznego bez wątpienia jest zawodem nie mniej ważnym niż zawód pielęgniarza, farmaceuty czy też położnej. Ratownik medyczny pierwszy niesie niezbędną pomoc potrzebującym, udzielając świadczeń zdrowotnych ratujących życie. Podejmowane działania wymagają posiadania specjalistycznej wiedzy medycznej, specyficznych cech charakteru oraz swoistej odporności na możliwe dylematy etyczne². Tak doniosły społecznie zawód został w sposób należyty uregulowany stosunkowo niedawno. W przeciwieństwie do pozostałych zawodów medycznych długo brakowało kompleksowych rozwiązań prawnych odwołujących się m.in. do funkcjonowania samorządu zawodowego, przyznania i utraty prawa wykonywania zawodu, procesu kształcenia lub odpowiedzialności dyscyplinarnej ratownika medycznego. Już na wstępie rozważań należy stwierdzić, że zawód ratownika medycznego powinien już od dawna mieć własny samorząd zawodowy, gdyż leży to w interesie ratowników medycznych oraz pacjentów. Należy pamiętać, że to właśnie samorząd zawodowy odpowiada za sprawowanie pieczy nad właściwym

¹ K. Jarosławska-Kolman, D. Ślęzak, P. Żurtyński, K. Krzyżanowski, A. Kalis, *System Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2016, t. 60, nr 4, s. 168–169.

² M. Wojtasik, Z. Kopański, I. Brukwicka, J. Malutnik, *Cechy osobowościowe ratownika medycznego*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015, nr 3, s. 25.

wykonywaniem obowiązków przez swoich członków, przyjmowaniem kandydatów oraz usuwaniem jednostek niespełniających ustawowych wymogów.

W dniu 1 stycznia 2007 r. weszła w życie ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³. W uzasadnieniu projektu ustawy wskazano wówczas, że przesłaniem do opracowania wymienionego aktu prawnego była potrzeba usprawnienia funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w kraju, ocena realizacji programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne” oraz analiza aktów prawnych regulujących dotychczas problematykę ratownictwa medycznego. Działania ówczesnych zakładów opieki zdrowotnej zajmujących się ratownictwem medycznym, tj. pogotowia ratunkowego, zespołów ratownictwa medycznego i szpitalnych oddziałów ratunkowych, uznano za w pewnej mierze zintegrowane. Zakłady te miały mieć zdolność do udzielania stosownej do potrzeb pomocy medycznej. Niemniej jednak dostrzegano dysfunkcjonalność niektórych z przepisów ustawy z 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wprowadzenie w życie nowej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym miało więc na celu usprawnienie dotychczasowego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce, zarówno przez zapewnienie udzielenia świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie opartym na standardach obowiązujących w państwach zachodnich (ratownictwo przedszpitalne oraz wyspecjalizowane oddziały szpitalne), jak również zapewnienie niezbędnych rozwiązań w zakresie powiadamiania o stanach nagłych (centra powiadamiania ratunkowego). Ustawa miała zapewnić każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego możliwość zgłoszenia i przyjęcia przez odpowiednią służbę wezwania, niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu, niezwłoczne przewiezienie i przyjęcie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie. Wreszcie w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym uregulowano wprost wymagania i kwalifikacje dotyczące zawodu „ratownika medycznego”⁴.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 u.p.r.m. zawód ratownika medycznego może obecnie wykonywać osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;

³ Dz.U. z 2020 r., poz. 882 ze zm., dalej jako: u.p.r.m.

⁴ Uzasadnienie projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, str. 7. Uzasadnienie projektu ustawy dostępny na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12354405/katalog/12838577#12838577> (dostęp 18.08.2024).

2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu; 3) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożyła oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego” (nie dotyczy to osoby, która ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub studia w zakresie ratownictwa medycznego, prowadzone w języku polskim lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej, kształcącą w języku polskim); 4) spełnia inne wymienione w ustawie wymagania w zakresie edukacji, dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje. W art. 10 ust. 5 i 9 u.p.r.m. wskazano, że w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii można udzielić zgody na wykonywanie zawodu ratownika medycznego osobie, która posiada doświadczenie krótsze niż trzyletnie, jednak nie krótsze niż rok. Taka osoba wykonuje zadania zawodowe pod nadzorem ratownika medycznego albo lekarza, wyznaczonego przez kierownika podmiotu leczniczego. Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego organizuje i przeprowadza Centrum Egzaminów Medycznych (art. 10b ust. 1 u.p.r.m.).

Zgodnie z art. 11 ust. 1 i 4 u.p.r.m. wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na: 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza; 2) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 4) udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego; 5) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Za wykonywanie zawodu ratownika medycznego uważa się również: 1) nauczanie zawodu ratownika medycznego oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych; 2) organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych; 3) prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych w zakresie ratownictwa medycznego; 4) kierowanie i zarządzanie ratownikami medycznymi i dyspozytorami medycznymi; 5) zatrudnienie lub pełnienie służby na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem

nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego. Ponadto na podstawie art. 11 ust. 3 u.p.r.m. ratownik medyczny wykonuje zadania zawodowe m.in. w podmiotach leczniczych, w ramach ratownictwa górskiego i narciarskiego, w ramach ratownictwa wodnego, w ramach ratownictwa górniczego, w ramach Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej niebędących podmiotami leczniczymi, w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, w ramach działań antyterrorystycznych realizowanych przez służby podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w wyodrębnionych policyjnych oddziałach prewencji, w Centralnym Pododdziale Kontrterrorystycznym Policji „BOA” oraz w samodzielnych pododdziałach kontrterrorystycznych Policji, w ramach zadań Służby Ochrony Państwa, w ramach zadań Straży Granicznej, w ramach wykonywania transportu sanitarnego oraz na stanowisku dyspozytora medycznego.

Z perspektywy odpowiedzialności zawodowej za ewentualne błędy i uchybienia w wykonywaniu obowiązków ratownika medycznego istotne znaczenie, oprócz powyższych zasad wykonywania zawodu, ma również treść art. 11 ust. 2 u.p.r.m., w myśl którego ratownik medyczny postępuje zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz działa z należytą starannością. Ponadto na podstawie z art. 11 ust. 5–9 u.p.r.m. ratownik medyczny ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej oraz do uzyskania od lekarza, felczera, pielęgniarke, położnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. Ratownik medyczny, w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, wykonuje zlecenia określone w dokumentacji medycznej. Ratownik medyczny ma obowiązek dokumentowania udzielanych świadczeń zdrowotnych w karcie indywidualnej ratownika medycznego. Ratownik medyczny jest także obowiązany m.in.: 1) informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵; 2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie związanym z podejmowaniem medycznych czynności ratunkowych w podstawowym zespole

⁵ Dz.U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.

ratownictwa medycznego; 3) zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego zgodnie z ustawą z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne⁶; 4) zachować tajemnicę zawodową. Stosownie do art. 11 ust. 10 u.p.r.m. ratownik medyczny może, po dokonaniu oceny stanu pacjenta, nie podejmować lub odstąpić od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Ratownik medyczny uzasadnia i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyczyny niepodjęcia lub odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych. Istotnym unormowaniem jest też art. 11 ust. 10a–10c u.p.r.m., zgodnie z którym ratownik medyczny w ramach realizacji zadań zawodowych może udzielić świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy, 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. Decyzję o udzieleniu świadczeń zdrowotnych w wymienionych okolicznościach ratownik medyczny jest zobowiązany, w miarę możliwości, skonsultować z lekarzem wskazanym przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego. Co więcej, powyższe okoliczności ratownik medyczny odnotowuje w karcie indywidualnej ratownika medycznego. Ratownik medyczny ma prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego, w tym kursach doskonalących i samokształceniu (art. 12 ust. 1 i 2 u.p.r.m.). Przebieg doskonalenia zawodowego ratownika medycznego dokumentuje się w karcie doskonalenia zawodowego (art. 12d ust. 1 u.p.r.m.). Omawiana ustawa reguluje również sposób wykonywania zawodu przez ratownika medycznego. Zgodnie z art. 36 ust. 1–5 u.p.r.m. zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na: 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny (kierownikiem zespołu jest w tym przypadku lekarz systemu); 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu

⁶ Dz.U. z 2020 r., poz. 944 ze zm.

lub ratownikiem medycznym (kierownikiem zespołu jest w tej sytuacji osoba wskazana przez dysponenta jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu)⁷.

Nie ulega wątpliwości, że zawód ratownika medycznego jest zawodem medycznym⁸. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹ pod pojęciem osoby wykonującej zawód medyczny rozumieć należy osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Powszechnie ratownicy medyczni zaliczani są do personelu medycznego. W judykaturze podkreśla się, że personel medyczny to krąg osób uprawnionych do udzielania świadczeń medycznych¹⁰. Z definicji zawodu medycznego, określonego w art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l., wyodrębnia się kilka elementów: 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych ma być wynikającym ze społecznego podziału pracy zbiorem zadań (zespołem czynności), przy czym zbiór zadań ratownika medycznego wynika z przyjętych uregulowań prawnych innych niż ustawa o działalności leczniczej; 2) systematyczność wykonywania zawodu medycznego; 3) podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych jest warunek kwalifikacji zawodowych; 4) pominięcie aspektu dochodu uzyskiwanego dzięki wykonywaniu zawodu medycznego¹¹.

⁷ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 24 października 2014 r., sygn. II GSK 1349/13, LEX nr 1591997.

⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z 7 marca 2013 r., sygn. I PK 188/12 (OSNP 2013, nr 23–24, poz. 278).

⁹ Dz.U. z 2020 r., poz. 295 ze zm., dalej jako: u.d.l.

¹⁰ Zob. wyrok Sądu Rejonowego w Siedlcach z 16 września 2016 r., sygn. IV P 537/15, LEX nr 2133052, jak również wyroki Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z 15 maja 2013 r., sygn. III SA/Kr 1553/12 (LEX nr 1429912), sygn. III SA/Kr 1556/12 (LEX nr 1429915).

¹¹ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 72–73. Zob. również cytowaną tam pozycję: L. Wdowiak, K. Wąlkowska, A. Szpak, *Podstawy prawne wykonywania zawodów medycznych*, „Zdrowie Publiczne” 2005, nr 115 (1), s. 105–107.

2. Etyka zawodowa ratownika medycznego

Istotne dla odpowiedzialności zawodowej ratownika medycznego jest również przestrzeganie etyki zawodowej. Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego został przyjęty w 2013 r. na I Ogólnopolskim Kongresie Ratowników Medycznych¹². Zdaniem etyków kodeks należy rozumieć jako:

zespół działań, których przestrzegania wymaga się od członków korporacji czy pracowników, i norm postępowania (nakazów i zakazów) oraz wartości, standardów i zasad, jakimi się oni kierują. Etyka zawodowa jest zbiorem norm stanowiących konkretyzację ogólnych zasad moralnych, określających szczegółowe ich konsekwencje dla typowych sytuacji, w jakich znaleźć się mogą osoby wykonujące dany zawód¹³.

Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego składa się z trzech części poprzedzonych krótką preambułą:

W trosce o poszanowanie godności osoby ludzkiej, życia i zdrowia, uniwersalnych zasad etycznych, praw pacjenta oraz godności wykonywania zawodu, ratownicy medyczni, niezależnie od struktur, granic, form wykonywania zawodu zobowiązują się do przestrzegania niniejszych norm Kodeksu Etyki Zawodowej Ratownika Medycznego.

Pierwsza część określa zasady zachowania ratownika medycznego w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia człowieka – w Kodeksie wskazano, że ratownik medyczny podejmuje medyczne czynności ratunkowe wobec każdej osoby znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia w zgodzie z najnowszą wiedzą naukową oraz najwyższą starannością zawodową, bez względu na jej wiek, rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy, stan majątkowy i inne różnice.

Przy wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych ratownik medyczny nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, a jeżeli wymagany

¹² Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego przyjęty na I Ogólnopolskim Kongresie Ratowników Medycznych – dalej również Kodeks. Plik dostępny na oficjalnej stronie internetowej Wyższej Szkoły Medycznej w Sosnowcu: <https://wsmsosnowiec.pl/images/kodeks-etykiratownika-medycznego.pdf> (dostęp 30.07.2024).

¹³ W. Drzeżdżon, *Etyczne aspekty pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2013, t. 10, s. 31.

w danej sytuacji zakres medycznych czynności ratunkowych przewyższa umiejętności ratownika medycznego wówczas, w miarę możliwości winien się on zwrócić o pomoc i wsparcie do bardziej doświadczonych osób. Dodatkowo podkreślono, że ratownik medyczny okazuje każdej osobie znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia należyty jej szacunek, przestrzegając praw człowieka oraz praw pacjenta, w tym poszanowania godności osobistej oraz intymności. Następnie wskazano, że informacja udzielona pacjentowi przez ratownika medycznego powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały, a medyczne czynności ratunkowe powinny być udzielane za zgodą pacjenta, o ile pacjent jest zdolny świadomie tę decyzję sformułować. Ratownik medyczny może nie podjąć lub odstąpić od medycznych czynności ratunkowych w zgodzie ze świadomą wolą pacjenta lub na podstawie wskazań wiedzy naukowej, pozostając jednak w zgodzie z zasadami prawa oraz etyki. Ratownikowi medycznemu nie wolno stosować eutanazji ani pomagać nikomu w popełnieniu samobójstwa, a w zdarzeniach mnogich i wypadkach masowych o priorytecie wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez ratownika medycznego decyduje wyłącznie stan zdrowia poszkodowanych osób. Podejmując medyczne czynności ratunkowe u kobiety w ciąży, ratownik medyczny równocześnie kieruje się odpowiedzialnością za zdrowie i życie dziecka przed jego urodzeniem. Na prośbę osoby znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia lub jej bliskich ratownik medyczny umożliwia tej osobie kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie warunki do spełnienia przez niego posługi. Kolejne przepisy wskazują na obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, w tym wszystkich wiadomości o stanie osoby znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia uzyskanych w związku z wykonywaniem medycznych czynności ratunkowych, przy czym śmierć człowieka nie zwalnia ratownika medycznego z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. W relacji z rodziną pacjenta ratownik medyczny powinien zachować szczególną ostrożność w zakresie informowania rodziny lub innych osób – powinno być to uzgodnione z pacjentem, a w przypadku pacjenta nieprzytomnego ratownik medyczny może udzielić dla jego dobra niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie pacjenta. W zakresie swoich obowiązków wobec społeczeństwa przewidzianych w Kodeksie ratownik medyczny ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia dla zdrowia, życia, zagrożenia wykluczeniem społecznym, jak również zagrożenia bezpieczeństwa publicznego odpowiednim urzędom i instytucjom.

W drugim rozdziale Kodeksu uregulowano kwestie związane z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego korespondujące z przepisami ustawowymi omówionymi powyżej. Po pierwsze, ratownik medyczny nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturowaniu lub stosowaniu innych form poniżającego traktowania człowieka. Nie może też wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności dla ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania. Następnie wskazano, że ratownik medyczny ma obowiązek dokładnego i rzetelnego dokumentowania wykonywania medycznych czynności ratunkowych, gdyż ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania. W przypadku popełnienia przez ratownika medycznego poważnej pomyłki, błędu lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie medycznych czynności ratunkowych ratownik medyczny powinien poinformować o tym pacjenta oraz podjąć działania mające zapobiec ich następstwom. Jeżeli natomiast ratownik medyczny dostrzeże błąd popełniany przez innego ratownika medycznego, który może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta, zobowiązany jest podjąć działania zmierzające do odwrócenia jego skutków. W czasie wykonywania medycznych czynności ratunkowych ratownik medyczny musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków psychoaktywnych.

Ratownik medyczny może brać udział w badaniach na zlecenie producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego), lecz musi przeciwdziałać nieobiektywnemu przedstawianiu ich wyników w publikacjach. Ponadto ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach, które są sprzeczne z uznawanymi przez niego normami etycznymi. Prawem i obowiązkiem każdego ratownika medycznego jest stałe, systematyczne uzupełnianie i doskonalenie swojej wiedzy oraz umiejętności zawodowych, jak również nie wolno mu posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo. Wobec pacjentów oraz ich bliskich ratownik medyczny powinien zachowywać się uczciwie – nie może żądać dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać wykonywania medycznych czynności ratunkowych od uzyskania korzyści materialnych. Wobec społeczeństwa ratownik medyczny ma też ogólny obowiązek działalności mającej na celu upowszechnianie zasad udzielania pierwszej pomocy oraz otaczania szczególną troską chorych lub niepełnosprawnych ratowników medycznych oraz członków ich najbliższej rodziny, a także wdowy, wdowców oraz sieroty po ratownikach medycznych.

Trzecia część Kodeksu, zatytułowana „Zasady końcowe”, określa pożądaną postawę ratownika medycznego wobec zadania, jakie stanowi ratowanie ludzkiego życia – ma prawo do szacunku, godności osobistej, ochrony nietykalności cielesnej, żądania godnego wynagrodzenia. Ponadto ratownik medyczny powinien cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność oraz postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie, dbać o pozytywny wizerunek zawodu oraz powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie. Winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość i bezpieczeństwo wykonywania medycznych czynności ratunkowych. W stosunku do współpracowników ratownik medyczny powinien odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważając ich zaufania, mając jednak na względzie przede wszystkim dobro pacjenta. Doświadczony ratownik medyczny powinien służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych, a jeżeli pełni obowiązki kierownicze, powinno mu towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy swoich współpracowników. W przypadku gdyby ratownik medyczny uczestniczył w zorganizowanej formie protestu, nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia. Zastrzeżono również, że w wypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie etyki ratownika medycznego należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach organizacji skupiających ratowników medycznych oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko ratowników medycznych.

Budowa oraz treść Kodeksu jest wzorowana na analogicznych kodeksach etyki zawodowej poszczególnych profesji medycznych. Odwołano się głównie do kodeksów etyki zawodowej lekarzy czy też pielęgniarek i położnych. Należy przy tym dodać, że w zestawieniu z pozostałymi kodeksami niniejszy został ograniczony do najbardziej istotnych aspektów wykonywania obowiązków zawodowych. Wydaje się to zrozumiałe, gdyż kodeksy etyki zawodowej w dużej mierze stanowią jedynie powtórzenie lub przeformułowanie najważniejszych powinności zawartych w ustawach zawodowych.

3. Ustawa o zawodzie ratownika medycznego

Przełomowym i zarazem oczekiwanym rozwiązaniem dla zasad porządkujących wykonywanie zawodu ratownika medycznego był projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym¹⁴. Ostatecznie ustawa z 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych¹⁵ weszła w życie w 22 czerwca 2023 r. Przedmiotem regulacji ustawy są (art. 1 ust. 1): zasady i warunki wykonywania zawodu ratownika medycznego, zasady i organizacja kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, organizacja i zakres działania samorządu ratowników medycznych, zasady odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych. Założeniem projektodawcy było uregulowanie powyższej problematyki w sposób kompleksowy¹⁶.

4. Podstawy ponoszenia odpowiedzialności zawodowej przez ratownika medycznego

Wejście w życie wspomnianej ustawy z 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych spowodowało zakwalifikowanie ratowników medycznych do tej samej grupy, co wspomniane już wyżej pielęgniarki i położne, a także lekarze i fizjoterapeuci. Regulacja zawodu znajduje się w odrębnej ustawie i dodatkowo ustanowiono samorząd zawodowy „dla dalszego prawidłowego funkcjonowania i rozwoju zawodu ratownika medycznego”¹⁷. Artykuł

¹⁴ Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym z dnia 18 grudnia 2021 r. (dalej: Projekt ustawy) dostępny na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12354405/katalog/12838577#12838577> (dostęp 30.06.2024).

¹⁵ Dz.U. poz. 2705.

¹⁶ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, druk nr 2661, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2661> (dostęp 18.08.2024).

¹⁷ Uzasadnienie projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych. Uzasadnienie projektu ustawy dostępny na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12354405/katalog/12838577#12838577> (dostęp 18.08.2024).

17 ust. 1 Konstytucji RP¹⁸ stanowi, że w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. W wyniku decentralizacji ustawodawca przekazuje samorządowi zadania własne, które wykonywane są niezależnie, bez hierarchicznego podporządkowania¹⁹. Chodzi przede wszystkim o reprezentację interesów, ochronę praw, kształcenie i nadzór nad należytym wykonywaniem zawodu (sądownictwo dyscyplinarne)²⁰ – co wraz z uchwaleniem zasad etyki i deontologii należy rozumieć jako szeroko pojęte sprawowanie pieczy w myśl art. 17 ust. 1 Konstytucji RP²¹.

Zawód ratownika medycznego bezspornie należy do zawodów zaufania publicznego. Wykonywanie tego zawodu posiada znamiona realizowania misji społecznej w newralgicznym obszarze gwarantowanego w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej prawa do ochrony zdrowia. Szczególny charakter zawodu ratownika medycznego wynika ze znacznego udziału w procesie jego wykonywania podejmowania kwalifikowanych medycznych czynności ratunkowych wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zawód ten wiąże się z samodzielnością i niezależnością w wykonywaniu niejednokrotnie złożonych czynności, wymaga posiadania wysokich specjalistycznych kwalifikacji zawodowych oraz zakłada dostęp do tzw. danych wrażliwych osób trzecich²².

Samorząd zawodowy ratowników medycznych ma na celu reprezentację interesów, ochronę praw, kształcenie oraz nadzór nad należytym wykonywaniem zawodu, w tym sądownictwo dyscyplinarne. Zawód ratownika medycznego jest uznawany za zawód zaufania publicznego, realizujący misję społeczną w obszarze ochrony zdrowia. Wykonywanie tego zawodu wiąże się z samodzielnością, niezależnością oraz

¹⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483).

¹⁹ S. Pawłowski, *Ustrój i zadania samorządu zawodowego w Polsce*, Poznań 2009, s. 38.

²⁰ M. Karcz-Kaczmarek, M. Maciejewski, *Samorządy zawodowe i zakres ich samodzielności w świetle doktryny oraz orzecznictwa*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2015, t. XCV, s. 61–62.

²¹ Zob. na ten temat szerzej: H. Izdebski, *Sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu przez samorządy zawodowe*, [w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, red. S. Legat, M. Lipińska, Warszawa 2002, s. 34–36.

²² Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, druk nr 2661, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2661> (dostęp 18.08.2024).

wysokimi kwalifikacjami zawodowymi. Najbardziej typowym sposobem realizacji obowiązku sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu jest sądownictwo dyscyplinarne, które zapewnia ochronę autonomii i samorządności grupy zawodowej. Postępowanie dyscyplinarne ma charakter represyjny i jest prowadzone przez składy orzekające należące do tej samej grupy zawodowej²³. Taka formuła „ma racjonalne uzasadnienie – organy dyscyplinarne orzekają w sferze etyki i godności zawodowej, wobec czego muszą być złożone z osób potrafiących określić wymagania etyczne i profesjonalne wobec osoby obwinionej o przewinienie dyscyplinarne”²⁴. Ratownicy medyczni odpowiadają za przewinienia zawodowe, a więc podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego (art. 151). Ustanowienie zasad etyki zawodowej i dbanie o ich przestrzeganie należy do zadań Krajowego Zjazdu Ratowników Medycznych (art. 126 pkt 6). Jest to najwyższy organ samorządu (art. 124), zwoływany przez Krajową Radę co cztery lata. W Krajowym Zjeździe biorą udział delegaci wybrani przez zgromadzenia wojewódzkie ratowników medycznych oraz z głosem doradczym członkowie ustępujących organów samorządu niebędący delegatami (art. 125).

Kodeks zawiera normy określające standardy postępowania i obowiązki przedstawicieli danego zawodu względem beneficjentów świadczonych przez nich usług, a także powinności przedstawicieli zawodu względem współpracowników, wykonywanej profesji oraz społeczeństwa jako całości. Pełni zatem istotną rolę w kształtowaniu tożsamości i etosu, ale także statusu społecznego danej profesji²⁵.

Ratownik medyczny będzie ponosił odpowiedzialność zawodową wtedy, gdy oprócz naruszenia kodeksu etyki naruszy przepisy prawa. Nie chodzi jednak o wszystkie przepisy, ale przepisy związane z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego. Do tych przepisów, obok opisywanej w powyżej ustawy z 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, należą wspomniane wcześniej ustawy: z 8 września 2006 r. o Państwowym

²³ B. Sygit, D. Wąsik, *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2016, s. 211.

²⁴ P. Przybysz, *Prawo do sądu...*, s. 75

²⁵ J. Różyńska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I: *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska, Warszawa 2018, s. 69.

Ratownictwie Medycznym, z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (gdy wykonują swój zawód w podmiocie leczniczym, bowiem regulacje dotyczące praktyk zawodowych nie zostały przewidziane dla ratowników medycznych), z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁶.

Podsumowując, ratownicy medyczni będą np. odpowiadać za przewinienia zawodowe w przypadku: naruszenia praw pacjenta, w tym nieprowadzenia lub nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, wykonania czynności samodzielnie, gdy do jej wykonania niezbędne było zlecenie lekarskie (przekroczenie uprawnień), wulgarnego odnoszenia się do pacjentów lub personelu medycznego (postawa nielicząca z wykonywanym zawodem)²⁷. Ustawa o samorządzie zawodowym ratowników medycznych odsyła do uzupełniającego stosowania przepisów ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, z wyłączeniem przepisów o oskarżycielu prywatnym, przedstawicielu społecznym, postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej, a także rozdziałów I–III i art. 53 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (art. 204). W postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej stosuje się następujące instytucje z postępowania karnego:

umorzenie postępowania w przypadku stwierdzenia niepoczytalności osoby, której dotyczy to postępowanie, przedawnienie karalności czynu, stosowanie zasady *ne bis in idem*, prawo do obrony i korzystania z pomocy obrońcy czy dyscyplinowanie świadków i biegłych niestawiających się bez usprawiedliwienia w terminie na wezwanie sądu dyscyplinarnego²⁸. Odpowiedzialność zawodowa toczy się obok postępowania karnego²⁹.

Wskazuje na to treść art. 152, gdzie ustawodawca stwierdza, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego dotyczących tego samego czynu. Dodatkowo ustawa o zawodzie ratownika medycznego doprecyzowuje, kiedy do zawieszenia może dojść. Ma to miejsce, gdy wynik postępowania

²⁶ Dz.U. z 2022 r., poz. 1876.

²⁷ Zob. szerzej na ten temat w ujęciu historycznym: K. Bączyk-Rozwadowska, *Samodzielność zawodowa pielęgniarstwa, położnej i ratownika medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2018, t. XXII, s. 27 i n.

²⁸ B. Sygit, D. Wąsik, *Prawo ochrony...*, s. 213.

²⁹ M. Karcz-Kaczmarek, M. Maciejewski, *Samorządy zawodowe...*, s. 73.

karnego lub dyscyplinarnego może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej³⁰, niemniej jednak ustawa zawiera wiele niedookreślonych zagadnień. Na tę kwestię zwrócono uwagę w literaturze przedmiotu:

Analizując zakres odpowiedzialności zawodowej i dyscyplinarnej w znaczeniu użytym przez ustawodawcę w poszczególnych ustawach, można dojść do wniosku, że zakres pojęciowy odpowiedzialności zawodowej i dyscyplinarnej jest zbieżny, związany z odpowiedzialnością za naruszenie przepisów o wykonywaniu danego zawodu oraz z odpowiedzialnością za zachowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii danego zawodu³¹.

5. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych, podobnie jak postępowanie dyscyplinarne w innych zawodach medycznych omówionych wcześniej, obejmuje cztery etapy: 1) czynności sprawdzające, 2) postępowanie wyjaśniające, 3) postępowanie przed sądem ratowników medycznych, 4) postępowanie wykonawcze. Podobnie jak w pozostałych ustawach ustawodawca wskazał, że celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na ratownika medycznego. Natomiast celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego – ustalenie

³⁰ Zob. szerszą analizę dokonaną przez J. Pacian, *Przewinienie zawodowe farmaceuty. Uwagi w kontekście zawodu farmaceuty i statusu samorządu zawodowego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2018, nr 102, s. 67–68.

³¹ J. Paśkiewicz, *Problematyka odpowiedzialności zawodowej personelu medycznego – wybrane aspekty*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2018, z. 102, s. 84.

obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu ratowników medycznych.

Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych są pokrzywdzony oraz ratownik medyczny, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony. W postępowaniu przed sądem ratowników medycznych stroną jest też Rzecznik Dyscyplinarny lub jego zastępca. W porównaniu do ustaw dotyczących odpowiedzialności zawodowej innych zawodów medycznych trzeba wskazać, że tylko ustawa z 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych wymienia dodatkową stronę postępowania – ratownika medycznego, którego dotyczy postępowanie, obok obwinionego i pokrzywdzonego. Pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Może on ustanowić nie więcej niż dwóch pełnomocników spośród ratowników medycznych, adwokatów lub radców prawnych. W razie śmierci pokrzywdzonego jego prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub tym samym stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Ustawa o ratownikach medycznych różni się w tej kwestii w porównaniu do ustaw dotyczących odpowiedzialności innych zawodów medycznych. Mianowicie w przypadku gdy organ prowadzący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych dysponuje informacjami o wyżej wymienionych osobach bliskich, poucza o przysługujących uprawnieniach co najmniej jedną z nich. Dodatkowo organ prowadzący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych może ograniczyć pokrzywdzonemu dostęp do akt sprawy w określonym zakresie. Ustawa wprowadziła charakterystyczną, w porównaniu do ustaw regulujących odpowiedzialność dyscyplinarną innych zawodów medycznych, instytucję – zamiast osoby obwinionej w art. 156 ustawy znajduje się uregulowanie dotyczące obwinionego. Rozróżnienie to nawiązuje do treści kodeksu postępowania

karne, na którym postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej się wznosi³². Pojęcia podejrzanego i osoby podejrzanej nie są bowiem tożsame. Podejrzanym jest stroną postępowania przygotowawczego (art. 299 § 1 k.p.k.). Za podejrzanego uważa się osobę, co do której wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów albo której bez wydania takiego postanowienia postawiono zarzut w związku z przystąpieniem do przesłuchania w charakterze podejrzanego (art. 71 § 1 k.p.k.). Natomiast „osoba podejrzana to taka, którą podejrzewa się o popełnienie przestępstwa (przyпуска się, że je popełniła), ale której nie przedstawiono jeszcze zarzutu popełnienia przestępstwa. Podmiot ten nie jest stroną postępowania karnego”³³. Odnosząc te ustalenia do ratowników medycznych, należy wskazać, że jeżeli w toku postępowania wyjaśniającego Rzecznik Dyscyplinarny wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub skierował do sądu ratowników medycznych wnioski o ukaranie, to osobę, której on dotyczy, należy uznać za obwinionego, a nie osobę obwinioną. Obwiniony może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród ratowników medycznych, adwokatów lub radców prawnych. Obrońca może być ustanowiony z urzędu spośród ratowników medycznych, adwokatów lub radców prawnych przez sąd ratowników medycznych: na uzasadniony wniosek obwinionego, jak również w przypadku gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności obwinionego i nie ustanowił on obrońcy z wyboru oraz jeżeli organ prowadzący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych uzna za niezbędne ustanowienie obrońcy ze względu na okoliczności utrudniające obronę. Ratownik medyczny ma możliwość ustanowienia obrońcy z urzędu także spośród adwokatów lub radców prawnych przez sąd ratowników medycznych, w przypadku gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności obwinionego i nie ustanowił on obrońcy z wyboru. W przypadku odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych ustawodawca wskazał, że prawomocne rozstrzygnięcie sądu kształtujące prawo lub stosunek prawny jest wiążące dla organów prowadzących postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jak również wprowadził fakultatywną możliwość umorzenia postępowania przez sąd ratowników medycznych, jeżeli przewinienie zawodowe jest mniejszej wagi albo orzeczenie wobec obwinionego kary

³² J.A. Wolska, *Odpowiedzialność zawodowa ratowników medycznych*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2023, nr 3 (42), s. 126–127.

³³ T. Grzegorzczak, [w:] T. Grzegorzczak, J. Tylman, *Polskie postępowanie karne*, Warszawa 2007, s. 324.

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.

Postępowanie wyjaśniające prowadzone przez Rzecznika Dyscyplinarnego powinno być zakończone w ciągu sześciu miesięcy od dnia uzyskania informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego. Może być ono przedłużone na zasadach określonych w art. 172 ustawy. Stronom przysługuje prawo złożenia do sądu ratowników medycznych zażalenia na przewlekłość postępowania prowadzonego przez Rzecznika Dyscyplinarnego. Ustawa przewiduje także możliwość tymczasowego odsunięcia ratownika medycznego od pacjentów. Dzieje się tak, gdy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że ratownik medyczny, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony popełnił ciężkie przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie zawodu ratownika medycznego zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego. Wtedy sąd ratowników medycznych, na wniosek Rzecznika Dyscyplinarnego, wydaje postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego albo o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu ratownika medycznego na okres do wydania prawomocnego orzeczenia w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, nie dłużej jednak niż do roku (z możliwością przedłużenia). Postanowienie takie podlega natychmiastowemu wykonaniu.

6. Postępowanie przed Sądem Dyscyplinarnym

Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych w pierwszej instancji rozpoznaje Sąd Dyscyplinarny, który orzeka w składzie trzyosobowym. Sprawy przeciwko członkom organów Krajowej Izby Ratowników Medycznych oraz przeciwko zastępcom Rzecznika Dyscyplinarnego rozpoznaje w pierwszej instancji Wyższy Sąd Dyscyplinarny, który orzeka w składzie pięcioosobowym. Członkowie Sądu Dyscyplinarnego i Wyższego Sądu Dyscyplinarnego w zakresie orzekania podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa. Poza powyższym Wyższy Sąd Dyscyplinarny: rozpoznaje odwołania od orzeczeń Sądu

Dyscyplinarnego, rozpoznaje zażalenia na postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego przez obwinionego na okres do roku, orzeka o wznowieniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych.

