

## Wprowadzenie

I. Wykonywanie profesji medycznych w coraz większym zakresie wymaga znajomości unormowań prawnych, na podstawie których zawody te są wykonywane. Potrzebę poszerzania świadomości prawnej osób udzielających świadczeń zdrowotnych dostrzeżono również konstruując programy kształcenia studentów na kierunkach medycznych, odbywania stażu podyplomowego i szkolenia specjalizacyjnego. Wiedza pozyskana w trakcie zajęć z prawa medycznego ma jednak nie tylko wymiar teoretyczny. Pracownicy medyczni powinni bowiem znać granice legalności swych działań, by uniknąć ewentualnej odpowiedzialności, poszanować prawa pacjenta oraz móc korzystać ze swych uprawnień. Wszakże, w Polsce obowiązuje zasada *ignorantia iuris nocet*, czyli niezajomość prawa szkodzi. Zasadniczo więc, nikt nie może powoływać się na to, że nie zapoznał się z regulacją prawną, która dotyczy jego działalności. W szczególności dotyczy to osób wykonujących zawód medyczny, prowadzących tzw. praktykę zawodową (lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarzek, położnych, fizjoterapeutów), jak i osób nadzorujących pracę podległego im zespołu. Niestety polskie unormowania cechuje duża dynamika zmian, prawo jest mało stabilne i stąd trudne do poznania i zinternalizowania. Dlatego też istnieje potrzeba bieżącego zapoznawania się z aktami prawnymi, śledzenia ich modyfikacji i derogacji. Ułatwieniem w tym zakresie niech będzie niniejszy zbiór przepisów prawnych mieszczących się w ramach tzw. Prawa medycznego. Naturalnie, dziedzina ta jest bardzo szeroka, obejmująca zarówno przepisy korporacyjne, tj. poświęcone głównie zasadom wykonywania poszczególnych zawodów medycznych, jak i szereg unormowań szczegółowych, które wypadkowo dotyczą przedstawicieli tych profesji. Ukazanie całej tej regulacji wymagałoby bardzo obszernego opracowania. Biorąc zaś pod uwagę ograniczone jego ramy, dokonano wyboru unormowań mających największe znaczenie praktyczne. Zamieszczone akty prawne, lub ich fragmenty, zostały dobrane z uwzględnieniem programu nauczania na wyższych studiach medycznych, są skorelowane z wymogami określonymi w ramowym programie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentydy, a także z programami szkoleń, realizowanych podczas specjalizacji. Zbiór może zatem stanowić dobre uzupełnienie podręczników do prawa medycznego, poprzez zapoznanie się z materiałem źródłowym. Może być zatem pomocny w uczeniu się prawa medycznego, zwłaszcza na potrzeby Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego oraz podczas odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Zamieszczone przepisy będą również przydatne dla pracowników medycznych prowadzących praktykę zawodową, jak i wykonujących swój zawód w ramach stosunku pracy.

Autor żywi więc nadzieję, że ułatwią poznanie prawa i będą służyły krzewieniu świadomości prawnej tych ważnych grup zawodowych.

II. Opracowanie obejmuje pięć części, w których zgrupowano tematycznie akty prawne bądź ich fragmenty. Natomiast w ostatniej, szóstej części,

## Wprowadzenie

zamieszczono akty etyczno-deontologiczne adresowane do lekarzy i lekarzy dentyistów (Kodeks Etyki Lekarskiej) oraz pielęgniarek i położonych (Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położonej Rzeczypospolitej Polskiej). Mimo że akty te nie stanowią źródeł prawa w rozumieniu art. 87 Konstytucji RP, zawarte w nich unormowania służą do rekonstrukcji modelu postępowania przedstawicieli tych profesji (do etyki lekarskiej odwołuje się np. art. 4 ZawLekU). Naruszenie zaś postanowień tych aktów może być uznane za tzw. przewinienie zawodowe i uzasadniać odpowiedzialność przed sądami korporacyjnymi.

III. Zbiór otwierają przepisy ustrojowe, mające największe znaczenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz praw pacjenta. A. Jak powszechnie wiadomo, najważniejszym aktem prawnym w naszym kraju jest Konstytucja RP, w której zostały unormowane m.in. podstawy ustroju polityczno-społecznego oraz najważniejsze prawa i wolności obywatelskie. Mając na względzie, że ochrona zdrowia jest bardzo istotnym obszarem życia społecznego, w Konstytucji RP poświęcono jej sporo miejsca. W kontekście instytucjonalnym warto zwrócić uwagę na art. 17 Konstytucji RP, który stanowi podstawę tworzenia samorządów zawodowych, reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego. Do grupy tych profesji zalicza się także zawody medyczne. Powołany przepis daje zatem podwaliny funkcjonowania samorządu lekarskiego, pielęgniarskiego itd., wyposażając je w szerokie kompetencje w zakresie pieczy nad prawidłowym wykonywaniem tych zawodów. Uszczegółowienie zadań i uprawnień samorządów medycznych, znajduje się w aktach korporacyjnych, zamieszczonych w części II opracowania. W zakresie ustrojowym warto także wspomnieć o art. 22 Konstytucji RP, który statuuje zasadę wolności gospodarczej, która może być ograniczona jedynie tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Unormowanie to legło zatem u podstaw prowadzenia tzw. praktyk zawodowych przez m.in. lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarki i położne. Ze względu na szczególnie charakter tej działalności (możliwość ingerowania w zdrowie pacjentów i inne ich dobra np. intymność), ustawodawca dopuszcza ograniczenia podjęcia i prowadzenia takich praktyk (np. wymagając posiadania prawa wykonywania zawodu, spełnienia warunków technicznych, sanitarnych itd.). Limity te muszą być jednak ujęte ustawowo i nie mogą wykraczać poza potrzebę ochrony dóbr pacjentów i należytego wykonywania zawodu medycznego.

Regulacja konstytucyjna w obszarze ochrony zdrowia dotyczy jednak przede wszystkim praw i wolności pacjenta. Na plan pierwszy wysuwają się przepisy chroniące życie (art. 38 Konstytucji RP) oraz zdrowie (art. 68 Konstytucji RP), które kreują uprawnienie chorego do uzyskania pomocy medycznej, w tym finansowanej ze środków publicznych. Prawa te są następnie gwarantowane na poziomie ustaw zwykłych, w szczególności w art. 6 i 7 PrawPacjU oraz w aktach korporacyjnych, obligujących pracowników medycznych do niesienia profesjonalnej pomocy (np. art. 30 ZawLekU oraz art. 12 ZawPielU).

Norma konstytucyjna stoi na straży również innych praw pacjenta, wyprzedzanych z poszanowania godności (art. 30 Konstytucji RP) oraz prywatności (art. 47 Konstytucji RP). Regulacje te dają podstawę ochrony tajemnicy me-

dycznej, intymności pacjenta oraz jego nietykalności cielesnej. W tym ostatnim obszarze warto też zwrócić uwagę na art. 41 Konstytucji RP oraz art. 31 ust. 1 Konstytucji RP, z których wyprowadza się m.in. prawo pacjenta do wyrażenia zgody albo sprzeciwu na daną czynność medyczną. Uprawnienia te są następnie szeroko opisane w ustawach zwykłych, zarówno od strony praw pacjenta, jak i odzwierciedlających je powinności personelu medycznego.

