

ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA W ORZECZNICTWIE SĄDÓW LEKARSKICH

Iwona Wrzeźniewska-Wal

DOBRE PRAKTYKI W OCHRONIE ZDROWIA

ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA W ORZECZNICTWIE SĄDÓW LEKARSKICH

ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA W ORZECZNICTWIE SĄDÓW LEKARSKICH

Iwona Wrzeźniewska-Wal

DOBRE PRAKTYKI W OCHRONIE ZDROWIA



Wolters Kluwer

WARSZAWA 2020

Stan prawny na 1 września 2020 r.

Recenzent

Dr hab. Michał Królikowski

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Paulina Ambroży

Opracowanie redakcyjne

Anna Krzesz

Projekt okładek serii

Wojtek Kwiecień-Janikowski, Przemek Dębowski



Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujemy prawo i własność

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2020

ISBN 978-83-8223-047-5

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Gdzie prawo styka się z etyką
– moim córkom

SPIS TREŚCI

Wykaz najważniejszych skrótów	15
--	----

Wstęp	17
1. Pojęcia zdrowia i choroby – perspektywa lekarza i pacjenta	17
2. Zawód lekarza – rola kształcenia	19
3. Orzeczenia sądów lekarskich a prawo medyczne	22
4. Cel pracy	24
5. Struktura pracy	25
Podziękowania	27

Rozdział I

Samorząd zawodowy lekarzy. Zagadnienia ustrojowe	29
1. Pojęcie prawne samorządu zawodowego lekarzy, jego cele i zadania oraz struktura organizacyjna	29
1.1. Konstytucyjne umocowanie samorządu zawodowego ...	29
1.2. Samorząd zawodowy lekarzy – autonomia i struktura ...	32
1.3. Nadzór sądowo-administracyjny nad samorządem	37
1.4. Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza	40
1.5. Należyta staranność	41
2. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy	44
2.1. Odpowiedzialność zawodowa – próba definicji	44
2.2. Aksjologia odpowiedzialności zawodowej lekarzy	47
2.3. Charakter prawny odpowiedzialności zawodowej lekarzy	51

3. Organy odpowiedzialności zawodowej lekarzy	57
3.1. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej	57
3.2. Sąd lekarski	60
3.2.1. Konstytucyjne umocowanie sądu lekarskiego	60
3.2.2. Instancjonalność	61
3.2.3. Skład orzekający	62
3.2.4. Właściwość sądów lekarskich	64
3.2.5. Wyłączenie sędziego	65
3.3. Stosowanie prawa przez organy odpowiedzialności zawodowej	66
4. Podsumowanie i wnioski	69

Rozdział II

Instytucje prawa materialnego odpowiedzialności

zawodowej lekarza	71
1. Przewinienie zawodowe	71
1.1. Definicja przewinienia zawodowego	71
1.2. Pojęcie czynu	72
1.3. Niedookreśloność czynów	74
1.4. Bezprawność	78
1.5. Wina	80
1.6. Kontratypy i okoliczności wyłączające winę	84
1.7. Społeczna szkodliwość czynu	86
1.8. Przewinienie mniejszej wagi	91
2. Przedawnienie	94
2.1. Wstęp	94
2.2. Ujemna przesłanka procesowa	96
2.3. Terminy przedawnienia w ustawie o izbach lekarskich	98
2.4. Przewinienie zawodowe a przestępstwo	101
3. Kary	106
3.1. Pojęcie kary w odpowiedzialności zawodowej lekarzy	106
3.2. Wymiar kary	109
3.3. Katalog kar	114
4. Podsumowanie i wnioski	121

Rozdział III**Zagadnienia procesowe odpowiedzialności zawodowej**

lekarzy	123
1. Zagadnienia wstępne	123
2. Formy konsensualne	127
2.1. Efektywność postępowania	127
2.2. Dobrowolne poddanie się karze	129
2.3. Mediacja w sądzie lekarskim i w postępowaniu przed OROZ	130
3. Strony postępowania	136
3.1. „Lekarz, którego dotyczy postępowanie”, i lekarz obwiniony	136
3.2. Lekarz obwiniony	137
3.3. Pokrzywdzony	140
4. Postępowanie przed rzecznikiem	141
4.1. Podstawy wszczęcia postępowania wyjaśniającego	141
4.2. Zawiadomienie złożone przez prokuratora lub sąd karny	144
4.3. Postępowanie sprawdzające i wyjaśniające	147
4.4. Termin zakończenia postępowania wyjaśniającego	150
4.5. Przewlekłość	152
4.6. Kontrola sądu	153
4.7. Wniosek o ukaranie	155
5. Sąd lekarski I instancji	157
5.1. Zasada jawności	157
5.2. Przygotowanie rozprawy	159
5.3. Rozprawa główna	162
5.4. Orzeczenie	169
5.5. Uzasadnienie	170
6. Postępowanie dowodowe	173
6.1. Wstęp	173
6.2. Wniosek dowodowy	174
6.3. Dowód z urzędu	176
6.4. Wyjaśnienia obwinionego	177
6.5. Zeznania świadka	180
6.6. Dowód z opinii biegłego	184

6.6.1. Wiadomości specjalne i wiedza medyczna	184
6.6.2. Postanowienie o powołaniu biegłego	189
6.6.3. Opinia biegłego	190
6.6.4. Wyłączenie biegłego w świetle zasady bezstronności	193
6.6.5. Opinia psychiatryczna	196
6.7. Zasada swobodnej oceny dowodów	198
7. Postępowanie odwoławcze	200
7.1. Zakres kontroli odwoławczej NSL	200
7.2. Granice rozpoznania a gwarancje obwinionego (zakaz <i>reformationis in peius</i> i reguła <i>ne peius</i>)	203
7.3. Rozprawa odwoławcza	207
7.4. Orzeczenia NSL	208
7.5. Postępowanie ponowne	210
7.6. Postępowanie wykonawcze	213
8. Nadzwyczajne środki odwoławcze	215
8.1. Wznowienie postępowania – zagadnienia wprowadzające	215
8.2. Wniosek o wznowienie postępowania	217
8.3. Podstawy wznowienia postępowania przed sądem lekarskim	219
8.4. Orzeczenie w przedmiocie wznowienia	223
9. Podsumowanie i wnioski	224

Rozdział IV

Rola Sądu Najwyższego	227
1. Wstęp	227
2. Skarga na uchylenie wyroku sądu odwoławczego	228
2.1. Cel wprowadzenia skargi w odpowiedzialności zawodowej lekarzy	228
2.2. Wymogi formalne skargi	230
2.3. Podstawy skargi	231
2.4. Statystyka	235
3. Kasacja w odpowiedzialności zawodowej lekarzy	238
3.1. Ewolucja zaskarżania orzeczeń sądów lekarskich	238
3.2. Cel kasacji w odpowiedzialności zawodowej lekarzy ...	240
3.3. Warunki wniesienia kasacji	241

3.4. Podstawy kasacji w odpowiedzialności zawodowej lekarzy	246
3.5. Rozprawa kasacyjna i rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego	249
3.6. Statystyka i analiza kasacji dyscyplinarnych lekarzy	251
4. Podsumowanie i wnioski	252

Rozdział V

Wybrane zagadnienia dotyczące związków postępowania

przed sądem lekarskim, procedur karnej i cywilnej	254
1. Wstęp	254
2. Powiązania terminologiczne	255
3. Powiązania na tle zasad procesowych	258
3.1. Zasada prawdy materialnej	258
3.2. Zasada bezpośredniości	261
4. Powiązania w prawie dowodowym	264
4.1. Dowód z dokumentu	265
4.2. Zeznania świadka	266
4.3. Orzeczenie sądu lekarskiego w procesie cywilnym	268
4.4. Dokumentacja medyczna	268
4.5. Opinia biegłego	271
5. Podsumowanie i wnioski	275

Rozdział VI

Badania empiryczne

1. Metodologia i cel badań	277
1.1. Metodologia badań	277
1.2. Cel badań	279
2. Prezentacja wyników	280
2.1. Charakterystyka i liczba spraw	280
2.1.1. Brak zachowania należytej staranności w procesie diagnostyczno-lecznicznym	281
2.1.2. Medycyna pracy	285
2.1.3. Reklama	287
2.1.4. Dokumentacja medyczna	288
2.1.5. Godność zawodu	289
2.2. Podmioty składające skargę	290