Kary w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jakie może orzec sąd ratowników medycznych, zostały określone w art. 179 ustawy i są to: 1) upomnienie, 2) nagana, 3) kara pieniężna, 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w ramach wykonywania zadań, o których mowa w art. 36, na okres od roku do pięciu lat, 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu ratownika medycznego 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. Sąd ratowników medycznych, orzekając karę przewidzianą w pkt 7, może dodatkowo orzec karę wymienioną w pkt 4. Zrezygnowano z przepisu dotyczącego publikacji orzeczenia we właściwym biuletynie. Nie dotyczy to prawomocnego orzeczenia uniewinniającego, o co obwiniony może wnioskować (zob. art. 201), przy czym miejsce publikacji nie zostało w przepisie określone. Doprecyzowanie kar w ustawie dotyczy jedynie kary pieniężnej (art. 180) i kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu (art. 181). Według ustawy karę pieniężną orzeka się na cel społeczny związany z ochroną zdrowia w wysokości od 1/3 do czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia, do 15 stycznia każdego roku. Karę pieniężną orzeka się wobec ratownika medycznego samoistnie albo obok takich kar, jak: zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w ramach wykonywania zadań, o których mowa w art. 36, na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu ratownika medycznego na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu orzeka się wobec ratownika medycznego w miesiącach i latach. Bieg kary rozpoczyna się z dniem uprawomocnienia się orzeczenia, przy czym na poczet kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu zalicza się okres tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

Od orzeczenia Sądu Dyscyplinarnego stronom przysługuje odwołanie do Wyższego Sądu Dyscyplinarnego w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia, które

wnosi się za pośrednictwem Sądu Dyscyplinarnego, który wydał zaskarżone orzeczenie. Odwołanie może być cofnięte przez składającą je stronę przed rozpoczęciem rozprawy odwoławczej, co wiąże Wyższy Sąd Dyscyplinarny, który pozostawia odwołanie bez rozpoznania, o ile nie zachodzą przesłanki z art. 439 § 1 pkt 1 i 2 oraz 5–10 k.p.k. Na skutek złożonego odwołania Wyższy Sąd Dyscyplinarny utrzymuje w mocy, uchyla albo zmienia orzeczenie Sądu Dyscyplinarnego, nie może on jednak uznać winnym obwinionego lub wymierzyć kary obwinionemu, który został uniewinniony przez Sąd Dyscyplinarny lub co do którego postępowanie umorzono. Orzeczenia Wyższego Sądu Dyscyplinarnego kończące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych są prawomocne z chwilą ogłoszenia i doręcza się je stronom w terminie dwóch miesięcy od dnia ogłoszenia tego orzeczenia.

Od prawomocnego orzeczenia Wyższego Sądu Dyscyplinarnego kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych stronom ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Prezesowi Krajowej Rady przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego w terminie dwóch miesięcy od dnia doręczenia orzeczenia. Kasację w stosunku do tego samego obwinionego i od tego samego orzeczenia każdy uprawniony może wnieść tylko raz i może zostać ona wniesiona z powodu uchybień wymienionych w art. 439 § 1 k.p.k. lub innego rażącego naruszenia prawa. Kasacja może być wniesiona również z powodu niewspółmierności kary. Niedopuszczalne jest uwzględnienie kasacji na niekorzyść obwinionego wniesionej po upływie sześciu miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. Strony, minister właściwy do spraw zdrowia i Prezes Krajowej Rady wnoszą kasację do Sądu Najwyższego za pośrednictwem Wyższego Sądu Dyscyplinarnego. W kasacji należy podać, na czym polega zarzucane uchybienie, a kasacja wnoszona przez stronę powinna być sporządzona i podpisana przez obrońcę będącego adwokatem albo radcą prawnym albo pełnomocnika będącego adwokatem albo radcą prawnym

Orzeczona w toku postępowania dyscyplinarnego kara z czasem ulega zatarciu. Do zatarcia kary w przypadku ratowników medycznych dochodzi: 1) po upływie roku od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą upomnienia, 2) po upływie trzech lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą nagany, 3) po upływie trzech lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą pieniężną, zakazem pełnienia funkcji kierowniczych w ramach wykonywania zadań zawodowych oraz ograniczeniu zakresu czynności w wykonaniu zawodu ratownika

medycznego, 4) po upływie pięciu lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, 5) po upływie 10 lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Jeżeli ratownik medyczny przed upływem okresu wymaganego do zatarcia kary zostanie ponownie ukarany, dopuszczalne jest tylko jednoczesne zatarcie wszystkich kar. Zatarcie kary następuje przez usunięcie wpisu o ukaraniu z rejestru ratowników medycznych prowadzonego przez Krajową Radę Ratowników Medycznych.

Po przeprowadzonej analizie ustawy z 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych w zakresie odpowiedzialności zawodowej należy z całą stanowczością stwierdzić, że ratownicy medyczni wreszcie doczekali się ustawy regulującej ich zawód. Regulacje w takim kształcie są potrzebne także dla ratowników medycznych, którzy stykają się z pacjentem „na pierwszej linii frontu” przy zagrożeniu jego życia i zdrowia. Zawód ratownika medycznego jest zawodem, który odgrywa olbrzymią rolę w systemie ochrony zdrowia. Nagłe zachorowania i urazy towarzyszą bowiem człowiekowi od zawsze. Tym samym jednym z najważniejszych zadań państwa jest zapewnienie, aby podejmowane były wobec osób w stanie nagłego zagrożenia czynności medyczne w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pomoc, która przychodzi na czas, i bezpieczny transport do szpitala pod opieką wykwalifikowanego personelu zapewniają stabilizację podstawowych funkcji życiowych wraz wdrożenie odpowiedniego postępowania ratowniczego. Ratownik medyczny, podejmując działania zawodowe, dysponuje pewną przestrzenią decyzyjną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, a decyzja ta może być obciążona błędem. Autonomia ratownika medycznego przejawia się przede wszystkim podczas akcji ratunkowych, na którą składa się wykonywanie wielu czynności, zespołowo, w dużym stresie i pośpiechu związanym ze stanem nagłego zagrożenia życia pacjenta, a czynności te nadal musi cechować aktualna wiedza medyczna oraz obowiązek zachowania należytej staranności. Ratownik medyczny ma w związku z tym obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego, w tym kursach doskonalących i samokształceniu (art. 12 ust. 1 i 2 u.p.r.m.). Ponadto ratownik medyczny może, po dokonaniu oceny stanu pacjenta, nie podejmować lub odstąpić od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Błędna decyzja ratownika medycznego może

spowodować istotne i nieodwracalne skutki dla pacjenta. W tych warunkach konsekwencje prawne podejmowanych samodzielnie przez ratownika medycznego decyzji niewątpliwie będą go obciążać. Konkludując, ratownik medyczny, jako osoba wykonująca zawód medyczny, może dopuścić się uchybienia w realizacji podejmowanych działań ratunkowych, popełnia wtedy błąd medyczny, który może spowodować stan narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przy ocenie odpowiedzialności ratowników medycznych, zarówno zawodowej, jak i karnej oraz cywilnej, zawsze należy jednak brać pod uwagę specyfikę pracy i okoliczności, w jakich udzielają oni pomocy medycznej, w tym presję czasu, często agresję ze strony pacjentów i ich rodzin, brak współpracy ze strony pacjenta, a także ograniczone możliwości wykonania badań diagnostycznych podczas pracy w karetce³⁴.

³⁴ M. Zamroczyńska, *Odpowiedzialność karna ratownika medycznego*, [w:] *Zawód ratownika medycznego. Aspekty prawne i organizacyjne*, red. M. Urbaniak, Warszawa 2022, s. 91–92.

Rozdział VI

Odpowiedzialność zawodowa diagnosty laboratoryjnego

1. Zasady wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

Zawód diagnosty laboratoryjnego jest równie ważny co zawód lekarza czy pielęgniarki, ponieważ diagnosta laboratoryjny w podobnym stopniu stanowi o zdrowiu pacjenta. Poprawność badań oraz ich prawidłowy odczyt dokonany przez diagnostę laboratoryjnego decyduje np. o rozpoznaniu choroby lub doborze właściwej terapii itp.¹ Diagnosta laboratoryjny to zawód, który pozwala wykorzystywać i łączyć zagadnienia zdobyte w wielu dziedzinach diagnostyki laboratoryjnej, takich jak hematologia, analityka, biochemia, genetyka, cytologia, immunologia czy toksykologia. Automatyzacja wykonywanych analiz przyczyniła się do potrzeby powiązania przez diagnostę laboratoryjnego technologii obecnej w medycznym laboratorium diagnostycznym z weryfikacją otrzymanych analiz, aby pozwalały one na odpowiednią ocenę stanu klinicznego pacjenta. W związku z powyższym, diagnosta laboratoryjny bezpośrednio uczestniczy w procesie diagnostycznym i leczniczym, co wpływa na podjęcie odpowiednich decyzji przez lekarza, gdyż większość decyzji lekarskich opiera się na wynikach badań laboratoryjnych².

¹ M. Zamroczyńska, *Odpowiedzialność dyscyplinarna diagnostów laboratoryjnych*, [w:] *Pacjent a system ochrony zdrowia. Aktualne problemy*, red. M. Urbaniak, Poznań 2018, s. 97.

² K. Siemionow, P. Drągowski, J. Teul, R. Sawczuk, I. Zaręba, W. Milyk, *Charakterystyka zawodu diagnosty laboratoryjnego i jego rola w systemie opieki zdrowotnej w Polsce*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, nr 1 (46), s. 110–111.

Ustawa z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej³, która określała zasady i warunki wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w medycznym laboratorium diagnostycznym, zasady i warunki wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz zasady organizacji i działania samorządu diagnostów laboratoryjnych, została zastąpiona przez ustawę z 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej⁴. Ustawa ta wraz z kodeksem etyki zawodowej tworzą kompleksową regulację stanowiącą o odpowiedzialności zawodowej diagnostów laboratoryjnych⁵.

Punktem wyjścia dla omówienia odpowiedzialności zawodowej diagnosty laboratoryjnego jest to, że zawód ten kwalifikuje się do grupy zawodów zaufania publicznego⁶. W tym miejscu niezbędne staje się przytoczenie definicji zawodu zaufania publicznego na podstawie uzasadnienia wyroku Trybunału Konstytucyjnego o sygnaturze K 41/05⁷, zgodnie z którym zawodem zaufania publicznego jest:

zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. [...] Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji (aplikacja). Ustawodawca ma prawo uzależniać prawo wykonywania zawodu zaufania publicznego od spełnienia przez zainteresowanego określonych warunków dotyczących np. jego kwalifikacji zawodowych i moralnych, w tym wymagania cechy „nieskazitelного charakteru” i „rękojmi prawidłowego wykonywania zawodu”.

Warto zwrócić uwagę, że każda z wymienionych cech obrazuje wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego, więc bezsporne wydaje się zakwalifikowanie

³ Ustawa z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. nr 100, poz. 1083 ze zm.).

⁴ Ustawa z 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 2125), dalej: u.m.l.

⁵ A. Augustynowicz, H. Owczarek, *Propozycje zmian w systemie diagnostyki laboratoryjnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna” 2010, nr 3, s. 339–344.

⁶ W. Powroźnik, *Opinia prawna w sprawie uznania zawodu diagnosty laboratoryjnego za zawód zaufania publicznego*, s. 6, dostępna na oficjalnej stronie internetowej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych: <https://kiidl.org.pl/get-file/2330> (dostęp 30.07.2024).

⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2 lipca 2007 r., sygn. akt: K 41/05.

zawodu diagnosty laboratoryjnego jako zawodu zaufania publicznego na gruncie cytowanego wyroku Trybunału Konstytucyjnego.

Czynnikiem odróżniającym np. wolne zawody od zawodów zaufania publicznego pozostaje m.in. posiadanie samorządu zawodowego.

Skoro zatem elementem sine qua non pojęcia „zawodu zaufania publicznego” jest istnienie korporacji zawodowej, i to tylko takiej, która ma sprawować pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu dla ochrony interesu publicznego i w jego granicach, należałoby ustalonej na podstawie tego kryterium grupie zawodów przyporządkować zakres form prawnych, w jakich zawody te mogły być wykonywane⁸.

Podstawą prawną tworzenia samorządów zawodowych pozostaje art. 17 ust. 1 Konstytucji RP⁹, zgodnie z dyspozycją normy prawnej: „W drodze ustawy można tworzyć samorzady zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Organizacja samorządu diagnostów laboratoryjnych (zwanego Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych) została opisana w art. 34 i 35 ustawy. Ustanowienie samorządu zawodowego ma duże znaczenie dla dalszych wywodów, ponieważ obligatoryjna przynależność do samorządu korporacyjnego (na mocy art. 34 ust. 2 ustawy) stanowi o wszelkich aspektach odpowiedzialności zawodowej diagnosty laboratoryjnego. Nadzór nad samorządem zawodowym diagnostów laboratoryjnych w myśl art. 5 ust. 4 ustawy sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

Czynności diagnostyki laboratoryjnej obejmują¹⁰: 1) badania laboratoryjne, mające na celu określenie właściwości fizycznych, chemicznych i biologicznych oraz składu płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych;

⁸ K. Wojtczak, *Reglamentacja form wykonywania zawodów zaufania publicznego w rozwiązaniach prawa polskiego i państw Unii Europejskiej*, [w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki 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. 40–41.

⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.).

¹⁰ B. Solnica, *Znaczenie badań laboratoryjnych w medycynie zapobiegawczej i naprawczej*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 41, s. 82–83.

2) mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych; 3) działania zmierzające do ustalenia zgodności tkankowej; 4) wykonywanie oceny jakości i wartości diagnostycznej badań oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyniku badań; 5) działalność naukową i dydaktyczną prowadzoną w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej.

Diagności laboratoryjni w wykonywaniu swoich zadań są zorganizowani w niezależnym samorządzie zawodowym¹¹, podlegającym wyłącznie przepisom ustawy, a przynależność do samorządu jest obowiązkowa¹². Tytuł zawodowy „diagnosta laboratoryjny” podlega ochronie prawnej. Osoby uprawnione do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium to diagnosty laboratoryjni oraz osoby posiadające tytuł zawodowy lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza oraz wiedzę i umiejętności w zakresie wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej. Osobą uprawnioną do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium jest również osoba, która posiada: 1) tytuł zawodowy technika analityki medycznej; 2) tytuł zawodowy licencjata uzyskany na kierunku analityka medyczna; 3) tytuł zawodowy magistra biologii lub farmacji; magistra lub magistra inżyniera chemii lub biotechnologii; tytuł zawodowy lekarza weterynarii – oraz odbyła kształcenie podyplomowe, potwierdzone egzaminem, albo uzyskała specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie analityki klinicznej, diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii lub toksykologii.

Zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych¹³ prowadzi listę diagnostów laboratoryjnych oraz podejmuje w drodze uchwały decyzję o wpisie, jak również stwierdza prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych jest uprawniona do kontroli i oceny wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej przez diagnostę laboratoryjnego. Kontrolę przeprowadzają i oceny dokonują wizytatorzy powołani przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych spośród diagnostów laboratoryjnych¹⁴.

¹¹ L. Wengler, A. Zimmermann, A. Janaszczyk, *Wybrane aspekty funkcjonowania samorządu diagnostów laboratoryjnych*, Gdańsk 2009, s. 19–33.

¹² A. Augustynowicz, H. Owczarek, *Charakter publiczny kompetencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych*, „Journal of Laboratory Diagnostics” 2012, vol. 48, nr 2, s. 229–230.

¹³ Ibidem, s. 231.

¹⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2012 r., III ZS 5/12.

Wpis na listę diagnostów laboratoryjnych poprzedza złożenie uroczystego ślubowania, w którym diagnosta laboratoryjny oświadcza, że będzie wykonywał czynności diagnostyki laboratoryjnej z całą sumiennością i rzetelnością, zgodnie z najlepszą wiedzą, zgodnie z prawem i prawami pacjenta *Salus aegroti suprema lex* i zasadami etyki zawodowej, a poznane w związku z wykonywaniem czynności diagnostyki laboratoryjnej fakty i informacje zachowa w tajemnicy w zakresie określonym przepisami prawa.

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy diagnosta laboratoryjny traci prawo wykonywania zawodu i zostaje skreślony z listy diagnostów laboratoryjnych na mocy uchwały Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w przypadku: 1) ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego; 2) pozbawienia praw publicznych; 3) orzeczenia dyscyplinarnego lub wyroku sądowego o zakazie wykonywania zawodu; 4) utraty przez lekarza wpisanego na listę diagnostów laboratoryjnych prawa wykonywania zawodu lekarza. W przypadku śmierci diagnosty laboratoryjnego następuje skreślenie diagnosty laboratoryjnego z listy. Natomiast gdy diagnosta laboratoryjny nieprzerwanie nie wykonywał czynności diagnostyki laboratoryjnej przez okres dłuższy niż pięć lat, a zamierza podjąć ich wykonywanie, ma obowiązek zawiadomienia o tym Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych i odbycia przeszkolenia (art. 14 ust. 1 ustawy). W przypadku zaistnienia uzasadnionego podejrzenia niezdolności diagnosty laboratoryjnego do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności diagnostyki laboratoryjnej ze względu na stan zdrowia Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych powołuje komisję złożoną z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny. Komisja ta wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności diagnosty laboratoryjnego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego albo ograniczenia wykonywania ściśle określonych czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego polega na wykonywaniu czynności diagnostyki laboratoryjnej, jak również postępowaniu z komórkami rozrodczymi i zarodkami w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, także poza laboratorium. Diagnosta laboratoryjny ma liczne obowiązki i prawa związane z wykonywaniem zawodu. Przede wszystkim, zgodnie z art. 21 ustawy, jest zobowiązany do postępowania zgodnego ze wskazaniami wiedzy zawodowej, z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Diagnosta laboratoryjny może przeprowadzić zabiegi i czynności diagnostyki laboratoryjnej po wyrażeniu przez pacjenta albo przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego zgody, jednakże nie jest ona wymagana w przypadku wykonywania przez diagnostę laboratoryjnego zabiegów i czynności diagnostyki laboratoryjnej przeprowadzanych na zlecenie lekarskie (pisemne, odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta). Wykonywanie zabiegów i czynności diagnostyki laboratoryjnej bez zgody pacjenta jest dopuszczalne także wówczas, gdy konieczne jest niezwłoczne przeprowadzenie badań diagnostycznych, a ze względu na stan zdrowia lub wiek pacjent ten nie może wyrazić zgody, a nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Do obowiązków diagnosty laboratoryjnego należy również branie udziału w postępowaniu diagnostycznym, profilaktycznym i monitorowaniu terapii, lecz o ostatecznym zestawie zleconych badań decyduje prowadzący terapię lekarz.

Odnosnie do praw diagnosty laboratoryjnego, to zgodnie z art. 27a ust. 1 ustawy jest on uprawniony do zgłaszania Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego. Zgodnie z art. 28 diagnosta laboratoryjny ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jeżeli wykonanie tego zlecenia może zagrozić życiu lub zdrowiu pacjenta, chyba że po zwróceniu lekarzowi uwagi na wspomniane niebezpieczeństwo ten ostatni ponowi zlecenie na piśmie. Odmowę wykonania zlecenia diagnosta laboratoryjny uzasadnia na piśmie oraz powiadamia o tym fakcie niezwłocznie swojego bezpośredniego przełożonego.

Ponadto zasadą jest, że diagnosta laboratoryjny jest obowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej. Z zachowania tajemnicy zawodowej jest jednak zwolniony: 1) w stosunku do osoby, pod której opieką medyczną znajduje się pacjent; 2) w stosunku do samego pacjenta, a gdy jest on niepełnoletni lub ubezwłasnowolniony – w stosunku do jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego; 3) gdy badanie diagnostyczne zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych na podstawie odrębnych ustaw organów lub instytucji, wówczas diagnosta laboratoryjny jest obowiązany poinformować o wynikach badań wyłącznie te organy lub instytucje; 4) gdy jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych; 5) gdy jest to niezbędne dla celów naukowych; 6) w przypadkach gdy przewidują to przepisy

szczególne. Ujawnianie tajemnicy poza wymienionymi powyżej przypadkami może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

Diagnosta laboratoryjny ma również prawo i obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, w tym w szczególności ma prawo do uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, ustalonego programem specjalizacji i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Diagnostów Laboratoryjnych¹⁵. Ponadto diagnosta laboratoryjny jest zobowiązany także do podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez uczestnictwo w ciągłym szkoleniu w celu aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego doskonalenia się w zakresie nowych osiągnięć w zakresie diagnostyki laboratoryjnej¹⁶.

2. Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego

Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego¹⁷ jest zbiorem podstawowych norm etycznych, którymi winien kierować się każdy przedstawiciel tego zawodu, oraz stanowi podstawę formacji osobowej i zawodowej diagnosty laboratoryjnego. Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego opiera się na powszechnie przyjętych normach etyki oraz zasadach wynikających z wykonywania tego zawodu, którego przedstawiciele winni stawiać sobie wysokie wymagania moralne i zawodowe. Naczelną normą postępowania diagnosty laboratoryjnego jest dobro osoby ludzkiej jako jednostki, które powinno być chronione zarówno w odniesieniach indywidualnych, jak i społecznych. Z zasady tej wynika powinność poszanowania godności człowieka, jak również budowanie takich odniesień w pracy zawodowej, by jej naczelnym celem była służba człowiekowi według powszechnie cenionych wartości.

¹⁵ A. Augustynowicz, *Doskonalenie zawodowe diagnostów laboratoryjnych na tle innych zawodów medycznych*, „Journal of Laboratory Diagnostics” 2012, nr 3, s. 339–345.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 lipca 2017 r. w sprawie ciągłego szkolenia diagnostów laboratoryjnych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1519).

¹⁷ Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego – załącznik do Uchwały nr 31/2014 Czwartego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z 6 grudnia 2014 r. w sprawie Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego, Warszawa 2015, http://kidl.org.pl/uploads/Kodeks_etyki_2015.pdf (dostęp 29.06.2024).

Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego składa się z następujących części:

- I. Zasady ogólne
- II. Zasady szczegółowe
 - 1. Diagnosta laboratoryjny wobec pacjenta
 - 2. Tajemnica zawodowa
 - 3. Diagnosta laboratoryjny wobec własnego środowiska
 - 4. Diagnosta laboratoryjny wobec społeczeństwa
- III. Postanowienia końcowe

oraz słownika podstawowych pojęć użytych w Kodeksie.

Zgodnie z zasadami ogólnymi wskazanymi w Kodeksie (§ 1–4), diagnosta laboratoryjny powinien wykonywać swoje obowiązki zawodowe w sposób zgodny z powszechnie przyjętymi normami etycznymi utrwalonymi w tradycji zawodów medycznych oraz zgodnie z zasadami sztuki zawodu. Dobro pacjenta powinien traktować jako dobro nadrzędne, wynikające z jedyności i niepowtarzalności osoby ludzkiej, a postępując według zasad rzetelności, uczciwości, bezstronności i wiarygodności oraz zgodnie z zasadami ekonomiki, powinien wykonywać swoje czynności zawodowe z szacunkiem dla osoby ludzkiej. Ponadto diagnosta laboratoryjny zobowiązany jest do budowania etosu swojego zawodu, do jego promocji i rozwoju, a mając na uwadze doniosłość uprawianego zawodu, powinien wykonywać swoje obowiązki zawodowe w poczuciu odpowiedzialności za kształtowanie nienagannych postaw w środowisku zawodowym, którego jest integralną częścią.

Zgodnie z § 5–10 Kodeksu diagnosta laboratoryjny powinien wykonywać swoje czynności zawodowe z najwyższą starannością oraz świadomością, że wyniki jego pracy służą ochronie zdrowia i życia człowieka. Stosując całą swoją wiedzę, umiejętności i doświadczenie dąży on do uzyskania wiarygodnych wyników badań i dokonuje ich interpretacji dla potrzeb medycyny praktycznej i nauki. Przekazując wyniki badań bezpośrednio pacjentowi, diagnosta laboratoryjny winien zalecić konsultację u lekarza w celu podjęcia właściwych działań zapobiegawczych lub leczniczych. W przypadku uzyskania wyników badań laboratoryjnych świadczących o bezpośrednim zagrożeniu życia pacjenta diagnosta laboratoryjny zobowiązany jest do podjęcia bezzwłocznych działań, zgodnych z zasadami praktyki medycznej. Ponadto diagnosta laboratoryjny z należytą starannością pobiera i zabezpiecza pozyskany do badań materiał biologiczny oraz zobowiązuje się do jego zabezpieczenia przed użyciem i wykorzystaniem w celach innych niż te, dla których został pobrany. Materiał pobrany od pacjenta

może być za jego zgodą archiwizowany. Diagnosta laboratoryjny wykonujący badania laboratoryjne, które służą do identyfikacji nosiciela genu odpowiedzialnego za chorobę, oraz badania laboratoryjne, które wykrywają genetyczne predyspozycje lub podatność na zachorowanie, może je przeprowadzać wyłącznie dla celów zdrowotnych albo w ramach badań naukowych związanych z celami zdrowotnymi.

W zakresie tajemnicy zawodowej (§ 11–13) diagnosta laboratoryjny, jako przedstawiciel zawodu zaufania publicznego, zobowiązany jest zachować w tajemnicy wszystko, czego dowiedział się o pacjencie w związku z przeprowadzanymi badaniami. Zobowiązany jest on również do zabezpieczenia przed osobami trzecimi wszelkich informacji zawartych w dokumentacji medycznej. Wyniki badań należą do osoby, której one dotyczą, i mogą być tylko przez tę osobę lub za jej zgodą udostępniane innym osobom lub instytucjom. Diagnosta laboratoryjny winien udzielić pacjentowi (na jego wniosek) z najwyższą starannością zrozumiałych wyjaśnień o istocie danego badania laboratoryjnego i zakresie informacji, jakich ono dostarcza.

W odniesieniu do własnego środowiska (§ 14–18) diagnosta laboratoryjny również ma liczne obowiązki. Zgodnie z § 14 Kodeksu, biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój laboratoryjnej diagnostyki medycznej, diagnosta laboratoryjny powinien stale poszerzać swoją wiedzę fachową i podnosić swoje kwalifikacje zawodowe. Musi przestrzegać zasady kompetencji, a w przypadku problemów przekraczających jego wiedzę bądź jakichkolwiek wątpliwości dotyczących uzyskanych wyników lub ich interpretacji winien zasięgać porad odpowiednich specjalistów. Diagnosta laboratoryjny w relacjach z innymi diagnostami laboratoryjnymi, w sytuacji zauważenia błędów w ich postępowaniu, powinien z należnym taktem zwrócić się najpierw do samego zainteresowanego, ewentualnie skonsultować się z jego przełożonym. W szczególnych przypadkach może o zaistniałej sytuacji poinformować władze Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Diagnosta laboratoryjny w obecności pacjenta nie ocenia pracy innych diagnostów, lekarzy i specjalistów biorących udział w procesie leczenia. Diagnosta laboratoryjny powinien dzielić się swoją wiedzą ze współpracownikami. Sprawując funkcję kierowniczą, nie może utrudniać podwładnym zdobywania wiedzy związanej z wykonywanym zawodem, ma obowiązek motywować ich do rozwoju i ułatwiać podnoszenie kwalifikacji. Diagnosta laboratoryjny jako nauczyciel zawodu powinien swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania oraz dołożyć wszelkich starań, aby przekazywana przez niego wiedza była aktualna i odpowiadała zasadom sztuki zawodu.

Diagnosta laboratoryjny ma również spełniać określone obowiązki wobec społeczeństwa (§ 19–24 Kodeksu). W stosunku do pacjenta, jego rodziny i otoczenia diagnosta laboratoryjny zachowuje należyty szacunek oraz przestrzega zasad kultury osobistej. W stosunku do lekarza zlecającego badania diagnosta laboratoryjny zobowiązany jest do współpracy z zachowaniem zasad właściwych kompetencji. Diagnosta wykonuje badania laboratoryjne, mając na uwadze uzyskanie wiarygodnego wyniku i nie może uzależniać świadczonej przez siebie usługi od innych okoliczności (dodatkowej gratyfikacji pochodzącej od firm reprezentujących producentów sprzętu i zaopatrzenia medycznego, od samych pacjentów, od firm ubezpieczeniowych i farmaceutycznych, od osób i instytucji w jakikolwiek sposób zainteresowanych uzyskaniem określonych wyników). W sytuacji zaistnienia konfliktu z własnym sumieniem diagnosta laboratoryjny może odmówić wzięcia udziału w powierzonych mu czynnościach, informując o tym zainteresowanych oraz swoich przełożonych. W sytuacji stosowania przez przełożonych lub osoby zlecające badania jakichkolwiek form nacisku, diagnosta laboratoryjny może zwrócić się do swojej korporacji o pomoc i ochronę prawną. Diagnosta laboratoryjny powinien przestrzegać ogólnych norm współżycia społecznego, w szczególności unikając nieuczciwej konkurencji.

Zgodnie z § 26 Kodeksu, dbałość o przestrzeganie zasad zawartych w Kodeksie Etyki Diagnosty Laboratoryjnego jest moralnym obowiązkiem każdego diagnosty laboratoryjnego. Egzekwowanie wierności tym zasadom spoczywa na władzach samorządu zawodowego, a w szczególności na członkach Komisji Etyki Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

3. Odpowiedzialność zawodowa diagnosty laboratoryjnego

Ogólny zakres odpowiedzialności zawodowej został zawarty w art. 100 ust. 1 ustawy. Ustawodawca (analogicznie jak w przypadku odpowiedzialności zawodowej np. lekarzy i lekarzy dentyków¹⁸ czy pielęgniarek¹⁹) zrezygnował z zastosowania otwartego katalogu przykładowych czynów stanowiących naruszenie odpowiedzialności

¹⁸ Ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2009 r., nr 219, poz. 1708 ze zm.).

¹⁹ Ustawa z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2011 r., nr 174, poz. 1038 ze zm.).

zawodowej na rzecz następującego sformułowania: „Diagności laboratoryjni podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za zawinione, nienależyte wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej”.

Opisany powyżej fundament odpowiedzialności zawodowej diagnosty laboratoryjnego rozpoczyna się od ślubowania (opisanej w art. 73 u.m.l.) składanego przed dopuszczeniem do wykonywania zawodu:

Ślubuję uroczyście, że jako diagnosta laboratoryjny będę wykonywał czynności diagnostyki laboratoryjnej z całą sumiennością i rzetelnością, zgodnie z najlepszą wiedzą, zgodnie z prawem i prawami pacjenta *Salus aegroti suprema lex* i zasadami etyki zawodowej. Poznane w związku z wykonywaniem czynności diagnostyki laboratoryjnej fakty i informacje zachowam w tajemnicy w zakresie określonym przepisami praw.

Oznacza to, że podstawami odpowiedzialności pozostają trzy grupy czynów. Pierwsza to nienależyte wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej, druga grupa to działania niezgodne z zasadami etyki zawodowej, natomiast ostatnia dotyczy niezgodności podjętych działań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej z przepisami powszechnie obowiązującymi.

Pierwsza grupa odnosi się do podejmowania zadań z zakresu funkcjonowania diagnosty laboratoryjnego, tj. praktyki zawodowej. Przykładami działań mogących stanowić przewinienie zawodowe będzie np. celowo błędne wykonanie badania przez diagnostę, jak dodanie z premedytacją do pobranej krwi ciała obcego, a tym samym wpływanie na wynik badania; wybranie metody wykonania badania pozostającego w sprzeczności z wiedzą medyczną lub wykonanie danego badania, które doprowadziło do uszkodzenia lub zniszczenia testowanej próbki medycznej (co nie byłoby naturalnym następstwem danej metody badawczej wykonanej w sposób prawidłowy)²⁰.

Druga grupa czynów warunkujących odpowiedzialność dyscyplinarną polega na działaniu sprzecznym z Kodeksem etyki zawodowej diagnosty laboratoryjnego²¹. Kodeks opisuje wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego przez przyzmat

²⁰ Za: M. Waszak, *Odpowiedzialność zawodowa diagnosty laboratoryjnego*, [w:] *Zawód diagnosty laboratoryjnego. Aspekty prawne i organizacyjne*, red. M. Urbaniak, Warszawa 2022, s. 150–153.

²¹ Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego. Załącznik do uchwały nr 31/2014 z 6 grudnia 2014 r. w sprawie Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego, kidl.org.pl (dostęp 21.04.2025).

deontologii (powinności, nakazów zawodowych). Pierwotnie Kodeks został uchwalony już w 2006 r., lecz poddano go modyfikacjom i aktualne jego brzmienie pochodzi z 2014 r. Zbiór zasad etycznych został podzielony na trzy rozdziały: *Zasady ogólne*, *Zasady szczegółowe* i *Postanowienia końcowe*.

Zgodnie z zasadami ogólnymi Kodeksu diagnosta laboratoryjny powinien wykonywać swoje obowiązki zawodowe w sposób zgodny z powszechnie przyjętymi normami etycznymi utrwalonymi w tradycji zawodów medycznych oraz zgodnie z zasadami sztuki zawodu. Dobro pacjenta jest dobrem nadrzędnym, wynikającym z jedyności i niepowtarzalności osoby ludzkiej. Postępując według zasad rzetelności, uczciwości, bezstronności i wiarygodności oraz zgodnie z zasadami ekonomiki, powinien wykonywać swoje czynności zawodowe z szacunkiem dla osoby ludzkiej. Diagnosta laboratoryjny zobowiązany jest do budowania etosu swojego zawodu, do jego promocji i rozwoju. Mając na uwadze doniosłość uprawianego zawodu, wykonuje swoje obowiązki zawodowe w poczuciu odpowiedzialności za kształtowanie nienagannych postaw w środowisku zawodowym, którego jest integralną częścią.

Jeżeli natomiast chodzi o zasady szczegółowe wykonywania zawodu, to: 1) wobec pacjenta – diagnosta laboratoryjny wykonuje czynności zawodowe z najwyższą starannością oraz świadomością, że wyniki jego pracy służą ochronie zdrowia i życia człowieka; stosując całą swoją wiedzę, umiejętności i doświadczenie dąży do uzyskania wiarygodnych wyników badań i dokonuje ich interpretacji dla potrzeb medycyny praktycznej i nauki; przekazując wyniki badań bezpośrednio pacjentowi, diagnosta laboratoryjny winien zalecić konsultację u lekarza w celu podjęcia właściwych działań zapobiegawczych lub leczniczych; w przypadku uzyskania wyników badań laboratoryjnych świadczących o bezpośrednim zagrożeniu życia pacjenta, diagnosta laboratoryjny zobowiązany jest do podjęcia bezzwłocznych działań, zgodnych z zasadami praktyki medycznej; diagnosta laboratoryjny z należytą starannością pobiera i zabezpiecza pozyskany do badań materiał biologiczny; zobowiązuje się do jego zabezpieczenia przed użyciem i wykorzystaniem w celach innych niż te, dla których został pobrany (materiał pobrany od pacjenta może być za jego zgodą archiwizowany); wykonując badania laboratoryjne, które służą do identyfikacji nosiciela genu odpowiedzialnego za chorobę oraz badania laboratoryjne, które wykrywają genetyczne predyspozycje lub podatność na zachorowanie, może je przeprowadzać wyłącznie dla celów zdrowotnych albo w ramach badań naukowych związanych z celami zdrowotnymi; 2) w zakresie tajemnicy zawodowej – diagnosta laboratoryjny

jako przedstawiciel zawodu zaufania publicznego zobowiązany jest zachować w tajemnicy wszystko, czego dowiedział się o pacjencie w związku z przeprowadzanymi badaniami, jak również zobowiązany jest do zabezpieczenia przed osobami trzecimi wszelkich informacji zawartych w dokumentacji medycznej; wyniki badań należą do osoby, której one dotyczą i mogą być tylko przez tę osobę lub za jej zgodą udostępniane innym osobom lub instytucjom; diagnosta laboratoryjny winien udzielić pacjentowi (na jego wniosek) z najwyższą starannością zrozumiałych wyjaśnień o istocie danego badania laboratoryjnego i zakresie informacji, jakich ono dostarcza; 3) wobec własnego środowiska – diagnosta laboratoryjny powinien stale poszerzać swoją wiedzę fachową i podnosić swoje kwalifikacje zawodowe; przestrzegać zasady kompetencji, a w przypadku problemów przekraczających jego wiedzę bądź jakichkolwiek wątpliwości dotyczących uzyskanych wyników lub ich interpretacji winien zasięgać porad odpowiednich specjalistów; w relacjach z innymi diagnostami laboratoryjnymi w sytuacji zauważenia błędów w ich postępowaniu powinien z należytym taktem zwrócić się najpierw do samego zainteresowanego, ewentualnie skonsultować się z jego przełożonym, w szczególnych przypadkach może o zaistniałej sytuacji poinformować władze Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych; diagnosta laboratoryjny w obecności pacjenta nie ocenia pracy innych diagnostów, lekarzy i specjalistów biorących udział w procesie leczenia; diagnosta laboratoryjny powinien dzielić się swoją wiedzą ze współpracownikami, a sprawując funkcję kierowniczą, nie może utrudniać podwładnym zdobywania wiedzy związanej z wykonywanym zawodem, ma obowiązek motywować ich do rozwoju i ułatwiać podnoszenie kwalifikacji; jako nauczyciel zawodu powinien swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania oraz dołożyć wszelkich starań, aby przekazywana przez niego wiedza była aktualna i odpowiadała zasadom sztuki zawodu; 4) wobec społeczeństwa – w stosunku do pacjenta, jego rodziny i otoczenia diagnosta laboratoryjny zachowuje należyty szacunek oraz przestrzega zasad kultury osobistej; w stosunku do lekarza zlecającego badanie diagnosta laboratoryjny zobowiązany jest do współpracy z zachowaniem zasad właściwych kompetencji; wykonuje badania laboratoryjne, mając na uwadze uzyskanie wiarygodnego wyniku i nie może uzależniać świadczonej przez siebie usługi od innych okoliczności (dodatkowej gratyfikacji pochodzącej od firm reprezentujących producentów sprzętu i zaopatrzenia medycznego, od samych pacjentów, od firm ubezpieczeniowych i farmaceutycznych, od osób i instytucji w jakikolwiek sposób zainteresowanych uzyskaniem określonych wyników); w sytuacji

zaistnienia konfliktu z własnym sumieniem diagnosta laboratoryjny może odmówić wzięcia udziału w powierzonych mu czynnościach, informując o tym zainteresowanych oraz swoich przełożonych; w sytuacji stosowania przez przełożonych lub osoby zlecające badania jakichkolwiek form nacisku, diagnosta laboratoryjny może zwrócić się do swojej korporacji o pomoc i ochronę prawną; diagnosta laboratoryjny powinien przestrzegać ogólnych norm współżycia społecznego, w szczególności unikając nieuczciwej konkurencji.