W kontekście tych konstytucyjnie chronionych praw i wolności należy jeszcze zwrócić uwagę na art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który statuuje tzw. zasadę proporcjonalności. W myśl tego przepisu wszelkie ograniczenia tych praw i wolności muszą zostać określone ustawowo i są dopuszczalne tylko wtedy, gdy limitowanie to jest konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą też naruszać istoty wolności i praw. Zasada ta ma fundamentalne znaczenie zarówno na etapie tworzenia przepisów, jak i później ich stosowania, w tym w zakresie praw pacjenta. Wyjątki od tych praw np. dotyczące ujawnienia tajemnicy medycznej, wykonania zabiegu bez zgody chorego, muszą mieć wyraźną ustawową regulację, a ponadto należy je interpretować ściśle w myśl reguły *exceptiones non sunt extendendae*.

Ponadto w Konstytucji RP znajdują się przepisy, które obligują organy państwowe do podejmowania różnych działań w sferze ochrony zdrowia poszczególnych grup podmiotów np. pracowników (art. 66 Konstytucji RP), dzieci, osób niepełnosprawnych oraz kobiet ciężarnych (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP), a także przeciwdziałania zdarzeniom, które mogą być groźne dla życia lub zdrowia (np. w zakresie chorób zakaźnych – art. 68 ust. 4 Konstytucji RP). Postanowienia te zostają następnie rozwinięte w aktach niższej rangi np. ochronie kobiet ciężarnych służy ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, a przeciwdziałaniu chorobom zakaźnym i epidemiom jest poświęcona ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W dalszych częściach opracowania zostały zatem zamieszczone akty zawierające regulacje stanowiące uzupełnienie wspomnianych norm konstytucyjnych. B. Podstawowym aktem prawnym, kreującym system ochrony zdrowia w Polsce, jest ustawa z 15.4.2011 r. o działalności leczniczej. W początkowej części zawiera ona tzw. słowniczek pojęć ustawowych, w którym znajdują się definicje legalne (czyli wiążące) takich terminów jak: osoba wykonująca zawód medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, szpital, świadczenie zdrowotne itd. Mając na względzie pozycję ustrojową tej ustawy, pojęcia te należy rozumieć w całym systemie prawa medycznego zgodnie z ich określeniami ujętymi w tym słowniczku. Ma on zatem istotne znaczenie dla wykładni innych przepisów medycznoprawnych. Poza tym ustawa ta wymienia kategorie podmiotów, które mogą prowadzić działalność leczniczą, a także wskazuje jej rodzaje np. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Podaje również warunki podjęcia poszczególnych typów takiej działalności, strukturę podmiotów ją prowadzących oraz zasady ich kontroli. Ponadto w ustawie zostały opisane szczególne uprawnienia osób zatrudnionych w takich podmiotach (np. art. 62) i czas pracy takich osób (art. 93

## Wprowadzenie

i nast. ustawy). W ustawie znajdują się też szczegółowe postanowienia, dotyczące danych czynności wykonywanych w ramach działalności leczniczej np. przeprowadzanie sekcji zwłok (art. 31–32), obowiązek zawiadomienia Policji o przyjęciu albo zgonie pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić (art. 28a). Istotne postanowienie zawarte jest też w art. 15a, który gwarantuje wzmoczoną ochronę (należną funkcjonariuszowi publicznemu), każdej osobie wykonującej zawód medyczny, która udziela świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym. C. Kolejnym fundamentalnym aktem prawnym, który ma znaczenie ustrojowe, jest ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Znajduje ona uniwersalne zastosowanie, gdyż kreuje prawa pacjenta bez względu na to, kto udziela mu świadczeń zdrowotnych. Można zatem przyjąć, że pośrednio jest adresowana do wszystkich podmiotów wykonujących takie świadczenia, które to podmioty są zobowiązane do poszanowania praw pacjenta i które mogą ponieść odpowiedzialność cywilną za ich naruszenie (na zasadach art. 4). Podobnie, jak w ustawie o działalności leczniczej, i w omawianym akcie znajduje się słowniczek pojęć ustawowych (art. 3), w którym zdefiniowano m.in. takie terminy jak: opiekun faktyczny, osoba bliska i pacjent. Stosując wykładnię systemową należy w pozostałych aktach prawa medycznego przyjąć rozumienie tych pojęć nadane we wspomnianym przepisie. Następnie w ustawie opisano poszczególne prawa pacjenta m.in. do uzyskania świadczenia zdrowotnego (rozdział 2), do informacji (rozdział 3), zachowania tajemnicy medycznej (rozdział 4) oraz do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (rozdział 5). Unormowania te są do pewnego stopnia koherentne z przepisami ujętymi w aktach korporacyjnych, które zagadnienia te regulują od strony powinności pracownika medycznego. Można zatem w uproszczeniu przyjąć, że są one lustrzanym odbiciem tych unormowań. Innymi słowy, to, co jest prawem pacjenta, stanowi jednocześnie obowiązek pracownika medycznego.

Istotnym fragmentem ustawy jest rozdział 7, w którym opisano kwestie dotyczące dokumentacji medycznej. W szczególności więc określono jej elementy konstrukcyjne, zasady udostępniania (w tym odpłatność za taką czynność), przechowywania i niszczenia. Waga tych regulacji wyraża się w tym, że znajdują one zastosowanie wobec wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. W drodze omawianej ustawy dokonano więc unifikacji tych postanowień.

Obszerny fragment ustawy poświęcony jest specjalnej instytucji, która stoi na straży poszanowania praw pacjenta – Rzecznikowi Praw Pacjenta (rozdział 12). Opisano zatem zasady powoływania osoby na to stanowisko, zakres zadań i kompetencji Rzecznika oraz stosowane przez niego procedury.