2.3. Udział podmiotów profesjonalnych: obrońcy i pełnomocnicy	292
2.3.1. Obrońca lekarza	292
2.3.2. Pełnomocnik pokrzywdzonego	294
2.4. Udział biegłych w postępowaniu przed OSL	296
2.5. Równoległe toczące się postępowanie karne lub cywilne	303
2.7. Umorzenie postępowania przez OSL	306
2.8. Umorzenie obligatoryjne – przedawnienie	310
2.9. Umorzenie fakultatywne	311
2.10. Kary	314
3. Podsumowanie i wnioski	317

Rozdział VII

Orzecznictwo sądów lekarskich	321
1. Bóle pleców i brzucha	321
2. Dokumentacja medyczna z przebiegu ciąży	325
3. Szczepienia dzieci	328
4. Pacjent zaintubowany pozostawiony bez opieki	332
5. Lekarz rezydent na dyżurze na SOR	336
6. Grypa u noworodka	339
7. Zakażenie <i>Clostridium difficile</i>	344
8. Kontynuacja chemioterapii	348
9. Doświadczenie a rutyna	352
10. Zawał mięśnia sercowego	357
11. Odmowa przyjęcia do szpitala, wydłużony „łańcuch przeżycia”	360
12. Ryzyko zabiegu	364

Podsumowanie i wnioski końcowe	367
1. Orzeczenia sądów lekarskich jako wzorce pożądanych zachowań	367
2. Orzeczenia sądów lekarskich jako decyzje podjęte w ramach rzetelnego procesu	369
3. Orzeczenia sądów lekarskich jako element edukacji	370

Literatura	371
Orzecznictwo	393
Akty prawne	399

WYKAZ NAJWAŻNIEJSZYCH SKRÓTÓW

Akty prawne

EKPC	– Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
k.c.	– ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1145 ze zm.)
KEL	– Kodeks Etyki Lekarskiej
k.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.)
k.k.s.	– ustawa z 10.09.1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz.U. z 2020 r. poz. 19 ze zm.)
Konstytucja RP	– Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm. i sprost.)
k.p.	– ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1040 ze zm.)
k.p.c.	– ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1460 ze zm.)
k.p.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 30 ze zm.)
nowelizacja z 2019 r.	– ustawa z 19.07.2019 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1694)
pr. farm.	– ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2020 r. poz. 944 ze zm.)
regulamin prokuratury	– rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 7.04.2016 r. – Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (Dz.U. z 2017 r. poz. 1206)

u.i.l.	– ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 965 ze zm.)
u.i.l. z 1989 r.	– ustawa z 17.05.1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 ze zm.)
u.p.p.	– ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.)
ustawa o SN	– ustawa z 8.12.2017 r. o Sądzie Najwyższym (Dz.U. z 2019 r. poz. 825 ze zm.)
u.z.l.	– ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.)
u.z.z.z.	– ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239 ze zm.)

Inne

ETPC	– Europejski Trybunał Praw Człowieka
NIL	– Naczelna Izba Lekarska
NRL	– Naczelna Rada Lekarska
NROZ	– Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
NSA	– Naczelny Sąd Administracyjny
NSL	– Naczelny Sąd Lekarski
ORL	– okręgowa rada lekarska
OROZ	– okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej
OSL	– okręgowy sąd lekarski
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OTK, OTK-A	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego (seria A)
SA	– sąd apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SO	– sąd okręgowy
SOR	– szpitalny oddział ratunkowy
TK	– Trybunał Konstytucyjny
WHO	– World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WOMP	– Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
WSA	– wojewódzki sąd administracyjny

WSTĘP

1. Pojęcia zdrowia i choroby – perspektywa lekarza i pacjenta

Pojęcia zdrowia i choroby łączą się z wieloma aspektami życia człowieka, wiążą się również z osobą lekarza. Przede wszystkim jednak mają niekwestionowane implikacje w relacji lekarz–pacjent, a także przełożenie na system ubezpieczeń zdrowotnych i finansowanie opieki medycznej oraz jej organizację, co ma znaczenie dla całego społeczeństwa¹. Jednakże problem zdrowia i choroby zarówno lekarz, jak i pacjent oceniają z innego punktu widzenia. Spojrzenia te mogą być rozumiane obiektywnie – jako wynik oceny specjalistów oraz subiektywnie – przez samego pacjenta². I choć, jak słusznie podaje J. Domaradzki, istnieje już około 120 definicji zdrowia, to nadal powstają nowe³, co sprawia, że dyskusja nad tym pojęciem ma nie tylko charakter czysto akademicki, ale jest przede wszystkim widoczna w praktyce, m.in. sądowej. Już samo to powoduje, że zarówno zdrowie, jak i choroba mogą stać źródłem roszczeń pacjentów⁴.

W rezultacie przy całej tej różnorodności pojęć zdrowia na potrzeby prawa i skutków jego naruszenia, czyli odpowiedzialności, konieczne

¹ J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2013/48(4), s. 418.

² P. Zaborowski, *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa 1990, s. 25.

³ J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013/40(1), s. 5–29.

⁴ J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia....*, s. 418.

stało się jego opisanie. Na pierwszy plan wysunęła się holistyczna koncepcja zdrowia, zgodnie z którą zdrowie oraz choroba to procesy dynamiczne, zmieniające się cały czas i obejmujące całego człowieka⁵. Holistyczne spojrzeniem na człowieka wpłynęło na definicję zdrowia zawartą w preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)⁶. W tym ujęciu „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”⁷. W literaturze odnajdujemy również definicję zdrowia poszerzoną o czynniki kulturowe⁸ oraz duchowe (związane z osobistymi przekonaniem, wierzeniami czy praktykami religijnymi)⁹. Zgodnie z modelem bio-psycho-społeczno-duchowym lekarz powinien ocenić stan pacjenta we wszystkich wymiarach i odpowiednio udokumentować to w dokumentacji medycznej¹⁰.

Model bio-psycho-społeczno-duchowy jest modelem idealistycznym, bliskim pacjentom. Z punktu widzenia lekarzy perspektywa ta jest nie możliwa do realizacji chociażby ze względu na ograniczenia organizacyjne systemu ochrony zdrowia. Lekarzom bliski jest wykorzystywany w praktyce biomedyczny model zdrowia, który zakłada, że język biochemii i biofizyki wystarczy do wyjaśnienia pojęcia zdrowia i choroby¹¹. Z uwagi na fakt, że sfera somatyczna i psychiczna są dostępne w obiektywnym badaniu klinicznym, koncepcja biomedyczna jest wykorzystywana na potrzeby prawa.

⁵ A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Higiena i Epidemiologia” 2012/93(4), s. 683–685.

⁶ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22.07.1946 r. (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477).

⁷ Preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia.

⁸ Zgodnie z ich interpretacją zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego, społecznego i kulturowego dobrostanu jednostki. V. Korporowicz, *Ekologiczne uwarunkowania zdrowia społecznego* [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne*, red. R. Holly, Warszawa 1999, s. 301.

⁹ A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model...*, s. 683.

¹⁰ Ch.M. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna” 2016/5, s. 116–124 z komentarzem M. Krajnik.

¹¹ J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia...*, s. 409.

Takim przykładem jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych¹², zgodnie z którą choroba jest precyzyjnie klasyfikowana jako jedna z pozycji w niej wymienionych. Klasyfikacja ICD-10 jest podstawą identyfikacji tendencji zdrowotnych i tworzenia statystyk na całym świecie. Dzięki tej klasyfikacji możliwa jest wymiana i udostępnianie informacji zdrowotnych. Ponadto daje ona pracownikom medycznym, w szczególności lekarzom, wspólny język dotyczący chorób¹³.