W postanowieniach końcowych Kodeksu wskazano, że Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego jest zbiorem podstawowych norm etycznych, którymi winien kierować się każdy przedstawiciel tego zawodu oraz stanowi podstawę formacji osobowej i zawodowej diagnosty laboratoryjnego. Dbłość o przestrzeganie zasad zawartych w Kodeksie Etyki Diagnosty Laboratoryjnego jest moralnym obowiązkiem każdego diagnosty laboratoryjnego. Egzekwowanie wierności tym zasadom spoczywa na władzach samorządu zawodowego, a w szczególności na członkach Komisji Etyki Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Szczególne znaczenie dla odpowiedzialności dyscyplinarnej diagnosty laboratoryjnego ma drugi rozdział, zawarto w nim bowiem w kolejnych czterech podrozdziałach postanowienia regulujące zachowanie diagnosty laboratoryjnego wobec konkretnych grup zawodowych i społecznych. Czynami inicjującymi postępowanie dyscyplinarne w świetle opisywanego fragmentu Kodeksu etyki zawodowej diagnosty laboratoryjnego będą np.: niepodjęcie żadnych kroków w sytuacji, gdy wyniki badań wskazują na bezpośrednie zagrożenie zdrowia pacjenta, udostępnienie przez diagnostę laboratoryjnego osobom nieupoważnionym wyników badań jednego z pacjentów bez jego zgody (naruszenie tajemnicy zawodowej), podważanie kompetencji innego diagnosty laboratoryjnego lub lekarza przez diagnostę laboratoryjnego w obecności pacjenta, niezgromadzenie wymaganej liczby punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym²², wykonanie badania z określonymi z góry wynikami po otrzymaniu gratyfikacji majątkowej itp. Z perspektywy Sądu Dyscyplinarnego w ostatnich latach przedmiotem orzekania były następujące delikty:

²² M. Olczak, *Opinia prawna dotycząca odpowiedzialności dyscyplinarnej diagnosty laboratoryjnego za niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego poprzez nieuzyskanie co najmniej 100 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym*, s. 3, dostępna na oficjalnej stronie internetowej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych: <https://kidl.org.pl/get-file/2334> (dostęp 30.07.2024).

- wykorzystywanie posiadanych uprawnień i zajmowanego stanowiska do ośmieszania, lekceważenia, krytyki metod pracy,
- ujawnienie osobie nieuprawnionej bez zgody i wiedzy osoby badanej informacji uzyskanej w związku z wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego,
- posługiwanie się tytułem diagnosty laboratoryjnego do dokonania autoryzacji wyniku badania mikroskopowej analizy żywej kropli krwi w jasnym polu widzenia,
- brak właściwego nadzoru nad wykonywaniem czynności diagnostyki laboratoryjnej przez osoby, które pracują w laboratorium pod nadzorem diagnosty,
- wykonywanie badań w medycznym laboratorium diagnostycznym niezgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami,
- brak odpowiedniej reakcji po stwierdzeniu odchylenia od normy w badaniu laboratoryjnym,
- używanie pieczętki osobistej o treści niezgodnej z posiadanymi kwalifikacjami,
- naruszenie obowiązku ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej²³.

Ostatnia podstawa odpowiedzialności dotyczy niezgodności działań diagnosty laboratoryjnego z powszechnie obowiązującymi przepisami, normującymi jego funkcjonowanie zawodowe (związane np. z wykonywaniem obowiązków pracowniczych). W tym miejscu można wymienić podjęcie przez diagnostę laboratoryjnego czynności zmierzających do ustalenia zgodności tkankowej (czynności diagnostyki laboratoryjnej zostały enumeratywnie opisane w art. 2 ustawy) w wynajmowanym przez siebie mieszkaniu byłoby niezgodne z art. 16 ustawy mówiącym o obowiązku realizacji powyższych czynności w laboratorium.

Warto dodać, że postępowanie dyscyplinarne dotyczące tego samego przewinienia zawodowego toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w danej jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie. Ustawodawca zdecydował o możliwości zawieszenia postępowania dyscyplinarnego do zakończenia postępowania karnego, co przewidziano w art. 101 ustawy. Należy pozytywnie ocenić możliwość zawieszenia postępowania dyscyplinarnego, ponieważ bardzo często rezultat postępowania karnego może rzutować na następnie podjęte postępowanie dyscyplinarne.

²³ Wyliczenie za: M. Waszak, *Odpowiedzialność zawodowa...*, s. 154–155.

4. Postępowanie przed Rzecznikiem Dyscyplinarnym

Postępowanie dyscyplinarne wszczynane jest przez Rzecznika Dyscyplinarnego, który pozostaje jego gospodarzem. Rzecznik pełni funkcję zbliżoną do pełnionej przez prokuratora w postępowaniu karnym, zresztą do kwestii nieuregulowanych w ustawie należy odwołać się właśnie do treści kodeksu postępowania karnego i kodeksu karnego²⁴. W ustawie skrótowo opisano kompetencje Rzecznika Dyscyplinarnego, ponieważ w art. 103 ustawy wskazano, że przed Sądem Diagnostów Laboratoryjnych oraz Wyższym Sądem Diagnostów Laboratoryjnych pełni on funkcję oskarżyciela, a postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej inicjuje wniosek o ukaranie. Rzecznik Dyscyplinarny bada powzięte informacje o uchybieniu obowiązków ciążących na diagnostę laboratoryjnym. Na skutek zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przewinienia zawodowego prowadzi czynności sprawdzające, których celem – analogicznie do pozostałych zawodów medycznych – jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani z czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na diagnostę laboratoryjnego albo wszczęcia postępowania wyjaśniającego, których celem jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego – ustalenie obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu diagnostów laboratoryjnych. Warto pamiętać, że postępowanie dyscyplinarne nie może zostać wszczęte, gdy od momentu popełnienia przewinienia upłynęły trzy lata, a także gdy minęło sześć miesięcy od poinformowania Rzecznika Dyscyplinarnego o popełnieniu przewinienia. Wówczas następuje przedawnienie karalności czynu. Przy tym należy doprecyzować, że jeżeli przewinienie zawiera znamiona przestępstwa, to okres przedawnienia wynosi tyle, ile przewidują przepisy karne. Oznacza to, że gdy ma się do czynienia z przestępstwem, to nie stosuje się okresów opisanych w ustawie,

²⁴ Ustawa z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., nr 88, poz. 553 ze zm.).

a w odpowiednich przepisach karnych, takich jak np. kodeks karny²⁵. Co najważniejsze, każda czynność Rzecznika Dyscyplinarnego w danej sprawie przerywa bieg przedawnienia, np. wysłanie korespondencji w sprawie, gromadzenie materiału dowodowego czy przedstawienie zarzutów diagnoście laboratoryjnemu. Oznacza to, że np. w piątym miesiącu od powiadomienia Rzecznika Dyscyplinarnego organ ten podejmuje pierwsze czynności wyjaśniające, np. weryfikuje, czy diagnosta, wobec którego ma toczyć się postępowanie, w ogóle istnieje, wówczas następuje przerwanie biegu przedawnienia okresu sześciu miesięcy, w których należy podjąć czynności. Pokrzywdzonemu oraz osobie, o której mowa w art. 104 ust. 3, przysługuje zażalenie na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, a stronom przysługuje zażalenie na postanowienie o umorzeniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Uprawnionym do złożenia zażalenia przysługuje prawo przejrzenia akt. Zażalenie wnosi się do Sądu Diagnostów Laboratoryjnych, za pośrednictwem Rzecznika, w terminie 14 dni od dnia otrzymania odpisu postanowienia. Sąd Diagnostów Laboratoryjnych może uchylić postanowienie, na które wniesiono zażalenie, i przekazać postępowanie do dalszego prowadzenia przez Rzecznika. Uchylając postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego albo o odmowie jego wszczęcia, Sąd Diagnostów Laboratoryjnych wskazuje powody uchylenia, a w miarę potrzeby także okoliczności, które należy wyjaśnić, lub czynności, które należy przeprowadzić. Wskazania te są wiążące dla Rzecznika.

Postępowanie wyjaśniające powinno trwać nie dłużej niż trzy miesiące, lecz na wniosek Rzecznika Dyscyplinarnego może zostać przedłużone przez Sąd Dyscyplinarny o kolejne trzy miesiące. Po upływie łącznie sześciu miesięcy postępowanie wyjaśniające może zostać wydłużone przez Wyższy Sąd Dyscyplinarny na czas oznaczony (konkretnie wskazany, np. do danego dnia). W przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w terminie roku od dnia wszczęcia postępowania akta sprawy przekazuje się Wyższemu Sądowi Diagnostów Laboratoryjnych, który może przedłużyć postępowanie wyjaśniające na dalszy czas określony. Stronom przysługuje prawo złożenia do Sądu Diagnostów Laboratoryjnych zażalenia na przewlekłość postępowania prowadzonego przez Rzecznika. Sąd Diagnostów Laboratoryjnych po

²⁵ Więcej o odpowiedzialności karnej i cywilnej diagnosty laboratoryjnego – zob. M. Kowalska, K. Bobiński, G.I. Helak, A. Czerw, *Odpowiedzialność karna i cywilna autoryzującego wynik badania laboratoryjnego*, „Journal of Laboratory Diagnostics” 2016, nr 52, s. 277–280.

otrzymaniu zażalenia na przewlekłość postępowania może: 1) wydać postanowienie o przejęciu postępowania wyjaśniającego; 2) zażalenie oddalić; 3) przekazać postępowanie do dalszego prowadzenia przez Rzecznika, ustalając wytyczne co do sposobu jego załatwienia, wraz z wyznaczeniem terminu załatwienia sprawy.

W toku postępowania wyjaśniającego Rzecznik dąży do szczegółowego wyjaśnienia sprawy. Rzecznik w toku prowadzenia postępowania wyjaśniającego jest uprawniony do wystąpienia o uzupełnienie danych zawartych w informacji przekazanej przez podmiot zawiadamiający o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego oraz dokonuje sprawdzenia faktów i okoliczności przedstawionych w informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego.

Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej diagnostów laboratoryjnych są pokrzywdzony (który może ustanowić nie więcej niż dwóch pełnomocników spośród diagnostów laboratoryjnych, adwokatów lub radców prawnych; w przypadku śmierci pokrzywdzonego w jego prawa może wstąpić osoba najbliższa) oraz diagnosta laboratoryjny, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony (który może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród diagnostów laboratoryjnych, adwokatów lub radców prawnych). Charakterystyczne dla postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej diagnostów laboratoryjnych jest uprawnienie przysługujące osobom najbliższym obwinionego, które nie zostało przewidziane w innych ustawach stanowiących o odpowiedzialności zawodowej medyków, a mianowicie, zgodnie z art. 105 ust. 5 u.m.l., w razie śmierci obwinionego przed ukończeniem postępowania dyscyplinarnego postępowanie to toczy się nadal, jeżeli tego zażąda małżonek obwinionego, jego wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca wobec niego w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca z nim we wspólnym pożyciu, w terminie dwóch miesięcy od dnia zgonu obwinionego. Na marginesie należy również wskazać, że w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej diagnostów laboratoryjnych zastępca Rzecznika wykonuje prawa i obowiązki tego Rzecznika.

Po zgromadzeniu wystarczająco przekonującego materiału dowodowego – przeprowadzonych na wniosek lub z urzędu – Rzecznik Dyscyplinarny może wydać postanowienie o przedstawieniu diagnoście laboratoryjnemu zarzutów, co wówczas modyfikuje jego rolę w toczącym się postępowaniu, gdyż od tego momentu diagnosta laboratoryjny ma status obwinionego na mocy art. 115 ustawy (opisywany status

diagnosta laboratoryjny ma również w momencie sporządzenia wniosku o ukaranie go przez Rzecznika Dyscyplinarnego). Zarzuty przedstawia się diagnoście laboratoryjnemu osobiście lub doręcza się mu na piśmie, informując go o przysługujących mu prawach, w tym o prawie do złożenia wyjaśnień. Zwieńczeniem opisywanego etapu pozostaje sporządzenie wniosku o ukaranie, który kierowany jest do Sądu Dyscyplinarnego, co wynika wprost z treści art. 118 u.m.l. Wniosek o ukaranie zawiera: 1) imię (imiona) i nazwisko oraz numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego” diagnosty laboratoryjnego, którego dotyczy postępowanie; 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. O skierowaniu wniosku do Sądu Diagnostów Laboratoryjnych Rzecznik zawiadamia pokrzywdzonego, obwinionego i Krajową Radę.

Tym samym postępowanie wyjaśniające dobiega końca i rozpoczyna postępowanie przed Sądem Dyscyplinarnym. W przypadku gdy w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej świadek, biegły lub specjalista bez usprawiedliwienia nie stawiał się na wezwanie Rzecznika lub na rozprawę przed sądem diagnostów laboratoryjnych albo bezpodstawnie odmawia zeznań, Rzecznik lub sąd diagnostów laboratoryjnych może zwrócić się do sądu rejonowego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby wezwanej: 1) o nałożenie kary za nieusprawiedliwione niestawiennictwo albo za odmowę zeznań; 2) o przymusowe doprowadzenie świadka, biegłego lub specjalisty.

W przeciwnym wypadku – braku podstaw do ukarania diagnosty laboratoryjnego – Rzecznik wydaje postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania bądź umorzeniu postępowania dyscyplinarnego. Pierwszy rodzaj postanowienia wydaje się w sytuacji np. braku przesłanek uzasadniających przypisanie komukolwiek odpowiedzialności zawodowej za dany czyn, natomiast umorzenie postępowania dyscyplinarnego następuje w sytuacji niezgromadzenia materiału dowodowego zezwalającego na sporządzenie wniosku o ukaranie.

5. Postępowanie przed Sądem Dyscyplinarnym

Przed Sądem Dyscyplinarnym toczą się wszelkie niezbędne czynności procesowe weryfikujące treść wniosku o ukaranie. Należy podkreślić, że postępowanie dyscyplinarne ma charakter dwuinstancyjny – sądem pierwszej instancji jest Sąd Dyscyplinarny, natomiast sądem wyższej instancji jest Wyższy Sąd Dyscyplinarny. Każdego diagnostę laboratoryjnego uważa się za niewinnego, dopóki jego wina nie zostanie stwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu diagnostów laboratoryjnych, a wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego (zasada domniemania niewinności oraz reguła *in dubio pro reo*). Organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego (zasada swobodnej oceny dowodów).

Przed Sądem Dyscyplinarnym dochodzi do bezpośredniego zetknięcia się Sądu ze zgromadzonym materiałem dowodowym – może dojść do przesłuchania stron, świadków, przeprowadzenia dowodów z dokumentów czy z opinii biegłego. Po zebraniu całości materiału dowodowego zamyka się przewód sądowy, udziela głosu stronom (na końcu głos zajmuje diagnosta laboratoryjny), przystępując do narady nad orzeczeniem. Postępowanie przed Sądem Diagnostów Laboratoryjnych oraz Wyższym Sądem Diagnostów Laboratoryjnych odbywa się na rozprawie jawnej. Sąd Diagnostów Laboratoryjnych oraz Wyższy Sąd Diagnostów Laboratoryjnych wyłącza jawność rozprawy, jeżeli jawność mogłaby: naruszyć tajemnicę zawodową diagnosty laboratoryjnego; wywołać zakłócenie spokoju publicznego; obrazić dobre obyczaje; ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy; naruszyć ważny interes prywatny. Sąd Diagnostów Laboratoryjnych orzeka w składzie trzyosobowym. Wyższy Sąd Diagnostów Laboratoryjnych orzeka w składzie pięciosobowym.

Sąd Dyscyplinarny orzeczeniem decyduje o odpowiedzialności diagnosty laboratoryjnego. Od zapadłego rozstrzygnięcia przysługuje obwinionemu oraz Rzecznikowi Dyscyplinarnemu odwołanie do Wyższego Sądu Dyscyplinarnego. Instytucja ta stanowi sąd II instancji, którego orzeczenie pozostaje prawomocne w momencie ogłoszenia.

O doniosłości postępowania dyscyplinarnego świadczy katalog kar, który został przewidziany w art. 124 ust. 3 ustawy. Konsekwencje popełnienia deliktu dyscyplinarnego mogą okazać się bardzo poważne, ponieważ wobec diagnosty laboratoryjnego przewidziano następujące sankcje:

- upomnienie,
- nagana,
- kara pieniężna,
- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat,
- ograniczenie wykonywania określonych czynności medycyny laboratoryjnej przez diagnostę laboratoryjnego na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na okres od 12 miesięcy do 5 lat,
- pozbawienie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Omawiany zbiór kar ma charakter *numerus clausus* (zamknięty, nie można wymierzyć innej kary niż wymienione powyżej). Natomiast zastosowane wyliczenie cechuje gradacja kar (od najmniej do najbardziej dolegliwej). Posłużenie się katalogiem zamkniętym przez ustawodawcę podkreśla Sąd Najwyższy w orzeczeniach kontrolujących zgodność treści poszczególnych uchwał Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych z ustawą. W wyroku Sądu Najwyższego o sygnaturze III ZS 5/12²⁶ wskazano, że:

Przepisy ustawy odnoszące się do odpowiedzialności dyscyplinarnej diagnostów stanowią zaś jednoznacznie, za jakie zachowania diagności taką odpowiedzialność ponoszą i nie przewidują uprawnień dla Krajowej Rady do poszerzenia zakresu odpowiedzialności dyscyplinarnej. [...] W granicach pieczy samorządu zawodowego nad należyтым wykonywaniem zawodu przez jego członków nie mieści się samoistne, bez wyraźnego upoważnienia ustawowego, regulowanie przez samorząd zawodowy podstaw odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Kary upomnienia i nagany nie zostały odrębnie sprecyzowane w ustawie, ale hierarchizacja sankcji sugeruje, że orzeczenie kary nagany będzie zależne np. od

²⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2012 r. (sygn. akt: III ZS 5/12). Por. wyrok z 16 września 2004 r., III ZS 1/04 OSNP 2005 nr 7, poz. 104.

większego stopnia zawinienia, poważniejszych skutków czynu będącego źródłem postępowania niż w przypadkach, w których orzeka się karę upomnienia, ale też niewystarczających do zawieszenia prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Zgodnie z art. 125 ust. 1 i 2 ustawy, karę pieniężną orzeka się na cel społeczny związany z ochroną zdrowia w wysokości od jednej piątej do trzykrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obowiązującego w chwili wydania orzeczenia w pierwszej instancji. Karę pieniężną orzeka się samoistnie albo obok kar w postaci: zakazu pełnienia funkcji kierowniczych, kary ograniczenia prawa wykonywania zawodu, kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

Zawieszenie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz pozbawienie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego stanowią najdotkliwsze sankcje przewidziane ustawą. Należy w tym miejscu wskazać, że sąd może na podstawie art. 120 ustawy, zastosować tymczasowe zawieszenie diagnosty laboratoryjnego w czynnościach zawodowych. Tymczasowość zawieszenia diagnosty laboratoryjnego w czynnościach zawodowych stosuje Sąd Dyscyplinarny doraźnie, drogą natychmiast wykonanego postanowienia na czas wszczętego postępowania dyscyplinarnego, w sytuacji gdy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że diagnosta laboratoryjny, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony popełnił ciężkie przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez obwinionego zawodu diagnosty laboratoryjnego zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego. Okres tymczasowego zawieszenia diagnosty laboratoryjnego w czynnościach zawodowych diagnosty laboratoryjnego zalicza się do okresu wykonywania kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (art. 126 ust. 3 ustawy).

Orzeczone kary rzutują na stosunek pracy diagnosty laboratoryjnego, ponieważ w art. 137 ustawy wskazano, że prawomocne ukaranie karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu skutkuje rozwiązaniem stosunku pracy diagnosty laboratoryjnego bez wypowiedzenia z winy pracownika. Natomiast ponowny wpis na listę diagnostów laboratoryjnych może nastąpić dopiero po upływie 10 lat, liczonych od dnia uprawomocnienia się orzeczenia kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Nadzwyczajną ścieżką kontestowania zapadłego orzeczenia pozostaje wniesienie kasacji do Sądu Najwyższego m.in. przez obwinionego diagnostę laboratoryjnego,

Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych lub ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 131 ustawy). Wniesienie kasacji pozostaje obarczone tzw. przymusem adwokacko-radcowskim (pismo musi zostać sporządzone przez adwokata czy radcę prawnego) z wyłączeniem następujących podmiotów: ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Podstawami prawnymi uzasadniającymi kasację może być rażące naruszenie prawa (np. postępowanie dyscyplinarne dotyczyło czynu, który nie stanowi przewinienia dyscyplinarnego), niewspółmierność kary (np. zastosowanie pozbawienia prawa wykonywania zawodu za niewielki błąd w odczycie badania, który wydłużył proces leczenia, lecz bez uszczerbku dla zdrowia pacjenta) czy przesłanek opisanych w art. 439 kodeksu postępowania karnego (art. 132 ustawy). Od orzeczenia Wyższego Sądu Dyscyplinarnego przysługuje nadzwyczajny środek odwoławczy w postaci kasacji do Sądu Najwyższego w terminie dwóch miesięcy od doręczenia orzeczenia Wyższego Sądu Dyscyplinarnego. Należy wskazać, że Sąd Najwyższy nie może uwzględnić kasacji, która byłaby niekorzystna dla diagnosty laboratoryjnego, wniesionej po upływie sześciu miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia Wyższego Sądu Dyscyplinarnego (art. 132 ust. 2 ustawy).

Informacje o ukaranych przez Sąd Dyscyplinarny diagnostach laboratoryjnych zamieszcza się w Rejestrze Ukaranych Diagnostów Laboratoryjnych (na podstawie art. 138 ustawy), prowadzonemu przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. Rejestr nie ma charakteru jawnego. Innymi słowy nie ma możliwości udostępnienia akt zakończonego postępowania każdemu zainteresowanemu.

Podsumowując, można wyróżnić trzy najistotniejsze etapy postępowania dyscyplinarnego: postępowanie wyjaśniające prowadzone przez Rzecznika Dyscyplinarnego, następnie postępowanie przed Sądem Dyscyplinarnym i postępowanie odwoławcze przed Wyższym Sądem Dyscyplinarnym. Ścieżką nadzwyczajną pozostaje kasacja do Sądu Najwyższego. Pierwszy etap zaczyna się od powzięcia przez Rzecznika Dyscyplinarnego wiarygodnych informacji o przewinieniu diagnosty laboratoryjnego. Następnie Rzecznik Dyscyplinarny prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawie. Wówczas gromadzi się materiał dowodowy, który ma doprowadzić do sporządzenia wniosku o ukaranie. Końcowy etap stanowi przedstawienie zarzutów diagnoście laboratoryjnemu, przesłuchanie go i sporządzenie wniosku o ukaranie. Wniosek ten kończy postępowanie wyjaśniające. Następnie wniosek ten rozpatruje Sąd Dyscyplinarny, co rozpoczyna kolejny etap postępowania. Sąd Dyscyplinarny

może przesłuchiwać świadków, strony czy przeprowadzać dowód z opinii biegłego. Po zapadnięciu orzeczenia tego sądu przysługuje odwołanie do Wyższego Sądu Dyscyplinarnego. Ostatni etap to postępowanie odwoławcze prowadzone przez Wyższy Sąd Dyscyplinarny. Dotyczy on w głównej mierze weryfikowania, czy nie doszło do uchybień rzutujących na zapadłe orzeczenie. Po zajęciu stanowiska przez Wyższy Sąd Dyscyplinarny pozostaje jedynie nadzwyczajny środek odwoławczy w postaci kasacji do Sądu Najwyższego.

Odpowiedzialność zawodowa diagnosty laboratoryjnego za popełnione przewinienie zawodowe z pewnością spełnia zamierzone cele. Diagnosta laboratoryjny operuje wrażliwymi danymi na temat pacjentów, nierzadko wkraczając w ich sferę intymną, co implikuje zastosowanie jak najpoważniejszych sankcji w przypadku uchybienia godności i etyce zawodowej. System ten nie odbiega od odpowiedzialności dyscyplinarnej przyjętej w pozostałych zawodach medycznych.

Zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem, który odgrywa olbrzymią rolę w systemie ochrony zdrowia. Diagnosta laboratoryjny umożliwia uzyskanie informacji w zakresie stanu zdrowia pacjenta²⁷, nawet gdy nie jest on w stanie opisać wszystkich dolegliwości i objawów swojej choroby. Wiedza diagnostów laboratoryjnych jest niezbędna do oceny stanu zdrowia człowieka. Wiedza ta wiąże się również z dostępem do intymnych i prywatnych informacji dotyczących pacjenta, związanych z jego godnością w aspekcie jego stanu zdrowia, które są objęte tajemnicą zawodową. Dlatego też odpowiednie przygotowanie osób pracujących w tym zawodzie jest niezwykle ważne, ale jednocześnie wszelkie nieprawidłowe zachowania powinny być niezwłocznie i surowo napiętnowane poprzez zastosowanie przepisów dotyczących odpowiedzialności dyscyplinarnej diagnostów laboratoryjnych²⁸.

²⁷ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 173.

²⁸ A. Budziszewska-Makulska, [w:] A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, R. Tymiński, M. Waszkiewicz, *Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 156.

Rozdział VII

Odpowiedzialność zawodowa farmaceuty

1. Zasady wykonywania zawodu przez farmaceutę

Farmaceuta powinien zachowywać się godnie, etycznie, przestrzegać zasad prawa i prawidłowo wykonywać swój zawód. Każdy zawód ma swój wymiar etyczny, ale nie każdy zawód ma zasady etyki i jest odpowiedzialny za ich naruszenie. Tylko w przypadku niektórych zawodów, takich jak zawody zaufania publicznego, ustawodawca przewidział, że sprzeczne z zasadami etyki i przepisami prawa zachowania wykonujących je osób łączą się z ryzykiem negatywnych skutków w postaci sankcji zawodowych, na co wskazał w wyroku z 27 lutego 2001 r. Trybunał Konstytucyjny¹.

Odpowiedzialność zawodowa farmaceuty jest związana z przynależnością do samorządu zawodowego. Charakter zawodu farmaceuty i jego kwalifikacja do kategorii wolnych zawodów i zawodów zaufania publicznego w pewnym wymiarze wyznaczają granice odpowiedzialności za przewinienie zawodowe. Zaliczenie zawodu farmaceuty do kategorii wolnych zawodów z jednej strony skutkuje poszerzeniem zakresu przedmiotowego terminu „przewinienie zawodowe”, bowiem ważnymi cechami właściwymi dla wykonywania wolnego zawodu są: misja wykonywania zawodu, przestrzeganie reguł deontologicznych, zapewnienie klientom tajemnicy zawodowej i zaufania oraz ponoszenie szczególnej odpowiedzialności z racji sposobu wykonania zlecenia. Jak wynika z wyroku Sądu Najwyższego z 5 marca 1998 r.: „konkretne okoliczności postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej aptekarza mogą wskazywać na to, że prawo obwinionego do obrony nie zostało ograniczone, chociaż

¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 27 lutego 2001 r., K 22/00, OTK 2001, nr 3, poz. 48.

kwalifikacja prawna zarzuconego przewinienia zawodowego nie była wystarczająco skonkretyzowana”².

Zawód farmaceuty należy uznać za zawód zaufania publicznego. Zgodnie z założeniami ustawy z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty³ wykonywanie zawodu przez farmaceutę ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego (art. 4 ust. 1 u.z.f.). Zadaniem farmaceutów jest ochrona gwarantowanych konstytucyjnie praw, w tym prawa do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP⁴). Jednocześnie silny związek prawa do ochrony zdrowia z prawem do ochrony życia podnosi jego rangę i pozwala na zaliczenie prawa do ochrony zdrowia do osobistych praw człowieka⁵. Artykuł 17 ust. 1 Konstytucji RP przewiduje tworzenie samorządów zawodowych, które reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawują pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. I choć termin „zawód zaufania publicznego” zyskał rangę konstytucyjną, to ustawodawca nie wskazał definicji zawodu zaufania publicznego⁶. „Zaufanie publiczne” można określić jako rodzaj zaufania istniejącego w stosunkach społecznych⁷. W konsekwencji zawody zaufania publicznego mają wspólne cechy świadczące o tym, że wykonywanie danego zawodu polega na świadczeniu usług o szczególnej doniosłości społecznej, chroniących najcenniejsze dla każdego człowieka dobra, tj. życie i zdrowie.

Cechy farmaceuty prezentowane są w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego – zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 2 lipca 2002 r. są to: odpowiednie wykształcenie i wysokie kwalifikacje, doświadczenie zawodowe, obowiązek zachowania tajemnicy oraz osobisty stosunek usługodawcy i usługobiorcy, a także wymogi moralne⁸, jak również w wyroku Trybunału Konstytucyjnego

² Wyrok Sądu Najwyższego z 5 marca 1998 r., sygn. III SZ 8/97, OSNP 1999/7/259.

³ Ustawa z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1873), dalej jako: u.z.f.

⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483).

⁵ A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Konstytucyjny” 2012, nr 3, s. 92–130.

⁶ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 266.

⁷ P. Skuczyński, *Pojęcia i zasady etyki prawniczej. Zaufanie (lojalność)*, [w:] *Etyka zawodów prawniczych. Etyka prawnicza*, H. Izdebski (red.), Warszawa 2006, s. 98–105.

⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 maja 2002 r., SK 20/00, OTK ZU nr 3/A/2002, poz. 29.

z 25 marca 2015 r.⁹: samodzielność zawodowa oraz staranność i dbałość przy wykonywaniu zawodu. Dodatkowo Trybunał zwrócił uwagę, że osoby wykonujące zawód zaufania publicznego mają obowiązek udzielania świadczeń w przypadku wystąpienia potencjalnego lub realnego zagrożenia dla takich dóbr jak życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że do istotnych cech zawodu zaufania publicznego zaliczono: tajemnicę zawodową, która nie może być ujawniana, niepodleganie regułom hierarchii urzędniczej, podleganie zasadom etyki i deontologii zawodowej¹⁰. Zatem pomimo braku w polskim systemie prawnym ustawowej definicji zawodu zaufania publicznego, farmaceutów niewątpliwie należy uznać za zawód spełniający kryteria kwalifikacji do grupy zawodów zaufania publicznego.

Ustawa o zawodzie farmaceuty wyraźnie wskazuje, że zawód farmaceuty jest zawodem medycznym¹¹. Definicji tego pojęcia trzeba jednak poszukiwać w innych regulacjach związanych z systemem ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej¹², za osobę wykonującą zawód medyczny uważa się osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. W przypadku farmaceutów tą odrębną regulacją jest uchwalona w 2020 r. ustawa o zawodzie farmaceuty, która reguluje zasady i warunki wykonywania tego zawodu oraz podkreśla jego samodzielność¹³ – „samodzielny zawód medyczny”

⁹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego w 25 marca 2015 r., K 19/14, Dz.U. z 2015, poz. 476.

¹⁰ P. Sarnecki, *Opinia w sprawie wykładni art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przegląd Sejmowy” 2001, nr 2, s. 71–77; P. Antkowiak, *Polskie i europejskie standardy wykonywania wolnych zawodów*, „Przegląd Politologiczny” 2013, nr 1, s. 129–142; P. Kardas, *Konstytucyjne i ustawowe aspekty ochrony tajemnicy zawodowej powierzanej przedstawicielom zawodów zaufania publicznego*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014, nr 4, s. 6–8; K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 123–126.

¹¹ Ustawa z 27 września 2013 r. o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1245).

¹² Ustawa z 11 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 991), dalej jako: u.d.l.

¹³ I. Wrześniewska-Wal, *Przewinienie zawodowe w prawie medycznym*, [w:] *System Prawa Medycznego: Odpowiedzialność publicznoprawna*, red. A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, Warszawa 2023, s. 1175; J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu w ramach stosunku pracy w prawie polskim*, Wrocław 2020, s. 65–66.

(art. 2 ust. 1 u.z.f.). Oznacza to, że samodzielność farmaceuty dotyczy każdej czynności zawodowej¹⁴.

Farmaceuci są grupą zawodową, która może udzielać świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 4 u.z.f. wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta i polega na: sprawowaniu opieki farmaceutycznej (konsultacje farmaceutyczne, wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, opracowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywanie badań diagnostycznych, wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego), udzielaniu usług farmaceutycznych (m.in. wydawanie leków, ale i przeprowadzenie wywiadu farmaceutycznego oraz udzielanie porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wykonanie pomiaru ciśnienia krwi), wypełnianiu zadań zawodowych (m.in. udział w racjonalizacji farmakoterapii, prowadzenie działalności profilaktycznej, edukacyjnej oraz działalności na rzecz promocji zdrowia, uczestniczenie w badaniach klinicznych, w tym w badaniach prowadzonych w szpitalu w charakterze członka zespołu badawczego) oraz wykonywaniu innych czynności określonych w ustawie.