Ochronie praw pacjenta służą także przepisy ustawy dotyczące możliwości dochodzenia roszczeń cywilnych z tytułu tzw. zdarzeń medycznych. W rozdziale 13a, dodanym do ustawy w 2011 r., zdefiniowano pojęcie zdarzenia medycznego (art. 67a) oraz opisano postępowanie przed tzw. wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzenia medycznych (np. krąg podmiotów uprawnionych do składania wniosku wszczynającego procedurę, treść tego wniosku i termin wystąpienia z nim, poszczególne ogniwa postępowania oraz reguły wydawania orzeczeń). D. W obszarze aktów ustrojowych warto jeszcze wska-

zać ustawę z 19.8.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Mimo że nie odnosi się ona do wszystkich pacjentów i podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, lecz tylko do pewnej ich kategorii, ma ważne miejsce w systemie ochrony zdrowia. Aksjologicznie ukazuje bowiem sposoby traktowania osób niepełnosprawnych, którym przysługuje wzmożona ochrona zdrowotna (zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP). Ustawa kompleksowo normuje więc zasady ochrony zdrowia psychicznego, która obejmuje nie tylko zabiegi terapeutyczne, ale również promocję zdrowia psychicznego oraz świadczenie wielostronnej pomocy i opieki niezbędnej dla życia osób psychicznie chorych w środowisku społecznym i rodzinnym. Z punktu widzenia medycznego, istotne znaczenie mają rozdziały 2 i 3, które regulują postępowanie związane z przyjęciem osoby chorej psychicznie do szpitala, jej leczenie oraz wypisanie ze szpitala. Ustawodawca unormował w nich również podstawowe prawa pacjenta, na straży których stoi powołany z dniem 1.1.2006 r. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 10a–10d). Na szczególną uwagę zasługują również przepisy dotyczące możliwości przyjęcia do szpitala oraz podjęcia terapii osób psychicznie chorych w przypadkach braku ich zgody. Unormowania tych kwestii wprowadzone do ustawy stanowiły pierwszą tak zasadniczą regulację w prawie polskim. W celu zabezpieczenia praw pacjenta w tym zakresie przewidziano odpowiednie procedury kontrolne, stosowane przez sąd opiekuńczy. Postępowanie przed tym sądem jest przedmiotem rozdziału 5. ustawy. Z kolei, rozdział 6 zawiera przepisy szczególne dotyczące ochrony tajemnicy psychiatrycznej. Stanowią one uzupełnienie regulacji zawartej w rozdziale 4. PrawPacjU oraz w odpowiednich przepisach aktów korporacyjnych np. art. 40 ZawLekU.

IV. Kolejny moduł opracowania poświęcony jest tzw. aktom korporacyjnym, tj. regulującym zasady wykonywania poszczególnych profesji medycznych. We fragmencie tym zamieszczono ustawę z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawę z 15.7.2011 r. o zawodach pielęgniar-ki i położonej. Przedmiotem ich regulacji jest głównie określenie zasad nabywania prawa wykonywania zawodu oraz jego realizacji. Ponadto, ustawy te opisują możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych, poprzez odbywanie specjalizacji. Znaczące fragmenty omawianych regulacji poświęcone są obowiązkowi przedstawicieli tych profesji w relacji do pacjentów. Przepisy te kreują zatem podstawową powinność, którą jest niesienie pomocy medycznej w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki (art. 30 ZawLekU i art. 12 ZawPielU). Ponadto statuują obowiązki w sferze informacyjnej (art. 31 ZawLekU i art. 16 ZawPielU), uzyskania zgody na zabieg medyczny (art. 32–34 ZawLekU) oraz poszanowania tajemnicy medycznej (art. 40 ZawLekU i art. 17 ZawPielU). Definiują też specyficzne uprawnienia przysługujące przedstawicielom tych profesji np. swobody wyboru metody leczniczej (art. 4 ZawLekU), ordynowania leków (art. 42 ZawLekU i art. 15a ZawPielU), dostępu do dokumentacji medycznej (art. 13 ZawPielU), możliwości odmowy niesienia pomocy, w tym skorzystania z tzw. klauzuli sumienia (art. 38–39 ZawLekU i art. 12 ZawPielU) oraz kierowania eksperymentem medycznym (art. 23 ZawLekU) i uczestniczenia przy jego przeprowadzaniu (art. 14 ZawPielU). Ponadto akty te zapewniają tym osobom wzmożoną ochronę karno-

## Wprowadzenie

prawną, należną funkcjonariuszowi publicznemu (art. 44 ZawLekU i art. 11 ust. 2 ZawPielU). Ochronie tych profesji służą też przepisy karne, zamieszczone w końcowej części ustaw, penalizujące udzielania świadczeń zdrowotnych bez posiadania stosownych uprawnień (art. 58 ZawLekU i art. 84–85 ZawPielU).

Uzupełnieniem tych regulacji są przepisy, w których ujęto możliwość tworzenia samorządów zawodowych oraz opisujące specyficzne zasady odpowiedzialności korporacyjnej za tzw. przewinienie zawodowe. W odniesieniu do lekarzy i lekarzy dentyistów znajduje w tej sferze zastosowanie ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich, a w przypadku pielęgniarek i położonych – ustawa z dnia 1.7.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położonych. Dla zilustrowania tych konstrukcji (są one bowiem analogiczne przy obu tych profesjach) w niniejszym zbiorze zamieszczono pierwszy z tych aktów.

W części dotyczącej tworzenia i funkcjonowania samorządu zawodowego ustawa o izbach lekarskich stanowi wykonanie dyspozycji art. 17 Konstytucji RP. Uregulowano w niej zatem strukturę samorządu – jego organy oraz zasady ich powoływania, zadania i uprawnienia. Określano też relacje między członkami samorządu a samorządem. W części dotyczącej odpowiedzialności zdefiniowano zaś pojęcie przewinienia zawodowego (art. 53 IzbaLekU). Następnie elementy procedury w tych sprawach (art. 55 i nast. IzbaLekU) oraz organy i podmioty, występujące w takim postępowaniu (Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Sąd Lekarski, pokrzywdzony, obwiniony). W odniesieniu do obwinionego uregulowano jego prawa, w szczególności prawo do obrony (art. 58 IzbaLekU). W art. 83 IzbaLekU zamieszczono katalog kar, które mogą być orzeczone przez sąd korporacyjny. W dalszych przepisach szczegółowo opisano, na czym kary te polegają oraz jakie wywołują skutki dla skazanego. Następnie uregulowano zasady postępowania odwoławczego (prowadzonego przez Naczelnego Sąd Lekarski) oraz kasacyjnego (przed Sądem Najwyższym).

Biorąc pod uwagę, że ten typ odpowiedzialności pracowników medycznych może być dość dolegliwy (np. kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu, kary pieniężne), warto by znali oni tę regulację, zwłaszcza w obszarze przysługujących im praw, jako obwinionych, a także zdawali sobie sprawę z konsekwencji, które mogą ich spotkać w razie skazania. V. Trzeci moduł opracowania został poświęcony wybranym czynnościom medycznym, które nie muszą mieć charakteru leczniczego (tzw. czynności nieterapeutyczne). W grupie tej mieści się przerywanie ciąży, dokonywanie przeszczepów oraz działania związane z zapobieganiem i leczeniem chorób zakaźnych. A. Wiele kontrowersji budzi działalność pracowników medycznych w zakresie przerywania ciąży. W prawie polskim nielegalne dokonanie aborcji stanowi przestępstwo, stypizowane w art. 152 KK, zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3. Przepis ten jednak przewiduje, że wspomniany czyn zostaje popełniony tylko w przypadku naruszenia przepisów ustawy. Chodzi o ustawę z 7.1.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. W szczególności zawiera ona w art. 4a ust. 1 trzy przesłanki dopuszczalności przerywania ciąży. Są to:

- 1) przesłanka zdrowotna – ciążą stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
- 2) przesłanka teratologiczna – badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
- 3) przesłanka kryminalna – zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciążą powstała w wyniku czynu zabronionego (warto podkreślić, że w podanej sytuacji nie chodzi tylko o przestępstwo zgwałcenia – art. 197 KK, ale o wszelkie czyny zabronione, których następstwem może być zejście w ciążę np. seksualne nadużycie małoletniego poniżej 15 r.ż. – art. 200 KK oraz kazirodztwo – art. 201 KK. Przesłanka ta będzie zrealizowana również wówczas, gdy sprawcy czynu nie będzie można przypisać winy, np. z powodu nieopracowalności).