2. Zawód lekarza – rola kształcenia

Medycyna jest dziedziną nauki, która opiera się na dwóch podstawowych wartościach: profesjonalizmie oraz etyce¹⁴. Dodatkowo trzeba sobie zdawać sprawę, że obowiązki zawodowe lekarzy od czasów starożytnych były przedmiotem zainteresowania nie tylko samego środowiska lekarzy, ale i całych społeczności. Szybki rozwój nauk medycznych i biologicznych w powiązaniu z innymi zjawiskami wpływającymi na całe społeczności, m.in. zmiany demograficzne, globalizacja czy cyfryzacja, stawia przed współczesnymi lekarzami nowe zadania.

W rezultacie w ostatnich latach nastąpił gwałtowny wzrost wymagań wobec profesjonalistów medycznych mający na celu zapew-

¹² Klasyfikacja ICD-10 (International Classification of Diseases) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowana przez Światową Organizację Zdrowia i obowiązująca w Polsce od 1996 r., komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 28.10.1996 r. w sprawie wprowadzenia Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Dz.Urz. MZiOs Nr 13, poz. 35).

¹³ Państwa członkowskie stosują najnowszą wersję ICD do statystyk śmiertelności i zachorowalności. Klasyfikacja ICD jest ciągle rewidowana i publikowana w serii wydań odzwierciedlających postępy w dziedzinie zdrowia i nauk medycznych. Obecnie przygotowywana jest wersja ICD-11, wydana w dniu 18 czerwca 2018 r. W celu umożliwienia państwom członkowskim przygotowania do wdrożenia, w tym tłumaczenia ICD na ich języki narodowe, wersja ICD-11 wejdzie w życie w dniu 1 stycznia 2022 r. Classification of Diseases (ICD), <https://www.who.int/classifications/icd/en/> (dostęp: 9.09.2020 r.).

¹⁴ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2011, s. 18.

nienie opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości z równoczesnym poszanowaniem praw pacjenta. To z kolei nakłada na lekarzy liczne obowiązki w zakresie kształcenia.

Nauczanie na uniwersytetach medycznych ma swoją specyfikę, gdyż obejmuje wiedzę teoretyczną, myślenie patofizjologiczne i umiejętności praktyczne, które przyszły lekarz może wykorzystać w diagnozie i terapii¹⁵. Zasadniczą sprawą w nauczaniu przeddyplomowym jest wybór i hierarchia przekazywanych treści nauczania. Najogólniej rzecz biorąc, należy dążyć do powiązania nauczania przedmiotów przedklinicznych z praktyką¹⁶. Nie bez znaczenia jest fakt, że w sprawach kształcenia przeddyplomowego wydaje opinie lub zajmuje stanowisko samorząd zawodowy lekarzy (art. 5 pkt 8 u.i.l.)¹⁷.

Cezurą w kształceniu medycznym jest dyplom uprawniający do wykonywania zawodu lekarza. Zasady i tryb przeprowadzenia egzaminu reguluje ustawa o zawodzie lekarza. Chcąc mieć wpływ na jakość kształcenia, samorząd zawodowy lekarzy, a konkretnie Naczelna Rada Lekarska, opiniuje zakres materiału uwzględnianego przy opracowywaniu pytań Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarskiego Dentystycznego Egzaminu Końcowego i sposób ustalania wyników.

Okres kształcenia poprzedzający zdobycie dyplomu jest określany jako kształcenie przeddyplomowe, później jako kształcenie podyplomowe. E. Różyło zauważa, że te dwa okresy różnią się od siebie

¹⁵ J. Majkowski, *Koncepcja modyfikacji nauczania medycyny* [w:] *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, t. I, red. J. Majkowski, Warszawa 2010, s. 57–58.

¹⁶ E. Rużyło, *Kształcenie w medycynie*, Warszawa 1997, s. 92.

¹⁷ Przykład: stanowisko nr 5/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z 13.01.2017 r. w sprawie kształcenia przeddyplomowego lekarzy dentystów, <https://www.nil.org.pl/struktura-nil/komisje-naczelnej-rady-lekarskiej/komisja-stomatologiczna/sprawy-biezace/ksztalcenie-przeddyplo> (dostęp: 9.09.2020 r.). NRL zajęła stanowisko w sprawie zwiększenia przez Ministra Zdrowia limitów przyjęć na kierunku lekarsko-dentystycznym. W opinii zwrócono uwagę, iż winno to odbywać się w zakresie możliwości finansowych i dydaktycznych uczelni dysponujących odpowiednią bazą sprzętu i pracowników naukowych, umożliwiających praktyczne kształcenie studentów.

dość znacznie. Nie ulega wątpliwości, że inaczej powinno się kształcić młodych ludzi na studiach medycznych, a zupełnie inaczej już doświadczonych zawodowo lekarzy¹⁸. Z tego względu, jak zauważa Autor, głównym zadaniem uniwersytetów medycznych jest wychowanie przyszłych lekarzy, a nauka winna być prowadzona w formie wykładów w zakresie nauk biologicznych i klinicznych o charakterze interpretacyjnym. Natomiast zajęcia podyplomowe powinny opierać się na metodzie heurystycznej, a więc umiejętności przedstawienia problemów do rozwiązania w taki sposób, aby lekarz mógł wykorzystać swoje doświadczenie zawodowe¹⁹. Wskazane różnice zdecydowały, że ustawowe pojęcie „kształcenie podyplomowe” zostało uporządkowane i doprecyzwane. Nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza z 2020 r. wprowadza nową kompleksową definicję ustawicznego rozwoju zawodowego²⁰. Umiejętność zawodowa oznacza biegłą oraz praktyczną znajomość określonych procedur diagnostycznych i lekarskich z wykorzystaniem jednolitych metod i technik ich wykonywania. Umiejętność ta może dotyczyć pojedynczej czynności lub składać się z wielu takich samych lub różnych czynności²¹.

Nie ulega wątpliwości, że nieodłącznym elementem wykonywania zawodu lekarza jest doskonalenie zawodowe. Obejmuje ono stałą aktywność zawodową lekarza polegającą na samokształceniu lub udział lekarza w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego²².

¹⁸ E. Rużyłło, *Kształcenie...*, s. 92.

¹⁹ E. Rużyłło, *Kształcenie...*, s. 92–93.

²⁰ Art. 3 ust. 1b u.z.l. dodany ustawą z 16.07.2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1291).

²¹ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 172).

²² Samokształcenie oraz doskonalenie w innych formach kształcenia (określonych w § 3 pkt 3–18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6.10.2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1923)).

3. Orzeczenia sądów lekarskich a prawo medyczne

Elementem, który łączy profesjonalizm lekarza i etykę, jest odpowiedzialność. W rezultacie oprócz odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarz ponosi również odpowiedzialność zawodową, której wymiar sprawowany jest przez sądy lekarskie.

Mając na uwadze rozwój współczesnego prawa medycznego, trzeba podnieść, że przed sądami lekarskimi stoi wiele nowych zadań. W obecnym stanie prawnym podmiotowy i przedmiotowy zakres kognicji sądów lekarskich w naturalny sposób wpisuje się w przedmiot prawa medycznego. Tak jak początkowo definicja prawa medycznego obejmowała głównie stosunki między pacjentem a lekarzem i zakładem leczniczym²³, obecnie podkreśla się znaczącą rolę innych zawodów medycznych²⁴. W nawiązaniu do tej definicji trzeba zaznaczyć, że choć sądy lekarskie orzekają o odpowiedzialności zawodowej lekarzy, złożone stany faktyczne odnoszą się do pracy zespołowej i udziału całego personelu medycznego w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Nie ulega wątpliwości, że współcześnie pojęcie „prawa medycznego” sprowadza się do zbioru przepisów prawnych odnoszących się do działalności medycznej i relacji między osobami związanymi z tą

²³ „Zbiór norm prawnych oraz zasad etycznych i moralnych o charakterze publicznym i prywatnym, które regulują działalność lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu lekarza, regulują stosunki prawne lekarz–pacjent i jego konsekwencje; ustanawiając w ten sposób ogólne zasady odpowiedzialności medycznej” – za: R. Aguiar-Guevara, *Concepts in Medical Law and Legal Medicine* [w:] *Legal and Forensic Medicine*, red. R. Beran, Berlin–Heidelberg 2013.