Ponadto wykonywanie zawodu farmaceuty obejmuje także: prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej w zakresie nauk farmaceutycznych oraz czynności administracyjne, związane m.in. z dopuszczaniem lub wprowadzaniem do obrotu lub użytkowania produktów lub wyrobów, a także pełnienie funkcji z wyboru w samorządzie zawodu farmaceuty (art. 4 ust. 5 u.z.f.). W realizacji powyższych zadań zawodowych farmaceuta jest niezależny. Samodzielnie planuje swoją pracę, wybiera metody pracy oraz oceny jej wyników. Wiąże się to ściśle z podejmowaniem decyzji i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania¹⁵.

Farmaceuta wykonujący zawód w aptece lub punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem (art. 30 ust. 1 u.z.f.).

¹⁴ K. Bączyk-Rozwadowska, *Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2018, nr 12, s. 31–33.

¹⁵ L. Jakubiak, *Farmacja wychodzi z apteki do pacjenta. W naturalnym środowisku chorego można zdziałać więcej*, „Rynek Zdrowia” z 10 lutego 2024, <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Farmacja-wychodzi-z-apteki-do-pacjenta-W-naturalnym-srodowisku-chorego-mozna-zdzialac-wiecej,254818,6.html> (dostęp 7.08.2024).

Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego (art. 86 ust. 1 ustawy)¹⁶. Formy prawne wykonywania tego zawodu są ściśle określone (art. 36 ust. 1 u.z.f.). Są to: 1) stosunek pracy, 2) umowa cywilnoprawna, 3) wolontariat, 4) jednoosobowa działalność gospodarcza, 5) występowanie w charakterze wspólnika spółki jawnej lub wspólnika (partnera) spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie apteki, 6) stosunek służbowy. Dodatkowo należy podkreślić, że w tym przypadku działania ustawodawcy idą dalej, gdyż ingerują także w strukturę zarządzania i zatrudnienia w podmiotach, których przedmiotem działalności jest obrót produktami leczniczymi (art. 2 pkt 32 u. pr. farm.) i które w związku z tym zatrudniają farmaceutów¹⁷. Tym samym, zgodnie z art. 88 ust. 1–2 u, w aptecę ogólnodostępnej musi być ustanowiony farmaceuta spełniający dodatkowe wymogi, który nazwany jest „kierownikiem apteki”. Do zadań kierownika apteki należy również sprawowanie nadzoru nad innymi pracownikami, w tym zatrudnionymi w aptecę farmaceutami (art. 88 ust. 5 u. pr. farm.). Konieczne zatem stały się kolejne regulacje, które zagwarantują samodzielność zawodową farmaceutów wykonujących swój zawód w aptecę (art. 35 ust. 1–2 u.z.f.). Pracodawca może wydać farmaceucie polecenie w rozumieniu art. 100 § 1 Kodeksu pracy. Pracownik farmaceuta ma jednak prawo dokonania samodzielnej oceny merytorycznej zasadności i celowości polecenia pracodawcy, kierując się następującymi kryteriami: dobro pacjenta, wiedza i doświadczenie zawodowe, a także zasady etyki zawodowej¹⁸. Oznacza to, że farmaceuta podejmuje swoje decyzje zawodowe osobiście, bez niczyjej pomocy i bez wpływu ze strony kogokolwiek, wykonuje swój zawód niezależnie, w zakresie wskazanym w ustawie o zawodzie farmaceuty¹⁹. Niezależność zawodów zaufania publicznego jest

¹⁶ Ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2022 r., poz. 2031), dalej jako: u. pr. farm.

¹⁷ J. Borowicz, *Wykonywanie zawodu farmaceuty-aptekarza w ramach stosunku pracy – zagadnienia wybrane*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2022, nr 7, s. 45–53.

¹⁸ Podają za: I. Wrześniewska-Wal, *Nowe kompetencje zawodowe farmaceutów i ich wpływ na odpowiedzialność zawodową*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2024, t. 20, nr 2, s. 118; J. Borowicz, K. Piotrowska-Radziejcz, M. Wiśniewski, *Interpretacja przepisów Ustawy o Zawodzie Farmaceuty dotyczących samodzielności oraz niezależności zawodowej. Stanowisko Związku Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek (ZAPPA)*, <https://aptekarze.org.pl/wp-content/uploads/2021/06/niezalezznosc-farmaceuty-stanowisko-ZAPPA.pdf> (dostęp 9.08.2024).

¹⁹ J. Borowicz, *Sytuacja prawna kierownika apteki zatrudnionego w ramach stosunku pracy – wybrane zagadnienia*, [w:] *Pro opere perfecto gratias agimus, księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi*

konsekwencją traktowania wykonujących je osób jako specjalistów w danej dziedzinie²⁰, realizujących swoje obowiązki z należytą starannością i sumiennością²¹.

Opieka farmaceutyczna jest świadczeniem zdrowotnym udzielanym przez farmaceutę.

Zgodnie z ustawą o zawodzie farmaceuty (art. 4 ust. 2 u.z.f.) opieka farmaceutyczna to świadczenie zdrowotne, udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym, a w razie potrzeby także z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii, obejmujące szereg czynności ujętych w ustawie (pkt 1–5):

1. Farmaceuta prowadzi konsultacje w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (np. usługa nowy lek).
2. Farmaceuta może opracować indywidualny plan opieki farmaceutycznej z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu określenia celów terapeutycznych możliwych do osiągnięcia przez chorego stosującego farmakoterapię – oraz wskazać sposoby rozwiązywania wykrytych problemów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej.
3. Farmaceuta wykonuje przeglądy lekowe wraz z oceną farmakoterapii.
4. Wykonuje badania diagnostyczne w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz analizę problemów lekowych występujących u pacjenta oraz proponuje metody i badania diagnostyczne.

Ponadto farmaceuta w ramach opieki farmaceutycznej wystawia recepty, które stanowią kontynuację zlecenia lekarskiego. Opieka farmaceutyczna to świadczenie zdrowotne, które polega na działaniach służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania

Tadeuszowi Kuczyńskiemu, red. A. Górnicz-Mulcahy, A. Tomanek, M. Lewandowicz-Machnikowska, Wrocław 2022, s. 47–59.

²⁰ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego...*, s. 123–126.

²¹ J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu...*, s. 65–66.

(art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych)²². Nieomal tożsama definicja świadczenia zdrowotnego znajduje się w ustawie o działalności leczniczej (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.). Warto jednak zauważyć, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dodaje, że są to działania służące profilaktyce. Tym niemniej pomimo tej różnicy językowej w ww. definicjach w doktrynie prawa przyjmuje się, że pojęcie świadczenia zdrowotnego na gruncie obydwu ustaw należy interpretować jednakowo²³.

Zgodnie z art. 2b ustawy o izbach aptekarskich, że kwalifikacje do wykonywania zawodu farmaceuty zostały określone w sposób typowy dla przedstawicieli zawodów medycznych, tj. kwalifikacje takie ma osoba, która: ukończyła w Rzeczypospolitej Polskiej co najmniej 5-letnie studia na kierunku farmacja w szkole wyższej, obejmujące co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskała tytuł magistra farmacji albo ukończyła w Rzeczypospolitej Polskiej przed 1 maja 2004 r. 4-letnie lub 5-letnie studia na kierunku farmacja w szkole wyższej i uzyskała tytuł magistra farmacji, albo ma dyplom wydany przez państwo inne niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, potwierdzający ukończenie co najmniej 5-letnich studiów na kierunku farmacja w szkole wyższej, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami za równoważny z dyplomem i tytułem magistra farmacji uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, albo ma kwalifikacje uzyskane w państwie członkowskim Unii Europejskiej, potwierdzające ukończenie kształcenia spełniającego wymagania określone w przepisach prawa Unii Europejskiej oraz potwierdzone dokumentami, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2 albo w ust. 3, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważne z dyplomem i tytułem magistra farmacji uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej.

²² Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 146), dalej jako: u.ś.o.z.f.

²³ G. Glanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s. 219.

2. Odpowiedzialność zawodowa farmaceuty

Kontrolę nad wykonywaniem zawodów medycznych, w tym także zawodu farmaceuty, sprawują samorządy zawodowe, poprzez powołanie instytucji sprawujących nad nimi pieczę. Status samorządu zawodowego określają prawa i obowiązki jego członków. Jak już wcześniej wspomniano, art. 17 ust. 1 Konstytucji RP wyraźnie mówi, że pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodowych – w granicach interesu publicznego i w celu jego ochrony – sprawuje samorząd zawodowy. Zatem zasadna wydaje się teza, że to również status samorządu zawodowego w sposób pośredni wyznacza granice terminu „przewinienie zawodowe”. Przynależność do samorządu zawodowego jest obligatoryjna – nie można prowadzić praktyki farmaceutycznej, nie należąc do samorządu.

Członkowie samorządu zawodowego aptekarzy zobowiązani są przestrzegać zasad etyki zawodowej oraz uchwał organów samorządu zawodowego, czyli prawa korporacyjnego (art. 21 KEA: aptekarz wypełnia obowiązki z najwyższą starannością, kierując się uchwałami i postanowieniami władz oraz dobrze rozumianymi zadaniami i interesami samorządu)²⁴. Ponadto sama zawiniona niestaranność farmaceuty już stanowi przewinienie zawodowe, nawet jeśli pacjent nie doznał żadnej szkody na osobie (albo też gdy związek między niestarannością a szkodą nie daje się dowieść). W sytuacji gdy farmaceuta omyłkowo wydał pacjentowi lek nieadekwatny do rozpoznanej choroby, co jednak nie wpłynęło na dalsze losy pacjenta, nie będzie to przestępstwem ani deliktem, ale będzie to niewątpliwie przewinienie zawodowe. Jak zauważa J. Ciapała, „akty wewnętrzne samorządów stanowią – co do zasady – ograniczenia wolności, przy czym dyskurs powinien koncentrować się na argumentach, które ze względów aksjologicznych lub prakseologicznych uzasadniają takie ograniczenia”²⁵.

²⁴ Uchwała nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z 22 stycznia 2012 r. w sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, www.nia.org.pl/kodeks-etyki/ (dostęp 30.07.2024).

²⁵ J. Ciapała, *Wpływ aktów prawnych samorządów zawodowych i gospodarczych na konstytucyjne wolności działalności gospodarczej oraz wyboru i wykonywania zawodu. Uwagi w kontekście konstytucyjnego statusu samorządów*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2014, nr 22, s. 205, za: J. Pacian, *Przewinienie zawodowe farmaceuty. Uwagi w kontekście zawodu farmaceuty i statusu samorządu zawodowego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2018, z. 102, s. 76.

Ograniczenia wynikające z aktów prawa wewnętrznego, a KEA niewątpliwie do nich należy, są więc konieczne dla ochrony życia i zdrowia, pomimo że stanowią w pewnym wymiarze faktyczne lub potencjalne ograniczenia niektórych przywilejów farmaceutów. Zatem widać wyraźnie, że to samorząd zawodowy przez swoje uprawnienia określa granice odpowiedzialności zawodowej farmaceutów, sprawując nadzór nad wykonywaniem zawodu. Co więcej, na organach samorządu zawodowego jako korporacji zawodowej określającej prawa i obowiązki członków spoczywa obowiązek działalności prawodawczej w zakresie realizacji zadań samorządowych, spraw ustrojowych, kodyfikowania norm etycznych. Ta rola prawodawcza z pewnością wyznacza standardy wykonywania zawodu oraz podnoszenia związanych z jego wykonywaniem kwalifikacji, a także zasady, tryb kontrolowania i nadzorowania czynności zawodowych. Efektywne sądownictwo dyscyplinarne to przejaw dbałości o pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu oraz prawidłowa gwarancja wykonywanych czynności przez członków samorządu zawodowego²⁶. Czasem jednak działania samorządu mogą wykraczać poza prawo wewnętrzne, a zwłaszcza wówczas, gdy jest to uzasadnione potrzebami należytego wykonywania zawodów zaufania publicznego²⁷.

Samorząd zawodowy ma również obowiązek kontrolowania, czy standardy etyczne są przestrzegane oraz czy są stosowane na właściwym poziomie. Poziom przestrzegania zasad etyki zawodowej jest wyznacznikiem statusu samorządu zawodowego. Ta teza znajduje potwierdzenie w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 27 lutego 2001 r., w którym Trybunał orzekł, że

nie jest możliwa precyzyjna typizacja czynów zabronionych. Są one ustawowo niedookreślone z uwagi na obiektywną niemożność stworzenia katalogu zachowań zagrażających należytemu wykonywaniu obowiązków służbowych czy zachowaniu godności zawodu [...], a w przypadku postępowania dyscyplinarnego nie jest możliwe ustawowe dookreślenie zachowań podlegających penalizacji²⁸.

Każdy samorząd zawodowy ma do wypełnienia dwa podstawowe zadania: reprezentowanie osób uprawiających dany zawód oraz sprawowanie pieczy nad

²⁶ Za: J. Pacian, *Przewinienie zawodowe farmaceuty...*, s. 77.

²⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 23 kwietnia 2008 r., sygn. akt SK 16/07, OTK ZU 2008, nr 3A, poz. 45.

²⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 27 lutego 2001 r., sygn. K 22/00, OTK-A 2001, nr 3, poz. 48.

należytych wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Piecza nad wykonywaniem zawodu związana jest z ponoszeniem przez farmaceutów odpowiedzialności, a jej elementem jest nakładanie na osoby uprawiające ten zawód sankcji za uchybienia w jego wykonywaniu oraz za zachowania naruszające jego godność²⁹. Ustawa o izbach aptekarskich³⁰ wskazuje, że do zadań samorządu aptekarskiego należy „sprawowanie sądownictwa dyscyplinarnego w zakresie odpowiedzialności zawodowej farmaceutów oraz sądownictwa polubownego” (art. 7 ust. 1 pkt 12 u.i.a.).

Najwięcej niejasności wzbudza przesłanka przewinienia zawodowego, bowiem owo kryterium „przepisów związanych z wykonywaniem zawodu” jest nieprecyzyjne i nieraz mogą pojawić się wątpliwości, czy określony przepis je spełnia. Należy zaznaczyć, że podstawę skazania za przewinienie zawodowe może stanowić wyłącznie przepis, który jest skierowany do farmaceutów. W porównaniu jednak z liczbą składanych skarg jedynie nieliczne z nich kwalifikowane są przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i wydawane są wnioski o ukaranie³¹.

Artykuł 2a ust. 1 pkt 7 ustawy z 1991 r. o izbach aptekarskich nakłada także na farmaceutów obowiązek czuwania nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii, a w § 2 ust. 2 rozporządzenia z 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych³² przewidziano dla farmaceutów obowiązek sprawdzenia prawidłowości wystawienia recepty oraz przeliczenia przepisanej na receptę ilości produktu leczniczego i sprawdzenia, czy ilość ta odpowiada ilości leku, którą osoba realizująca receptę może wydać zgodnie z odrębnymi przepisami.

²⁹ W. Bujko, *Odpowiedzialność dyscyplinarna*, [w:] *Zawód radcy prawnego. Historia zawodu i zasady jego wykonywania*, red. A. Bereza, Warszawa; 2010, s. 183; H. Izdebski, *Sprawowanie pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu przez samorządy zawodowe*, [w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, red. S. Legat, M. Lipińska, Warszawa 2002, s. 34–36; A. Rabiega, *Rola samorządów zawodowych w sprawowaniu pieczy nad należytych wykonywaniem zawodów medycznych*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2007, nr 77, s. 49–67.

³⁰ Ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1850).

³¹ Szerzej na ten temat: E. Kokot, S. Poździuch, M. Mikos, A. Czupryna, *Odpowiedzialność zawodowa farmaceutów*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4 (17), s. 88–97.

³² Rozporządzenie z 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. z 2002 r., nr 183, poz. 1531).

Co więcej, farmaceuta realizujący receptę ma obowiązek sprawdzenia, czy ilość leku zapisanego na receptce związana z formą opakowań, w których lek jest wprowadzany do obrotu, nie spowoduje wydania leku w ilości przekraczającej potrzeby trzymiesięcznej kuracji. W takim przypadku powinien wydać tylko taką ilość opakowań danego leku możliwych do wydzielenia, które nie przekroczą ilości leku przeznaczonego do trzymiesięcznej kuracji³³.

Przewinienie zawodowe definiuje się jako „czyn zabroniony w prawie dyscyplinarnym zawierający pewien ujemny ładunek dla stosunków społecznych, których dana służba dotyczy, zagrożony karami dyscyplinarnymi dla danej dziedziny prawa. Właściwymi do jego rozpoznania są komisje dyscyplinarne lub sądy dyscyplinarne”³⁴. Natomiast T. Bojarski stoi na stanowisku, że przewinieniami dyscyplinarnymi są wszelkie czyny stanowiące naruszenie zasad wykonywania pewnych obowiązków lub reguł postępowania związanych z daną służbą lub wykonywanym zawodem. Czyny te są określane jak reguły postępowania w tych sprawach, oddzielnie dla każdej służby, zawodu lub statusu, a tym samym niemożliwe jest istnienie jednej definicji przewinienia zawodowego. Do przewinień zawodowych T. Bojarski zalicza: przewinienia służbowe, nienależyte wykonywanie zawodu, rażące naruszenie prawa, uchybienie godności zawodu³⁵. Odpowiedzialność zawodowa nie może być uzależniona ani od rozmiarów czy charakteru skutku, ani od samego skutku. Priorytetem jest natomiast to, czy doszło do naruszenia standardów postępowania i zaistnienia chociażby abstrakcyjnego zagrożenia dla jakiegokolwiek z dóbr przy ciężarze tego naruszenia³⁶. Na jakościowy standard postępowania zgodnego z należytą starannością powinny się składać łącznie: najlepszy sposób postępowania w rozumieniu optymalnego w danej sytuacji i zgodnego z *lege artis* oraz najlepszy w danej sytuacji, a także zgodny z praktyką medyczną w danej sytuacji. M. Boratyńska i P. Konieczniak twierdzą, że

³³ Uchwała Sądu Najwyższego z 26 października 2011 r., sygn. III CZP 58/11, OSNC 2012/5/59.

³⁴ G. Rejman, *Odpowiedzialność karna*, Warszawa 1991, s. 39, za: J. Pacian, *Przewinienie zawodowe farmaceuty...*, s. 67.

³⁵ T. Bojarski, *Kilka uwag na temat relacji między odpowiedzialnością dyscyplinarną a karną*, „Państwo i Prawo” 2005, nr 3, s. 100 i n., za: J. Pacian, *Przewinienie zawodowe farmaceuty...*, s. 67–68.

³⁶ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Kraków 2014, s. 84 i n., za: J. Pacian, *Przewinienie zawodowe farmaceuty...*, s. 69.

działa z należytą starannością ten, kto zarówno przestrzega owych reguł zobiektywizowanych, będących pochodną aktualnego stanu wiedzy specjalistycznej (medycznej i pozamedycznej), ale także wiedzy potocznej i zdrowego rozsądku, jak – też jednocześnie – działa z takim natężeniem uwagi, jakiego wymaga obecna sytuacja³⁷.

Niejednokrotnie odpowiedzialność zawodowa wyprzedza odpowiedzialność karną, cywilną czy pracowniczą, ponieważ występuje już tam, gdzie prawo karne nie przewiduje jeszcze żadnych sankcji. Ta cecha wskazuje na wzmocniony charakter odpowiedzialności zawodowej³⁸.

Zgodnie z art. 27 u.z.f. farmaceuta ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej, dostępnymi mu metodami oraz zgodnie z zasadami etyki i deontologii zawodowej. W zasadzie ta regulacja odpowiada treści obowiązków nałożonych na lekarzy i lekarzy dentyków (art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty)³⁹. Aczkolwiek lekarze i pozostali profesjonaliści medyczni zobowiązani są do wykonywania zawodu przy wykorzystaniu „wskazań aktualnej wiedzy medycznej”, a farmaceuci z racji swojego wykształcenia i zadań zawodowych zobowiązani są do przestrzegania „wskazań aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej”. Przesłanka ta utożsamiana jest z należytym przygotowaniem do zawodu i wchodzi w skład standardów właściwej opieki nad pacjentem⁴⁰. Zatem aktualna wiedza (farmaceutyczna i medyczna) obejmuje to, co dana osoba przygotowana do wykonywania zawodu już wie, oraz to, co przy zachowaniu staranności powinna wiedzieć, czerpiąc wiedzę medyczną z wiarygodnych źródeł opartych na obiektywnych dowodach⁴¹.

³⁷ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 42, za: J. Pacian, *Przewinienie zawodowe farmaceuty...*, s. 68.

³⁸ Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z 17 marca 1993 r. w sprawie wykładni art. 41 w związku z art. 15 pkt 1 ustawy z 17 marca 1989 r. o izbach lekarskich oraz art. 23 a Kodeksu karnego, „Gazeta Lekarska” 1993, nr 4, s. 4.

³⁹ Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287).

⁴⁰ M. Boratyńska, *Miejsce standardów lekarskich w systemie prawa medycznego – teoria i praktyka*, [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassmann, Warszawa 2019, s. 3–49.

⁴¹ P. Zieliński, *Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 191–192.

Opieka farmaceutyczna to dokumentowany proces, w którym farmaceuta współpracuje z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby także z przedstawicielami innych zawodów medycznych. Można stwierdzić, że, po pierwsze, odmowa udzielenia pacjentowi świadczenia też powinna być udokumentowana, po drugie, nieudokumentowane świadczenie nie stanowi opieki farmaceutycznej. Ustawa o zawodzie farmaceuty nie zawiera jednak szczegółowych regulacji określających sposób prowadzenia dokumentacji farmaceutycznej. Należy posiłkowo przyjąć regulacje dotyczące dokumentacji medycznej, pomimo że nie ma legalnej definicji tego pojęcia. Zgodnie z wypracowanym w doktrynie stanowiskiem dokumentacja medyczna to zbiór dokumentów, które są nośnikami informacji o charakterze medycznym (informacje o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeniach)⁴².

3. Kodeks Etyki Farmaceuty RP

W 2024 r. wprowadzono istotne zmiany w Kodeksie Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej (KEF). Prace nad nową wersją Kodeksu Etyki Aptekarza rozpoczęły się 19 maja 2021 r. Wówczas to Naczelna Rada Aptekarska utworzyła zespół do opracowania zmian w Kodeksie Etyki Farmaceutycznej. Zespół opracował wstępny szkic, który przedstawiał tematy uznane przez farmaceutów za kluczowe. Projekt (Kodeks Etyki Farmaceuty RP) został następnie przekazany do wszystkich Okręgowych Izb Aptekarskich w celu wyrażenia opinii. Później został opublikowany na stronie internetowej, aby umożliwić wszystkim farmaceutom zapoznanie się z nim i wyrażenie swoich uwag. Po przeanalizowaniu wszystkich komentarzy, stworzono ostateczny projekt zmian w Kodeksie, który został przyjęty przez Krajowy Zjazd Aptekarzy pod koniec stycznia, a pod koniec lutego opublikowano go w Biuletynie Informacji Publicznej Naczelnej Izby Aptekarskiej. Nowe brzmienie Kodeksu weszło w życie w dniu 13 marca 2024 r.⁴³ Obowiązujący dotychczas Kodeks Etyki

⁴² U. Drozdowska, E. Kowalewska-Borys, W. Wojtal, A. Bieliński, [w:] *Dokumentacja medyczna*, red. U. Drozdowska, Warszawa 2012, s. 22.

⁴³ Uchwała nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z 28 lutego 2024 r. w sprawie zmiany Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.nia.org.pl/2024/02/28/kodeks-etyki-farmaceuty--rzeczypospolitej-polskiej/> (dostęp 18.08.2024).

Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej wprowadzono w 2012 r. Przez ostatnie 12 lat wiele zmieniło się w zakresie wykonywania zawodu, biorąc pod uwagę zachodzące zmiany znajdujące swoje odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach, w szczególności ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o zawodzie farmaceuty. Dlatego też zaistniała potrzeba jego zmiany.

Od tego momentu dotychczasowy Kodeks Etyki Aptekarza RP ustępuje miejsca Kodeksowi Etyki Farmaceuty RP. Jest to istotna zmiana redakcyjno-legislacyjna, ponieważ oznacza, że Kodeks będzie teraz dotyczył również farmaceutów pracujących w innych miejscach niż apteki, punkty apteczne czy hurtownie. Rozszerzenie zakresu Kodeksu Etyki na wszystkich farmaceutów wynika z ewolucji zawodu farmaceuty w ciągu ostatnich 10 lat. Zmiany te dotyczą głównie sposobu praktykowania zawodu farmaceuty, co wymaga rozszerzenia nadzoru organów samorządu zawodowego na wszystkie formy aktywności zawodowej farmaceutów.

Kodeks Etyki Farmaceuty RP rozpoczyna się preambułą o następującej treści:

Zasady etyki zawodowej farmaceuty wynikają z samodzielnego charakteru tej profesji medycznej – zawód farmaceuty to zawód zaufania publicznego. Kodeks Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej jako kodeks profesjonalizmu zawodowego zawiera wskazanie powinności moralnych, obowiązków, umiejętności i kompetencji zawodowych oraz określa co jest w zawodzie istotne, pożądane, dobre, moralne i słuszne, a co naganne. Dbłość o przestrzeganie zasad zawartych w Kodeksie Etyki Farmaceuty i przekazywanie ich studentom farmacji jest moralnym obowiązkiem każdego farmaceuty, a egzekwowanie wierności tym zasadom spoczywa na władzach samorządu zawodowego. Wymienione w kodeksie zasady postępowania obowiązują wszystkich farmaceutów, niezależnie od formy, w jakiej zawód jest wykonywany oraz niezależnie od środków komunikacji użytych przez farmaceutów podczas wykonywania zawodu.

Następnie Kodeks dzieli się na część ogólną i szczegółową. W części ogólnej wskazano, że farmaceutę obowiązują, wypracowane przez pokolenia, zasady etyki ogólnoludzkiej, które polegają na przestrzeganiu praw człowieka i dbaniu o godność zawodu, którego członkiem staje się on w chwili otrzymania prawa jego wykonywania. Każde zachowanie farmaceuty podważające zaufanie do zawodu jest naruszeniem godności tego zawodu, w szczególności takie zachowanie, które wykracza poza dobro nadrzędne, jakim jest dobro pacjenta – jednostki jedynej i niepowtarzalnej. Według Kodeksu, powołaniem farmaceuty jest troska o osoby powierzone

jego umiejętnościom fachowym. Farmaceuta nie może posługiwać się swą wiedzą i sprawnością zawodową w zachowaniach sprzecznych ze swoim zawodowym powołaniem, a będąc osobiście odpowiedzialnym za wykonywaną pracę jest wolny w podejmowaniu swoich zachowań, zgodnie ze swym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Swoboda i niezależność przy wykonywaniu działań zawodowych farmaceuty stanowią gwarancję ochrony praw pacjenta oraz godności zawodu farmaceuty. Ponadto farmaceuta wykonuje zawód pod własnym imieniem i nazwiskiem. Zasadę tę stosuje się także do oznaczania jakiejkolwiek działalności prowadzonej przez farmaceutę w ramach wykonywania zawodu farmaceuty. Kodeks wprowadził nowy zakaz – zabronione są wszelkie zachowania farmaceuty, w tym czynności faktyczne lub prawne, w szczególności umowy i inne zobowiązania, których konsekwencją może być ograniczenie swobody lub niezależności zawodowej farmaceuty, w szczególności w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych farmaceuty. Zabronione jest także umożliwianie w jakikolwiek sposób innej osobie lub podmiotowi wykonywania zawodu farmaceuty pod imieniem i nazwiskiem danego farmaceuty.

Co więcej, zabronione jest również kontrolowanie innego farmaceuty lub prowadzonej przez niego działalności wykonywanej w ramach zawodu farmaceuty, w sposób i na zasadach naruszających obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące tworzenia i prowadzenia aptek ogólnodostępnych, zasady etyki i deontologii zawodowej lub uchwały Krajowego Zjazdu Aptekarzy. Farmaceuta nie może dopuścić do bycia kontrolowanym w zakresie prowadzonej przez niego działalności wykonywanej w ramach zawodu farmaceuty w sposób i na zasadach naruszających obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące tworzenia i prowadzenia aptek ogólnodostępnych, zasady etyki i deontologii zawodowej lub uchwały Krajowego Zjazdu Aptekarzy.

W odniesieniu do sprawowania opieki farmaceutycznej farmaceuta udzielający usług farmaceutycznych lub wykonujący zadania zawodowe farmaceuty odmawia wykonania polecenia ograniczającego swobodę lub niezależność zawodową i nie jest w tym zakresie związany poleceniem służbowym, chyba że obowiązek wykonania polecenia wynika z innych obowiązujących przepisów. Farmaceuta obligatoryjnie informuje organy samorządu zawodu farmaceuty o każdej próbie ograniczania swobody lub niezależności zawodowej, a mechanizmy rynkowe, naciski społeczne lub wymagania administracyjne nie zwalniają farmaceuty z przestrzegania zasad etyki zawodu. Szacunek dla chorego powinien wyrażać się w jednakowym wykonywaniu

przez farmaceutę czynności zawodowych wobec każdego, kto korzysta z umiejętności farmaceuty – bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne okoliczności. Ponadto znając wagę swego zawodu, farmaceuta dba o budowanie i autorytet samorządu zawodowego. Obowiązkiem farmaceuty jest aktywne uczestnictwo w działalności samorządowej i pozytywne kształtowanie jego wizerunku wśród członków zawodu i w społeczeństwie, a farmaceuci wybrani do władz lub organów samorządu zawodowego zobowiązani są do działania na rzecz tego samorządu oraz do powstrzymania się od wszelkich zachowań mogących powodować powstanie konfliktu interesów.

Następnie uregulowano część szczegółową, składającą się z czterech rozdziałów. Rozdział I zatytułowany „Farmaceuta wobec pacjenta” przewiduje następujące prawa i obowiązki farmaceuty: sprawowanie obowiązków wobec pacjenta ze zrozumieniem odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka; farmaceuta nie może tłumaczyć przekroczenia zasad etyki i godności zawodu powoływaniem się na sugestie lub wymagania pacjenta. Stosunek farmaceuty do pacjenta oparty jest na zaufaniu, używa on swej całej wiedzy i umiejętności dla przekazania pacjentowi odpowiednich w jego dolegliwościach środków leczniczych, dbając przy tym o przekazanie mu rzetelnej, pełnej i zrozumiałej informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych. Farmaceuta, polecając pacjentowi produkt leczniczy, wyrób medyczny lub jego wyposażenie, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub suplement diety, kieruje się aktualną wiedzą, kryterium skuteczności oraz bezpieczeństwa stosowania poleconego produktu, wyrobu, środka lub suplementu i dobrem pacjenta. Farmaceuta nie narzuca swych świadczeń lub usług pacjentom oraz nie pozyskuje pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz zasadami lojalności wobec innych farmaceutów. Farmaceuta dba o to, aby czynności zastrzeżone dla farmaceuty były wykonywane tylko przez osoby uprawnione. Każda pomyłka merytoryczna popełniona podczas czynności zawodowych musi być niezwłocznie naprawiona dla zapobieżenia jej skutkom. Farmaceuta odmawia wykonania czynności zawodowych, jeżeli warunki wykonywania pracy nie gwarantują jakości sporządzanego lub wydawanego leku. Ponadto farmaceuta zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wiadomości dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz wszystkiego, czego dowiedział się w trakcie lub w związku z wykonywaniem czynności zawodowych. Śmierć pacjenta nie zwalnia z obowiązku dochowania

tajemnicy. Tych postanowień nie stosuje się w przypadku, gdy: tak stanowią przepisy odrębnych ustaw; zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób; pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy; zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. W wymienionych sytuacjach ujawnienie tajemnicy może nastąpić jedynie w niezbędnym zakresie. Wydanie polecenia służbowego nie zwalnia farmaceuty z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej, chyba że odrębne przepisy stanowią inaczej. W sytuacjach zagrażających życiu pacjenta farmaceuta może wydać lek według swej najlepszej wiedzy zawodowej.

W rozdziale II zatytułowanym „Zasady postępowania wobec zawodu, nauki i samorządu zawodowego” wskazano, że farmaceuta ceni i szanuje swój zawód oraz chroni jego godność, a będąc świadom ciągłego postępu w nauce, stale doskonali swe umiejętności zawodowe i przekazuje je swoim współpracownikom. Moralnym obowiązkiem farmaceuty jest kształtowanie u rozpoczynających pracę zawodową młodych kolegów wzorców kultury, poszanowania człowieka, nawyku sumienności i odpowiedzialności za wykonaną pracę. Farmaceuta tworzy opinię o całości zawodu, wobec czego musi powstrzymać się od jakiegokolwiek zachowania, które mogłyby spowodować naruszenie dobrego imienia pozostałych członków zawodu; otacza szacunkiem historię i tradycję zawodu oraz dba o wszelkie zabytki kultury materialnej farmacji. Farmaceuta uczestniczący w badaniach naukowych zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania zasad ich prowadzenia oraz rzetelnego przedstawiania wyników i formułowanych wniosków, a przedstawiając wyniki badań, prezentacje, opracowania lub publikując jakiegokolwiek treści na podstawie dostępnej literatury lub materiałów, zobowiązany jest do przestrzegania praw autorskich. Niedopuszczalne jest dopisywanie swego nazwiska do treści prezentowanych przez innych autorów, wykorzystywanie bez zgody autorów lub pomijanie ich nazwiska albo nazw zespołów, a także źródeł pochodzenia informacji.

Ponadto farmaceuta okazuje w każdej sytuacji należyty szacunek i pomoc dla seniorów zawodu i kolegów pozostających w stałej lub czasowej niepełnosprawności. Farmaceuta w każdej sytuacji zawodowej zawiera z pracodawcą lub pracownikiem taką umowę, która gwarantowałaby farmaceutce możliwość wykonywania zawodu zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Kodeksie Etyki Farmaceuty

RP. Stosunki między farmaceutami opierają się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności. Wzajemna ocena powinna być sprawiedliwa, a bezstronna krytyka przekazywana przede wszystkim osobie zainteresowanej – wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego farmaceuty powinien przekazać przede wszystkim temu farmaceucie. Jeżeli dostrzeżony błąd może spowodować poważne zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, konieczne jest poinformowanie właściwej izby aptekarskiej. Przy czym zaznaczono również, że farmaceuta powinien zachować ostrożność w formułowaniu opinii o działalności innego farmaceuty, w szczególności opinii mogącej podważać jego autorytet lub go dyskredytować. Wskazano także, że poinformowanie izby aptekarskiej nie stanowi naruszenia zasad etyki i deontologii zawodowej.

Farmaceuta pełniący funkcje nadzorcze nad pracą innych osób zobowiązany jest przeprowadzać czynności służbowe w sposób rzetelny z zachowaniem zasad rzeczowości, nienaruszający godności farmaceutów oraz innych podległych mu osób, bez narażania ich na jakiegokolwiek poniżenie w opinii publicznej lub wśród współpracowników lub bez narażenia ich na utratę zaufania do wykonywanego zawodu. Farmaceuta kontrolujący pracę innych farmaceutów powinien, w miarę możliwości, zawiadomić ich wcześniej, aby umożliwić im obecność w czasie kontroli i bezpośrednio przekazać uwagi o jej wynikach.