W 1997 r. uchylona została przesłanka społeczna, uprawniająca do przerwania ciąży, w przypadku, gdy kobieta ciężarna znajdowała się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej.

Ustawa określa ponadto wymogi proceduralne, które muszą zostać spełnione dla legalnego usunięcia ciąży. Niezbędnym warunkiem jest uzyskanie uświadomionej zgody kobiety ciężarnej lub jej przedstawiciela ustawowego, ewentualnie sądu opiekuńczego. Ponadto, zabiegu musi dokonać lekarz posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, określone w rozporządzeniu wykonawczym Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22.1.1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzenia, że ciążą zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz.U. Nr 9, poz. 49). Realizacja tych wymogów jest konieczna dla wykluczenia odpowiedzialności karnej, o której była mowa na wstępie. B. Współczesna medycyna umożliwia coraz szersze przeprowadzanie transplantacji. Jednakże wykonanie takiego zabiegu, zwłaszcza *ex vivo*, jest jednocześnie najczęściej ciężkim uszczerbkiem dla zdrowia dawcy. W przypadku zaś pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu ze zwłok, powstaje konieczność stwierdzenia ze 100% pewnością, że dawca nie żyje. Niezbędne jest zatem przestrzeganie odpowiednich procedur i zasad, legalizujących działania pracownika medycznego. W przeciwnym wypadku może on ponieść odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i w szczególności karną np. za nieumyślne spowodowanie śmierci albo uszczerbku na zdrowiu.

Przesłanki legalizujące transplantację zostały określone w ustawie z 1.7.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Wyróżnia ona dwie metody pobierania wspomnianego materiału do transplantacji: *ex mortuo* (ze zwłok) oraz *ex vivo* (od żywego dawcy). W pierwszym wypadku stosuje się zasadę domniemanej zgody, czyli tzw. system *opting out*. Przyjmuje się bowiem, że pobranie narządu jest dopuszczalne, jeśli zmarły za życia nie wyraził sprzeciwu. Oznacza to, że nie ma potrzeby dociekać, czy udzielił zgody. Sprzeciw może być wyrażony w formie wpisu do odpowiedniego rejestru albo przybrać postać pisemne-

## Wprowadzenie

go oświadczenia lub oświadczenia złożonego ustnie w obecności co najmniej 2 świadków, potwierdzonego przez nich na piśmie.

Naturalnie, warunkiem koniecznym do zastosowania tej procedury jest stwierdzenie zgonu dawcy. Aktualnie przyjmuje się, że zgon następuje w wyniku trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Kwestie te reguluje art. 43a ZawLekU, a kryteria i sposób stwierdzenia zgonu określone zostały w obwieszczeniu Ministra Zdrowia Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 4.12.2019 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. z 2019 r. poz. 73).

Bardziej rozbudowane uwarunkowania dotyczą możliwości pobrania narządów i tkanek od żywego dawcy. Szczegóły w tym zakresie opisuje rozdział 3 ustawy. Określa on krąg podmiotów, którzy mogą być dawcami, wskazuje na wymóg uświadomionej i dobrowolnie wyrażonej zgody oraz konieczność uzyskania w niektórych przypadkach opinii Komisji Etycznej Rady Transplantacyjnej.

Pozostałe przepisy ustawy poświęcone są w szczególności: pobieraniu tkanek i narządów od zwierząt, tworzeniu banku tkanek i komórek oraz utworzeniu i działalności kilku instytucji zajmujących się transplantacjami (np. Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnemu ds. Transplantacji – „Politransplant”). C. Katalog aktów prawnych poświęconych danym czynnościom medycznym zamyka ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Jej postanowienia są uzupełnieniem normy, zawartej w art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, który obliguje władze publiczne do zwalczania chorób epidemicznych. Ponadto postanowienia tego aktu korelują z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, zawierają bowiem istotne ograniczenia od wolności obywatelskich, podyktowane koniecznością ochrony zdrowia innych osób (np. poprzez izolację, kwarantannę, stosowanie przymusu bezpośredniego wobec chorych zakaźnie). Podobnie jak w innych aktach medycznoprawnych, na początku ustawy zamieszczono słowniczek pojęć wraz z ich legalnymi definicjami, specyficznych dla tej regulacji. Przykładowo więc określono takie terminy jak: choroba zakaźna, choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna, dochodzenie epidemiologiczne, epidemia, izolacja, kwarantanna, nosiciel, podejrzany o chorobę zakaźną itd. (art. 2). W dalszej części ustawy oraz w innych aktach medycznoprawnych, posługujących się takimi terminami, należy przyjmując rozumienie podane w tym słowniczku. Następnie określono obowiązki osób przebywających na terenie RP w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych. W szczególności więc powinnością takich osób jest poddawanie się zabiegom sanitarnym, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, leczeniu, w tym hospitalizacji oraz izolacji (art. 5). W dalszej części ustawy szczegółowo opisano zasady wykonywania tych czynności oraz krąg podmiotów, które są im poddawane. Na szczególną uwagę zasługują przepisy dotyczące obowiązkowych szczepień ochronnych (art. 17), które są obecnie silnie kontestowane przez tzw. ruchy antyszczepionkowe. Warto podkreślić, że powinność poddania się takim szczepieniom wynika z mocy tej ustawy, a jej nałożenie nie wymaga żadnych dodatkowych aktów indywidualizujących (np. decyzji



administracyjnych). Ustawa nie zawiera jednak sankcji za odmowę poddania się szczepieniom. Mogą one być jednak stosowane na mocy innych przepisów, mianowicie ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji oraz art. 116 KW.

W ustawie zawarto też przepisy administracyjne, poświęcone organom publicznym, wykonującym działania przeciw chorobom zakaźnym (rozdział 7), a także określono zadania innych podmiotów związane z taką ochroną (np. w sferze zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych – art. 14).