²⁴ Obecnie prawo medyczne odnosi się do innych zawodów medycznych. Przykładem są publikacje: D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2019; J. Zajdel-Całkowska, *Prawo medyczne*, Warszawa 2019; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017; D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012; A. Augustynowicz, T. Dąbrowska, I. Wrześniewska-Wal, *Prawo medyczne – wybrane zagadnienia*, Warszawa 2010.

działalnością²⁵. W polskiej literaturze prawniczej prawo medyczne ujęte zostało w ramach relacji podmiotów i instytucji ochrony zdrowia budowanych wokół pacjenta i jego praw²⁶. Pozostaje to w ścisłym związku z orzecznictwem sądów lekarskich. Po pierwsze, pacjent i jego prawa oraz wyrosła na tym gruncie autonomia stanowią oś orzeczeń sądów lekarskich. Po drugie, w powyższą koncepcję wpisuje się również – oparta na zaufaniu – relacja lekarz–pacjent, oceniana w już orzecznictwie sądów lekarskich od początku ich istnienia.

Wszystkie powyższe rozważania sprowadzają się do obszaru prawa. Orzecznictwo sądów w systemie prawa normatywnego to obszar, gdzie teoria styka się z praktyką. W polskim systemie prawa niekwestionowana jest rola orzecznictwa, choć model kontynentalny wyklucza przyznanie sądom kompetencji do tworzenia prawa²⁷. W tej sytuacji powstaje pytanie o rolę organów zwanych quasi-sądowymi, które stanowią organy odpowiedzialności zawodowej. Organy, takie jak sądy lekarskie, posiadają niezależność wobec struktur państwa, ale wydają decyzje procesowe ingerujące w prawa i wolności członków swojej organizacji. Decyzje wydawane w tym trybie mają na celu zapewnienie właściwej kontroli nad prawidłowym wykonywaniem zawodu.

Powyższe wnioski wskazują, że realizacja zadań samorządu związanych z pieczę nad należytytym wykonywaniem zawodu lekarza sprawia

²⁵ E. Deutsch, H.L. Schreiber, *Medical Law and Health Care* [w:] *Medical Responsibility in Western Europe*, red. E. Deutsch, H.L. Schreiber, Berlin–Heidelberg 1985. Podobnie ujmowana pod koniec XX w.: „Zbiór norm prawnych oraz zasad etycznych i moralnych o charakterze publicznym i prywatnym, które regulują działalność lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu lekarza, regulują stosunki prawne lekarz–pacjent i jego konsekwencje; ustanawiając w ten sposób ogólne zasady odpowiedzialności medycznej” – za: R. Aguiar-Guevara, *Concepts in Medical Law...*

²⁶ L. Kubicki, *Prawo medyczne i jego zakres* [w:] *Prawo medyczne* red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 1.

²⁷ Mimo to nie sposób nie zauważyć wpływu orzeczeń SN, TK czy NSA, co stanowi źródło tzw. precedensów *de facto* ze względu na ich autorytet i szczególną pozycję w systemie sądownictwa. W ten sposób wyroki sądów najwyższych zyskują quasi-precedensowy charakter i powoływane są jako argument w orzeczeniach sądów niższych instancji. K.J. Kateta, A. Kotowski, *Podstawy prawoznawstwa*, Warszawa 2019, s. 149–150.

coraz większe trudności. W tej sytuacji moim zdaniem należy dokończyć oceny orzecznictwa sądów lekarskich, ich miejsca i roli dla zawodu lekarza.

4. Cel pracy

Ocena znaczenia orzecznictwa sądów lekarskich dla zawodu lekarza oraz dla prawa medycznego wymaga analizy na płaszczyźnie teoretycznej i praktycznej. W zasadzie chodzi również o uporządkowanie tych zagadnień. Doktryna dość fragmentarycznie zajmowała się tym obszarem. W literaturze na szczególną uwagę zasługuje monografia Eleonory Zielińskiej²⁸ ujmująca relacje między odpowiedzialnością zawodową lekarzy a prawem karnym. Ponadto kwestie te rozważali m.in.: Cezary Kulesza, Genowefa Rejman, Antoni Bojańczyk, Tomasz Malinowski, Jędrzej Skrzypczak²⁹. Niewiele jest prac poświęconych wprost sądownictwu lekarskiemu, wyjątkiem są czerpiące z praktyki orzeczniczej OSL publikacje Przemysława Konieczniaka³⁰.

²⁸ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001.

²⁹ Wybrane publikacje wymienionych wyżej Autorów: G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991; C. Kulesza, *Ewolucja zasad odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy w kontekście rzetelnego procesu* [w:] *Państwo prawa i prawo karne. Księga jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla*, t. II, red. P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel, Kraków 2012; 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 11.02.2016r. (sygn. SDI 71/15)*, „Prawo i Medycyna” 2017/1; T. Malinowski, *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; J. Skrzypczak, *Przegląd orzecznictwa NSL za 2017 r.*, „Medyczna Wokanda” 2017/9.

³⁰ M.in. P. Konieczniak, *O znaczeniu orzecznictwa sądów lekarskich dla interpretacji prawa medycznego* [w:] *Rola orzecznictwa w systemie prawa*, red. T. Giaro, Warszawa 2016; P. Konieczniak, *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.

Natomiast liczne są prace poświęcone odpowiedzialności dyscyplinarnej innych zawodów zaufania publicznego, szczególnie prawniczych, i tu należy wymienić: Katarzynę Dudkę, Wiesława Kozielewicza, Pawła Czarneckiego, Radosława Giętkowskiego³¹, oraz innych grup zawodowych, jak służby mundurowe i nauczyciele akademicy³².

Celem pracy jest ustalenie roli i znaczenia sądów lekarskich zarówno dla lekarzy, jak i dla systemu prawa medycznego. Jednocześnie istotne było ukazanie orzecznictwa sądów lekarskich w praktyce. W tym celu oprócz analizy i wykładni obowiązującego prawa zostały przeprowadzone również badania empiryczne w sądach lekarskich. Dopiero porównanie wyników obu grup badań pozwoliło na pełną odpowiedź na postawione wyżej pytanie o rolę sądów lekarskich.

5. Struktura pracy

Rozdział pierwszy przedstawia podstawowe pojęcia zakresu prawa medycznego, takie jak zdrowie i choroba, które mogą być różnie rozumiane w zależności od przyjętej koncepcji. Wskazano w nim na profesjonalizm i etykę jako fundamenty wykonywania zawodu lekarza oraz rolę orzecznictwa sądów lekarskich.

³¹ K. Dudka, *Zasady i zakres odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu postępowania karnego w sprawach odpowiedzialności dyscyplinarnej notariuszy. Zasady ponoszenia kosztów postępowania dyscyplinarnego notariuszy na tle regulacji dotyczących innych zawodów prawniczych*, Warszawa 2015; P. Czarnecki, *Postępowanie dyscyplinarne wobec osób wykonujących prawnicze zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2013; R. Giętkowski, *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*, Gdańsk 2013; W. Kozelewicz, *Odpowiedzialność dyscyplinarna sędziów, prokuratorów, adwokatów, radców prawnych i notariuszy*, Warszawa 2016.

³² P. Józwiak, *Zgoda pokrzywdzonego jako okoliczność wyłączająca odpowiedzialność dyscyplinarną (rozważania na przykładzie tajemnicy zawodowej w niektórych zawodach prawniczych [w:] Zgoda pokrzywdzonego, red. R. Zawłocki, Warszawa 2012; P. Skuczyński, Granice odpowiedzialności dyscyplinarnej [w:] Odpowiedzialność dyscyplinarna studentów. Podstawy, procedura i orzecznictwo w sprawach studentów Uniwersytetu Warszawskiego 2000–2005, red. P. Skuczyński, P. Zawadzki, Warszawa 2008.*

Drugi rozdział pokazuje konstytucyjne umocowanie sądów lekarskich jako organów samorządu lekarskiego. Przedstawiono samorząd zawodowy lekarzy jako przynależność tej grupy do zawodów zaufania publicznego, jego cele, zadania i strukturę. W ramach tego rozdziału została omówiona odpowiedzialność zawodowa z punktu widzenia zapewnienia prawidłowej realizacji zadań publicznych.