W zakresie reklamy Kodeks również wypowiada się wprost – farmaceuta nie reklamuje siebie oraz swoich usług. Nie uczestniczy w reklamie usług farmaceutycznych, jak i ich promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami. W przypadku farmaceuty wykonującego zawód poza apteką reklamy nie stanowi informacja o: adresie wykonywania zawodu; rodzaju i zakresie wykonywanej działalności; tytułach zawodowych i naukowych posiadanych przez farmaceutę, a także odbytych formach ustawicznego rozwoju zawodowego, pod warunkiem że jest prawdziwa, obiektywna, dokładna, kompletna i rzetelna, rozpowszechnia ją wyłącznie farmaceuta, którego dotyczy, a cel, treść, forma lub sposób jej rozpowszechniania nie ma cech reklamy, w tym dotyczącej farmaceuty lub jakiegokolwiek innego podmiotu. Zakazane jest reklamowanie przez farmaceutę produktów leczniczych, wyrobów medycznych, suplementów diety, a także żywności specjalnego przeznaczenia oraz uczestniczenie w każdej innej reklamie, która mogłaby naruszać godność zawodu farmaceuty lub podważać zaufanie do tego zawodu. Farmaceuta unika działalności przyczyniającej się do zwiększania konsumpcji produktów leczniczych.

Ponadto wskazano, że farmaceuci solidarnie i rzetelnie wspierają działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie należytej pozycji zawodu w społeczeństwie. Podejmując krytykę działania organów samorządu, farmaceuta zobowiązany jest przeprowadzić ją najpierw w swoim środowisku. Farmaceuta wypełnia obowiązki z najwyższą starannością, kierując się uchwałami i postanowieniami władz oraz dobrze rozumianymi zadaniami i interesami samorządu.

Farmaceuta obligatoryjnie za wykonywanie czynności zawodowych pobiera stosowne wynagrodzenie, a czynności zawodowe wykonywane przez farmaceutę poza stosunkiem pracy podlegają wynagrodzeniu na podstawie odrębnie zawartej umowy. Wynagrodzenie za usługi farmaceutyczne świadczone przez farmaceutę uwzględnia rodzaj wykonywanej usługi oraz posiadane przez niego kwalifikacje i umiejętności zawodowe. Wykonywanie czynności zawodowych bezpłatnie przez farmaceutę nie może łączyć się z reklamą podmiotu prowadzącego działalność, w której czynność ta jest wykonywana.

Farmaceuta zobowiązany jest do aktywnego współdziałania z pozostałymi członkami samorządu we wszystkich sprawach dotyczących zawodu – zawinione niepłacenie składki członkowskiej jest poważnym naruszeniem zasad etyki zawodowej.

Rozdział III „Zasady postępowania wobec społeczności zawodowej i współobywateli” informuje, po pierwsze, że farmaceuta zachowuje dobre obyczaje i dobrą praktykę obowiązującą przy wykonywaniu zawodu farmaceuty w kontaktach z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego i nie angażuje się w działania mogące narazić autorytet zawodu lub zawieść zaufanie publiczne.

Po drugie, farmaceuta dba o racjonalną terapię środkami leczniczymi, nie umniejszając praw chorego, a jednocześnie zapobiega nadużywaniu i marnotrawieniu leków. Niedopuszczalne jest pozyskiwanie dochodów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii zawodu.

Po trzecie, farmaceuta nie przekracza swoich kompetencji w zakresie wykonywania usług, do których nie jest przygotowany merytorycznie, a w razie wątpliwości przy wykonywaniu czynności zawodowych korzysta z konsultacji innego farmaceuty. Udzielanie konsultacji jest obowiązkiem farmaceuty.

Po czwarte, farmaceuta, wykorzystując swe umiejętności zawodowe i pozycję w społeczeństwie, uczestniczy w działaniach na rzecz środowiska naturalnego, szerzy wiedzę o prozdrowotnym sposobie życia oraz bierze udział w przeciwdziałaniu patologiom społecznym.

Ostatni rozdział IV „Przepisy końcowe” stanowi, że w przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Farmaceuty RP farmaceuta postępuje zgodnie z zasadami potwierdzonymi w orzecznictwie Naczelnego Sądu Aptekarskiego oraz uchwałach organów samorządu zawodu farmaceuty.

Odnosząc się do powyższego, należy wskazać, że istotna zmiana dotyczy niezależności i swobody wykonywania zawodu farmaceuty, zwłaszcza w obliczu nacisków merytorycznych i biznesowych. Wprowadzone normy zakładają wykonywanie zawodu farmaceuty wyłącznie pod własnym imieniem i nazwiskiem. Zakazują zawierania umów ograniczających niezależność zawodową oraz zakazują umożliwiania innym osobom wykonywania pracy pod nazwiskiem farmaceuty. Z Kodeksu usunięto również art. 11, który dotyczył wypowiadania przez aptekarza opinii dyskredytujących lekarzy, apteki lub krytycznych uwag o produktach leczniczych. Nowy Kodeks Etyki Farmaceuty RP wprowadza zakazy, które do tej pory w nim nie występowały. Obejmują one zarówno kwestie niezależności farmaceutów, jak i ich pracę w samorządzie zawodu farmaceuty oraz udziału farmaceutów w reklamach. Nowelizacja Kodeksu precyzuje zasady dotyczące udziału farmaceutów w reklamach, zakazując promowania przez nich produktów leczniczych, wyborów medycznych, suplementów diety i żywności specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Wcześniej Kodeks zabraniał farmaceutom jedynie reklamowania siebie i swoich usług oraz uczestnictwa w reklamie niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami. Nowe przepisy mogą utrudnić funkcjonowanie farmaceutów w mediach społecznościowych. Wielu z nich obecnie prowadzi działalność edukacyjną w Internecie – opowiadają o lekach, uczą, jak je prawidłowo stosować, i przybliżają kulisy pracy w aptece. Kreują w ten sposób pozytywne postawy. Z drugiej strony jednak gromadzą też „obserwujących”, którzy stanowią „kapitał” atrakcyjny dla reklamodawców. W rezultacie farmaceuci podejmują „płatne współprace” z aptecznymi markami. Do tej pory tego typu działalność była dozwolona, o ile nie naruszała przepisów prawa. Te z kolei zabraniały farmaceutom udziału w reklamach leków (Prawo farmaceutyczne) i wyrobów medycznych (ustawa o wyrobach medycznych). Farmaceuci teoretycznie mogli więc promować suplementy diety czy środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Najważniejsza jednak zmiana polega na tym, że Kodeks Etyki jest skierowany do wszystkich farmaceutów, a nie tak jak dotychczas tylko do aptekarzy, czyli osób wykonujących zawód aptekarza, czyli farmaceuty w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej. Obecnie nie ma wątpliwości,

że Kodeks obejmuje swoimi regulacjami każdego farmaceutę wykonującego zawód w jakiegokolwiek formie.

4. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej

Przechodząc do omówienia odpowiedzialności zawodowej farmaceutów, należy wskazać, że zgodnie z art. 45 u.i.a. członkowie samorządu zawodu farmaceuty podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami aptekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu farmaceuty.

Zadania związane z odpowiedzialnością zawodową sprawują odpowiednie organy, a mianowicie Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i sądy aptekarskie: Okręgowy Sąd Aptekarski oraz Naczelny Sąd Aptekarski. Członkowie sądów aptekarskich w zakresie orzekania są niezawisli i podlegają tylko ustawom oraz zasadom etyki i deontologii zawodowej. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej i sąd aptekarski obowiązani są badać i uwzględniać okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść farmaceuty, którego dotyczy postępowanie. Członkowie sądów aptekarskich orzekają na podstawie swojego przekonania opartego na swobodnej ocenie całokształtu dowodów zebranych w toku postępowania. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej i sąd aptekarski czuwają, aby w toku postępowania jego uczestnicy nie ponieśli szkody z powodu nieznajomości przepisów prawa, i w tym celu udzielają im niezbędnych informacji i wyjaśnień.

Rzecznik jest adresatem skarg i wniosków o ukaranie farmaceutów w związku z popełnieniem przewinienia zawodowego. Mogą je składać pacjenci, inni farmaceuci, a także organy administracji. Zadaniem Rzecznika jest sprawdzenie zasadności skargi i przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego. Na podstawie zgromadzonych dowodów rzecznik decyduje o tym, czy doszło do przewinienia zawodowego i czy należy skierować do sądu wnioski o ukaranie farmaceuty. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, jeżeli uzyskał wiarygodną informację uzasadniającą podejrzenie, iż miało miejsce przewinienie zawodowe. W przypadku stwierdzenia okoliczności, które uniemożliwiają

prorowadzenie postępowania (np. czyn nie stanowi przewinienia zawodowego), rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania, które doręcza wraz z uzasadnieniem i pouczeniem o trybie złożenia zażalenia pokrzywdzonemu i jego pełnomocnikowi oraz farmaceutce, na którego złożono skargę, i jego obrońcy. Jeżeli natomiast rzecznik stwierdzi, że zebrany materiał nie daje podstaw do wniesienia wniosku o ukaranie, wydaje wówczas postanowienie o umorzeniu wszczętego postępowania, które doręcza wraz z uzasadnieniem i pouczeniem o trybie złożenia zażalenia pokrzywdzonemu i jego pełnomocnikowi oraz farmaceutce, którego dotyczy postępowanie, i jego obrońcy. Na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania lub umorzeniu postępowania wyjaśniającego pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Zażalenie wnosi się w terminie 14 dni od daty doręczenia postanowienia, za pośrednictwem rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który wydał to postanowienie. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej, na którego postanowienie złożono zażalenie, może je uwzględnić albo przekazać niezwłocznie organowi właściwemu do rozpatrzenia zażalenia. Naczelny Rzecznik rozpatruje zażalenie w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty doręczenia zażalenia i orzeka o utrzymaniu w mocy, zmianie albo uchyleniu postanowienia w całości albo w części.

Jeżeli dane istniejące w chwili wszczęcia postępowania lub zebrane w jego toku zawierają dostateczne podstawy do przedstawienia zarzutów farmaceutce, którego dotyczy postępowanie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej sporządza postanowienie o przedstawieniu zarzutów, ogłasza je niezwłocznie farmaceutce i przesłuchuje go na okoliczność tych zarzutów. Postanowienie o przedstawieniu zarzutów zawiera: wskazanie farmaceuty, którego dotyczy postępowanie, dokładne określenie zarzucanego mu przewinienia zawodowego sprzecznego z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawa dotyczącymi wykonywania zawodu farmaceuty i uzasadnienie.

W toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może on przesłuchać farmaceutę, którego dotyczy postępowanie, świadków lub biegłych, a także przeprowadzić inne dowody. Odmowa złożenia wyjaśnień przez farmaceutę, którego dotyczy postępowanie, nie wstrzymuje postępowania. Jeżeli nie zachodzi potrzeba uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o jego zamknięciu, o czym powiadamia farmaceutę, którego dotyczy postępowanie, udostępnia mu zebrane dowody oraz umożliwia złożenie

dotatkowych wyjaśnień i wniosków dowodowych, w terminie 14 dni od daty doręczenia postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego. Jeżeli wynik postępowania wyjaśniającego potwierdza zasadność zarzutów stawianych farmaceucie, którego dotyczy postępowanie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej sporządza wniosek o ukaranie i niezwłocznie kieruje go z aktami sprawy do sądu aptekarskiego.

Postępowanie wyjaśniające prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej powinno być zakończone w ciągu trzech miesięcy od daty zawiadomienia o popełnieniu przewinienia zawodowego. W szczególnie uzasadnionym przypadku Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej może przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dalszy czas oznaczony, nie dłuższy niż 3 miesiące. W przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w terminie 6 miesięcy, akta sprawy przekazuje się Nacelnemu Sądowi Aptekarskiemu, który może przedłużyć postępowanie wyjaśniające na dalszy czas oznaczony.

Stronami w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej są obwiniony oraz pokrzywdzony. Za obwinionego uważa się farmaceutę, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko któremu skierował do sądu aptekarskiego wniosek o ukaranie (art. 45a u.i.a.). Farmaceuta, którego dotyczy postępowanie (czyli farmaceuta, w sprawie którego prowadzone jest postępowanie wyjaśniające), oraz obwiniony farmaceuta może przybrać w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej nie więcej niż dwóch obrońców spośród członków izby aptekarskiej, adwokatów lub radców prawnych. Farmaceute, którego dotyczy postępowanie, oraz obwinionemu farmaceucie przysługuje prawo odmowy złożenia wyjaśnień oraz prawo odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania. Należy mu umożliwić złożenie wszystkich wyjaśnień, które uważa on za istotne dla sprawy i ma on prawo w toku postępowania wyjaśniającego zgłaszać wnioski dotyczące przesłuchania świadków, powołania biegłych oraz przeprowadzenia innych dowodów. Osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone działaniem lub zaniechaniem farmaceuty i która wniosła skargę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej, czyli osoba pokrzywdzona, może ustanowić nie więcej niż dwóch pełnomocników spośród farmaceutów, adwokatów lub radców prawnych. W razie śmierci pokrzywdzonego jego prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w tym prawo dostępu do informacji

medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. W przypadku gdy organ prowadzący postępowanie dysponuje informacjami o rodzinie pokrzywdzonego, powinien pouczyć o przysługujących uprawnieniach co najmniej jedną z nich. Rzecznik może ograniczyć dostęp do akt sprawy w zakresie przewidzianym w ustawach. W toku postępowania pokrzywdzony jest uprawniony do: przeglądania akt sprawy i sporządzenia z nich odpisów; zgłaszania wniosków dowodowych, brania udziału w rozprawie i innych czynnościach przeprowadzanych przez sąd aptekarski; zadawania pytań obwinionemu, świadkom i biegłym oraz zajmowania stanowiska w sprawach podlegających rozstrzygnięciu przez sąd aptekarski. Pokrzywdzony może ustanowić pełnomocnika. W przypadku pokrzywdzonego, który nie jest w stanie osobiście dochodzić swoich praw, pełnomocnika wyznacza sąd aptekarski.

Postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli zaszła okoliczność, która według Kodeksu postępowania karnego (patrz: art. 17 k.p.k.) wyłącza ściganie. W razie śmierci obwinionego przed ukończeniem postępowania, toczy się ono nadal, jeżeli zażąda tego – w terminie dwumiesięcznym od dnia zgonu obwinionego – jego małżonek, krewny w linii prostej, brat lub siostra, co stanowi bardzo oryginalne rozwiązanie, nieznane innym ustawom regulującym odpowiedzialność zawodową medyków. Ponadto, nie można wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły trzy lata. Jeżeli czyn zawiera znamiona przestępstwa, przedawnienie odpowiedzialności zawodowej następuje nie wcześniej niż przedawnienie karne. Karalność przewinienia ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło pięć lat. Podstawę do ukarania za przewinienie zawodowe stanowi naruszenie norm etyki i deontologii (Kodeks Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej omówiony powyżej) lub przepisów prawa dotyczących wykonywania zawodu farmaceuty (art. 45 u.i.a.). We wniosku o ukaranie rzecznik odpowiedzialności zawodowej opisuje przewinienie zawodowe farmaceuty. Taki wymóg dla rzecznika odpowiedzialności zawodowej wynika wprost z przepisu § 26 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów⁴⁴, a dla

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 marca 2003 r. w sprawie postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów (Dz.U. z 2003 r., nr 65, poz. 612).

sądu aptekarskiego (I i II instancji) – w przypadku wydania orzeczenia skazującego – z § 40 ust. 2 pkt 1 i § 48 wskazanego rozporządzenia. Na podstawie wyroku Sądu Najwyższego należy wskazać, że wymóg precyzyjnego określenia przewinienia zawodowego nie tylko daje formalną podstawę do wszczęcia i prowadzenia postępowania zawodowego wobec farmaceuty, lecz także, co ważniejsze, pozwala obwinionemu poznać informację, jaki czyn jest mu zarzucany, i w związku z tym obmyślić sposób i taktykę prowadzenia obrony⁴⁵. Wniosek o ukaranie zawiera: 1) imię i nazwisko, nazwisko panieńskie, imiona rodziców, datę i miejsce urodzenia, adres zamieszkania obwinionego, jego miejsce pracy i zajmowane stanowisko oraz informację o ukaraniu sporządzoną na podstawie prowadzonego przez Naczelną Radę Aptekarską rejestru ukaranych; 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 powinni być wezwani na rozprawę, jak również inne dowody; 4) uzasadnienie wniosku. O skierowaniu wniosku do właściwego sądu aptekarskiego rzecznik odpowiedzialności zawodowej zawiadamia pokrzywdzonego, obwinionego i właściwą okręgową radę aptekarską.

5. Postępowanie przed sądem aptekarskim I i II instancji

Po otrzymaniu wniosku o ukaranie przewodniczący sądu aptekarskiego kieruje sprawę do rozpoznania na rozprawie i wydaje stosowne zarządzenia przygotowujące rozprawę, chyba że uzna, że zachodzą podstawy do umorzenia postępowania lub jego zawieszenia albo że należy uzupełnić postępowanie wyjaśniające; w takim przypadku kieruje sprawę na posiedzenie niejawne. Na posiedzeniu niejawnym sąd aptekarski wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania, zawieszeniu postępowania, przekazaniu sprawy rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej w celu uzupełnienia postępowania wyjaśniającego w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące albo o skierowaniu sprawy do rozpoznania na rozprawie – które doręcza się stronom, ich obrońcom i pełnomocnikom. Na te postanowienia stronom przysługuje zażalenie.

⁴⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 11 sierpnia 2020 r. (I KK 20/20), LEX nr 3042176.

Jeżeli wniosek o ukaranie odpowiada warunkom formalnym, a sprawę skierowano do rozpoznania na rozprawie, przewodniczący sądu aptekarskiego zarządza doręczenie jego odpisu obwinionemu oraz obrońcy, o ile został on ustanowiony. Na rozprawę wzywa się i zawiadamia o jej terminie obwinionego, pokrzywdzonego, obrońcę i rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Pomiedzy terminem doręczenia obwinionemu wniosku o ukaranie a terminem rozprawy powinno upłynąć co najmniej 14 dni. W razie niezachowania tego terminu obwiniony lub jego obrońca może żądać odroczenia rozprawy. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo obwinionego lub jego obrońcy, lub pokrzywdzonego na rozprawie nie stanowi przeszkody do rozpoznania sprawy, chyba że sąd uzna ich obecność za konieczną.

Niespotykaną w innych postępowaniach dyscyplinarnych jest możliwość obwinionego do wyłączenia jednego wskazanego przez siebie członka składu orzekającego, na wniosek złożony w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o terminie rozprawy. Jeżeli przyczyna wyłączenia doszła do wiadomości strony później, termin ten liczy się od chwili dowiedzenia się o tej przyczynie.

Przewodniczący składu orzekającego sądu aptekarskiego kieruje rozprawą i czuwa nad jej prawidłowym przebiegiem. Sąd jest obowiązany dążyć do wszechstronnego zbadania wszystkich istotnych okoliczności sprawy. W tym celu może dopuszczać z urzędu wszelkie dowody, jeżeli uzna, że są potrzebne do uzupełnienia materiału. Sąd aptekarski może wzywać i przesłuchiwać świadków i biegłych. Świadkowie zamieszkali poza obszarem działania danej izby mogą być przesłuchiwani w trybie pomocy prawnej przez właściwy miejscowo sąd aptekarski. Zwolnienie świadka lub biegłego od przyrzeczenia zależy od uznania sądu. Na żądanie strony świadek lub biegły jest obowiązany złożyć przyrzeczenie.

Rozprawę rozpoczyna odczytanie wniosku o ukaranie przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, po czym przewodniczący składu orzekającego sądu aptekarskiego zwraca się do obwinionego o złożenie wyjaśnień, pouczając go o prawie odmowy złożenia wyjaśnień i odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania. Następnie skład orzekający przesłuchuje świadków i biegłych, ocenia dokumenty lub przeprowadza inne dowody. Z przebiegu rozprawy sporządza się protokół, który podpisują przewodniczący składu orzekającego sądu aptekarskiego i protokolant. Rozprawa przed sądem aptekarskim jest jawna. Wyłączenie jawności może nastąpić w przypadkach przewidzianych w przepisach kodeksu postępowania karnego (rozdział 42). W przypadku wyłączenia jawności, oprócz osób biorących udział w postępowaniu,

na rozprawie mogą być obecne po dwie osoby wskazane przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej i obwinionego.

Jeżeli na podstawie okoliczności, które zostały ujawnione dopiero w toku rozprawy, rzecznik odpowiedzialności zawodowej zarzucił obwinionemu inne przewinienie zawodowe oprócz objętego wnioskiem o ukaranie, sąd aptekarski odracza rozprawę, chyba że za zgodą stron rozpozna sprawę na tej samej rozprawie w zakresie rozszerzonym o nowe zarzuty. W takiej sytuacji rzecznik wnosi nowy lub dodatkowy wniosek o ukaranie. Po zakończeniu postępowania dowodowego rozprawę kończą przemówienia stron, obrońców i pełnomocników, przy czym ostatni głos przysługuje obwinionemu farmaceucie. Po wysłuchaniu stron przewodniczący składu orzekającego sądu aptekarskiego zamyka rozprawę i sąd aptekarski niezwłocznie przystępuje do narady. Przebieg narady i głosowania nad orzeczeniem jest tajny. W naradzie i głosowaniu uczestniczyć mogą tylko członkowie składu orzekającego.

Sąd aptekarski orzeka na podstawie materiału dowodowego ujawnionego w toku rozprawy. Sąd aptekarski wymierza karę, biorąc pod uwagę stopień winy, naruszenie zasad etyki i deontologii zawodowej, naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu farmaceuty, skutki czynu oraz zachowanie się obwinionego przed popełnieniem przewinienia zawodowego i po jego popełnieniu. W razie jednoczesnego ukarania za kilka przewinień zawodowych sąd aptekarski wymierza kary za poszczególne przewinienia, a następnie wymierza jedną karę łączną za wszystkie czyny. Przy orzekaniu kary łącznej obowiązują następujące zasady: 1) w przypadku orzeczenia kar upomnienia i nagany wymierza się karę łączną nagany; 2) kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu nie wyłącza orzeczenia kary upomnienia i nagany; 3) przy orzeczeniu za kilka przewinień kar zawieszenia prawa wykonywania zawodu kara łączna nie może przekroczyć 3 lat; 4) przy orzeczonych za kilka przewinień karach rodzajowo różnych i kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu wymierza się karę łączną pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Po zamknięciu rozprawy i odbyciu narady przewodniczący ogłasza stronom orzeczenie podpisane przez członków składu orzekającego sądu aptekarskiego, przytaczając ustnie najważniejsze jego motywy. W sprawach szczególnie skomplikowanych sąd aptekarski może odroczyć ogłoszenie orzeczenia na czas nieprzekraczający 7 dni. Orzeczenie powinno zawierać: oznaczenie sądu aptekarskiego, który je wydał, oraz nazwiska członków sądu, rzecznika odpowiedzialności zawodowej i protokolanta; datę oraz miejsce rozpoznania sprawy i wydania orzeczenia; imię i nazwisko

oraz inne dane określające tożsamość obwinionego; opis zarzuconego przewinienia zawodowego; rozstrzygnięcie sądu aptekarskiego; uzasadnienie. Orzeczenie skazujące powinno ponadto zawierać: dokładne określenie przewinienia zawodowego przypisanego obwinionemu przez sąd aptekarski; rozstrzygnięcie co do kary. Sąd aptekarski z urzędu uzasadnia na piśmie rozstrzygnięcia, od których przysługuje środek odwoławczy w ciągu 14 dni od dnia wydania rozstrzygnięcia. Odpisy orzeczeń i postanowień wraz z uzasadnieniem i pouczeniem o środkach odwoławczych i terminie ich wniesienia doręcza się stronom, a jeżeli ustanowiono obrońcę lub pełnomocnika, odpisy te doręcza się również obrońcy lub pełnomocnikowi.

Skład sędziowski może podjąć przewidziane ustawą decyzje. Sąd może ustalić, że nie doszło do popełnienia przewinienia zawodowego, i uniewinnić farmaceutę lub ukarać go, orzekając jedną z kar określonych w ustawie: upomnienie, naganę, zawieszenie prawa wykonywania zawodu farmaceuty na okres od trzech miesięcy do trzech lat bądź pozbawienie prawa wykonywania zawodu farmaceuty (art. 46 u.i.a.). W praktyce sądownictwa aptekarskiego, podobnie jak w przypadku innych zawodów medycznych, np. lekarzy i lekarzy dentystów⁴⁶, najczęściej są to kary upomnienia i nagany. Zgodnie z art. 51 u.i.a. kary upomnienia, nagany i zawieszenia prawa wykonywania zawodu pociągają za sobą utratę prawa wybieralności do organów izb aptekarskich do czasu usunięcia z rejestru wzmianki o ukaraniu. W razie prawomocnego ukarania karą zawieszenia albo pozbawienia prawa wykonywania zawodu stosunek pracy farmaceuty wygasa z mocy prawa. Wygaśnięcie to pociąga za sobą skutki, jakie przepisy prawa wiążą z rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika. Kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu farmaceuty powoduje skreślenie z listy członków okręgowej izby aptekarskiej bez prawa ubiegania się o ponowne uzyskanie prawa wykonywania zawodu przez okres dziesięciu lat od daty uprawomocnienia się orzeczenia o karze pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Postępowanie jest dwuinstancyjne. Okręgowy sąd aptekarski, na ogół w trzyosobowym składzie, decyduje o uniewinnieniu lub ukaraniu farmaceuty. Natomiast Naczelny Sąd Aptekarski rozpatruje odwołania od orzeczeń okręgowego sądu aptekarskiego; orzeka jako I instancja w sprawach odpowiedzialności zawodowej członków: Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego

⁴⁶ I. Wrześniewska-Wal, *Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich*, Warszawa 2020, s. 345–354.

Sądu Aptekarskiego, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, a także członków okręgowych sądów aptekarskich oraz okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców (skład trzyosobowy), jak również rozpatruje odwołania od tych orzeczeń w innym składzie osobowym (skład pięcioosobowy).

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie. Może jednak być ono zawieszone do czasu ukończenia postępowania karnego.

Stronom, ich pełnomocnikom i obrońcom przysługuje prawo odwołania od orzeczeń i postanowień kończących postępowanie w I instancji w terminie 14 dni od daty doręczenia orzeczenia albo postanowienia wraz z uzasadnieniem. Odwołanie wraz z odpisami dla stron, ich pełnomocników i obrońców wnosi się do sądu aptekarskiego, który wydał zaskarżone orzeczenie. Sąd aptekarski w ciągu 7 dni od daty wpływu odwołania przekazuje akta sprawy sądowi właściwemu do rozpoznania odwołania albo odmawia przyjęcia odwołania, jeżeli zostało wniesione po terminie lub przez osobę nieuprawnioną albo jest niedopuszczalne z mocy ustawy.

Naczelny Sąd Aptekarski wszczyna postępowanie odwoławcze po otrzymaniu odwołania od orzeczenia sądu I instancji wraz z całością materiału sprawy. Jeżeli odwołanie odpowiada warunkom formalnym, Przewodniczący Naczelnego Sądu Aptekarskiego zarządza doręczenie stronom odpisów odwołania wraz z uzasadnieniem i wydaje stosowne zarządzenie przygotowujące rozprawę. Jeżeli natomiast odwołanie zostało wniesione po terminie lub przez osobę nieuprawnioną, Przewodniczący Naczelnego Sądu Aptekarskiego kieruje sprawę na posiedzenie niejawne. Naczelny Sąd Aptekarski, działając w II instancji, rozpoznaje sprawę w granicach odwołania. Jednakże, niezależnie od granic odwołania sąd II instancji bierze z urzędu pod rozwagę rażące naruszenie prawa oraz istotną odmienną ocenę co do naruszenia zasad etyki i deontologii zawodowej. Po rozpoznaniu środka odwoławczego Naczelny Sąd Aptekarski orzeka o utrzymaniu w mocy, zmianie albo uchyleniu zaskarżonego orzeczenia w całości lub w części. Jeżeli pozwalają na to zebrane dowody, Naczelny Sąd Aptekarski zmienia zaskarżone orzeczenie, orzekając odmiennie co do istoty, albo uchyła je w całości lub części i umarza postępowanie w odpowiednim zakresie.

Naczelny Sąd Aptekarski w innych przypadkach uchyla orzeczenie i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania sądowi aptekarskiemu I instancji.

Orzeczenia wydane przez Naczelny Sąd Aptekarski w drugiej instancji, kończące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, są prawomocne z chwilą ogłoszenia. Orzeczenie Naczelnego Sądu Aptekarskiego doręcza się podmiotom, o których mowa w art. 46b ust. 1, w terminie dwóch miesięcy od dnia jego ogłoszenia. Nadzwyczajny środek zaskarżenia, którym jest kasacja, to instrument umożliwiający uruchomienie kontroli orzeczenia wydanego przez sądy aptekarskie. Kasację rozpoznaje Sąd Najwyższy i stanowi ona wentyl bezpieczeństwa przed wprowadzeniem do obrotu prawnego wadliwego orzeczenia sądu zawodowego⁴⁷. Od prawomocnego orzeczenia wydanego przez Naczelny Sąd Aptekarski w drugiej instancji, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej: 1) osobie fizycznej, osobie prawnej lub jednostce organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone działaniem lub zaniechaniem farmaceuty i która wniosła skargę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej, 2) obwinionemu farmaceucie, 3) Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej, 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, 5) Prezesowi Naczelnej Rady Aptekarskiej – przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego w terminie dwóch miesięcy od dnia doręczenia orzeczenia. Kasację w stosunku do tego samego obwinionego i od tego samego orzeczenia każdy uprawniony może wnieść tylko raz. Kasacja może być wniesiona z powodu uchybień wymienionych w art. 439 k.p.k. lub innego rażącego naruszenia prawa. Kasacja może być wniesiona również z powodu niewspółmierności kary. Niedopuszczalne jest uwzględnienie kasacji na niekorzyść obwinionego wniesionej po upływie sześciu miesięcy od dnia uprawomocnienia się orzeczenia. Kasację wnosi się do Sądu Najwyższego za pośrednictwem Naczelnego Sądu Aptekarskiego, po spełnieniu warunków formalnych. W kasacji należy podać, na czym polega zarzucane uchybienie. Kasacja powinna być sporządzona i podpisana przez obrońcę będącego adwokatem albo radcą prawnym albo pełnomocnika będącego adwokatem albo radcą prawnym (przymus adwokacko-radcowski). Zagadnienia proceduralne są rozpatrywane zgodnie z przepisami kodeksu postępowania karnego (nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym,

⁴⁷ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 161.

przedstawicieli społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej) oraz kodeksu karnego – w zakresie wskazanym w ustawie o izbach aptekarskich, a mianowicie stosuje się rozdziały I–III i art. 53 kodeksu karnego.

Farmaceuta, wobec którego sąd aptekarski orzekł w I instancji karę zawieszenia albo pozbawienia prawa wykonywania zawodu, może być przez ten sąd tymczasowo zawieszony w czynnościach zawodowych. Postanowienie o zawieszeniu wydaje sąd aptekarski z urzędu lub na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Postanowienie sądu aptekarskiego o tymczasowym zawieszeniu jest natychmiast wykonalne. Jeżeli okres tymczasowego zawieszenia trwa dłużej niż trzy miesiące, Naczelny Sąd Aptekarski bada z urzędu zasadność zawieszenia.

W razie uniewinnienia lub umorzenia postępowania w drodze kasacji lub w wyniku wznowienia postępowania farmaceucie przysługuje w stosunku do okręgowej izby aptekarskiej roszczenie o odszkodowanie. Roszczenie wygasa w razie niezłożenia wniosku w terminie rocznym od daty uprawomocnienia się orzeczenia. W sprawach roszczeń o odszkodowanie orzekają sądy powszechne. Na wniosek zainteresowanego farmaceuty orzeczenie o uniewinnieniu lub umorzeniu postępowania w sprawie z zakresu odpowiedzialności zawodowej podlega opublikowaniu w organie prasowym samorządu zawodu farmaceuty.

Ponadto Naczelna Rada Aptekarska prowadzi rejestr ukaranych. Informacji o ukaraniu udziela się organom izb aptekarskich oraz osobom i instytucjom mającym lub mogącym wykazać interes prawny w uzyskaniu takich informacji. Informacji o ukaraniu okręgowa rada aptekarska jest obowiązana udzielić na wniosek odpowiednich władz lub organizacji innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej. Usunięcie z rejestru wzmianki o ukaraniu następuje z urzędu po upływie: 1) roku od daty uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą upomnienia, 2) dwóch lat od daty uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą nagany, 3) pięciu lat od odbycia kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu, 4) piętnastu lat od daty uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu farmaceuty, jeżeli farmaceuta nie zostanie w tym czasie ukarany lub nie zostanie wszczęte przeciwko niemu postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Zmiany w systemie ochrony zdrowia polegają na wykorzystaniu specyficznych umiejętności różnych profesjonalistów medycznych⁴⁸. W przypadku farmaceutów istotną zmianą jest to, że po raz pierwszy uzyskali prawo do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych. Łączy się to z niezależnością zawodową każdego farmaceuty, która polega na swobodzie w planowaniu i wyborze metod pracy oraz na ocenie jej wyników. Podstawą programów nauczania w zawodzie farmaceuty powinny być treści przygotowujące osoby mające w przyszłości wykonywać ten zawód do podejmowania samodzielnych decyzji zawodowych i ponoszenia za nie odpowiedzialności, w tym odpowiedzialności zawodowej⁴⁹.

Podsumowując, należy stwierdzić, że specyfika postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej farmaceutów wymaga zachowania wysokich standardów, których stosowanie jest nieodzownie związane z przynależnością do korporacji zawodowej. Jest to najbardziej typowy sposób realizacji konstytucyjnego obowiązku sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodu zaufania publicznego. Celem takiego postępowania jest zapewnienie należytego funkcjonowania samorządu zawodowego, a także należytego wykonywania zawodu, a więc wykonywania zawodu zgodnie z etyką zawodową, przy jednoczesnym wyeliminowaniu osób, które nie zapewniają gwarancji postępowania w taki sposób.

⁴⁸ I. Kowalska-Bobko, M. Gałązka-Sobotka, A. Frączkiewicz-Wronka, K. Badora-Musiał, B. Buchelt, *Krzyżujące się kompetencje (skill mix) w zawodach medycznych i okołomedycznych*, „Medycyna Pracy” 2020, nr. 71 (3), s. 337–352.

⁴⁹ I. Wrześniewska-Wal, *Nowe kompetencje...*, s. 121.

Rozdział VIII

Odpowiedzialność zawodowa osób wykonujących niektóre zawody medyczne

1. Zasady wykonywania niektórych zawodów medycznych

Ustawą z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych¹ uregulowano warunki i zasady wykonywania 15 zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi. Uregulowano także kwestie dotyczące ustawicznego rozwoju zawodowego, rejestru oraz odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących opisane w ustawie zawody medyczne². Przepisy ustawy nie dotyczą zawodów medycznych już uregulowanych, takich jak zawód: lekarza, lekarza dentysty, diagnosty laboratoryjnego, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, farmaceuty oraz fizjoterapeuty.

Ustawa określa zasady wykonywania następujących zawodów medycznych:

- 1) asystentka stomatologiczna,
- 2) elektroradiolog,
- 3) higienistka stomatologiczna,
- 4) instruktor terapii uzależnień,
- 5) opiekun medyczny,
- 6) optometrysta,
- 7) ortoptystka,
- 8) podiatra,

¹ Dz.U. z 2023 r., poz. 1972.

² Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych, druk nr 3183, dostęp poprzez stronę internetową Sejmu RP, 18.08.2024 r.

- 9) profilaktyk,
- 10) protetyk słuchu,
- 11) technik farmaceutyczny,
- 12) technik masażysta,
- 13) technik ortopeda,
- 14) technik sterylizacji medycznej,
- 15) terapeuta zajęciowy.

Zgodnie z uzasadnieniem do projektu wskazanej ustawy ma ona na celu wprowadzenie mechanizmu, który zapewni dostęp do wykonywania zawodu medycznego tylko profesjonalistom w danym zawodzie, którzy posiadają wykształcenie uzyskane w systemie szkolnictwa wyższego i nauki lub kwalifikacje uzyskane w systemie oświaty, wymagane do wykonywania danego zawodu medycznego³.

Zgodnie z art. 2 ustawy do wykonywania zawodu medycznego objętego niniejszą regulacją jest uprawniona osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe; 3) korzysta z pełni praw publicznych; 4) wykazuje znajomość języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania danego zawodu medycznego oraz złożyła oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu medycznego”; 5) posiada: a) wykształcenie uzyskane w systemie szkolnictwa wyższego i nauki, kwalifikacje uzyskane w systemie oświaty lub inne kwalifikacje wymagane do wykonywania danego zawodu medycznego, określone w załączniku do ustawy, i posiada dokument potwierdzający uzyskanie tego wykształcenia lub tych kwalifikacji lub b) kwalifikacje wymagane do wykonywania danego zawodu medycznego uzyskane w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie przepisów ustawy z 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej⁴, lub c) dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji

³ Uzasadnienie projektu ustawy.

⁴ Dz.U. z 2023 r. poz. 334.

wymaganych do wykonywania danego zawodu medycznego wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami o szkolnictwie wyższym i nauce, za równoważny odpowiedniemu polskiemu dyplomowi i tytułowi zawodowemu, lub d) kwalifikacje wymagane do wykonywania danego zawodu medycznego uzyskane przed dniem 1 stycznia 2021 r. w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie przepisów ustawy z 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, lub e) dokument uprawniający do wykonywania danego zawodu medycznego uznany na mocy umowy międzynarodowej lub porozumienia; 6) posiada wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.

Treść przepisu art. 13 ustawy określa natomiast czynności obejmujące wykonywanie danego zawodu medycznego, które polega na:

- a) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie asystowania lekarzowi dentyście i utrzymania gabinetu w gotowości do pracy – w przypadku asystentki stomatologicznej;
- b) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie radiologii, diagnostyki obrazowej, ultrasonograficznej, elektromedycznej, radiologii zabiegowej, elektrofizjologii, medycyny nuklearnej i radioterapii oraz realizowaniu zadań ochrony radiologicznej pacjenta i personelu – w przypadku elektroradiologa;
- c) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia jamy ustnej oraz współuczestniczeniu w procesie leczenia – w przypadku higienistki stomatologicznej;
- d) wykonywaniu czynności zawodowych pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień w zakresie wsparcia terapeutycznego udzielanego pacjentom wykazującym zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnionych behawioralnie oraz ich bliskim – w przypadku instruktora terapii uzależnień;
- e) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie medyczno-pielęgnacyjnym i opiekuńczym – w przypadku opiekuna medycznego;

- f) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie optometrii – w przypadku optometrysty;
 - g) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie ortoptyki – w przypadku ortoptystki;
 - h) wykonywaniu czynności zawodowych związanych z procesem leczenia schorzeń w obrębie stóp i prowadzeniu profilaktyki tych schorzeń – w przypadku podiatry;
 - i) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej – w przypadku profilaktyka;
 - j) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie badania i protezowania słuchu – w przypadku protetyka słuchu;
 - k) wykonywaniu, w zakresie i na zasadach określonych w ustawie z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, czynności zawodowych w zakresie sporządzania i wytwarzania produktów leczniczych oraz prowadzenia obrotu produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, suplementami diety i środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz innymi produktami dopuszczonymi do obrotu w aptece na podstawie przepisów prawa – w przypadku technika farmaceutycznego;
 - l) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie masażu oraz prowadzenia działalności profilaktycznej, popularyzującej zachowania prozdrowotne – w przypadku technika masażysty;
 - m) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego i w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze – w przypadku technika ortopedy;
 - n) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie dekontaminacji sprzętu i wyrobów medycznych – w przypadku technika sterylizacji medycznej;
 - o) wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie diagnozy w ramach terapii zajęciowej, prowadzenia indywidualnej i grupowej terapii zajęciowej, oceny jej efektów oraz organizowania działań terapeutycznych mających na celu poprawę funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego oraz integracji społecznej i zawodowej osób nimi objętych – w przypadku terapeuty zajęciowego.
- Załącznik do niniejszej ustawy szczegółowo określa, jakie należy mieć wykształcenie oraz jakie kwalifikacje są wymagane, aby wykonywać dany zawód medyczny.

W nawiązaniu do powyższego należy zauważyć, że ustawa obejmuje szeroki zakres zawodów, od tych bardziej powszechnie znanych, jak asystentka stomatologiczna czy technik farmaceutyczny, po te specjalistyczne i mniej rozpowszechnione, jak technik sterylizacji medycznej czy ortoptystka. Zróżnicowanie tych zawodów podkreśla złożoność i różnorodność sektora opieki zdrowotnej, ukazując jednocześnie potrzebę specyficznych regulacji dla każdego z nich. Ustawa ma na celu zapewnienie, że te różne role są odpowiednio zdefiniowane i uregulowane, co jest kluczowe dla ochrony zarówno pacjentów, jak i samych pracowników służby zdrowia⁵. Trzeba jednak podkreślić, że lista zawodów medycznych zawartych w ustawie nie jest kompletna i nie obejmuje wszystkich potencjalnych zawodów w sektorze opieki zdrowotnej⁶. Zatem w przyszłości ustawodawca może rozszerzyć lub modyfikować tę listę, aby dostosować się do zmieniających się realiów i potrzeb sektora opieki zdrowotnej, takich jak rozwój nowych technologii medycznych lub pojawienie się nowych modeli opieki.

W tym miejscu należy scharakteryzować zawody medyczne objęte niniejszą ustawą⁷:

1. Asystentka stomatologiczna jest kluczowym członkiem zespołu dentystycznego, który wspiera dentystę w realizacji jego obowiązków klinicznych, np. asystowanie podczas zabiegów, przeprowadzanie niektórych procedur stomatologicznych pod nadzorem dentysty, utrzymanie czystości i sterylności narzędzi i pomieszczeń. Asystentka może być również odpowiedzialna za zarządzanie administracją gabinetu stomatologicznego. Zakres obowiązków i kompetencji asystentki stomatologicznej jest regulowany, co gwarantuje, że osoby wykonujące ten zawód mają odpowiednie kwalifikacje i szkolenie. Jest to niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa i jakości opieki nad pacjentami.
2. Elektroradiolog jest profesjonalistą specjalizującym się w technikach obrazowania medycznego. Zawód ten obejmuje wykonywanie, analizowanie i interpretowanie obrazów medycznych uzyskanych za pomocą różnych technologii,

⁵ P. Drembkowski, *Komentarz do rozdziału 1. Przepisy ogólne*, [w:] P. Czarnecki, P. Drembkowski, *Ustawa o niektórych zawodach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2024, s. 12.

⁶ Więcej o potrzebie regulacji innych zawodów medycznych – zob. A. Fiutak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2021, s. 14–17.

⁷ Opis poszczególnych zawodów medycznych za: P. Drembkowski, *Komentarz do rozdziału 1. Przepisy ogólne...*, s. 12–16.

takich jak radiografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia czy mammografia. Elektroradiolog odgrywa kluczową rolę w diagnozowaniu, monitorowaniu i leczeniu wielu schorzeń, od urazów i chorób kostno-stawowych po nowotwory i choroby sercowo-naczyniowe. Zatem osoby pracujące na tych stanowiskach muszą mieć odpowiednie kwalifikacje i szkolenie oraz przestrzegać określonych standardów opieki i bezpieczeństwa.

3. Higienistka stomatologiczna specjalizuje się w zapobieganiu chorobom jamy ustnej i utrzymaniu zdrowia pacjentów. Jej obowiązki mogą obejmować wykonywanie profesjonalnych czyszczeń zębów, edukowanie pacjentów na temat prawidłowych technik czyszczenia i pielęgnacji jamy ustnej, przeprowadzanie przesiewowych badań jamy ustnej, identyfikowanie problemów zdrowia jamy ustnej i współpracę z dentystą w celu opracowania planu leczenia. Jako specjalista ds. profilaktyki i higieny higienistka stomatologiczna odgrywa ważną rolę w zapobieganiu schorzeniom jamy ustnej, takim jak próchnica czy choroby dziąseł, poprzez edukację i promowanie zdrowych nawyków.
4. Instruktor terapii uzależnień to specjalista pracujący z osobami cierpiącymi na różne formy uzależnień, takie jak uzależnienie od alkoholu, narkotyków, hazardu czy innych form zachowań kompulsywnych. Rola instruktora terapii uzależnień jest wieloaspektowa i może obejmować diagnozę, planowanie i realizację indywidualnych lub grupowych terapii, edukację pacjentów i ich rodzin o naturze i skutkach uzależnień oraz wspieranie pacjentów w procesie zdrowienia i utrzymania trzeźwości. Zawód ten wymaga szczególnych umiejętności i wiedzy, w tym zrozumienia biologicznych, psychologicznych i społecznych aspektów uzależnień, umiejętności w zakresie strategii interwencji i terapii, a także empatii, cierpliwości i zdolności do budowania zaufanych relacji z pacjentami.
5. Opiekun medyczny to osoba, która zapewnia podstawową opiekę zdrowotną i wsparcie dla osób, które ze względu na chorobę, niepełnosprawność lub starość nie są w stanie samodzielnie zadbać o swoje podstawowe potrzeby. Zakres obowiązków opiekuna medycznego może obejmować pomoc w codziennych czynnościach, takich jak jedzenie, higiena osobista, mobilność, a także monitorowanie stanu zdrowia podopiecznego, podawanie leków i współpraca z innymi specjalistami ochrony zdrowia. Opiekun medyczny odgrywa kluczową rolę w systemie opieki zdrowotnej, pomagając osobom w potrzebie utrzymać

jak najwyższą jakość życia i niezależność. Ponadto poprzez stały kontakt z podopiecznym opiekun medyczny jest często w stanie zauważyć zmiany w stanie zdrowia lub zachowaniu, które mogą wymagać medycznej interwencji.

6. Optometrysta to specjalista ds. oczu, który jest wykwalifikowany do wykonywania badania wzroku, diagnozowania i leczenia niektórych schorzeń oczu, a także do przepisywania okularów, soczewek kontaktowych i innych pomocy optycznych. Wykonywane przez nich regularne badania wzroku mogą prowadzić do wczesnego wykrywania różnych schorzeń oczu, w tym zaćmy, jaskry, degeneracji plamki związanej z wiekiem, a nawet innych chorób ogólnoustrojowych, które mogą mieć objawy widoczne w oku, takie jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze.
7. Ortoptystka to specjalista w dziedzinie medycyny zajmujący się diagnozą i leczeniem zaburzeń widzenia, takich jak zez, nystagmus (niekontrolowane ruchy oczu) i problemy z binokularnym (dwuocznym) widzeniem. Ortoptystki pracują w ścisłej współpracy z okulistami i optometrystami, zapewniając kompleksową opiekę nad zdrowiem oczu. Zawód ortoptysty wymaga szczegółowej wiedzy na temat anatomii i fizjologii oka, a także zrozumienia, jak różne warunki medyczne i choroby mogą wpływać na zdolność do prawidłowego widzenia.
8. Podiatra to specjalista w dziedzinie medycyny skupiającej się na diagnozie i leczeniu chorób i zaburzeń stopy i dolnej części nogi. Do zakresu praktyki podiatry mogą należeć problemy takie jak odciski, wrastające paznokcie, pęknięcia skóry.
9. Profilaktyk to osoba odpowiadająca za prowadzenie profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, planowanie działań mających na celu zintegrowanie programów profilaktycznych, identyfikowanie barier we wdrażaniu edukacji zdrowotnej.
10. Protetyk słuchu to specjalista zajmujący się pacjentami niedosłyszającymi oraz osobami z podejrzeniem niedosłuchu. Praca protetyka polega przede wszystkim na prowadzeniu badań słuchu, diagnozowaniu ubytku słuchu, interpretowanie wyników badań, dopasowywanie terapii – wkładki douszne, aparaty słuchowe.
11. Technik farmaceutyczny to osoba, która pełni funkcje pomocnicze w aptece – zajmuje się wydawaniem leków, obsługą klientów i sporządzaniem wymaganej dokumentacji. Ma również uprawnienia do wykonywania analiz i kontroli leków oraz sprzętu sanitarnego, przyrządzania leków na receptę, porcjowania

ich. Ponadto może sprawować funkcje organizacyjne w aptekach. Nie powinien natomiast udzielać porad na temat leków i ich zamienników. Nie wolno mu też realizować recept na środki odurzające, leki narkotyczne i psychotropowe.

12. Technik masażysta to osoba specjalizująca się w różnych technikach masażu, mających na celu poprawę zdrowia i samopoczucia pacjentów. Możliwość wykonywania tego zawodu wiąże się z szeroką wiedzą z zakresu anatomii, fizjologii oraz patologii, co pozwala skutecznie oddziaływać na układ ruchowy pacjenta.
13. Technik ortopeda zajmuje się projektowaniem, wykonywaniem oraz sprzedażą sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego w zakładach przemysłowych i rzemieślniczych. Specjalista ten ocenia stan funkcjonalny pacjenta wymagającego zaopatrzenia ortopedycznego oraz projektuje i wykonuje przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Ponadto technik ortopeda jest przygotowany również do opracowywania indywidualnego planu zaopatrzenia ortopedycznego w środki pomocnicze zgodnie z zaleceniami lekarza oraz potrzebami pacjenta, dobierania, stosowania oraz kierowania procesem technologicznym wykonywania zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych, dokonywania bieżących napraw przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.
14. Technik sterylizacji medycznej odpowiada za utrzymanie wysokich standardów higieny i bezpieczeństwa w placówkach medycznych. Jego głównym zadaniem jest przygotowywanie narzędzi, sprzętu i materiałów medycznych do procedur chirurgicznych oraz zapewnienie, że są one wolne od zakażeń i odpowiednio zdezynfekowane. Musi zatem mieć szczegółową wiedzę na temat procesów sterylizacji, dezynfekcji i przygotowywania narzędzi do użytku. To wymaga umiejętności obsługi różnych urządzeń, takich jak autoklawy, ultradźwiękowe urządzenia czyszczące i inne technologie stosowane w procesie sterylizacji.
15. Terapeuta zajęciowy z osobami starszymi, niepełnosprawnymi oraz dziećmi zajmuje się prowadzeniem terapii za pomocą ćwiczeń rehabilitacyjnych. Jego głównym zadaniem jest pomoc w poprawieniu kondycji fizycznej i psychicznej pacjenta tak, aby pacjenci byli jak najbardziej samodzielni w codziennym życiu.

Wszystkich przedstawicieli opisanych powyżej zawodów medycznych powinna cechować empatia, profesjonalizm oraz zdolności komunikacyjne, aby skutecznie mogli współpracować z pacjentami. Osoby te winny mieć niezbędne kwalifikacje zawodowe, jak również przestrzegać standardów etycznych, posiadać odpowiednie wykształcenie oraz uczestniczyć w ciągłym rozwoju zawodowym w celu utrzymania

swojej wiedzy i umiejętności na najwyższym poziomie. Regulacja ustawowa wymienionych zawodów medycznych ma na celu zapewnienie tego, że osoby je wykonujące będą świadczyć bezpieczną i profesjonalną opiekę nad pacjentami, podopiecznymi, ich rodzinami oraz będą skutecznie komunikować się z innymi członkami zespołów opieki zdrowotnej.

Rozwiązania przyjęte w omawianej ustawie mają stanowić gwarancję zatrudniania wysoko wykwalifikowanej i kompetentnej kadry medycznej, fachowo i rzetelnie udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej⁸. Celem wprowadzenia ustawy było zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i wpływ na wysoki poziom udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a przede wszystkim niedopuszczenie do wykonywania zawodów medycznych osób, które nie mają właściwych do wykonywania danego zawodu kwalifikacji⁹.

Ustawa ułatwia również pracodawcom prowadzenie polityki zatrudnienia oraz powoduje aktywizację osób wykonujących zawody medyczne przez wzrost ich konkurencyjności na rynku pracy. Zgodnie z art. 13 ust. 3 ustawy zawód medyczny można wykonywać: 1) na podstawie umowy o pracę lub 2) w ramach stosunku służbowego, lub 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej, lub 4) w ramach wolontariatu, lub 5) jako podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰, lub 6) jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym. Określenie w ustawie form wykonywania tych zawodów wpisuje się w rozwiązania przyjęte dla innych zawodów medycznych, np. dla pielęgniarek i położnych. W związku z uwzględnieniem w ustawie wykonywania zawodu medycznego jako podmiot leczniczy jako jednej z form, wprowadzono rozwiązania umożliwiające wykonywanie działalności leczniczej przez podmiot leczniczy wyłącznie w miejscu wezwania. Omawiana zmiana umożliwi małym (często jednoosobowym) podmiotom leczniczym udzielanie świadczeń w miejscu pobytu pacjenta (np. w domu) bez konieczności tworzenia gabinetu. Wprowadzenie takiego rozwiązania umożliwia osobom wykonującym ww. zawody medyczne udzielanie świadczeń zdrowotnych (jako przedsiębiorcy – podmioty lecznicze) wyłącznie

⁸ K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 224.

⁹ Uzasadnienie projektu ustawy.

¹⁰ Dz.U. z 2022 r., poz. 633 ze zm.

w miejscu wezwania, co przyczyni się do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych i będzie miało korzystny wpływ na rozwój (mikro-) przedsiębiorstw.

Zgodnie z przyjętymi założeniami ustawy wykonywanie zawodów polega również na działalności naukowej lub dydaktycznej – regulacje w tym zakresie są zbieżne z rozwiązaniami przyjętymi dla innych zawodów medycznych, w tym m.in. diagnostów laboratoryjnych i ratowników medycznych¹¹.

Ustawa, poczynszy od art. 3, reguluje także utworzenie Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, dzięki któremu jest możliwa weryfikacja osób wykonujących zawody medyczne zarówno przez pracodawców, jak i pacjentów. Wpis do rejestru stanowi warunek niezbędny do wykonywania danego zawodu medycznego, jak również umożliwia identyfikację osoby wykonującej zawód medyczny. Ponadto jest on cennym narzędziem analitycznym, pozwalającym na uzyskanie informacji o aktualnej liczbie osób wykonujących zawód medyczny, sposobie wykonywania tego zawodu, jak również jest źródłem informacji o potrzebach kadrowych w tych zawodach w poszczególnych rejonach kraju. W ustawie określono zakres danych i informacji dotyczących osoby wykonującej zawód medyczny, które są jawne, w tym m.in.: numer wpisu, data wpisu, imię (imiona) i nazwisko osoby wykonującej zawód medyczny, informacja o miejscu wykonywania zawodu medycznego, których celem jest szybka identyfikacja osoby wykonującej dany zawód medyczny. Obsługę techniczną rejestru zapewnia jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, natomiast administratorem danych przetwarzanych w tym rejestrze jest minister właściwy do spraw zdrowia.

W celu zagwarantowania bezpieczeństwa osób, którym są udzielane świadczenia zdrowotne¹², przepisy przewidują możliwość utraty uprawnienia do wykonywania danego zawodu medycznego w określonych przypadkach (art. 10 ustawy) w tym m.in. prawomocnego skazania za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe. Utrata tego uprawnienia skutkuje wykreśleniem z rejestru. Ponadto bezpieczeństwo pacjentów jest również zagwarantowane

¹¹ *System Prawa Medycznego. Tom II. Regulacja prawna czynności medycznych. Część I*, red. M. Bora-tyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 123.

¹² A. Balmas, *Publiczna ochrona praw pacjentów*, „Państwo i Prawo” 2016, nr 4, s. 14. O świadczeniach zdrowotnych – zob. G. Głanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s. 115.

poprzez zobowiązanie osób wykonujących zawody medyczne na podstawie omawianej ustawy do ustawicznego kształcenia i stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych (rozdział 4 omawianej ustawy). W dobie tak szybkiego postępu w naukach medycznych brak regulacji w tym zakresie byłby bardzo niekorzystny w kontekście prawidłowego wykonywania zawodu medycznego. Uregulowano zatem zasady uzyskiwania dodatkowej wiedzy i umiejętności, jak również doskonalenia zawodowego osób wykonujących objęte niniejszą ustawą zawody medyczne. Regulacje w tym zakresie wpisują się również w rozwiązania systemowe dotyczące kształcenia podyplomowego innych kadr ochrony zdrowia, w tym m.in. ratowników medycznych czy farmaceutów. W ustawie przyjęto zasadę, że osoba wykonująca zawód medyczny ma prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego, który jest realizowany w ramach kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego¹³. Należy podkreślić, że system ochrony zdrowia charakteryzuje się dynamiką zmian związanych z postępowaniem nauk medycznych czy też związanych z postępowaniem technologicznym. Zmiany te wymagają od osób wykonujących zawód medyczny ciągłego doskonalenia posiadanych już kwalifikacji, jak również gotowości do zdobywania nowych umiejętności. Każda osoba wykonująca zawód medyczny objęta ustawą, mając na względzie charakter wykonywanych czynności zawodowych oraz bezpieczeństwo pacjenta, jest obowiązana aktualizować, a także pogłębiać swoją wiedzę w ramach różnych form samokształcenia, które zostaną określone w akcie wykonawczym do projektu ustawy. W ramach samokształcenia osoba wykonująca zawód medyczny będzie mogła pogłębić i uaktualnić wiedzę w takich formach samokształcenia jak np. konferencje, zjazdy czy warsztaty organizowane przez m.in. towarzystwa naukowe, stowarzyszenia zawodowe czy pracodawców, na zasadach ustalonych przez organizatorów tych form. Za udział w poszczególnych formach doskonalenia zawodowego i kształcenia podyplomowego przysługują punkty edukacyjne.

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2024 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz.U. z 2024 r., poz. 674). Rozporządzenie określa formy samokształcenia (np. udział w seminarium, kongresie, zjeździe, konferencji), liczbę punktów za poszczególne formy ustawicznego rozwoju zawodowego wraz z dokumentami potwierdzającymi ich realizację oraz wzór karty rozwoju zawodowego osoby wykonującej zawód medyczny.

2. Odpowiedzialność zawodowa niektórych zawodów medycznych

Uregulowanie na poziomie ustawowym zagadnienia dotyczącego odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawód medyczny za zawnione naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu medycznego ma istotne znaczenie dla pacjentów korzystających z usług tych osób. Brak takich przepisów zwiększyłoby ryzyko nieosiągnięcia celu, jakim jest zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby mające wymagane ustawowo ściśle określone kwalifikacje zawodowe¹⁴. Ustawodawca wprowadził zatem rozwiązania pozwalające na skuteczne pociągnięcie osoby wykonującej zawód medyczny do odpowiedzialności zawodowej w przypadku nienależytego lub nierzetelnego przestrzegania obowiązków, wprowadzając istotne instrumenty zwiększające bezpieczeństwo pacjentów¹⁵ i poziom udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzenie odpowiedzialności zawodowej stanowi gwarancję zatrudniania w systemie ochrony zdrowia wysoko wykwalifikowanej i kompetentnej kadry medycznej, fachowo i rzetelnie udzielającej świadczenia zdrowotne¹⁶.

Na wstępie należy jednak nadmienić, że omawiana ustawa nie reguluje zorganizowania samorządu niektórych zawodów medycznych oraz nie przewiduje odwołań do kodeksu etyki zawodów medycznych, gdyż takowy nie został utworzony.

Zgodnie z art. 41 ustawy, osoby wykonujące zawód medyczny podlegają odpowiedzialności zawodowej za zawnione naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem danego zawodu medycznego, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”. Podobnie jak w innych, uregulowanych zawodach medycznych, takich jak lekarze czy też pielęgniarki, niewykonywanie zasad związanych z danym zawodem może więc skutkować odpowiedzialnością zawodową. Do obowiązków osób wykonujących zawody medyczne należy również posługiwanie się wyłącznie tytułem zawodowym, do którego jest się uprawnionym, jak również wykonywanie zawodu z należytą

¹⁴ Więcej o odpowiedzialności w zawodach medycznych: M. Kamiński, [w:] *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb, Warszawa 2018, s. 89–93.

¹⁵ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 356.

¹⁶ C. Byk, *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 9, s. 15.

starannością¹⁷, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościami niezbędnymi do wykonywania tego zawodu¹⁸, z poszanowaniem praw pacjenta¹⁹ zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁰ i dbałością o jego bezpieczeństwo (art. 16)²¹. Co więcej, zgodnie z art. 17 ustawy w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do realizacji zlecenia wykonania danego świadczenia opieki zdrowotnej osoba wykonująca zawód medyczny ma prawo domagać się od zlecającego, aby uzasadnił potrzebę jego wykonania, a także ma prawo odmowy wykonania określonego świadczenia. Odmowę wykonania świadczenia opieki zdrowotnej osoba wykonująca zawód medyczny uzasadnia w dokumentacji medycznej i informuje o niej zlecającego. Osoba wykonująca zawód medyczny ma również prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń opieki zdrowotnej²². Należy zauważyć, że nie utworzono wspólnego dla zawodów medycznych uregulowanych niniejszą ustawą kodeksu etyki zawodowej, którym osoby wykonujące omawiane zawody medyczne mogłyby kierować się w codziennym wykonywaniu zawodu.

Podobnie jak w innych ustawach regulujących zawody medyczne, także omawiana ustawa przewiduje możliwość, aby postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczyło się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie, dotyczących tego samego czynu. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej może być jednak zawieszone do czasu ukończenia

¹⁷ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie zasad ostrożności jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, s. 14–17.

¹⁸ Z. Cnota, *Zasada ochrony godności człowieka normatywnym nakazem obowiązującym prawodawców i organy stosujące prawo*, w: *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, red. L. Wiśniewski, Warszawa 2006, s. 28–30.

¹⁹ M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1, s. 8.

²⁰ Dz.U. z 2023 r., poz. 1545, 1675 i 1692.

²¹ A. Augustynowicz, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4, s. 22; L. Bosek, *Prawa pacjenta*, w: *System prawa medycznego. Tom I. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 159.

²² I. Bernatek-Zagula, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008, s. 147.

postępowania karnego w sprawie o przestępstwo, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania dyscyplinarnego, jeżeli ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Zgodnie z treścią art. 43 ustawy, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny obejmuje trzy etapy:

- a) czynności sprawdzające prowadzone przez rzecznika dyscyplinarnego – ich celem jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego;
- b) postępowanie wyjaśniające prowadzone przez rzecznika dyscyplinarnego – jego celem jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie osoby obwinionej oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla Komisji;
- c) postępowanie przed Komisją Odpowiedzialności Zawodowej²³ (dalej: Komisja) – jego celem jest pociągnięcie do odpowiedzialności sprawcy przewinienia

²³ Art. 80. 1. Komisja składa się z członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na 4-letnią kadencję, po 4 przedstawicieli osób wykonujących dany zawód medyczny, 4 przedstawicieli osób, o których mowa w art. 1 ust. 2, oraz 8 przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia. 2. Członkiem Komisji będącym przedstawicielem osób: 1) wykonujących dany zawód medyczny może zostać osoba uprawniona do wykonywania zawodu medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu danego zawodu medycznego, niekarana za przestępstwo umyślne lub z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej lub zawodowej, dająca rękojmię należytego wykonywania powierzonych jej zadań; 2) o których mowa w art. 1 ust. 2, może zostać osoba posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu czynności zawodowych, o których mowa w art. 1 ust. 2, niekarana za przestępstwo umyślne lub z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej lub zawodowej, dająca rękojmię należytego wykonywania powierzonych jej zadań. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia w celu wyboru przedstawicieli osób, o których mowa w ust. 2, zwraca się o przedstawienie, w określonym terminie, kandydatów do pełnienia funkcji członka Komisji do: 1) stowarzyszeń będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszających przedstawicieli danego zawodu medycznego lub osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2; 2) stowarzyszeń będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszających przedstawicieli pokrewnego zawodu medycznego – w przypadku braku stowarzyszeń, o których mowa w pkt 1; 3) związków zawodowych o zasięgu ogólnokrajowym, zrzeszających przedstawicieli danego zawodu medycznego lub osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2. 4. Członkiem Komisji będącym przedstawicielem ministra właściwego do spraw zdrowia może zostać osoba niekarana za przestępstwo umyślne lub z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej lub zawodowej, dająca rękojmię należytego wykonywania tej funkcji, posiadająca wiedzę w zakresie zasad wykonywania zawodów medycznych oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia. 5. Przewodniczącemu Komisji powołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób posiadających wykształcenie prawnicze, co najmniej 5-letnie doświadczenie w obszarze prawa administracyjnego i procesowego, niekaranych za przestępstwo umyślne lub z tytułu odpowiedzialności

zawodowego oraz ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnianiu przewinień zawodowych albo ustalenie, że osoba obwiniona jest niewinna i nie ponosi w związku z tym odpowiedzialności.

Podobnie jak we wcześniej omówionych ustawach dotyczących odpowiedzialności zawodowej, także i w tym przypadku stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są rzecznik dyscyplinarny²⁴, osoba wykonująca zawód

dyscyplinarnej lub zawodowej, dających rękojmię należytego wykonywania tej funkcji oraz posiadających wiedzę w zakresie zasad wykonywania zawodów medycznych. 6. W przypadku nieobecności przewodniczącego Komisji jego zadania wykonuje wyznaczony przez przewodniczącego członek Komisji, o którym mowa w ust. 4. 7. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Komisji w przypadku: 1) rezygnacji z członkostwa w Komisji; 2) utraty uprawnień do wykonywania zawodu medycznego lub rękojmi należytego wykonywania funkcji członka Komisji; 3) choroby trwale uniemożliwiającej członkostwo w Komisji; 4) skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne lub z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej lub zawodowej. 8. W przypadku odwołania członka Komisji albo jego śmierci przed upływem kadencji minister właściwy do spraw zdrowia powołuje nowego członka Komisji na okres do końca tej kadencji.

Art. 81. 1. Na czas wykonywania zadań w Komisji jej członkom przysługuje zwolnienie od wykonywania pracy zawodowej bez zachowania prawa do wynagrodzenia. 2. Członkom Komisji przysługuje: 1) wynagrodzenie za rozpoznanie sprawy dotyczącej odpowiedzialności zawodowej, zakończonej wydaniem orzeczenia przez Komisję, nie wyższe niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za rok poprzedzający rok, w którym jest ustalane wynagrodzenie, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku; 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 ustawy z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, przysługujących pracownikom z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju. 3. Wydatki związane z działalnością Komisji są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. 4. Obsługę administracyjną Komisji zapewnia urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia.

²⁴ Art. 82. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje 4 rzeczników dyscyplinarnych, wskazując jednego z nich jako koordynującego wykonywanie zadań tych rzeczników. 2. Rzecznikiem dyscyplinarnym może zostać osoba posiadająca wykształcenie prawnicze i co najmniej 5-letnie doświadczenie w obszarze prawa administracyjnego i procesowego, niekarana za przestępstwo umyślne lub z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej lub zawodowej, dająca rękojmię należytego wykonywania tej funkcji oraz posiadająca wiedzę w zakresie zasad wykonywania zawodów medycznych. 3. Na czas wykonywania zadań rzecznikowi dyscyplinarnemu przysługuje zwolnienie od wykonywania pracy zawodowej z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. 4. Rzecznikowi dyscyplinarnemu przysługuje: 1) wynagrodzenie za rozpoznanie sprawy dotyczącej odpowiedzialności zawodowej nie wyższe niż 15% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za rok poprzedzający rok, w którym jest ustalane wynagrodzenie, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku; 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, przysługujących pracownikom z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

medyczny, której dotyczy postępowanie, lub osoba obwiniona, a w przypadku gdy w danej sprawie występuje pokrzywdzony, jest on również stroną postępowania. Pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Pokrzywdzony może ustanowić jednego pełnomocnika spośród osób wykonujących zawód medyczny, adwokatów lub radców prawnych. W przypadku śmierci pokrzywdzonego jego prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać: 1) małżonek; 2) wstępny; 3) zstępny; 4) rodzeństwo; 5) powinowaty w tej samej linii lub stopniu; 6) osoba pozostająca w stosunku przysposobienia; 7) osoba pozostająca we wspólnym pożyciu (art. 45 ustawy). Natomiast za osobę obwinioną uważa się osobę wykonującą zawód medyczny, wobec której w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik dyscyplinarny przedstawił zarzuty lub przeciwko której skierował wniosek o ukaranie. Osoba obwiniona może ustanowić jednego obrońcę spośród osób wykonujących zawód medyczny, adwokatów lub radców prawnych.

Kolejne regulacje również stanowią kopię rozwiązań z ustaw dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy czy też pielęgniarek i położnych. Mianowicie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli: 1) czynu nie popełniono albo nie ma dowodów dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia; 2) czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo ustawa stanowi, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego; 3) osoba obwiniona zmarła; 4) nastąpiło ustanie karalności; 5) postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się; 6) szkodliwość społeczna czynu jest znikoma (art. 47 ustawy).

5. Wydatki związane z działalnością rzeczników dyscyplinarnych są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. 6. Obsługę administracyjną rzeczników dyscyplinarnych zapewnia urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia. Art. 83. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wynagrodzenia członków Komisji oraz rzeczników dyscyplinarnych, uwzględniając nakład pracy wynikający z prowadzenia postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawód medyczny. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, regulamin pracy Komisji oraz rzeczników dyscyplinarnych, biorąc pod uwagę zadania tych organów oraz sprawne wykonywanie tych zadań.

Ponadto, zgodnie z art. 48 ustawy, nie można wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły trzy lata, a karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od chwili jego popełnienia upłynęło pięć lat. Jeżeli natomiast czyn stanowi jednocześnie przestępstwo albo wykroczenie, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa albo karalności wykroczenia.

Rzecznik dyscyplinarny albo Komisja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przeprowadza dowody na wniosek stron albo z urzędu. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga specjalistycznej wiedzy, rzecznik dyscyplinarny albo Komisja zasięga opinii biegłego lub wzywa specjalistę do przeprowadzenia określonych czynności w toku postępowania. Nie stanowi naruszenia tajemnicy zawodowej składanie przez osoby wykonujące zawód medyczny zeznań i wyjaśnień w zakresie okoliczności objętych postępowaniem w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Jeżeli natomiast w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej świadek, biegły lub specjalista bez usprawiedliwienia nie stawiał się na wezwanie rzecznika dyscyplinarnego lub na rozprawę przed Komisją albo bezpodstawnie odmawia zeznań, przewodniczący Komisji może zwrócić się do sądu rejonowego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby wezwanej o jej przesłuchanie w charakterze świadka, biegłego lub specjalisty na wskazane okoliczności. Przesłuchanie przeprowadza sąd rejonowy na posiedzeniu (zastosowanie znajdują tu przepisy działu V ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego²⁵).