Z perspektywy praw pacjenta, a ściślej ich ograniczenia, na szczególną uwagę zasługują przepisy, pozwalające na stosowanie przymusu bezpośredniego. Jest to regulacja stosunkowo rzadko spotykana w polskim ustawodawstwie. Użycie takiego przymusu silnie bowiem ingeruje w wolności obywatelskie, musi zatem być gruntownie uzasadnione (zwłaszcza w aspekcie zasady proporcjonalności, proklamowanej w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). W przypadku chorób zakaźnych sięgnięcie po taki przymus jest umotywowane potrzebą ochrony zdrowia, nawet życia innych osób, a zatem bezpieczeństwa zdrowotnego szerszej populacji. Stąd też ustawodawca, w art. 36 ust. 1, zdecydował, że zastosowanie przymusu bezpośredniego jest dopuszczalne wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób. Następnie precyzyjnie opisano procedury posłużenia się przymusem oraz podano i zdefiniowano jego rodzaje. Szkoda jednak, że w przeciwnieństwie do poprzedniej ustawy, nie zapewniono takiej osobie odpowiedniej ochrony sądowej. Jest to zatem rozwiązywanie uwsteczniające regulację stojącą na straży poszanowania praw i wolności obywatelskich.

O przydatności i aktualności tej regulacji świadczy jej powszechne obecnie stosowanie w związku z epidemią wirusa SARS-CoV-2 i wywołanej nim choroby COVID-19. W reakcji na zagrożenie wynikające z tego drobnoustroju ustawodawca dokonał kilku istotnych zmian omawianej ustawy, skupionych głównie w rozdziale 8. oraz w dodanym rozdziale 8a. W myśl tych przepisów rozszerzono możliwość wprowadzania ograniczeń, nakazów i zakazów w wypadku zagrożenia epidemicznego i stanu epidemii. Ponadto rozbudowano regulację umożliwiającą skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii (art. 47). Zostały też dodane przepisy, na podstawie których mogą być nakładane kary pieniężne za niezastosowanie się do wprowadzonych ograniczeń i nakazów. Sankcje te są dość surowe, gdyż mogą sięgać kwoty nawet 30.000 zł. Ich dolegliwość może być ponadto spotęgowana możliwością nakładania ich wielokrotnie, co sprawia, że *de facto* nie ma ich górnego limitu. Posunięcie to, choć zrozumiałe w dobie walki z pandemią tzw. koronawirusa, budzi istotne zastrzeżenia w świetle ochrony praw obywatelskich. Uprawnia bowiem dość szeroko organ administracyjny (głównie inspektora sanitarnego) do stosowania sankcji, które powinny być orzekane przez sądy karne. Tego typu sankcje, o charakterze represyjnym, są bowiem domeną prawa karnego. Ich zaś wymierzanie powinno następować w procedurze karnej (ewentualnie wykroczeniowej), w której zostały opisane mechanizmy kontrolne ich

## Wprowadzenie

orzekania oraz dyrektywy, którymi powinien kierować się organ procesowy. Obecna regulacja, dotycząca omawianych kar, nie zawiera zaś takich postanowień.

Biorąc pod uwagę, że adresatami tych nowych regulacji są w szczególności osoby wykonujące zawody medyczne, oraz że możliwe jest stosowanie wobec nich wspomnianych sankcji, pożądane jest, by osoby te zapoznały się w tymi unormowaniami.

VI. W kolejnym module zbioru zamieszczono przepisy, które wypadkowo tyczą się czynności wykonywanych przez pracowników medycznych, bądź związane są z ich działalnością zawodową. A. Jedną z czynności wykonywanych przez lekarza, zastrzeżoną do jego kompetencji, jest stwierdzanie zgonu. Ogólną podstawę w tym zakresie stanowi art. 43 ZawLekU, zgodnie z którym lekarz może stwierdzić zgon, co do zasady, tylko na podstawie osobiste wykonanych badań i ustaleń. Rozwinięcie tego unormowania następuje w przepisach szczególnych. Przede wszystkim znajduje zastosowanie art. 11 ustawy z 31.1.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Przewiduje on, że zgon i jego przyczyny powinny być ustalone przez lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie. Stwierdzenie zgonu następuje w wydanej tzw. karcie zgonu, której zasady wystawienia oraz wzór został określony w przepisach wykonawczych, a zwłaszcza w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3.8.1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny. Na gruncie tej ustawy warto również zwrócić uwagę na jej art. 11 ust. 8, który obliguje lekarza stwierdzającego zgon, do powiadomienia organów ścigania, jeśli ma on uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo. Niewykonanie tej powinności jest zabezpieczone sankcjami karnymi opisanymi w art. 18 ustawy. Jest to zatem prawny obowiązek denuncjacji, który ma pierwszeństwo przed zachowaniem tajemnicy medycznej. Lekarz musi więc powiadomić te organy, nie bacząc na konieczność poszanowania dyskrekcji medycznej, a jeśli ujawni ją (w tym zakresie), nie poniesie z tego tytułu odpowiedzialności prawnej. B. Współcześnie postuluje się stosowanie modelu partnerskiego między pracownikiem medycznym i pacjentem. Jego realizacja uwarunkowana jest jednak upodmiotowieniem pacjenta, który zostaje poinformowany o stanie zdrowia i planowanych zabiegach oraz włączony w proces decyzyjny w tym zakresie. Przesłanką wspomnianego modelu jest więc dobrowolne wyrażenie uświadomionej zgody przez pacjenta (lub inną uprawnioną osobę), na podjęcie określonych czynności leczniczych. Przepisy prawa medycznego poświęcają więc tej materii wiele miejsca (w szczególności art. 15–19 PrawPacjU i art. 32–35 ZawLekU), formułując warunki skutecznej prawnie aprobaty na interwencję medyczną. Wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta stanowi zaś przestępstwo, stypizowane w art. 192 KK i zabezpieczone sankcją nawet do 2 lat pozbawienia wolności. Poza tym przeprowadzenie terapii bez zgody pacjenta delegalizuje proces leczniczy również z punktu widzenia prawa cywilnego i stanowi podstawę dochodzenia roszczeń odszkodowawczych.

Niekiedy jednak konieczne jest przeprowadzenie czynności medycznej bez zgody, a nawet wbrew woli pacjenta. Postępowanie takie jest uzasadnione z jednej strony ochroną samego chorego, który ze względu na swój stan

psychofizyczny nie może skutecznie wyrazić zdania (np. osoby chore psychicznie). Z drugiej strony pojawia się potrzeba przeciwdziałania pewnym zachowaniom negatywnie ocenianym społecznie i szkodliwym dla otoczenia, a którym można zapobiec stosując odpowiednią terapię. Do źródeł takich zachowań należą uzależnienia od narkotyków i alkoholu. W przepisach medycznoprawnych dopuszczono zatem możliwość podejmowania przymusowych działań terapeutycznych wobec osób w nałogu. Spełnienie przesłanek ustawowych takich czynności powoduje, że zachowanie pracownika medycznego jest legalne i nie poniesie on odpowiedzialności za wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta. W zbiorze zamieszczono wyciągi dwóch aktów, dotyczących tej materii, mianowicie ustawy z 29.7.2005 r. przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Obie statuują jako zasadę dobrowolności leczenia, wyjątkowo dopuszczają jednak przymusową terapię. Przy czym leczenie osób uzależnionych od narkotyków zostało ujęte dość wąsko. W myśl art. 30 NarkU, jest ono stosowane jedynie wobec osób małoletnich. Z kolei skierowane na leczenie antyalkoholowe mogą być również osoby pełnoletnie. Art. 24 AlkoholU wskazuje przesłanki poddania osoby takiej terapii. Są nimi powodowanie rozkładu życia rodzinnego, demoralizowanie małoletnich, uchylanie się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematyczne zakłócanie spokoju lub porządku publicznego. Wszystkie te okoliczności muszą pozostawać w związku z nadużywaniem alkoholu. Ustawy opisują następnie procedury (sądowe) kierowania na leczenie, podmioty, które je realizują i zasady jego przeprowadzania.