W kolejnym trzecim rozdziale omówione zostały najważniejsze instytucje prawa materialnego: przewinienie zawodowe, przedawnienie i kary. Do analizy przewinienia zawodowego został wykorzystany układ przesłanek z odpowiedzialności karnej: czyn, bezprawność, wina i społeczna szkodliwość czynu. Wskazano uprzywilejowany typ przewinienia zawodowego – przewinienie mniejszej wagi. W przypadku kary zwrócono uwagę na jej racjonalizację i związek z celem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Rozdział czwarty przedstawia zasady postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz reguły procesu przed sądami lekarskimi pierwszej i drugiej instancji. W tym rozdziale wskazano szereg praw, w szczególności: prawo do obrony, zasadę domniemania niewinności, instancyjność, zakaz *reformationis in peius*, a także zasadę *in dubio pro reo*, a także szybkość postępowania.

Następny rozdział przedstawia pozycję i rolę Sądu Najwyższego w odpowiedzialności zawodowej lekarzy, rozpatruje on bowiem kasacje od orzeczeń sądów lekarskich, a obecnie także skargi na orzeczenie lekarskiego sądu odwoławczego przekazującego sprawę do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji. W tym przypadku Sąd Najwyższy odgrywa inną rolę niż w postępowaniu karnym, gdyż na wcześniejszym etapie postępowania orzekają jedynie sądy zawodowe – lekarskie.

Szósty rozdział pokazuje relacje pomiędzy postępowaniem cywilnym a karnym oraz zawodowym lekarzy. Przedstawione zostały praktyczne kwestie związane z rozstrzygnięciami prawnymi lub faktycznymi w innym niż toczące się postępowanie oraz możliwość ich

wykorzystania. Ujęcie powyższych problemów ukazane zostało również z punktu widzenia postępowania cywilnego.

Kolejny rozdział dotyczy badań empirycznych. Przedstawione zostały badania aktowe z trzech okręgowych sądów lekarskich: w Warszawie, Poznaniu i Łodzi. Celem tych badań była ocena niektórych elementów procesu przed sądem lekarskim, takich jak: udział obrońców, pełnomocników, biegłych. Zwrócono także uwagę na charakter spraw, które były przedmiotem rozstrzygnięć procesowych sądów lekarskich, a także na kary orzekane przez sądy lekarskie.

Ostatni rozdział prezentuje wybrane orzeczenia sądów lekarskich z okresu 2015–2018 oraz pojedyncze sprawy z 2019 r. Stanowią one próbę odnalezienia w tym orzecznictwie istotnych dla wykonywania zawodu lekarza wskazówek. Na końcu umieszczono podsumowanie i wnioski.

Podziękowania

Niniejsza publikacja nie powstałaby, gdyby nie grupa osób, której chciałam serdecznie podziękować. Na początku wyrazy wdzięczności i podziękowania chciałam skierować do wszystkich sędziów Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie oraz sekretariatu tego sądu za inspirujące pytania dotyczące wykonywania zawodu lekarza w aspekcie prawnym i etycznym. Przede wszystkim dla przewodniczącej OSŁ, dr n. med. Magdaleny Rychłowskiej-Pruszyńskiej, która z troską pochylała się nad sprawami młodych lekarzy. Ponadto dziękuję za merytoryczną dyskusję i opinię rzecznikom odpowiedzialności zawodowej z izby warszawskiej, w szczególności mam tu na myśli: dr n. med. Ewelinę Bobek-Pstruchę, a także dziękuję Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej, lek. Grzegorzowi Wronie. Oczywiście dalsze podziękowania za możliwość prowadzenia badań empirycznych kieruję do przewodniczącego OSŁ w Łodzi, lek. dent. Janusza Prochaska, i przewodniczącego OSŁ w Poznaniu, prof. Jerzego Sowińskiego, oraz pracowników kancelarii tychże

sądów. Mając na uwadze specyfikę zagadnień dotyczących odpowiedzialności zawodowej, w tym sądów lekarskich, dziękuję za owocne konsultacje praktykom: sędziemu Tomaszowi Malinowskiemu oraz dr. hab. Przemysławowi Konieczniakowi. Za cenne wskazówki z perspektywy Sądu Najwyższego dziękuję sędziemu SN dr. hab. Dariuszowi Świeckiemu.

Rozdział I

SAMORZĄD ZAWODOWY LEKARZY. ZAGADNIENIA USTROJOWE

1. Pojęcie prawne samorządu zawodowego lekarzy, jego cele i zadania oraz struktura organizacyjna

1.1. Konstytucyjne umocowanie samorządu zawodowego

Współczesne państwo i administracja publiczna utraciły monopol na zarządzanie sprawami publicznymi, stając się jednym z wielu zaangażowanych podmiotów¹. Działalność tę podejmują inne podmioty mające pewne cechy i zasoby, które mogą wspierać, a nawet pomagać administracji publicznej w wykonywaniu tych zadań. Następuje przekazywanie części zadań administracji publicznej na rzecz pewnych grup, co jest widoczne w sposób szczególny na przykładzie samorządów zawodowych². W takim układzie samorządy

¹ S. Mazur, *Uwarunkowania i wzorce obywatelskiego zaangażowania w sprawy publiczne* [w:] *Partycypacja obywateli i podmiotów obywatelskich w podejmowaniu rozstrzygnięć publicznych na poziomie lokalnym*, red. M. Stec, M. Mączyński, Warszawa 2012, s. 32–33.

² Według M. Waligórskiego istotą samorządu zawodowego jest powierzenie zarządu sprawami publicznymi samym zainteresowanym, czyli obywatelom zorganizowanym z mocy ustawy w korporację prawa publicznego. M. Waligórski, *Izby samorządu zawodowego* [w:] *Prawo administracyjne ustrojowe. Podmioty administracji publicznej*, Bydgoszcz–Lublin 2002, s. 97–98 i 125.

zawodowe stanowią istotną formę decentralizacji administracji publicznej w Polsce³.

W istocie samorządy zawodowe współuczestniczą w sprawowaniu władzy publicznej⁴. Podstawę prawną tych działań stanowi art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym: „W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.

Powierzenie zadań publicznych, istotnych z punktu widzenia całego społeczeństwa, wymaga zaufania. Należy wskazać, że zgodnie z konstytucyjną regulacją samorząd zawodowy może być tworzony tylko w odniesieniu do zawodów zaufania publicznego⁵. Pogląd ten rozwija

³ Samorządy zawodowe są to związki publicznoprawne wykonujące zdecentralizowaną administrację publiczną. Tak też M. Karcz-Kaczmarek, M. Maciejewski, *Samorządy zawodowe i zakres ich samodzielności w świetle doktryny oraz orzecznictwa*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2015/XCV, s. 59.

⁴ J. Mrozek, *Samorząd zawodowy a pojęcie administracji publicznej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2019/2, s. 138.

⁵ Ustawodawca nie wskazał jednak samej definicji zawodu zaufania publicznego, a także nie określił cech, jakie powinien posiadać taki zawód. W doktrynie P. Sarnecki wskazuje, że do zawodów zaufania zalicza się takie, które „polegają zawsze na świadczeniu pewnej pomocy innym ludziom, z reguły w sytuacji zagrożenia dla nich różnych dóbr”. P. Sarnecki, *Glosa do wyroku SN z 29.05.2001 r., I CKN 1217/98*, „Palestra” 2002/5–6, s. 185–188. Atrybuty zawodu zaufania publicznego wylicza A. Antkowiak, powołując się na Jerzego Hausnera, który do istotnych cech zawodu zaufania publicznego zalicza: powierzenie informacji dotyczących życia prywatnego osobom wykonującym ten zawód przez osoby korzystające z ich usług, uznawanie tych informacji za tajemnicę zawodową, która nie może być ujawniana, objęcie tych tajemnic immunitetem zwalniającym ich od odpowiedzialności karnej za nieujawnienie informacji, niepodleganie regułom hierarchii urzędniczej, podleganie zasadom deontologii zawodowej. P. Antkowiak, *Polskie i europejskie standardy wykonywania wolnych zawodów*, „Przegląd Politologiczny” 2013/1, s. 131. Próba zdefiniowania „zawodu zaufania publicznego” podjęta została w projekcie ustawy z dnia 12.03.2003 r. o sprawowaniu przez samorządy zawodowe pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów zaufania publicznego i nadzorze nad działalnością samorządów zawodowych oraz o zmianie innych ustaw. Projekt ten został wycofany z prac legislacyjnych. D. Karkowska, *Zawody...*, s. 266. W związku z tym, że nie ma legalnej definicji „zawodu zaufania

A. Łopatka, wskazując, że przekazanie tych zadań samorządom zawodowym oznacza zaufanie państwa do osób tworzących ten samorząd, jak też organów przez nie powołanych, w przekonaniu, że będą one postępować odpowiedzialnie⁶.