Odmienności niniejszej ustawy są natomiast widoczne w art. 52 – rzecznik dyscyplinarny wszczyna postępowanie wyjaśniające na wniosek albo z urzędu. Uprawnionym do złożenia wniosku jest minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Obrony Narodowej, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oraz pokrzywdzony. Wniosek zawiera obligatoryjnie następujące informacje: 1) dane składającego wniosek: a) oznaczenie organu, b) w przypadku pokrzywdzonego: imię (imiona) i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo jego wydania, imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego pokrzywdzonego, jeżeli dotyczy; 2) adres do doręczeń;

²⁵ Dz.U. z 2022 r., poz. 1375 ze zm.

3) wskazanie przedmiotu wniosku i jego uzasadnienie; 4) dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku. Złożenie wniosku przez pokrzywdzonego podlega opłacie w wysokości 200 zł, a opłata ta podlega zaliczeniu na poczet kosztów postępowania przed Komisją i stanowi dochód budżetu państwa. W przypadku niewniesienia opłaty albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna rzecznik dyscyplinarny wzywa pokrzywdzonego do uzupełnienia braków formalnych, w terminie nie krótszym niż 7 dni, na adres wskazany we wniosku. W przypadku bezskutecznego upływu terminu do uzupełnienia braków formalnych dotknięty nimi wniosek traktuje się jako niezłożony. Wniosek nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia pokrzywdzonemu. O tej konsekwencji rzecznik dyscyplinarny informuje w wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych. Powyższe uregulowania wynikają z nieutworzenia samorządu zawodowego zawodów medycznych uwzględnionych w omawianej ustawie, dlatego też wskazano, że w procedurze związanej z odpowiedzialnością zawodową medyków biorą udział organy państwowe. Ponadto wniosek do rzecznika podlega opłacie, która stanowi przychód budżetu państwa. W regulacjach pozostałych zawodów medycznych zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przewinienia zawodowego można składać bezpłatnie.

Rzecznik dyscyplinarny niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego bada z urzędu, czy nie zachodzą okoliczności wyłączające postępowanie, a w przypadku braku przeszkód prawnych wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, które doręcza się stronom. W przypadku gdy wniosek o wszczęcie postępowania wyjaśniającego nie spełnia wymagań formalnych, rzecznik dyscyplinarny wzywa składającego wniosek do uzupełnienia wniosku na piśmie, w terminie nie krótszym niż siedem dni od dnia doręczenia wezwania, z pouczeniem, że nieuzupełnienie wniosku spowoduje odmowę wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Jeżeli wniosek nie zostanie uzupełniony albo w przypadku stwierdzenia okoliczności wyłączającej postępowanie, rzecznik dyscyplinarny wydaje postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, które doręcza, wraz z uzasadnieniem, składającemu wniosek oraz osobie, której ten wniosek dotyczy. Ustawa określa też ramy czasowe, w których działa rzecznik dyscyplinarny, a mianowicie rzecznik wydaje postanowienie o wszczęciu albo o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego w terminie nie dłuższym niż dwa miesiące od dnia otrzymania informacji albo od dnia uzupełnienia wniosku.

W związku z powyższym ustawa określa prawo pokrzywdzonego do złożenia zażalenia na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, a stronom prawo do złożenia zażalenia na postanowienie o jego umorzeniu. Uprawnionym do złożenia zażalenia przysługuje prawo przejrzenia akt. Zażalenie wnosi się do Komisji za pośrednictwem rzecznika dyscyplinarnego w terminie 14 dni od dnia otrzymania postanowienia. Komisja rozpoznaje zażalenie i w konsekwencji utrzymuje w mocy postanowienie rzecznika dyscyplinarnego albo je uchyla. Uchylając postanowienie, na które wniesiono zażalenie, Komisja przekazuje postępowanie do dalszego prowadzenia przez rzecznika dyscyplinarnego, wskazując powody uchylenia lub okoliczności, które należy wyjaśnić, lub czynności, które należy przeprowadzić. Wskazania te są wiążące dla rzecznika dyscyplinarnego.

Zadaniem rzecznika dyscyplinarnego, podobnie jak w pozostałych ustawach, jest dążenie do szczegółowego wyjaśnienia sprawy (art. 55 ustawy). W tym celu rzecznik dyscyplinarny może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub wzywać specjalistów do przeprowadzenia określonych czynności w toku postępowania, jak również przeprowadzać inne dowody. W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, rzecznik dyscyplinarny może przesłuchać osobę wykonującą zawód medyczny przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia.

Zgromadzenie dowodów w prowadzonej sprawie może wskazywać na popełnienie przewinienia zawodowego. W takim przypadku rzecznik dyscyplinarny przedstawia zarzuty osobie wykonującej zawód medyczny, doręczając je na piśmie oraz informując o przysługujących jej prawach, w tym o prawie do złożenia wyjaśnień (art. 56 ustawy).

Jeżeli jednak postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik dyscyplinarny wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego bez konieczności uprzedniego zapoznania osoby wykonującej zawód medyczny, której dotyczy sprawa, z materiałami postępowania wyjaśniającego i bez wydania postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego. Rzecznik dyscyplinarny wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego również w przypadku, gdy okoliczności wyłączające postępowanie – wymienione powyżej – wystąpią w toku postępowania wyjaśniającego.

Postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego zawiera uzasadnienie ze wskazaniem przyczyn umorzenia, a jeżeli umorzenie następuje po wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów, postanowienie o umorzeniu obligatoryjnie powinno zawierać także imię (imiona) i nazwisko osoby obwinionej oraz określenie zarzucanego jej czynu.

Zgromadzony w toku postępowania wyjaśniającego materiał dowodowy może dać podstawę nie tylko do postawienia zarzutu osobie wykonującej zawód medyczny, ale również do sporządzenia wniosku o ukaranie. W takim wypadku ciążą na rzeczniku dyscyplinarnym określone obowiązki, takie jak zawiadomienie osoby obwinionej i jej obrońcy o terminie końcowego zapoznania się z materiałami postępowania wyjaśniającego wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzenia akt. Osoba obwiniona w terminie 14 dni od dnia zapoznania się z materiałami postępowania wyjaśniającego może składać wnioski o uzupełnienie postępowania wyjaśniającego, a termin zapoznania się osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego wyznacza się w taki sposób, aby od dnia doręczenia zawiadomienia osobie obwinionej i jej obrońcy upłynęło co najmniej 14 dni. Jeżeli nie zachodzi potrzeba uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, rzecznik dyscyplinarny wydaje postanowienie o jego zamknięciu postępowania wyjaśniającego (art. 58 ustawy).

Jeżeli chodzi o terminy ustawowe obowiązujące rzecznika dyscyplinarnego w zakresie prowadzenia postępowania wyjaśniającego, to wskazać należy, że zgodnie z art. 59 ustawy postępowanie wyjaśniające powinno zostać zakończone w terminie dwóch miesięcy od dnia wydania postanowienia o wszczęciu postępowania wyjaśniającego. Komisja, na wniosek rzecznika dyscyplinarnego może przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na czas określony, nie dłuższy niż miesiąc od dnia upływu terminu dwóch miesięcy, o których mowa powyżej, lecz taką decyzję Komisja może podjąć jedynie w szczególnie uzasadnionych przypadkach (rzecznik dyscyplinarny powinien wskazać ważne powody wniosku o przedłużenie postępowania wyjaśniającego, np. związane z koniecznością przeprowadzenia długotrwałych dowodów takich jak przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego). O przedłużeniu okresu postępowania wyjaśniającego rzecznik dyscyplinarny powiadamia strony.

Stronom natomiast przysługuje prawo złożenia do Komisji zażalenia na przewlekłość postępowania prowadzonego przez rzecznika dyscyplinarnego, lecz nie wskazano w ustawie, jakie decyzje na skutek złożenia takiego zażalenia może podjąć Komisja oraz jakie konsekwencje procesowe może wyciągnąć. Wydaje się,

że – wzorując się na regulacjach ustawowych pozostałych zawodów medycznych – Komisja może jedynie stwierdzić, że doszło albo nie doszło do przewlekłości postępowania wyjaśniającego i zalecić rzecznikowi dyscyplinarnemu koncentrację czynności procesowych.

W celu zabezpieczenia potencjalnych pacjentów przed narażeniem ich zdrowia na uszczerbek omawiana ustawa, podobnie jak inne ustawy zawodowe, wprowadziła możliwość tymczasowego zawieszenia uprawnienia do wykonywania zawodu. Instytucja ta może zostać zastosowana w przypadku, gdy zebrane w postępowaniu wyjaśniającym lub przeprowadzone przed Komisją dowody wskazują, że osoba obwiniona popełniła ciężkie przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez osobę obwinioną zawodu medycznego zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego. Alternatywnie dla zawieszenia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego może podjąć decyzję o wydaniu postanowienia o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu medycznego przez osobę obwinioną. Postanowienia te wydaje się na okres nieprzekraczający roku, z urzędu lub na wniosek rzecznika dyscyplinarnego. Postanowienie o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu medycznego albo postanowienie o ograniczeniu czynności podlega natychmiastowemu wykonaniu. Osoba obwiniona i jej obrońca mają prawo wziąć udział w posiedzeniu Komisji, którego przedmiotem jest wydanie wskazanych postanowień. Postanowienie niezwłocznie przekazuje się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, organowi właściwemu i odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, Ministrowi Obrony Narodowej, Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia lub podmiotowi, w którym dana osoba wykonuje zawód medyczny. Na postanowienie osobie obwinionej przysługuje zażalenie w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia. Zażalenie wnosi się do ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem Komisji.

Zgodnie z art. 61 ustawy, jeżeli wynik postępowania wyjaśniającego potwierdzi zasadność zarzutów, rzecznik dyscyplinarny składa wniosek o ukaranie do Komisji w terminie 14 dni od dnia wydania postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego. Wniosek o ukaranie zawiera następujące elementy: 1) dane osoby obwinionej: a) imię (imiona) i nazwisko, b) datę i miejsce urodzenia, c) adres miejsca zamieszkania, d) miejsce wykonywania zawodu medycznego i zajmowane stanowisko, jeżeli dotyczy; 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 mogą być wezwani na rozprawę, jak również wskazanie innych dowodów; 4) uzasadnienie wniosku.

Rzecznik dyscyplinarny doręcza wniosek o ukaranie osobie obwinionej, a ona ma prawo złożenia do Komisji pisemnego ustosunkowania się do wniosku o ukaranie w terminie 14 dni od dnia doręczenia tego wniosku (art. 62 ustawy). Możliwość pisemnego odniesienia się do wniosku o ukaranie jest instytucją nieznaną pozostałym ustawom regulującym inne zawody medyczne, tj. lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci.

Po złożeniu wniosku o ukaranie przewodniczący składu orzekającego Komisji, wyznaczony przez przewodniczącego Komisji, niezwłocznie wyznacza termin rozprawy. Komisja orzeka w składzie: 1) przewodniczący składu orzekającego, 2) dwóch członków – przedstawicieli danego zawodu medycznego, 3) dwóch członków – przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia – wyznaczonych przez przewodniczącego Komisji. Do zadań Komisji należy wydawanie postanowień i rozpatrywanie zażaleń na postanowienia wydane przez przewodniczącego Komisji w składzie co najmniej 3 członków. W przypadku zażaleń na postanowienia wydane przez przewodniczącego Komisji przewodniczący Komisji podlega wyłączeniu (art. 64 ustawy). Członkowie Komisji w zakresie orzekania podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa i nie są związani rozstrzygnięciami innych organów stosujących prawo, z wyjątkiem prawomocnego orzeczenia sądu.

Komisja, orzekając, kieruje się zasadami analogicznymi do zasad przyjętych przez inne ustawy regulujące odpowiedzialność zawodową medyków. Na podstawie treści art. 51, po pierwsze, nie można pociągnąć do odpowiedzialności zawodowej osoby obwinionej do momentu, gdy popełnienie przewinienia zawodowego nie zostanie udowodnione i stwierdzone prawomocnym orzeczeniem Komisji (zasada domniemania niewinności). Po drugie, wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść osoby obwinionej (*in dubio pro reo*). Po trzecie, członkowie Komisji kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów ocenianych swobodnie, z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego (zasada swobodnej oceny dowodów).

Komisja po przeprowadzeniu rozprawy, w toku której wysłuchuje osoby obwinionej oraz jej obrońcy, jeżeli został ustanowiony, i po przeprowadzeniu innych

dowodów mających znaczenie dla rozpoznania sprawy wydaje orzeczenie. Rozprawa jest jawna, lecz Komisja obligatoryjnie ją wyłącza, jeżeli jawność mogłaby: 1) naruszyć tajemnicę zawodową; 2) wywołać zakłócenie spokoju publicznego; 3) obrażać dobre obyczaje; 4) ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy; 5) naruszyć ważny interes prywatny. Postępowanie przed Komisją należy zakończyć w terminie trzech miesięcy od dnia złożenia wniosku o ukaranie decyzją w postaci ukarania, uniewinnienia albo umorzenia postępowania.

W razie podjęcia decyzji o ukaraniu osoby, która wykonuje zawód medyczny uregulowany w omawianej ustawie, Komisja może orzec karę przewidzianą w art. 68 ustawy. Karami za przewinienie zawodowe są: 1) upomnienie; 2) nagana; 3) kara pieniężna; 4) zawieszenie uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego na okres do pięciu lat; 5) pozbawienie uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego. Karę pieniężną wymierza się w wysokości od jednokrotnego do trzykrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów ustawy z 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę²⁶. Kara pieniężna może zostać orzeczona także obok kar wymienionych w art. 68 pkt 1, 2, 4 i 5. Wpływy z kar pieniężnych stanowią dochód budżetu państwa, a egzekwowanie kar pieniężnych odbywa się na podstawie przepisów ustawy z 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji²⁷. Jest to uregulowanie odmienne niż w przypadku zawodów medycznych, które mają ustanowione samorządy zawodowe – w ich przypadku kara pieniężna jest realizowana poprzez wpłacenie określonej w orzeczeniu kwoty na cel społeczny związany z ochroną zdrowia. Zgodnie z art. 70 ustawy, karę zawieszenia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego orzeka się w miesiącach i latach, a zawieszenie rozpoczyna się z dniem uprawomocnienia się orzeczenia. Na poczet kary zawieszenia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego zalicza się okres tymczasowego zawieszenia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego, o którym była mowa powyżej, co stanowi słuszne rozwiązanie, analogiczne do rozwiązań ustawowych pozostałych zawodów medycznych.

Omawiana ustawa szczegółowo reguluje zakres orzeczenia i uzasadnienia do orzeczenia wydanego przez Komisję. Na podstawie art. 71 ustawy, orzeczenie Komisji

²⁶ Dz.U. z 2020 r., poz. 2207 oraz z 2023 r., poz. 1667.

²⁷ Dz.U. z 2022 r., poz. 479 ze zm.

zawiera: 1) oznaczenie Komisji, która wydała orzeczenie, imiona i nazwiska członków Komisji oraz protokolanta; 2) datę oraz miejsce rozpoznania sprawy i wydania orzeczenia; 3) imię (imiona) i nazwisko osoby obwinionej; 4) indywidualny identyfikator wpisu; 5) powołanie podstawy prawnej, przytoczenie opisu i kwalifikacji prawnej czynu, którego popełnienie zostało zarzucone osobie obwinionej; 6) rozstrzygnięcie Komisji w przedmiocie postępowania; 7) uzasadnienie; 8) rozstrzygnięcie dotyczące kary, w tym w razie potrzeby co do zaliczenia na jej poczet tymczasowego zawieszenia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego; 9) postanowienie o kosztach postępowania. Natomiast uzasadnienie orzeczenia zawiera: 1) wskazanie, jakie fakty Komisja uznała za udowodnione lub nieudowodnione, na jakich w tej mierze oparła się dowodach i dlaczego nie uznała dowodów przeciwnych; 2) przytoczenie okoliczności, które Komisja miała na względzie przy wymiarze kary.

Ogłoszenie orzeczenia jest jawne, a po ogłoszeniu orzeczenia przewodniczący składu orzekającego Komisji przytacza ustnie główne motywy rozstrzygnięcia. Orzeczenie Komisji wraz z pisemnym uzasadnieniem oraz pouczeniem o terminie i sposobie wniesienia odwołania Komisja doręcza stronom w terminie 30 dni od dnia jego ogłoszenia. W przypadku ukarania osoby obwinionej ponosi ona koszty postępowania, chyba że Komisja postanowi, że koszty postępowania ponosi Skarb Państwa. Zwrot kosztów postępowania przez ukaranego stanowi dochód budżetu państwa. Koszty postępowania stanowią: 1) zwrot kosztów podróży i noclegu oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez Komisję lub rzecznika dyscyplinarnego; 2) wynagrodzenie oraz zwrot kosztów podróży i noclegu członków Komisji; 3) wynagrodzenie za sporządzenie opinii mającej znaczenie dla rozpoznania sprawy. Natomiast wydatki związane z doręczaniem wezwań i innych pism Komisji oraz rzecznika dyscyplinarnego, a także ze zwrotem opłat nie obciążają podmiotu składającego wniosek o wszczęcie postępowania wyjaśniającego. Inaczej jest w przypadku uniewinnienia osoby obwinionej lub umorzenia postępowania, wtedy koszty postępowania ponosi Skarb Państwa. Osobie obwinionej przysługuje zażalenie na postanowienie o kosztach postępowania w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Zażalenie wnosi się do Komisji. Komisja rozpatruje zażalenie w składzie 3 członków. W rozpatrywaniu zażalenia nie mogą brać udziału osoby uczestniczące w wydaniu postanowienia o kosztach postępowania. Nieopłacone w terminie koszty postępowania podlegają egzekucji w trybie przepisów ustawy z 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. W drodze rozporządzenia minister

właściwy do spraw zdrowia określił zryczałtowane koszty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, uwzględniając koszty poniesione na wynagrodzenie członków Komisji orzekających w sprawie oraz koszty obsługi organizacyjnej działalności Komisji (art. 72 ustawy)²⁸.

Zgodnie z art. 73 ustawy, od orzeczenia Komisji osobie obwinionej oraz rzecznikowi dyscyplinarnemu przysługuje, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia, wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Komisję w składzie pięcioosobowym. W ponownym rozpatrywaniu sprawy nie mogą brać udziału osoby uczestniczące w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. Od orzeczenia wydanego na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy osobie obwinionej przysługuje, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia, odwołanie do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby obwinionej sądu apelacyjnego, gdzie zastosowanie znajdują przepisy ustawy z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego²⁹ dotyczące apelacji. Od orzeczenia sądu apelacyjnego skarga kasacyjna nie przysługuje. Przyjęte rozwiązanie jest zupełnie odmienne od regulacji obowiązujących zawody mające samorządy zawodowe. W przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy czy też pielęgniarek model odpowiedzialności zawodowej jest oparty na rozwiązaniach przyjętych w postępowaniu karnym. W omawianej ustawie odpowiedzialność zawodowa początkowo odnosi się do kodeksu postępowania karnego, lecz w art. 73 ustawa nakazuje stosowanie procedury cywilnej. Powyższe prezentuje ogromną niekonsekwencję ustawodawcy, w szczególności biorąc pod uwagę treść art. 79 ustawy, który stanowi, że w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy: 1) ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego; nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej; 2) ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny³⁰.

Komisja doręcza prawomocne orzeczenie osobie obwinionej oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 7 dni od dnia jego uprawomocnienia się,

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 lipca 2024 r. w sprawie zryczałtowanych kosztów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (Dz.U. z 2024 r., poz. 1128).

²⁹ Dz.U. z 2023 r., poz. 1550 ze zm.

³⁰ Dz.U. z 2022 r., poz. 1138 ze zm.

a w przypadku nałożenia kary zawieszenia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego albo pozbawienia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego, Komisja doręcza prawomocne orzeczenie również organowi właściwemu i odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, Ministrowi Obrony Narodowej, Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia oraz podmiotowi, w którym dana osoba wykonuje zawód medyczny. Prawomocne ukaranie wymienionymi karami stanowi podstawę do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo umowy cywilnoprawnej, na podstawie której osoba wykonująca zawód medyczny wykonuje ten zawód. Ponadto konsekwencją orzeczenia kary pozbawienia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego jest skreślenie z rejestru bez prawa ubiegania się o ponowny wpis do rejestru przez okres 10 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o karze pozbawienia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego.

Kara orzeczona za przewinienie zawodowe ulega zatarciu z mocy prawa po upływie: 1) trzech lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą upomnienia, nagany albo kary pieniężnej; 2) pięciu lat od dnia wykonania orzeczenia o ukaraniu karą zawieszenia albo pozbawienia uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego. Z chwilą zatarcia ukaranie uważa się za niebyłe. W przypadku osoby wpisanej do rejestru zatarcie ukarania następuje przez usunięcie z rejestru wpisu o ukaraniu.

Podobnie jak w innych ustawach zawodowych istnieje możliwość wznowienia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pod pewnymi warunkami. Zgodnie z art. 78 omawianej ustawy, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawód medyczny zakończone prawomocnym orzeczeniem Komisji 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 przedtem Komisji, wskazujące na to, że: a) osoba obwiniona nie popełniła czynu albo czyn jej nie stanowił przewinienia zawodowego lub nie podlegał karze, b) Komisja umorzyła postępowanie, błędnie przyjmując popełnienie przez osobę obwinioną zarzucanego jej czynu. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zakończone prawomocnym orzeczeniem Komisji można wznowić w przypadku uchylecia lub istotnej zmiany treści prawomocnego

orzeczenia, z powodu którego zostało ono umorzone w trybie art. 47 (przesłanki odmowy wszczęcia postępowania wyjaśniającego).

Podsumowując, regulację dotyczącą odpowiedzialności zawodowej w zawodach medycznych należy uznać za słuszny kierunek, lecz jak wynika z powyższej analizy uchwalonych przepisów, są one w pewnych kwestiach odmienne od uregulowań dotyczących odpowiedzialności zawodowej, gdzie utworzone zostały samorządy zawodowe oraz niespójne w zakresie zastosowania przepisów „zewnętrznych” – raz znajduje zastosowanie reżim karny, a innym razem cywilny, podczas gdy w przypadku pozostałych zawodów medycznych w sprawach nieuregulowanych w odpowiednim zakresie stosuje się przepisy prawa i postępowania karnego³¹.

³¹ M. Malczewska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014, s. 63–35.

Zakończenie

Zawody medyczne są ściśle związane z życiem i zdrowiem człowieka, które bezsprzecznie są wartościami nadrzędnymi, determinującymi regulacje prawne. Obszar regulacji jest tu bardzo bogaty, gdyż w sytuacji, gdy życie lub zdrowie są zagrożone, prawo do ochrony wynika z regulacji prawa prywatnego (np. prawo cywilne), jak i publicznego (np. prawo karne).

Niewątpliwie obie te wartości, tj. zdrowie i życie, są ze sobą ściśle związane i niemożliwe jest ich rozłączenie. Nie można bowiem w pełni chronić zdrowia bez ochrony życia i odwrotnie. Co istotne, zapewnienie skutecznej ochrony tych dwóch wartości leży w gestii państwa i polega na tworzeniu różnych regulacji należących do prawa administracyjnego. W przypadku ochrony zdrowia powyższe regulacje tworzą normatywną podstawę systemu ochrony zdrowia.

Obecnie w polskim systemie opieki zdrowotnej obserwujemy zjawisko rozszerzania kompetencji i samodzielności zawodowej. Dobrym przykładem jest zastępowanie czynności zawodowych do tej pory przynależnych wyłącznie lekarzom przez inne zawody (np. pielęgniarki uzyskujące prawo do samodzielnej ordynacji medycznej i wypisywania recept, fizjoterapeuci samodzielnie prowadzący diagnozę funkcjonalną, farmaceuci przejmujący opiekę nad farmakoterapią pacjenta). Przez wiele lat takie zawody medyczne jak pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci i farmaceuci nie były zawodami samodzielnymi.

Wszelkie zmiany w ochronie zdrowia muszą odpowiadać oczekiwaniom zarówno danej grupy zawodowej, jak i społeczeństwa. Wprowadzanie nowych ról i praktyk zawodowych może utrudniać identyfikację z daną grupą zawodową. Potencjalna niezgodność między ustawodawstwem a praktyką może powodować konflikty między zawodami oraz niepewność, frustrację, stres, zakłócenie praktyki. Konieczne

staje się, po pierwsze, odpowiednie przygotowanie i rozwój zawodowy personelu medycznego. Podstawą programów nauczania powinny być treści przygotowujące do samodzielnej roli zawodowej. Wymaga to ustalenia granic między poszczególnymi zawodami oraz nauki pracy w interdyscyplinarnym zespole. Osoby wykonujące zawody medyczne jako szczególny rodzaj zawodów gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne muszą wykazać się dobrym przygotowaniem do ustawowo wytyczonych czynności i wykonywać je z należytą starannością. Po drugie, obecnie obowiązujące przepisy nie zawierają jednoznacznej definicji zawodu medycznego. Utrudnia to porównywanie tych zawodów w zakresie ochrony, jaką sprawują nad dobrem, którym jest zdrowie i życie pacjenta. Stopień ochrony jest różny, kompetencje tych zawodów nie zawsze jasno wynikają z przepisów prawa. Po trzecie, nie każdy zawód medyczny musi mieć status zawodu zaufania publicznego oraz swój samorząd. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie w swoich orzeczeniach podkreślał, że podstawą włączenia określonego zawodu do kategorii zawodu zaufania publicznego powinno być zawsze uznanie, że takie działanie ustawodawcy „nie następuje w celu stworzenia określonej grupy zawodowej przywilejów, lecz ma służyć interesowi publicznemu”, ponadto interes ten nie może być utożsamiany „z interesem korporacji zawodowej czy też jej członków”¹. Wprowadzaniu zmian legislacyjnych powinna towarzyszyć refleksja na temat skutków społecznych, jakie mogą przynieść nowe regulacje. Samodzielność zawodowa to nie tylko niezależność w realizacji zadań zawodowych, lecz także odpowiedzialność. Granice poszczególnych zawodów medycznych mają obecnie duże znaczenie dla społeczeństwa i ochrony tych zawodów, a jednocześnie wpływają na ich tożsamość. Wyznaczenie granic pozostaje wyzwaniem ustawodawcy, istotne jest jednak, aby przepisy dotyczące rozszerzonych kompetencji zawodowych ewoluowały w taki sposób, by w ustalonych granicach prawnych zapewnić ochronę pacjentów. Z uwagi na powyższe nie ma jednak możliwości utworzenia wspólnych podstaw odpowiedzialności zawodowej dla wszystkich zawodów medycznych.

¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 lutego 2004 r., sygn. P 21/02, OTK ZU nr 2/A/2004, poz. 9.

Literatura

- Antkowiak P., *Polskie i europejskie standardy wykonywania wolnych zawodów*, „Przegląd Politologiczny” 2013, nr 1.
- Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Augustynowicz A., *Doskonalenie zawodowe diagnostów laboratoryjnych na tle innych zawodów medycznych*, „Journal of Laboratory Diagnostics” 2012, nr 3.
- Augustynowicz A., Owczarek H., *Charakter publiczny kompetencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych*, „Journal of Laboratory Diagnostics” 2012, vol. 48, nr 2.
- Augustynowicz A., Owczarek H., *Propozycje zmian w systemie diagnostyki laboratoryjnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna” 2010, nr 3.
- Augustynowicz A., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4.
- Baka K., Machulak G., Pietraszewska-Macheta A., Sidorko A., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Balmas A., *Publiczna ochrona praw pacjentów*, „Państwo i Prawo” 2016, z. 4.
- Banasiński C., *Samorząd gospodarczy i samorząd zawodowy*, [w:] *Prawo gospodarcze. Zagadnienia administracyjnoprawne*, red. M. Wierzbowski, M. Wyrzykowski, Warszawa 2001.
- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009.
- Banaszczyk Z., Granecki P., *O istocie należytej staranności*, „Palestra” 2002, nr 7/8.
- Bartosz M., *Glosa do wyroku WSA z dnia 22 kwietnia 2005 r., VII SA/Wa 567/04*, GSP, „Przegląd Orzecznictwa” 2008, nr 2, poz. 47.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2018, nr 12.
- Bernatek-Zagała I., *Podstawy prawa. Wybrane zagadnienia dla ratowników medycznych i pielęgniarek*, Legnica 2017.

- Bernatek-Zagała I., *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008.
- Biereć A., *Sytuacja prawna przedsiębiorcy*, [w:] M. Bączyk, A. Biereć, K. Kruczałak, R. Ma-stalski, M. Tarska, K. Piasecki, A. Szajkowska, *Podstawy prawa przedsiębiorstw*, Warszawa 1999.
- Bojanowski E., *Dyscyplinarna odpowiedzialność pracownika administracji państwowej w prawie polskim*, [w:] *Odpowiedzialność pracownika administracji*, red. J. Łętowski, J. Pruszyński, Ossolineum 1978.
- Bojańczyk A., *O orzeczeniach skazujących w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i obowiązku płacenia składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego lekarzy – uwagi na tle postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r. (sygn. SDI 71/15)*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 1.
- Bojańczyk A., *O spornych zagadnieniach z zakresu odpowiedzialności dyscyplinarnej sędziów Trybunału Konstytucyjnego*, „Przegląd Sejmowy” 2007, nr 3.
- Bojarski T., *Kilka uwag na temat relacji między odpowiedzialnością dyscyplinarną a karną*, „Państwo i Prawo” 2005, z. 3.
- Boratyńska M., *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „Studia Iuridica” 2008, nr 49.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Naruszenie zasad ostrożności jako przestępstwo odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003.
- Boratyńska M., *Miejsce standardów lekarskich w systemie prawa medycznego – teoria i praktyka*, [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassmann, Warszawa 2019.
- Borowicz J., Piotrowska-Radziejcz K., Wiśniewski M., *Interpretacja przepisów Ustawy o Zawodzie Farmaceuty dotyczących samodzielności oraz niezależności zawodowej. Stanowisko Związku Aptekarzy Pracodawców Polskich Aptek (ZAPPA)*, <https://aptekarze.org.pl/wp-content/uploads/2021/06/niezaleznosc-farmaceuty-stanowisko-ZAPPA.pdf> (dostęp 9.08.2024).
- Borowicz J., *Sytuacja prawna kierownika apteki zatrudnionego w ramach stosunku pracy – wybrane zagadnienia*, [w:] *Pro opere perfecto gratias agimus, księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Kuczyńskiemu*, red. A. Górnicz-Mulcahy, A. Tomanek, M. Lewandowicz-Machnikowska, Wrocław 2022.

- Borowicz J., *Wykonywanie wolnego zawodu w ramach stosunku pracy w prawie polskim*, Wrocław 2020.
- Borowicz J., *Wykonywanie zawodu farmaceuty-aptekarza w ramach stosunku pracy – zagadnienia wybrane*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2022, nr 7.
- Bosek L., *Prawa pacjenta*, w: *System prawa medycznego. Tom I. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Buchała K., Zoll A., *Polskie prawo karne*, Warszawa 1995.
- Budziszewska-Makulska A., [w:] A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, R. Tymiński, M. Waszkiewicz, *Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Bujko W., *Odpowiedzialność dyscyplinarna*, [w:] *Zawód radcy prawnego. Historia zawodu i zasady jego wykonywania*, red. A. Bereza, Warszawa 2010.
- Byk C., *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000, z. 9.
- Ciapała J., *Wpływ aktów prawnych samorządów zawodowych i gospodarczych na konstytucyjną wolności działalności gospodarczej oraz wyboru i wykonywania zawodu. Uwagi w kontekście konstytucyjnego statusu samorządów*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2014, nr 22.
- Cieślak M., *Polska procedura karna. Podstawowe założenia teoretyczne*, Warszawa 1984.
- Cieślak M., *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1990.
- Cnota Z., *Zasada ochrony godności człowieka normatywnym nakazem obowiązującym prawodawców i organy stosujące prawo*, w: *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, red. L. Wiśniewski, Warszawa 2006.
- Czarnecki P., *Postępowanie dyscyplinarne wobec osób wykonujących prawnicze zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2013.
- Dąbrowski K., *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022.
- Doroszewski W., *Wielki słownik języka polskiego*, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/staranosc;5500664.html> (dostęp 8.08.2024).
- Drembkowski P., *Komentarz do rozdziału 1. Przepisy ogólne*, [w:] P. Czarnecki, P. Drembkowski, *Ustawa o niektórych zawodach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2024.
- Drozdowska U., Kowalewska-Borys E., Wojtal W., Bieliński A., [w:] *Dokumentacja medyczna*, red. U. Drozdowska, Warszawa 2012.
- Drzeżdżon W., *Etyczne aspekty pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia*, „Studia Gdańskie. Wzję i rzeczywistość” 2013, t. 10.
- Dziekońska-Staśkiewicz I., *Tak zwany błąd w sztuce lekarskiej (definicje, zakres pojęcia, propozycje)*, „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” 1974, t. 1.
- Fiutak A., *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Wydawnictwo elektroniczne LEX.

- Fiutak A., *Prawo medyczne*, Warszawa 2021.
- Fiutak A., *Prawo w medycynie*, Warszawa 2011.
- Fiutak A., *Rozdział V. Zawody medyczne. 3. Pielęgniarka i położna*, [w:] *System Prawa Medycznego. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, tom I, red. R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska, Lex/el (dostęp 21.04.2025).
- Florczak-Wątor M., [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, wyd. II, LEX/el. 2021, art. 68.
- Galewicz W., *Spór o pozycję etyk zawodowych*, Kraków 2010.
- Gardocki L., *Pojęcie przestępstwa i podziały przestępstw w polskim prawie karnym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia” 2013, z. 2.
- Gardocki L., *Prawnokarna problematyka sędziowskiej odpowiedzialności dyscyplinarnej*, [w:] *Przestępstwo – kara – polityka kryminalna. Problemy tworzenia i funkcjonowania prawa. Księga jubileuszowa z okazji 70 rocznicy urodzin Profesora T. Kaczmarka*, red. J. Giezek, Wrocław 2006.
- Gardocki L., *Prawo karne*, wyd. 14, Warszawa 2008.
- Giętkowski R., *Funkcja stabilizacyjna kar dyscyplinarnych*, [w:] *Sankcje administracyjne. Blaski i cienie*, red. M. Stahl, R. Lewicka, M. Lewicki, Warszawa 2011.
- Giętkowski R., *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*, Gdańsk 2013.
- Glanowski G., *Umowa oświadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019.
- Głowacka M.D., Zdanowska J., *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013.
- Gronkiewicz A., Ziółkowska A., *Sankcje administracyjne w korporacjach zawodowych w odniesieniu do samorządów zaufania publicznego – wybrane zagadnienia*, [w:] *Sankcje administracyjne. Blaski i cienie*, red. M. Stahl, R. Lewicka, M. Lewicki, Warszawa 2011.
- Grzegorzczak T., [w:] T. Grzegorzczak, J. Tylman, *Polskie postępowanie karne*, Warszawa 2007.
- Grzeszczyk W., *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Warszawa 2008.
- Gubiński A., *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza*, Warszawa b.d.w.
- Hauser M., *Przepisy odsyłające. Zagadnienia ogólne*, „Przegląd Legislacyjny” 2003, nr 4.
- Izdebski H., *Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu przez samorządy zawodowe*, [w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, red. S. Legat, M. Lipińska, Warszawa 2002.
- Jacek A., *Pielęgniarka i położna*, [w:] A. Fiutak, A. Jacek, K. Miaskowska-Daszkiewicz, K. Pyziak-Kowalska, *Zawody w ochronie zdrowia. Wymogi kwalifikacyjne i obowiązki zawodowe, zasady zatrudniania i wynagradzania*, Warszawa 2014.
- Jacek A., *Standard wykonywania zawodu fizjoterapeuty – ocena przyjętego stanu prawnego*, „Studia Prawnicze KUL” 2019, nr 2 (78).