Niekiedy u podstaw wykonania danej czynności medycznej leży potrzeba ochrony dobra wymiaru sprawiedliwości, w szczególności w zakresie ustalenia sprawstwa oraz zakresu potencjalnej odpowiedzialności. Zagadnienie to jest dobrze widoczne w odniesieniu do czynów godzących w bezpieczeństwo ruchu, zwłaszcza drogowego. Warto przypomnieć, że w myśl art. 178a KK prowadzenie pojazdu mechanicznego przez kierującego w stanie nietrzeźwości stanowi przestępstwo. Jeśli zaś kierujący pozostaje w stanie po użyciu alkoholu, popełnia wykroczenie (art. 87 KW). Konieczne jest zatem zwerifikowanie stanu trzeźwości takiej osoby. Jednym ze sposobów sprawdzenia tej okoliczności jest zaś badanie krwi. Ustawodawca dopuścił zatem jej przymusowe pobranie. Problematyce tej poświęcone są art. 129i–129k ustawy z 20.6.1997 r. prawo o ruchu drogowym. Przepisy te generalnie preferują dobrowolne poddanie się badaniu wydychanego powietrza. Jeśli jednak stan badanego uniemożliwia przeprowadzenie takiego testu urządzeniem elektronicznym lub osoba ta odmawia poddania się takiemu badaniu, ustalenie zawartości w organizmie alkoholu następuje na podstawie badania krwi. Może ono być przeprowadzone także bez zgody zainteresowanego. Wykonuje się je wówczas na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 47 ust. 2 AlkoholU Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie (Dz.U. z 2018 r. poz. 2472). Badanie krwi oraz innych wydzielin, osoby podejrzanej, podejrzanego oraz oskarżonego może również nastąpić na zasadach określonych w art. 74 KPK. C. W grupie

## Wprowadzenie

przepisów związkowych należy zamieścić też Kodeks postępowania karnego i Kodeks postępowania cywilnego. Pracownicy medyczni mogą bowiem wielopłaszczyznowo wspomagać organy wymiaru sprawiedliwości. W szczególności mogą stanowić cenne źródło dowodowe. Niejednokrotnie, udzielając świadczeń zdrowotnych, uzyskują wiedzę o okolicznościach (np. obrażeniach ciała), które mogą mieć znaczenie dla ustalenia sprawstwa i zakresu odpowiedzialności. Stąd też osoby takie mogą występować w charakterze świadków. Jednakże informacje, które mogłyby przekazać w trakcie zeznań, są często objęte tajemnicą medyczną. Przepisy proceduralne zawierają zatem rozwiązania dotyczące tej kolizji. Na gruncie postępowania karnego możliwe jest zwolnienie z takiej dyskrekcji – art. 180 KPK. Z kolei w procedurze cywilnej osoba związana tajemnicą medyczną powinna odmówić udzielenia odpowiedzi na pytanie, jeśli łączyłaby się ona z pogwałceniem dyskrekcji (art. 261 § 2 KPC). Sąd cywilny nie został zaś uprawniony do zwolnienia z takiej tajemnicy.

Pracownicy medyczni posiadają też specjalistyczną wiedzę, która może być pomocna do ustalenia okoliczności istotnych przy wyrokowaniu. Mogą zatem być powołani do sprawy jako biegli. Przepisy proceduralne opisują zasady sporządzania opinii przez biegłych i jej prezentowania (art. 193–206 KPK oraz art. 278–291 KPC). Dane, interesujące organy ścigania, mogą być też zawarte w dokumentacji medycznej. W powołanych aktach opisano zatem reguły zatrzymywania i udostępniania takich dokumentów (art. 225–226 KPK i 248 KPC). Ponadto pracownicy medyczni mogą być niezbędni do wykonania niektórych czynności procesowych z udziałem stron postępowania, w szczególności w zakresie ustalenia ich stanu zdrowia (np. poczytalności sprawcy lub jego stanu nietrzeźwości, a także stopnia obrażeń, które poniósł pokrzywdzony). Toteż przepisy proceduralne wyposażają ich w kompetencje wykonania odpowiednich badań i przekazania wyników organom procesowym. Przykładowo materii tej dotyczy art. 74 KPK i akty wykonawcze wydane na jego podstawie Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 23.2.2005 r. w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego oraz osoby podejrzanej (Dz.U. Nr 33, poz. 299 ze zm.).

VII. Wykonywanie procedur medycznych niejednokrotnie skutkuje naruszeniem, albo co najmniej narażeniem dóbr pacjenta. Niekiedy powstanie uszczerbku na zdrowiu jest naturalną konsekwencją zastosowania określonej metody terapeutycznej i wynika ze wskazań medycznych (np. resekcja pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy). Często jednak dochodzi do niezamierzonych następstw czynności leczniczych. Mogą one prowadzić do rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała na nawet śmierci pacjenta. W takich przypadkach powstaje problematyka odpowiedzialności pracownika medycznego lub podmiotu leczniczego. W prawie polskim osoby wykonujące zawód medyczny mogą podlegać kilku reżimom odpowiedzialności: cywilnej, pracowniczej, karnej, zawodowej, a nie kiedy też służbowej. Wszystkie oparte są na innych przesłankach, mają do nich zastosowanie odrębne procedury i zasadniczo są one niezależne od siebie. A. Odpowiedzialność cywilna ma głównie funkcję kompensacyjną i polega na wyrównaniu uszczerbku, który odniósł poszkodowany. Zasady jej ustalania uregulowane są w ustawie z 23.4.1964 r. – Kodeks cywilny. Pracownik medyczny może odpowiadać we-

dług tych przepisów w oparciu o dwa systemy odpowiedzialności: deliktowej i kontraktowej. Ta pierwsza występuje w sytuacji wyrządzenia szkody w wyniku tzw. czynu niedozwolonego, a jej podstawę stanowi art. 415 i nast. KC. Z kolei, odpowiedzialność kontraktowa ma miejsce w przypadku niewykonania albo nienależytego wykonania zobowiązania przez dłużnika i uregulowana jest w art. 471 i nast. KC. W sytuacji szkód spowodowanych przez pracownika medycznego mogą wejść grę oba te reżimy. Przykładowo, jeśli szkoda zostanie wyrządzona przez lekarza zatrudnionego w szpitalu, może wystąpić odpowiedzialność deliktowa. Jeśli natomiast, pracownik medyczny będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej przez siebie praktyki zawodowej – zawrze z pacjentem umowę o usługi lecznicze. Jej niewykonanie lub nienależyte wykonanie, wskutek czego pacjent poniesie szkodę, umożliwi dochodzenie roszczeń na zasadach odpowiedzialności kontraktowej.