Granice i zakres, w jakim zadania administracji publicznej będą przekazane samorządowi, określa państwo w drodze ustawy⁷. Innymi słowy do powołania samorządu konieczne jest uchwalenie stosownej ustawy, która określi jego cele, wyznaczy krąg osób, które będą należały do danej wspólnoty samorządowej, przesądzi ogólnie o organizacji i zasadach funkcjonowania danego samorządu oraz przekaze mu określone zadania i kompetencje należące zwykle do administracji rządowej⁸. Wspomnieć należy, że w drodze ustawy mogą być również przekazane inne zadania, już spoza obszaru administracji publicznej, co nie pozbawia ich charakteru publicznego⁹.

publicznego”, należy sięgnąć do dorobku doktryny i orzecznictwa. Istotne w tym przedmiocie są orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, który kilkakrotnie już zajmował się sprawami dotyczącymi samorządów zawodowych, najczęściej prawniczych, m.in.: wyrok TK z 7.05.2002 r., SK 20/00, OTK-A 2002/3, poz. 29 oraz wyrok TK z 18.02.2004 r., P 21/02, OTK-A 2004/2, poz. 9. Cechy zawodów zaufania publicznego na przykładzie zawodu rady prawnego wymienił Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 2.07.2007 r., K 41/05, OTK-A 2007/7, poz. 72.

⁶ A. Łopatka, *Prawodawstwo*, Warszawa 2005, s. 87–88. Jako przykład nadużycia zaufania przez samorząd H. Izdebski podaje sytuację, gdy partykularne interesy zawodowe samorządu przeważają nad funkcją ochrony interesu publicznego, co zdaniem tego Autora „można określić jako nadużywanie zaufania pokładanego przez ustawodawcę w samorządach zawodowych” – H. Izdebski, *Zawody prawnicze jako zawody zaufania publicznego* [w:] *Etyka zawodów prawniczych. Etyka prawnicza*, red. H. Izdebski, P. Skuczyński, Warszawa 2006, s. 44.

⁷ R. Kmiecik, *Ustrój i zadania samorządu zawodowego* [w:] *Samorząd w Polsce. Istota, formy, zadania*, red. S. Wykrętowicz, Poznań 2008, s. 352. Wyrok TK z 25.11.2002 r., K 34/01, OTK-A 2002/6, poz. 84: „Do ustawodawcy należy ocena, czy i w jakim zakresie jednostki te powinny podlegać decentralizacji oraz na jakim szczeblu”.

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

⁹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 16.

1.2. Samorząd zawodowy lekarzy – autonomia i struktura

Historycznie rzecz ujmując, grupa zawodowa lekarzy jako jedna z pierwszych tworzyła swoje struktury mające za zadanie dbać o zawód lekarza¹⁰. Punktem wyjścia było przekonanie, że to właśnie grupa zawodowa najlepiej potrafi ocenić uchybienia innych lekarzy, a także przeciwdziałać takim zachowaniom, które podważają zaufanie społeczeństwa do zawodu lekarza¹¹. Obecnie samorząd zawodowy lekarzy działa na podstawie ustawy o izbach lekarskich z 2009 r.

Z brzmienia Konstytucji dla samorządu lekarskiego wynikają dwa zasadnicze cele: reprezentowanie osób wykonujących zawód lekarza oraz sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem tego zawodu¹². Dodatkowo powyższe zadania mogą być wykonywane wyłącznie w „granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.

Powierzone zadania samorząd zawodowy lekarzy wykonuje samodzielnie i ponosi za to odpowiedzialność¹³. Zgodnie z art. 2 ust. 3 u.i.l.: „Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa”. Oznacza to, że tylko przepisy ustawy o izbach lekarskich, jak też innych ustaw mogą tę niezależność ograniczyć¹⁴.

¹⁰ T. Brzeziński, *Etyka...*, 2011, s. 18.

¹¹ Izby lekarskie funkcjonowały w Polsce przed rokiem 1918 na terenie zaboru austriackiego i pruskiego, a w 1921 r. w II RP w drodze ustawy zostały powołane izby lekarskie, zaś w roku 1938 – również izby lekarsko-dentystyczne. Samorząd lekarski był rozwiązywany dwukrotnie: w 1940 i w 1950 r. Reaktywacja samorządu nastąpiła na podstawie ustawy z 17.05.1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 ze zm.) – już nieobowiązującej. P. Kordel, *Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989–2009*, Poznań 2012, rozprawa doktorska, <https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/publication/305178> (dostęp: 9.09.2020 r.).

¹² H. Zięba-Załucka, *Samorząd zawodowy zawodów zaufania publicznego w świetle Konstytucji RP*, „Monitor Prawniczy” 2005/10, s. 493.

¹³ Autorka podkreśla, iż bez samodzielności samorząd zawodowy traci sens istnienia, gdyż nie może ponosić odpowiedzialności za swe zadania. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 13.

¹⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 18–19.

Izby lekarskie wyposażone są zatem w pewne instrumenty, które pozwalają na ich samodzielność. Po pierwsze, jednostki organizacyjne samorządu zawodowego lekarzy posiadają osobowość prawną. Tak jak każda osoba prawna, samorząd zawodowy lekarzy działa przez swoje organy, które kreują jego porządek instytucjonalny oraz skupiają w jego strukturze odpowiednie kompetencje¹⁵. Samorząd funkcjonuje w ramach krajowej struktury organizacyjnej złożonej z Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowych izb lekarskich, które są jednostkami samorządu zawodowego w terenie. Po drugie, samorząd zawodowy lekarzy posiada określone w ustawie o izbach lekarskich organy, które pochodzą z wyborów. Tymi organami są: okręgowe izby lekarskie, Wojskowa Izba Lekarska¹⁶ i Naczelna Izba Lekarska (art. 3 ust. 1 u.i.l.).

Naczelna Izba Lekarska obejmuje lekarzy na terenie całego kraju, a jej organami są: Naczelna Rada Lekarska (NRL), Naczelna Komisja Rewizyjna, Naczelny Sąd Lekarski (NSL), Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (NROZ). Zgodnie z założeniem ustawodawcy najwyższą władzą samorządu lekarzy jest Krajowy Zjazd Lekarzy, w którym uczestniczą delegaci wybrani przez okręgowe zjazdy lekarzy, oraz z głosem doradczym – ustępujący członkowie organów Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL). Co istotne dla dalszych rozważań, Krajowy Zjazd Lekarzy ma w swojej pieczy uchwalanie zasad etyki lekarskiej oraz inne zadania związane z działalnością samorządu¹⁷. Dodatkowo NRL kieruje działalnością NIL w okresie między Krajowymi Zjazdami Lekarzy, czuwając nad prawidłową realizacją zadań,

¹⁵ A. Opalski, *Pojęcie organu osoby prawnej*, „Państwo i Prawo” 2009/1, s. 19.

¹⁶ Art. 3 ust. 4 u.i.l. Wojskowa Izba Lekarska działa na obszarze kraju na zasadach określonych w ustawie dla okręgowej izby lekarskiej.