- Jacyszyn J., „*Wolny zawód*” – *anachronizm czy istotne pojęcie prawne?*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2015, nr 11.
- Jacyszyn J., *Wykonywanie wolnych zawodów w Polsce*, Warszawa 2004.
- Jakubiak L., *Farmacja wychodzi z apteki do pacjenta. W naturalnym środowisku chorego można działać więcej*, „Rynek Zdrowia” z 10 lutego 2024, <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Farmacja-wychodzi-z-apteki-do-pacjenta-W-naturalnym-srodowisku-chorego-mozna--dzialac-wiecej,254818,6.html> (dostęp 7.08.2024).
- Janiszewska B., *Pojęcie świadczenia zdrowotnego*, w: *System Prawa Medycznego: Instytucje prawa medycznego, t. 1*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Janiszewska B., *Pojęcie usługi opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. M. Safjan, Legalis/2015.
- Janiszewska B., *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013.
- Jarosławska-Kolman K., Ślęzak D., Żurtyński P., Krzyżanowski K., Kalis A., *System Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2016, t. 60, nr 4.
- Jaśkiewicz W., *Studia nad sytuacją prawną pracowników państwowych*, t. II: *Socjalistyczna służba państwowa PRL-ZSRR*, Poznań 1966, s. 149.
- Jończyk J., *Ochrona zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2007, z. 2.
- Jończyk J., *Prawo pracy*, Warszawa 1995.
- Kamiński M., [w:] *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb, Warszawa 2018.
- Karcz-Kaczmarek M., Maciejewski M., *Samorządy zawodowe i zakres ich samodzielności w świetle doktryny oraz orzecznictwa*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2015, t. XCV.
- Kardas P., *Konstytucyjne i ustawowe aspekty ochrony tajemnicy zawodowej powierzanej przedstawicielom zawodów zaufania publicznego*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014, nr 4.
- Karkowska D., *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Karkowska D., *Zawody medyczne*, Warszawa 2012.
- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.
- Kieczka K., *Opieka profesjonalna i zakres kompetencji pielęgniarek w Polsce w świetle prawa w ostatnim stuleciu*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2010, nr 1–2.
- Kielanowski T., *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, [w:] *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1980.

- Kis-Wojciechowska M., *Błąd medyczny*, „Homines Hominibus” 2011, nr 7.
- Kłusek P., *Fizjoterapeuta jako wolny zawód i zawód zaufania publicznego*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” 2016, nr 53.
- Kmiecik R., *Samorząd zawodowy w strukturze administracyjnej państwa*, [w:] *Z badań nad samorządem zawodowym w Polsce. Praca zbiorowa*, red. R. Kmiecik, Poznań 2010.
- Kmiecik R., *Glosa do uchwały SN z 30.09.2003 r. (I KZP 23/03)*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2003, nr 3, poz. 40.
- Kokot E., Poździoch S., Mikos M., Czupryna A., *Odpowiedzialność zawodowa farmaceutów*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4 (17).
- Konieczniak P., *O pewnych problemach szczególnych w stosowaniu rozdziału 5 ustawy o izbach lekarskich (odpowiedzialność zawodowa)*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 3–4.
- Konieczniak P., *O stosowaniu (i niestosowaniu) części ogólnej prawa karnego do odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, [w:] *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, red. B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska, Warszawa 2016.
- Kopeć M., [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarzy dentyści. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016.
- Korytkowska A., *Problem zgodności Kodeksu etyki lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2009, nr 1, www.rpeis.pl (dostęp 21.04.2025).
- Kowalska M., Bobiński K., Helak G.I., Czerw A., *Odpowiedzialność karna i cywilna autoryzującego wynik badania laboratoryjnego*, „Journal of Laboratory Diagnostics” 2016, nr 52.
- Kowalska-Bobko I., Gałązka-Sobotka M., Frączkiewicz-Wronka A., Badora-Musiał K., Buchelt B., *Krzyżujące się kompetencje (skill mix) w zawodach medycznych i okołomedycznych*, „Medycyna Pracy” 2020, nr 71 (3).
- Kozielewicz W., *Odpowiedzialność dyscyplinarna sędziów, prokuratorów, adwokatów, radców prawnych i notariuszy*, Warszawa 2023.
- Kozik M., *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy – przykłady – orzecznictwo*, Warszawa 2014.
- Krasnowolski A., *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentów, OT-625, Warszawa 2013.
- Kruk E., *Pojęcie odpowiedzialności prawnej (analiza wybranych zagadnień)*, „Administracja. Teoria. Dydaktyka. Praktyka” 2008, nr 3.
- Kubiak R., Liszewska A., *Prawo medyczne dla fizjoterapeutów*, Warszawa 2020.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2014.

- Kuczma P., *Adwokat jako zawód zaufania publicznego w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, „Palestra” 2012, nr 3–4.
- Kuczyński T., [w:] T. Kuczyński, E. Mazurczak-Jasińska, J. Stelina, *Stosunek służbowy*, [w:] *System Prawa Administracyjnego*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, t. XI, Warszawa 2011.
- Lang W., *Struktura odpowiedzialności prawnej (Studium analityczne z dziedziny teorii prawa)*, „ZN UMK. Nauki Humanistyczno-Społeczne” 1968, nr 31.
- Lazari-Pawłowska I., w: *Etyka. Pisma wybrane*, red. P.J. Smoczyński, Wrocław 1992.
- Leoński Z., *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie Polski Ludowej*, Poznań 1959.
- Leoński Z., *Zarys prawa administracyjnego*, Warszawa 2004.
- Leowski J., *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 6–7.
- Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Lipski J., *Opinia prawna na temat projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw z dnia 3 lutego 2015 roku*, <https://www.fizjoterapeuci.org/zalaczniki/Opinia%20prawna%20do%20projektu%20ustawy%20autorstwa%20PSL-PTF.pdf> (dostęp 31.07.2024).
- Ławniczak-Lehmann M., *Pojęcie zawodów medycznych w świetle prawa i doktryny prawniczej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2001, nr 1–2.
- Makarewicz J., *Prawo karne. Wykład porównawczy*, t. 1, Lwów 1924.
- Malczewska M., [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014.
- Malinowski T., *Jaki kształt zasad odpowiedzialności zawodowej lekarza? Kilka uwag na temat polskiego modelu postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarza*, [w:] *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, red. B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska, Warszawa 2016.
- Mała encyklopedia prawa*, red. Z. Rybicki, Warszawa 1980.
- Marek A., *Prawo karne*, Warszawa 2006.
- Marek Z., *Błąd medyczny*, Kraków 1999.
- Meissner R., *Rozważania nad deontologią lekarską*, [w:] *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, red. R. Szulc, Poznań 1999.

- Merks P., *Rośnie zaufanie społeczne do farmaceutów. Zaangażowanie ich i aptek może znacząco przyspieszyć tempo szczepień, nie tylko przeciw COVID-19*, <https://tygodnikmedyczny.pl/rosnie-zaufanie-spoeczne--do-farmaceutow> (dostęp 8.08.2024).
- Mikos M., Curyło M., Juszczak G., Czerw A., *Bezpieczeństwo pacjenta przy wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, nr 7.
- Müller A., *Karnoprawna ocena odpowiedzialności fizjoterapeuty za błąd medyczny*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2018, t. 28, nr 4.
- Nesterowicz M., [w:] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012.
- Nesterowicz M., *Charakter prawny wykonywania zawodu pielęgniarki i odpowiedzialność cywilna za wyrządzone przez nią szkody*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13.
- Nesterowicz M., *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*, „Studia Iuridica” 1972, nr 2.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2000.
- Nowacki J., *Odpowiednie stosowanie przepisów prawa*, „Państwo i Prawo” 1964, z. 3.
- Nowacki T., *Leksykon pedagogiki pracy*, Radom 2007, s. 287; za: J. Żebrowski, *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2008, t. V.
- Olczak M., *Opinia prawna dotycząca odpowiedzialności dyscyplinarnej diagnosty laboratoryjnego za niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego poprzez nieuzyskanie co najmniej 100 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym*, <https://kidl.org.pl/get-file/2334> (dostęp 30.07.2024).
- Opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia*, <https://www.gov.pl/web/gif/raport-opieka-farmaceutyczna-kompleksowa-analiza-procesu-wdrozenia-juz-dostepny> (dostęp 9.08.2024).
- Pacian J., *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych a farmaceutów. Uwagi de lege lata i de lege ferenda*, „Zeszyty Prawnicze” 2018, nr 18 (1).
- Pacian J., *Przewinienie zawodowe farmaceuty. Uwagi w kontekście zawodu farmaceuty i statusu samorządu zawodowego*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2018, nr 23.
- Paszkowska J., *Nowy status fizjoterapeuty w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Wiadomości Lekarskie” 2020, vol. 73, nr 7.
- Paszkowska M., *Ustawowe zasady wykonywania zawodu fizjoterapeuty*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2015, nr 6.
- Paszkowska M., *Zarządzanie podmiotami leczniczymi. Aspekty prawne*, Rzeszów 2014.
- Paśkiewicz J., *Problematyka odpowiedzialności zawodowej personelu medycznego – wybrane aspekty*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego. Seria Prawnicza” 2018, z. 102.

- Paśnik J., *Prawo dyscyplinarne w Polsce*, Warszawa 2000.
- Pawłowska M., *Komisja Europejska pozwała Polskę do TSUE z powodu zakazu reklamy aptek i ich działalności. Komisja uznała, że polskie prawo narusza dyrektywę o handlu elektronicznym, a także art. 49 i art. 56 TFUE*, <https://samorząd.infor.pl/sektor/zadania/zdrowie/6284929,zakaz-reklamy-aptiek-komisja--europejska-pozywa-polske-do-tsue.html> (dostęp 8.08.2024).
- Pawłowski S., *Ustrój i zadania samorządu zawodowego w Polsce*, Poznań 2009.
- Popielski B., *Pogranicze etyki i prawa*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985.
- Powroźnik W., *Opinia prawna w sprawie uznania zawodu diagnosty laboratoryjnego za zawód zaufania publicznego*, <https://kidl.org.pl/get-file/2330> (dostęp 30.07.2024).
- Przybyś P., *Prawo do sądu w sprawach dyscyplinarnych*, „Państwo i Prawo” 1998, z. 8.
- Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniu podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.
- Rabiega A., *Rola samorządów zawodowych w sprawowaniu pieczy nad należytych wykonywaniem zawodów medycznych*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2007, nr 77.
- Radzicki J., *Ryzyko zabiegów lekarskich w prawie karnym*, Warszawa 1967.
- Reduta M., *Zawód, profesja i kultura profesjonalna*, „Optimum. Studia Ekonomiczne” 2015, nr 2 (74).
- Rejman G., *Odpowiedzialność karna*, Warszawa 1991.
- Różyńska J., [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I: *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska, Warszawa 2018.
- Safian M., [w:] *Wielka encyklopedia prawa*, red. E. Smoktunowicz, Warszawa–Białystok 2000.
- Salwa Z., *O potrzebie odpowiedzialności dyscyplinarnej pracowników*, „Gospodarka i Administracja Terenowa” 1963, nr 5.
- Sarnacka E., *Standard wykonywania zawodu fizjoterapeuty na tle standardów wybranych zawodów medycznych*, [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassmann, Warszawa 2019.
- Sarnecki P., *Glosa do wyroku SN z 29.05.2001 r., I CKN 1217/98*, „Palestra” 2002, nr 5–6.
- Sarnecki P., *Opinia w sprawie wykładni art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przegląd Sejmowy” 2001, nr 2.
- Sarnecki P., *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji)*, [w:] *Konstytucja – wybory – parlament. Studia ofiarowane Zdzisławowi Jaroszowi*, red. L. Garlicki, Warszawa 2000.

- Sawicki J., *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie, orzecznictwie*, Warszawa 1965.
- Siemionow K., Drągowski P., Teul J., Sawczuk R., Zaręba I., Milyk W., *Charakterystyka zawodu diagnosty laboratoryjnego i jego rola w systemie opieki zdrowotnej w Polsce*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, nr 1 (46).
- Skowron A., *Samodzielność jurysdykcyjna organów orzekających w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza i lekarza dentystry*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4.
- Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2002.
- Skrzypczak J., *Lekarz jako strona postępowania dyscyplinarnego*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10.
- Skrzypczak J., *Podstawowe zagadnienia prawa medycznego*, [w:] *Zdrowie. Problem medyczny, prawny, polityczny?*, red. T. Gardocka, T. Maksymiuk, J. Skrzypczak, Warszawa–Poznań 2011.
- Skrzypczak J., *Przegląd orzecznictwa NSL w 2017 r.*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9.
- Skuczyński P., *Granice odpowiedzialności dyscyplinarnej*, [w:] *Odpowiedzialność dyscyplinarna. Podstawy, procedura i orzecznictwo w sprawach studentów Uniwersytetu Warszawskiego 2000–2005*, red. P. Skuczyński, P. Zawadzki, Warszawa 2008.
- Skuczyński P., *Pojęcia i zasady etyki prawniczej. Zaufanie (lojalność)*, [w:] *Etyka zawodów prawniczych. Etyka prawnicza*, red. H. Izdebski, Warszawa 2006.
- Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/wskazanie;2537921.html> (dostęp 21.06.2024).
- Słownik języka polskiego*, t. IV, *L–Nić*, red. W. Doroszewski, Warszawa 1963.
- Słownik języka polskiego*, t. IX, *T–Wyj*, red. W. Doroszewski, Warszawa 1967.
- Smarż J., *Definiowanie pojęcia „zawód zaufania publicznego”*, „Studia Prawnicze” 2012, nr 3.
- Sobczak J., *Korporacje prawnicze – potrzeba czy iluzja?*, [w:] *Z badań nad samorządem zawodowym w Polsce. Praca zbiorowa*, red. R. Kmiecik, Poznań 2010.
- Solnica B., *Znaczenie badań laboratoryjnych w medycynie zapobiegawczej i naprawczej*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 41.
- Stahl M., Olejniczak-Szałowska E., *Samorząd terytorialny. Podstawowe zagadnienia*, Warszawa 1994.
- Stefański R. [w:], *Kodeks postępowania karnego. Komentarz do art. 297–424*, t. III, red. R. Stefański, S. Zabłocki, Warszawa 2021.
- Strategia wprowadzania opieki farmaceutycznej w Polsce*, Biuletyn NRA nr IV/17/2007, http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Biuletyn_NRA_IV17.pdf (dostęp 9.08.2024).
- Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Konstytucyjny” 2012, nr 3.

- Sygit B., Wąsik D., *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2016.
- Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010.
- Sykuna S., *Kilka uwag o odpowiedzialności prawnej*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2003, t. XI.
- System Prawa Medycznego. Tom II. Regulacja prawna czynności medycznych. Część 1*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Szalotka K., *Opieka farmaceutyczna jako innowacyjny instrument konkurencyjności na rynku aptecznym*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 55.
- Szałota K., *Z prac Wydziału Filozofii Chrześcijańskiej. Pierwszy w Europie. Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2008, z. 6.
- Szczepański J., *Czynniki kształtujące zawód i strukturę zawodową*, [w:] *Socjologia zawodów*, red. A. Sarapaty, Warszawa 1965.
- Świda W., *Prawo karne*, Warszawa 1986.
- Tylman J., *Instytucja czynności sprawdzających w procesie karnym*, Łódź 1984.
- Uchwały Towarzystwa lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, Warszawa 1975.
- Uklejska A., *Odpowiedzialność dyscyplinarna pracowników instytucji i przedsiębiorstw (zarys problematyki badań)*, „Studia i Materiały Instytutu Pracy” 1964, nr 1.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogiełło, Warszawa 2015.
- Waligórski Ł., *Co dalej z zakazem reklamy aptek w Polsce? Wyjścia są dwa...*, <https://mgr.farm/aktualnosci/co-dalej-z-zakazem-reklamy--aptek-w-polsce-wyjścia-sa-dwa> (dostęp 8.08.2024).
- Warzocha E., *Niektóre zagadnienia odpowiedzialności dyscyplinarnej sędziów sądów powszechnych*, „Nowe Prawo” 1988, nr 1.
- Wasilewski A., *Prawo do sądu w sprawach dyscyplinarnych*, „Przegląd Sądowy” 2001, nr 9.
- Waszak M., *Odpowiedzialność zawodowa diagnosty laboratoryjnego*, [w:] *Zawód diagnosty laboratoryjnego. Aspekty prawne i organizacyjne*, red. M. Urbaniak, Warszawa 2022.
- Wdowiak L., Walkowska K., Szpak A., *Podstawy prawne wykonywania zawodów medycznych*, „Zdrowie Publiczne” 2005, nr 115 (1).
- Wengler L., Zimmermann A., Janaszczuk A., *Wybrane aspekty funkcjonowania samorządu diagnostów laboratoryjnych*, Gdańsk 2009.
- Wiącek A., *Prawne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2009, nr 9.
- Wielki słownik języka polskiego*, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/zawod;5528137.html> (dostęp 18.08.2024).

- Wierczyńska K., *Przegląd orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka za rok 2008*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2010, nr 2.
- Wierzbowski M., Wiktorowska A., *Podstawowe pojęcia teoretyczne w nauce prawa administracyjnego*, [w:] *Polskie prawo administracyjne*, red. J. Służewski, Warszawa 1995.
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000.
- Wiśniewski T., [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Księga trzecia. Zobowiązania*, red. J. Gudowski, LEX/el. 2016.
- Włodarczyk C., Poździej S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001.
- Wojtasik M., Kopański Z., Brukwicka I., Malutnik J., *Cechy osobowościowe ratownika medycznego*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015, nr 3.
- Wojtczak K., *Administracyjnoprawna reglamentacja wolnych zawodów (zagadnienia wybrane)*, [w:] *Rola materialnego prawa administracyjnego a ochrona praw jednostki*, red. Z. Leoński, Poznań 1998.
- Wojtczak K., *Co to jest wolny zawód*, „Zeszyty Naukowe WSZiB” 1997, nr 1.
- Wojtczak K., *Reglamentacja form wykonywania zawodów zaufania publicznego w rozwiązaniach prawa polskiego i państw Unii Europejskiej*, [w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki 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.
- Wojtczak K., *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999.
- Wolska J.A., *Odpowiedzialność zawodowa ratowników medycznych*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2023, nr 3 (42).
- Wołpiuk W.J., *Zawody zaufania publicznego z perspektywy prawa konstytucyjnego*, [w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolności wykonywania zawodu. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka*, 8.04.2002 r., red. S. Legat, M. Lipińska, Warszawa 2002.
- Wronkowska S., Zieliński M., *Problemy i zasady redagowania tekstów prawnych*, Warszawa 1993.
- Wrońska I., Mariański J., *Etyka w pracy pielęgniarstwie*, Lublin 2002.
- Wrońska I., *Podstawy etyki pielęgniarstwa*, Warszawa 1993.
- Wrześniewska-Wal I., *Nowe kompetencje zawodowe farmaceutów i ich wpływ na odpowiedzialność zawodową*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2024, t. 20, nr 2.

- Wrześniewska-Wal I., *Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich*, Warszawa 2020.
- Wrześniewska-Wal I., *Przewinienie zawodowe w prawie medycznym*, [w:] *System Prawa Medycznego: Odpowiedzialność publicznoprawna*, red. A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, Warszawa 2023.
- Wykrętowicz S., *Samorząd jako wyraz demokracji obywatelskiej*, [w:] *Samorząd w Polsce – istota, formy, zadania*, red. S. Wykrętowicz, wyd. 4.
- Zamroczyńska M., *Odpowiedzialność dyscyplinarna diagnostów laboratoryjnych*, [w:] *Pacjent a system ochrony zdrowia. Aktualne problemy*, red. M. Urbaniak, Poznań 2018.
- Zamroczyńska M., *Odpowiedzialność karna ratownika medycznego*, [w:] *Zawód ratownika medycznego. Aspekty prawne i organizacyjne*, red. M. Urbaniak, Warszawa 2022.
- Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji 2013, http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/56/plik/ot-625_.pdf (dostęp 20.07.2024).
- Zielińska E., [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014.
- Zielińska E., *Kilka uwag w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarzy kierującej podmiotami leczniczymi*, [w:] *Nauki penalne wobec szybkich przemian socjokulturowych. Księga jubileuszowa Profesora M. Filara*, t. II, red. A. Adamski, J. Bojarski, P. Chrzczonowicz, M. Leciak, Warszawa 2012.
- Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001.
- Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003.
- Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003.
- Zielińska E., *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, Kraków 2014.
- Zieliński P., *Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
- Zięba-Załuska H., *Samorząd zawodowy w świetle Konstytucji RP*, „Monitor Prawniczy” 2005, nr 10.
- Zimmermann A., Fedorowicz O., [w:] *Zawód farmaceuty. Komentarz*, red. M. Czech, M. Drozd, W. Mityk, A. Owczarek, A. Zimmermann, O. Fedorowicz, Warszawa 2021, LEX el., <https://sip.lex.pl/#/commentary/587856530/653970/zimmermann-agnieszka-red-zawod-farmaceuty-komentarz?cm=URELATIONS> (dostęp 9.08.2024).
- Zimmermann M., [w:] *Prawo administracyjne*, red. M. Jaroszyński, cz. II, Warszawa 1952.

- Zoll A., *Granice legalności zabiegu medycznego*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Zubik M., *Glosa do wyroku TK z 23.04.2008 r., SK 16/07*, „Przegląd Sejmowy” 2008, nr 6.
- Żelichowski M., *Zasady wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, „Medycyna Praktyczna” 2007, nr 1, <http://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/30727,zasady-wykonywania-zawodu-lekarza-wprowadzenie> (dostęp 16.07.2024).
- Żukowski L.J., *Zawód psychologa w ochronie zdrowia. Reglamentacja prawnoadministracyjna*, Warszawa 2017.

Akty prawne

- Projekt ustawy o ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym z dnia 18 grudnia 2021 r., <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12354405/katalog/12838577#12838577> (dostęp 30.06.2024).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2014 r., poz. 1145).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 28 grudnia 2017 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1876).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 342).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 stycznia 2022 r. w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę (Dz.U. z 2022 r., poz. 153).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 lipca 2017 r. w sprawie ciągłego szkolenia diagnostów laboratoryjnych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1519).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 lipca 2024 r. w sprawie zryczałtowanych kosztów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (Dz.U. z 2024 r., poz. 1128).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2022 r., poz. 744).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 marca 2003 r. w sprawie postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów (Dz.U. z 2003 r., nr 65, poz. 612).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 265).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 kwietnia 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz.U. z 2021 r., poz. 668).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 823).
- Rozporządzenie z 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. z 2002 r., nr 183, poz. 1531).
- Ustawa z 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz.U. poz. 2705).
- Ustawa z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2011 r., nr 174, poz. 1038 ze zm.).
- Ustawa z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1873).
- Ustawa z 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. z 2020 r., poz. 2207 oraz z 2023 r., poz. 1667).
- Ustawa z 11 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 991).
- Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 826).
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2025 r., poz. 450 ze zm.).
- Ustawa z 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 991).
- Ustawa z 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 2125).
- Ustawa z 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2022 r., poz. 479 ze zm.).
- Ustawa z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2023 r., poz. 1550 ze zm.).
- Ustawa z 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej (Dz.U. nr 21, poz. 164 ze zm.).
- Ustawa z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. z 2023 r., poz. 1972).
- Ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1850).
- Ustawa z 19 kwietnia 2013 r. o zmianie ustawy o izbach lekarskich oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r., poz. 779).
- Ustawa z 2 grudnia 2010 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.).
- Ustawa z 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja RP (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.).
- Ustawa z 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. z 2023 r. poz. 334).
- Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1360).

- Ustawa z 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1297).
- Ustawa z 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o adwokaturze oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2014 r., poz. 993).
- Ustawa z 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 1956 r., nr 12, poz. 61).
- Ustawa z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. nr 100, poz. 1083 ze zm.).
- Ustawa z 27 lipca 2002 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2002 r., nr 141, poz. 1181).
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 146).
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2561).
- Ustawa z 27 września 2013 r. o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1245).
- Ustawa z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2512).
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287).
- Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 1284).
- Ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. poz. 410 ze zm.).
- Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1138).
- Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1375 ze zm.).
- Ustawa z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., nr 88, poz. 553 ze zm.).
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2524).
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r., poz. 1545, 1675 i 1692).
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r., poz. 1876).
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.).
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 1545).

- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia, zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 1805 ze zm.).
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1876).
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 849).
- Ustawa z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2020 r., poz. 944 ze zm.).
- Ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2022 r., poz. 2031).
- Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r., poz. 882 ze zm.).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r., poz. 1138 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (tekst jedn. Dz.U. z 2025 r., poz. 46 ze zm.).
- Ustawy z 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. poz. 178 ze zm.).
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych, druk nr 3183, dostęp poprzez stronę internetową Sejmu RP, 18.08.2024 r.
- Uzasadnienie projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych. Uzasadnienie projektu ustawy dostępny na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12354405/katalog/12838577#12838577> (dostęp 18.08.2024).
- Uzasadnienie projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12354405/katalog/12838577#12838577> (dostęp 18.08.2024).
- Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, druk nr 2661, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2661> (dostęp 18.08.2024).

Orzecznictwo

- Orzeczenie Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, LexPolonica nr 373720, LexisNexis nr 373720.
- Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 7 maja 2002 r., SK 20/00, OTK-A 2002/3, poz. 29.

- Postanowienie Sądu Najwyższego z 24 października 2017 r., SDI 71/17, LEX nr 2427180
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 13 października 2010 r., K 1/09, OTK-A 2010/8, poz. 90.
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 18 grudnia 2012 r., OTK-B 2012/6, poz. 469.
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 25 czerwca 2014 r., K 22/13, OTK-A 2014/6, poz. 65.
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 30 maja 2007 r., Ts 191/06, LEX nr 584880.
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., U 1/92, OTK 1992/2, poz. 38.
- Uchwała Sądu Najwyższego z 18 września 2001 r., I KZP 18/01, LEX nr 196999.
- Uchwała Sądu Najwyższego z 26 października 2011 r., III CZP 58/11, OSNC 2012/5/59.
- Uchwała Sądu Najwyższego z 30 września 2003 r., I KZP 23/03, OSP 2003, nr 3, poz. 40.
- Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z 17 marca 1993 r. w sprawie wykładni art. 41 w związku z art. 15 pkt 1 ustawy z 17 marca 1989 r. o izbach lekarskich oraz art. 23 a Kodeksu karnego, „Gazeta Lekarska” 1993, nr 4, s. 4.
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 24 października 2014 r., II GSK 1349/13, LEX nr 1591997.
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 8 czerwca 2021 r., II OSK 214/20.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 25 kwietnia 2001 r., II AKa 674/01, KZS 6/2001, poz. 25.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 31 marca 2015 r., III AUa 670/14.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 10 stycznia 2014 r., III PK 44/13, OSNP 2015/8, poz. 107.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 11 sierpnia 2020 r., I KK 20/20, LEX nr 3042176.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2012 r., III ZS 5/12.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 16 września 2004 r., III ZS 1/04 OSNP 2005, nr 7, poz. 104.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 18 listopada 1994 r., I PLN 1/94, OSNP 1994/1, poz. 16.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 26 czerwca 2018 r., SDI 29/18, LEX nr 2542289.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 5 kwietnia 2018 r., SDI 127/17, LEX nr 2490926.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 5 listopada 2003 r., SNO 67/03, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Sądu Dyscyplinarnego” 2003, nr 2, s. 68.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 5 marca 1998 r., III SZ 8/97, OSNP 1999/7/259.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 7 marca 2013 r., I PK 188/12, OSNP 2013, nr 23–24, poz. 278.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z 17 grudnia 2003 r., II C 844/01/5.
- Wyrok Sądu Rejonowego w Siedlcach z 16 września 2016 r., sygn. IV P 537/15, LEX nr 2133052.

- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego w 25 marca 2015 r., K 19/14, Dz.U. z 2015, poz. 476.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11 marca 2014 r., K 6/13, OTK-A 2014/3, poz. 29.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11 września 2001 r., SK 17/00, Dz.U. nr 103, poz. 1129).
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 lutego 2002 r., K 24/02, OTK ZU-A 2003, nr 2, poz. 11, „Gazeta Prawna” 2003, nr 35, s. 1.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 lutego 2004 r., P 21/02, OTK ZU nr 2/A/2004, poz. 9.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 października 2010 r., K 1/09, OTK-A 2010/8, poz. 76.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 19 października 1999 r., SK 4/99, OTK 1999/6, poz. 119.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2 lipca 2007 r., K 41/05, OTK-A 2007/7, poz. 72.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 22 maja 2001 r., OTK 2001/4, poz. 86.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07, OTK ZU 2008, nr 3A, poz. 45.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 24 marca 2015 r., K 19/14, OTK-A 2015/3, poz. 32.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 24 października 2000 r., K 12/00, OTK 2000/7, poz. 255.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 27 czerwca 2013 r., K 12/10, OTK-A 2013/5, poz. 65.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 27 lutego 2001 r., K 22/00, OTK 2001, nr 3, poz. 48.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 29 czerwca 2010 r., P 28/09, OTK-A 2010/5, poz. 52.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 30 listopada 2011 r., K 1/10, OTK-A 2011/9, poz. 99.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 maja 2002 r., SK 20/00, OTK-A 2002/3, poz. 29.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 8 grudnia 1998 r., K. 41/97, OTK 1998/7, s. 656.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z 15 maja 2013 r., III SA/Kr 1553/12, LEX nr 1429912.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z 15 maja 2013 r., III SA/Kr 1556/12 (LEX nr 1429915).
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 26 kwietnia 2016 r., VII SA/Wa 2871/15, LEX nr 2056039.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z 24 listopada 2022 r., V SA/Wa 83/22.

Inne źródła

- Kodeks Etyczny FP, fizjoterapia.org.pl (dostęp 18.08.2024).
- Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego – załącznik do Uchwały nr 31/2014 Czwartego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z 6 grudnia 2014 r. w sprawie Kodeksu

- Etyki Diagnosty Laboratoryjnego, Warszawa 2015, http://kidl.org.pl/uploads/Kodeks_etyki_2015.pdf (dostęp 29.06.2024).
- Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego. Załącznik do Uchwały nr 31/2014 z 6 grudnia 2014 r. w sprawie Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego.
- Kodeks Etyki Lekarskiej w wersji obowiązującej do 31 grudnia 2024 r. oraz od 1 stycznia 2022 r. – NIL – Kodeks Etyki Lekarskiej (dostęp 18.08.2024).
- Poselski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw, <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3001> (dostęp 20.07.2024).
- Uchwała I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z 29 grudnia 2016 r. nr 20/I KZF/2016 w sprawie „Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty”, <https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2017/01/20-I-KZF-2016-zal.pdf> (dostęp 25.07.2024).
- Uchwała nr 20/I KZF/2016 I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z 29 grudnia 2016 r. w sprawie „Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty”, <https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2017/01/20-I-KZF-2016-zal.pdf> (dostęp 20.07.2024).
- Uchwała nr 297/II KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z 27 lipca 2023 r. w sprawie przeszkolenia fizjoterapeutów po przerwie w wykonywaniu zawodu, https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2023/07/uchwala_297_II-KRF.pdf (dostęp 20.07.2024).
- Uchwała nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z 28 lutego 2024 r. w sprawie zmiany Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.nia.org.pl/2024/02/28/kodeks-etyki-farmaceuty--rzeczypospolitej-polskiej> (dostęp 8.08.2024).
- Uchwała nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z 22 stycznia 2012 r. w sprawie przyjęcia Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, www.nia.org.pl/kodeks-etyki/ (dostęp 30.07.2024).
- Załącznik nr 4 i 5 do uchwały nr 4 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 4 czerwca 2019 r. w sprawie ramowych regulaminów organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych, <https://www.nipip.pl> (dostęp 18.04.2025).
- Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty, załącznik do uchwały II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z 28 maja 2022 r. nr 25/II KZF/2022, https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2022/06/zasady_etyki_06.22.pdf (dostęp 27.07.2024).
- Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty, załącznik do uchwały II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z 28 maja 2022 r. nr 25/II KZF/2022, https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2022/06/zasady_etyki_06.22.pdf (dostęp 27.07.2024).
- Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty, załącznik do uchwały nr 25/II KZF/2022II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z dnia 28 maja 2022 r., https://kif.info.pl/wp-content/uploads/2022/06/zasady_etyki_06.22.pdf (dostęp 27.07.2024).

Streszczenie

Odpowiedzialność dyscyplinarna w zawodach medycznych

Monografia stanowi kompendium wiedzy na temat regulacji prawnych dotyczących odpowiedzialności dyscyplinarnej w zawodach medycznych. Zawiera nie tylko omówienie aktualnego stanu prawnego, lecz także uwzględnia najnowsze piśmiennictwo oraz orzecznictwo w sprawach odpowiedzialności zawodowej. Ze względu na szeroki krąg potencjalnych odbiorców na podkreślenie zasługuje uporządkowanie i klarowność prowadzonego wywodu, pozwalający na zrozumienie nawet najbardziej skomplikowanych zagadnień prawnych związanych z odpowiedzialnością zawodową poszczególnych zawodów medycznych. Publikacja jest adresowana również do prawników-praktyków, np. adwokatów, radców prawnych, celem zapoznania ich z instytucjami dotyczącymi odpowiedzialności zawodowej. W książce przedstawiony został przebieg poszczególnych etapów postępowania zawodowego, środki zaskarżenia orzeczeń, nadzwyczajne środki zaskarżenia oraz wznowienie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Słowa kluczowe: zawody medyczne, odpowiedzialność zawodowa, etyka zawodowa

Abstract

Disciplinary responsibility in medical professions

The monograph is a compendium of knowledge on the legal regulations concerning disciplinary liability in the medical profession. It contains not only a discussion of the current state of the law, but also takes into account the latest literature and case law on professional liability. Due to the wide range of potential recipients, what deserves to be emphasised is the orderliness and clarity of the argument, which allows for understanding even the most complicated legal issues related to professional liability of particular medical professions. The publication is also addressed to lawyers-practitioners, e.g. advocates, legal counsels, in order to familiarise themselves with the institutions of professional liability. The book presents the course of the various stages of professional liability proceedings, appeals against decisions, extraordinary appeals and resumption of professional liability proceedings.

Keywords: medical profession, professional responsibility, professional ethics



71-101 Szczecin, ul. Mickiewicza 64
tel. 91 444 20 06, 91 444 20 09
e-mail: wydawnictwo@usz.edu.pl
www.wn.usz.edu.pl

ISBN 978-83-7972-966-1 (online)
ISBN 978-83-7972-965-4 (print)



9 788379 729654