Warto w tym miejscu nadmienić, że zasadniczo odpowiada sprawca szkody. Jednakże prawo cywilne zna odpowiedzialność za działania lub zaniechania osób trzecich. Wejdzie ona w grę w szczególności, gdy pracownik medyczny powierzy wykonanie określonych czynności swemu podwładnemu (art. 430 KC) albo też będzie wykonywał określone czynności z pomocą innych osób, którym powierzy wykonanie zobowiązania np. lekarz pielęgniarka, położnej itd. (art. 474 KC).

Powstanie odpowiedzialności cywilnej uwarunkowane jest spełnieniem następujących przesłanek:

- 1) musi wystąpić szkoda. Prawo nie definiuje tego pojęcia, stąd też przyjmuje się jego potoczne rozumienie, jako uszczerbku w jakimś dobru prawnym. Z punktu widzenia odpowiedzialności pracownika medycznego najistotniejsze są tzw. szkody na osobie, które mogą mieć postać uszkodzenia ciała oraz rozstroju zdrowia. Szkoda obejmuje tzw. faktyczny uszczerbek (*damnum emergens*), jak i utracone korzyści (*lucrum cessans*). Musi być ona jednak zawsze wymierna w pieniądzu. Należy zaś odróżnić od niej tzw. krzywdę, która polega na cierpieniach fizycznych lub moralnych. Sposobem kompensaty krzywdy jest tzw. zadośćuczynienie, które przysługuje poszkodowanemu, gdy ustawa tak stanowi. Z punktu widzenia medycznego, obowiązek wypłaty zadośćuczynienia powstanie w sytuacji uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art. 445 KC);
- 2) w większości przypadków odpowiedzialność osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oparta będzie na zasadzie winy. Pojęcie to obejmuje w prawie cywilnym element obiektywny tj. bezprawność zachowania sprawcy szkody oraz element subiektywny tj. umyślność albo zarzucalną nieumyślność. W przypadku błędnego leczenia, skutkującego szkodą, najczęściej wina pracownika medycznego będzie nieumyślna w postaci tzw. niedbalstwa. Jego ustalenie wymaga stwierdzenia, czy osoba wykonująca zabieg zachowała należyłą staranność, ocenianą z uwzględnieniem zawodowego charakteru jej działalności (art. 355 § 2 KC);
- 3) między wyrządzoną szkodą a zachowaniem sprawcy musi wystąpić tzw. związek przyczynowy. Zgodnie z art. 361 KC, przyjmuje się teorię tzw. adekwatnego związku przyczynowego, która zakłada, że zobowią-

## Wprowadzenie

zany do naprawienia szkody odpowiada tylko za normalne następstwa swego działania lub zaniechania. Jeśli więc przebieg powikłań danej choroby, powstałej np. na skutek zaniechania leczenia, jest nietypowy, ma charakter nadzwyczajnych komplikacji, pracownik medyczny nie poniesie odpowiedzialności.

Naprawienie szkody może polegać bądź to na przywróceniu stanu poprzedniego, bądź na zapłacie odpowiedniego odszkodowania (art. 363 KC). W przypadku szkód medycznych, najczęściej będzie miało zastosowanie to drugie rozwiązanie. Odszkodowanie będzie przysługiwało zarówno samemu poszkodowanemu (np. zwrot kosztów leczenia, rehabilitacji, pielęgnacji itp.; jak również renta w przypadku utraty całkowicie lub częściowo zdolności do pracy zarobkowej albo zwiększenia się potrzeb chorego lub zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość), jak i osobom trzecim (np. zwrot kosztów pogrzebu, renta, należna osobom, które były uprawnione do alimentacji przez zmarłego) – art. 444–447 KC. B. W sytuacji, gdy osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych wykonuje swój zawód w ramach stosunku pracy, może ponieść odpowiedzialność opisaną w ustawie z 26.6.1974 r. – Kodeks pracy. Wyróżnia on dwa rodzaje odpowiedzialności: porządkową i materialną. Ta pierwsza ma charakter represyjny i polega na zastosowaniu przez pracodawcę kar, określonych w art. 108 KP. Z kolei, odpowiedzialność materialna pełni funkcję kompensacyjną i polega na obowiązku naprawienia przez pracownika szkody wyrządzonej pracodawcy (art. 114 i nast. KP). Przesłanki jej stosowania są analogiczne, jak w prawie cywilnym, z pewnymi istotnymi odrębnościami. Zwłaszcza znaczące jest postanowienie art. 119 w zw. z art. 122 KP, zgodnie z którym, jeśli pracownik wyrządzi szkodę nieumyślnie, wysokość odszkodowania nie może przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia, przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. Ważne ograniczenie odpowiedzialności przewiduje również art. 120 KP. Stanowi on bowiem, że za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez pracownika, ale przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych, odpowiada wyłącznie pracodawca. Może on mieć jednak roszczenie regresowe (zwrotne) względem pracownika. Unormowanie to ma zastosowanie w przypadku, gdy szkodę wyrządzi osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych zatrudniona na podstawie stosunku pracy. Wówczas odpowiedzialnym względem pacjenta będzie wyłącznie pracodawca, którym może być w szczególności zatrudniający go podmiot leczniczy. C. Trzeci segment odpowiedzialności wynika z prawa karnego. Główną funkcją sankcji stosowanych w tej dziedzinie prawa jest represja, realizowana przez wyrządzenie sprawcy przestępstwa jakiejś dolegliwości, wskutek pozbawienie go albo ograniczenie dóbr prawnych (wolności, majątku, określonych praw). Podstawę prawną stanowi w tym zakresie ustawa z 6.6.1997 r. Kodeks karny. W części ogólnej określa on zasady odpowiedzialności karnej oraz kary i środki karne, które mogą być wymierzone za popełnienie przestępstwa. Natomiast w części szczególnej opisuje typy rodzajowe czynów zabronionych. Adresem żadnego z przestępstw spenalizowanych w Kodeksie karnym nie jest wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny. Jednakże, w oparciu o orzecznictwo sądowe można wskazać, kilka typów rodzajowych przestępstw, które z racji tej profesji mogą być popełnione

przez jej przedstawicieli. W szczególności są to tzw. przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu (art. 148–162 KK), wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (art. 192 KK), łapownictwo bierne (art. 228 KK), naruszenie tajemnicy zawodowej-medycznej (art. 266 KK) oraz poświadczenie nieprawdy (art. 271 KK).