¹⁷ Do jego zadań należy w szczególności: uchwalanie zasad etyki lekarskiej, uchwalanie programu działalności samorządu lekarzy, rozpatrywanie i zatwierdzanie sprawozdań organów NIL, uchwalanie regulaminów organów NIL i regulaminów wyborów do organów samorządu lekarzy, ustalanie liczby członków organów NIL oraz zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, wybieranie Prezesa i członków Naczelnej Rady Lekarskiej, członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej, członków Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, a także ustalanie zasad podziału składki członkowskiej.

oraz reprezentuje zawód lekarza wobec organów administracji publicznej i innych organizacji¹⁸. W skład NRL wchodzi Prezes NRL i jej członkowie wybrani przez Krajowy Zjazd Lekarzy oraz prezesi okręgowych izb lekarskich. W tym układzie Naczelna Komisja Rewizyjna jest organem nadzoru nad działalnością organów NIL i okręgowych izb lekarskich, który kontroluje finansową i gospodarczą działalność NIL, przedstawia sprawozdania z działalności kontrolnej Krajowemu Zjazdowi Lekarzy, sprawuje nadzór nad działalnością okręgowych komisji rewizyjnych i zgłasza wnioski o udzielenie absolutorium NRL.

Podobną organizację posiadają organy okręgowych izb lekarskich. Ustawa o izbach lekarskich wyróżnia: okręgowy zjazd lekarzy, okręgową radę lekarską, okręgową komisję rewizyjną, okręgowy sąd lekarski oraz okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Najwyższą władzą okręgowej izby lekarskiej jest okręgowy zjazd lekarzy. Natomiast okręgowa rada lekarska kieruje działalnością izby w okresie pomiędzy zjazdami (m.in. przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza).

Kolejnym instrumentem wskazującym na samodzielność jest automatyczna przynależność osób wykonujących zawód zaufania publicznego do samorządu zawodowego, co pozwala z jednej strony poddać je pieczy, a z drugiej zapewnić niezależność działalności zawodowej, zagwarantować podleganie tylko przepisom prawa¹⁹. Samorząd lekarski działa na podstawie ustawy o izbach lekarskich i obejmuje swym zasięgiem dwie grupy zawodowe: lekarzy i lekarzy dentystów, którzy

¹⁸ W szczególności zaś: wykonuje uchwały Krajowego Zjazdu Lekarzy, czuwa nad prawidłową realizacją zadań samorządu lekarzy, koordynuje i nadzoruje działalność okręgowych rad lekarskich oraz reprezentuje zawód lekarza wobec organów administracji publicznej oraz innych organizacji. Ponadto określa zasady podejmowania uchwał przez organy samorządu lekarzy, a także zasady gospodarki finansowej samorządu lekarzy, określa też wysokość składki członkowskiej. NRL rozpatruje odwołania od uchwał okręgowych rad lekarskich, analizuje i opiniuje kierunki rozwoju ochrony zdrowia ludności, negocjuje warunki pracy i płac lekarzy, uchwała budżet NRL oraz rozpatruje sprawozdania z jego wykonania i prowadzi Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej oraz Rejestr Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁹ D. Karkowska, *Zawody...*, s. 279.

w ramach działalności samorządu mają równe prawa²⁰. Naczelna Izba Lekarska skupia wszystkich członków samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów na obszarze RP, natomiast okręgowa izba lekarska jest jednostką samorządu lekarzy w terenie. Tworzą ją wszyscy lekarze i lekarze dentyści wpisani na listę członków tej izby.

Po trzecie, izby lekarskie posiadają samodzielną strukturę, niepodporządkowaną hierarchicznie innym organom oraz nie są wewnętrznymi organami w ramach innej struktury²¹.

Izby lekarskie działają na obszarze ustalonym przez Naczelną Radę Lekarską przy uwzględnieniu podziału terytorialnego państwa (art. 3 ust. 3 u.i.l.). W ramach organizacji izb Naczelna Rada Lekarska na wniosek okręgowych zjazdów lekarzy ustala ich liczbę i siedziby. W strukturach samorządu zawodowego lekarzy funkcjonuje również Wojskowa Izba Lekarska skupiająca lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy jednocześnie są żołnierzami. Izba ta posiada uprawnienia i obowiązki okręgowej izby lekarskiej, lecz działa na terenie całego kraju (art. 3 ust. 4 u.i.l.). Obecnie funkcjonują 23 izby okręgowe oraz Wojskowa Izba Lekarska (z siedzibą w Warszawie). Okręgowe izby lekarskie, Wojskowa Izba Lekarska oraz Naczelna Izba Lekarska stanowią jednostki samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Wszystkie te izby zrzeszają 194 087 lekarzy i lekarzy dentyistów, w tym 151 100 lekarzy i 42 380 lekarzy dentyistów²². Najwięcej lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód zarejestrowanych jest w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie – 29 306, a najmniej w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim – 1023 lekarzy i lekarzy dentyistów²³.

²⁰ Lekarze dentyści posiadają swoją reprezentację na wszystkich szczeblach organizacyjnych izb okręgowych, jak również w Naczelnej Radzie Lekarskiej, gdzie co najmniej jeden z wiceprezesów musi być lekarzem dentyistą (art. 40 ust. 2 u.i.l.).

²¹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 16.

²² Zestawienie ilościowe według prawa wykonywania zawodu, Naczelna Izba Lekarska, stan na dzień 30.06.2020 r., https://nil.org.pl/uploaded_files/1583227918_zestawienie-nr-07.pdf (dostęp: 9.09.2020 r.).

²³ Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów według przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego, Naczelna Izba Lekarska, stan na dzień 30.06.2020 r. Liczba wszystkich aktualnych członków izb jest większa ze względu na

Samodzielność działania wymaga powołania organów do reprezentowania samorządu na zewnątrz, tj. wobec obywateli oraz przed organami państwa. Z tego względu reprezentowanie nie może być ujmowane wyłącznie jako działalność cywilnoprawna²⁴. Powołanie organów samorządu zawodowego lekarzy następuje zgodnie z zasadą wyboru. Wybory stanowią podstawowy, a zarazem jedyny sposób tworzenia organów przedstawicielskich samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków, a ich celem jest stworzenie formalnoprawnej gwarancji reprezentatywności organów izb lekarskich²⁵. Czynne i bierne prawo wyborcze przysługuje członkom izb lekarskich, z pewnymi wyjątkami ujętymi w ustawie (art. 14 u.i.l.). W okręgowym zjeździe uczestniczą delegaci członków okręgowej izby wybrani na zebraniach w rejonach, które obejmują obszar działania izby i ustalone zostały przez okręgową radę lekarską. Mandat delegata trwa 4 lata. Z głosem doradczym w zjeździe mogą uczestniczyć także osoby niebędące delegatami – członkowie ustępujących organów izby. Do zadań okręgowego zjazdu lekarzy należy m.in. wybór delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy²⁶. Zjazd ten odbywa się raz na 4 lata i ma charakter sprawozdawczo-

konieczność uwzględnienia lekarzy niewykonujących zawodu, tj. w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie – 32 792 lekarzy i lekarzy dentyków, a w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim – 1180 lekarzy i lekarzy dentyków, https://nil.org.pl/uploaded_files/1583227918_zestawienie-nr-01.pdf (dostęp: 9.09.2020 r.).

²⁴ Reprezentacja obejmuje w szczególności: definiowanie i manifestowanie przez samorządy zawodowe wobec podmiotów zewnętrznych swoich oczekiwań, aspiracji lub interesów, podejmowanie obrony interesów osób wykonujących te zawody, występowanie w roli adresata skarg oraz oczekiwań formułowanych wobec osób wykonujących zawód zaufania publicznego. Uchwała nr 618/2019 Krajowej Rady Doradców Podatkowych z 17.12.2019r. w sprawie wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności ustawy z konstytucją, wraz z podanym tam orzecznictwem TK, <https://kidp.pl/aktualnoscia.php/10/6259> (dostęp: 9.09.2020 r.).

²⁵ J. Berezowski, P. Malinowski, *Ustawa o izbach lekarskich. Komentarz*, LEX 2013.

²⁶ Do jego podstawowych zadań należy: podejmowanie uchwał w sprawach objętych zakresem działania izby, ustalanie zasad gospodarki finansowej izby oraz uchwalanie budżetu izby, rozpatrywanie i zatwierdzanie rocznych i kadencyjnych sprawozdań pozostałych organów izby, ustalanie organizacji organów izby i trybu ich działania, ustalanie liczby członków organów izby i zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, wybór członków pozostałych organów izby oraz wybór delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

-wyborczy. Mogą być także zwoływane zjazdy nadzwyczajne lekarzy z własnej inicjatywy okręgowej rady lekarskiej, na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej lub na wniosek co najmniej 1/3 członków okręgowej izby lekarskiej.