Odpowiedzialność karna pracownika medycznego głównie powstaje w związku z błędem medycznym, skutkującym uszczerbkiem w dobrach pacjenta. Stąd też przypadki te należy rozpatrywać przez pryzmat konstrukcji przestępstwa nieumyślnego (art. 9 § 2 KK) np. nieumyślne spowodowanie śmierci – art. 155, nieumyślne narażenie na niebezpieczeństwo – art. 160 § 3. Dla poniesienia odpowiedzialności wymagane jest zatem ustalenie, że:

- 1) sprawca nie miał zamiaru popełnienia czynu,
- 2) nie zachował wymaganej w danych okolicznościach ostrożności,
- 3) popełnienie czynu nastąpiło na skutek niezachowania tej ostrożności, a więc między jej niezachowaniem, a czynem istnieje związek przyczynowy,
- 4) sprawca przewidywał możliwość popełnienia czynu, albo była ona co najmniej przewidywalna.

Niejednokrotnie pracownicy medyczni biorą udział w prowadzeniu prac eksperymentalnych, których następstwem może być zagrożenie albo naruszenie dóbr uczestników testu. Aby działania takie były legalne i nie uzasadniały odpowiedzialności karnej, muszą być przestrzegane warunki tzw. kontratypu dozwolonego eksperymentu, określone w art. 27 KK.

Kodeks karny dość dużo miejsca poświęca karom i środkom karnym oraz zasadom ich wymiaru. W przypadku odpowiedzialności pracowników medycznych najczęściej w grę będą wchodzić: grzywna (art. 33 KK), kara ograniczenia wolności (art. 34–36 KK) oraz tzw. terminowa kara pozbawienia wolności, trwająca zasadniczo od 1 miesiąca do lat 15 (art. 37 KK). Ponadto możliwe będzie orzeczenie niektórych środków karnych, a w szczególności: zakazu wykonywania zawodu (art. 41 § 1 KK) oraz podania wyroku do publicznej wiadomości (art. 43b KK). Z dniem 1.7.2015 r. został wprowadzony do Kodeksu karnego nowy typ środków, mianowicie kompensacyjne. U podstaw tej konstrukcji legło założenie, że prawo karne nie ma być ukierunkowane wyłącznie na sprawcę i ukaranie go, ale powinno również uwzględniać interes pokrzywdzonego. Należy zatem przewidzieć w prawie karnym takie instrumenty, które pozwolą ofierze uzyskać nie tylko naprawienie materialnej szkody, ale również zrekompensowanie jej krzywd. W tym duchu został ujęty w nowym brzmieniu art. 46 KK, w którym rozszerzono możliwość dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia, a w wypadku, gdy orzeczenie tych obowiązków byłoby znaczenie utrudnione, Kodeks dopuszcza możliwość zastosowania tzw. nawiązki zastępczej. Może być ona orzeczona nie tylko na rzecz pokrzywdzonego, ale – w wypadku jego śmierci – także dla osoby najbliższej, której sytuacja życiowa wskutek śmierci pokrzywdzonego uległa znacznemu pogorszeniu. Mając na względzie, że następstwem błędu medycznego może być uszczerbek na zdrowiu, a nawet śmierć pokrzywdzonego, zastosowanie tego środka w sprawach tego typu jest wysoce prawdopodobne.

## Wprowadzenie

Przepisy karne są jednak nie tylko ukierunkowane na represję wobec pracowników medycznych, ale mogą służyć także dla ich ochrony. Z badań ankietowych i doniesień medialnych wynika, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych coraz częściej stają się ofiarami przemocy. Może ona przybierać różnoraką postać i niekiedy zachowanie sprawcy może wyczerpywać znamiona czynu zabronionego. Generalnie ochrona pracownika medycznego następuje wówczas na zasadach ogólnych np. z tytułu zniesławienia (art. 212 KK), znieważenia (art. 216 KK), naruszenia nietykalności cielesnej (art. 217 KK). Zostaje ona jednak wzmoczona w sytuacji, gdy pracownik medyczny ma ochronę przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego. Wówczas nie tylko sankcje za takie zachowania są surowsze, ale również zmienia się tryb ścigania takich czynów, na publicznoskargowy (np. art. 222, 223, 226 KK). W niektórych przypadkach agresja kierowana jest nie na osobę, lecz na mienie lub polega na naruszeniu miru domowego. Zachowania takie również mogą uzasadniać odpowiedzialność karną, odpowiednio na podstawie art. 288 § 1 KK oraz 193 KK.

W Kodeksie karnym zostały też zdefiniowane przypadki tzw. prawnego obowiązku denuncjacji – art. 240 § 1 KK. Biorąc pod uwagę, że pracownicy medyczni mogą w związku z wykonywaniem swych obowiązków zawodowych ujawnić czyny, podlegające zawiadomieniu organów powołanych do ścigania przestępstw, znajomość tego przepisu jest szczególnie istotna.

VIII. W ostatniej części zbioru zamieszczono teksty aktów etyczno-deontologicznych, adresowanych do lekarzy i lekarzy dentyków oraz pielęgniarek i położonych. Jak już wspomniano na wstępie, co prawda akty te nie stanowią źródeł prawa w rozumieniu art. 87 Konstytucji RP (są nadane przez organy korporacyjne), ale mają istotne znaczenie również w praktyce prawnej. Zgodnie bowiem z ustawami zawodowymi, pracownicy medyczni są zobligowani przestrzegać postanowień tych aktów (art. 4 ZawLekU oraz art. 11 ust. 1 ZawPielU). Zrekonstruowanie prawidłowego postępowania wymaga zatem sięgnięcia do tych regulacji. Zagadnienie to jest doniosłe z punktu widzenia m.in. odpowiedzialności cywilnej. W myśl art. 355 § 2 KC, od dłużnika (którym w tym wypadku jest pracownik medyczny) wymaga się zachowania tzw. profesjonalnej staranności. W celu ustalenia jej zakresu, a zatem zwyfikowania, czy osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych zachowała się prawidłowo, konieczne jest odwołanie się m.in. do wymogów określonych w aktach etyczno-deontologicznych. Podobnie, znajdują one zastosowanie dla oceny, czy zostały zachowane wymagane reguły ostrożności, o których mowa w art. 9 § 2 KK. Ich przestrzeganie wyklucza zaś odpowiedzialność za czyny nieumyślne, a więc w szczególności za postępowanie skutkujące negatywnie dla zdrowia lub życia chorego. W tym sensie akty te mają znaczenie prawne. Ponadto ich naruszenie może stanowić tzw. przewinienie zawodowe (art. 53 IzbaLekU oraz art. 36 SamPielU), którego popełnienie uzasadnia odpowiedzialność przed sądem korporacyjnym. Postanowienia tych aktów są zatem kluczowe dla przypisania takiej odpowiedzialności. Poza tym normy zawarte w aktach etyczno-deontologicznych uzupełniają i służą interpretacji regulacji prawnych np. w obszarze obowiązku niesienia pomocy, zachowania tajemni-



## Wprowadzenie

cy medycznej, zakazu stosowania eutanazji, możliwości przerwania uporczywej terapii itd.

Pożądana jest więc znajomość tych regulacji zarówno przez przedstawicieli zawodów medycznych, jak i prawników uczestniczących w sprawach medycznych.

*Rafał Kubiak*

Łódź, 1 września 2020 r.