1.3. Nadzór sądowo-administracyjny nad samorządem

Zakres samodzielności samorządu zawodowego mogą ograniczyć tylko przepisy ustawy o izbach lekarskich oraz innych ustaw. W tym zakresie niezbędne było określenie relacji między zakresem samorządności a niezbędnym nadzorem ze strony organów państwa²⁷. Generalnie nadzór państwowy sprawowany nad samorządem zawodowym ogranicza się do problemów związanych z legalnością działania tych podmiotów²⁸.

Regulacje ustawy o izbach lekarskich wprowadzają nadzór nad samorządem zawodowym lekarzy w drodze współdziałania dwóch typów organów państwowych: administracyjnego i sądowego²⁹. Nadzór ten jest zbliżony do nadzoru nad samorządem terytorialnym. W ramach nadzoru administracyjnego nad uchwałami samorządu lekarskiego

²⁷ Kontrola i ocena działalności samorządu zawodowego lekarzy „może być oparta tylko na kryterium legalności, czyli zgodności z obowiązującym prawem. Takie gwarancje oznaczają w praktyce brak możliwości ingerencji władz publicznych, a w szczególności administracji publicznej realizującej cele polityczne, w działalność samorządu”. J. Berezowski, P. Malinowski, *Ustawa o izbach lekarskich...* Tak też: A. Trubalski, *Samorzady zawodów zaufania publicznego na przykładzie samorządu radców prawnych. Perspektywa konstytucyjnoprawna*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2014/21, s. 228.

²⁸ J. Borkowski, *Podmioty administracji publicznej a przemiany ustrojowe* [w:] *Podmioty administracji publicznej i prawne formy ich działania. Studia i materiały z Konferencji Naukowej Poświęconej Jubileuszowi 80 urodzin Profesora Eugeniusza Ochendowskiego*, Toruń 2005, s. 60 Funkcja ta nazywa jest czasem ochronną. H. Izdebski wskazuje, że w tym zakresie (tj. zakresie władzy publicznej) organy samorządu zawodowego są obowiązane działać zgodnie z zasadą legalizmu zadeklarowaną w art. 7 Konstytucji RP. H. Izdebski, *Zawody prawnicze...*, s. 44.

²⁹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 20.

Minister Zdrowia, a w przypadku Wojskowej Izby Lekarskiej Minister Obrony Narodowej, ma prawo zwrócić się do organu izby lekarskiej o przekazanie podjętej uchwały³⁰. W doktrynie podział środków nadzorczych został zaproponowany przez B. Dolnickiego³¹. Według tego podziału nadzór ten ma w pierwszej kolejności charakter informacyjno-doradczy, kiedy to właściwy minister zwraca się do organów izb o przekazanie uchwały, następnie ocenia jej zgodność z prawem. Nie jest to przy tym prawo do ingerencji w podejmowane przez samorząd uchwały.

Organ izby lekarskiej przekazuje uchwałę w ciągu 14 dni od wystąpienia ministra³², który ma prawo zaskarżyć ją do Sądu Najwyższego³³. W razie niezgodności następuje wyeliminowanie uchwały z porządku prawnego³⁴. Tym samym Sąd Najwyższy nie jest władny do załatwienia sprawy za organ samorządu³⁵.

³⁰ Tożsame uprawnienia, jakie przysługują Ministrowi Zdrowia, posiada również Minister Obrony Narodowej w odniesieniu do uchwał organów Wojskowej Izby Lekarskiej.

³¹ B. Dolnicki, *Samorząd terytorialny*, Warszawa 2012, s. 399–415. Podział środków nadzoru nad samorządem terytorialnym na: (1) środki informacyjno-doradcze, które służą funkcji kontrolnej, np. prawo żądania informacji czy obowiązek przesyłania uchwał; (2) środki korygujące, obejmujące zróżnicowaną grupę środków prawnych, zarówno o charakterze prewencyjnym (uzgodnienie, zaopiniowanie, wstrzymanie wykonania uchwały), jak i weryfikacyjnym (stwierdzenie nieważności uchwały, zarządzenie zastępcze); (3) środki personalne, które dotyczą tylko samych organów.

³² Minister Zdrowia oraz Minister Obrony Narodowej mogą zaskarżyć uchwałę organu izby lekarskiej do Sądu Najwyższego pod zarzutem niezgodności z prawem. Wprowadzone jest jednak ograniczenie czasowe możliwości zaskarżenia wymienionych wyżej uchwał do SN, tj. 6 miesięcy od dnia otrzymania uchwały (art. 19 ust. 1 u.i.l.).

³³ Sąd Najwyższy utrzymuje zaskarżoną uchwałę w mocy bądź ją uchyla i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania właściwemu organowi samorządu, ustalając wytyczne co do sposobu jej załatwienia.

³⁴ P. Rączka, *Nadzór nad samorządami zawodów medycznych [w:] Prawo administracyjne w okresie transformacji ustrojowej*, red. E. Knosala, A. Matan, G. Łaszczyca, Kraków 1999, s. 98 i n. Wstrzymanie uchwały samorządu lekarskiego jest środkiem nadzoru *ex post*, nastawiony na weryfikację podjętych już rozstrzygnięć. R. Michalska-Badziak, *Udział samorządu lekarskiego w wykonywaniu zadań administracji publicznej [w:] Decentralizacja i centralizacja administracji publicznej. Współczesny wymiar w teorii i praktyce*, red. R. Budzisz, B. Jaworska-Dębska, E. Olejniczak-Szałowska, Warszawa 2019, s. 454.

³⁵ J. Berezowski, P. Malinowski, *Ustawa o izbach lekarskich...*

Ustawodawca wyłączył możliwość zaskarżenia przez ministra dwóch grup uchwał organów izb lekarskich. Pierwsza z nich jest istotna z punktu widzenia roli sądów lekarskich, gdyż minister w tym trybie nie może zaskarżać rozstrzygnięć podjętych w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Druga grupa obejmuje wyłączenie zaskarżenia uchwał odnoszących się do decyzji administracyjnych, co do których stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego (art. 19 ust. 6 u.i.l.). Przedmiotem tych uchwał są sprawy kluczowe dla samorządu zawodowego lekarzy, przede wszystkim dotyczące prawa do wykonywania zawodu lub pozbawienia prawa do wykonywania zawodu. Tego typu uchwały mogą być zaskarżane przez osobę zainteresowaną.

Poza tym Ministrowi Zdrowia przysługuje prawo do zwrócenia się do Krajowego Zjazdu Lekarzy, okręgowego zjazdu lekarzy lub rady lekarskiej z wnioskiem o podjęcie uchwały w sprawie należącej do właściwości samorządu lekarzy. Mimo iż nadzór jest pojęciem szerszym niż kontrola³⁶, obejmuje bowiem możliwość wiążącego wpływania na działalność organu nadzorowanego, nie należy tych regulacji utożsamiać z prawem ministra do zwołania zjazdu tych organów lub że istnieje tu prawny obowiązek zwołania tych zjazdów na złożony przez niego wniosek. Kompetencje ministra są dość ograniczone, może jedynie złożyć wniosek o podjęcie uchwały w sprawie mieszczącej się w ramach norm kompetencyjnych. W sytuacji gdy wniosek ten zostanie złożony, sprawa nim objęta powinna znaleźć się w porządku obrad najbliższego zjazdu tych organów. Dodatkowo należy przyjąć, że wszelkie ewentualne wskazówki i sugestie co do sposobu załatwienia sprawy i samej treści uchwały nie wiążą organów izb lekarskich.

³⁶ Pojęcie nadzoru i kontroli było wyjaśniane w literaturze na gruncie prawa administracyjnego. „Kontrola polega na badaniu stanu faktycznego pod kątem zgodności z określonymi wzorcami normatywnymi. Nadzór natomiast oznacza możliwość zarówno kontroli działania podmiotu nadzorowanego jak i wiążącego wpływania na podmioty nadzorowane w oparciu o ustalenia kontroli”. M. Waligórski, *Administracyjna regulacja działalności gospodarczej. Problemy prawnej reglamentacji*. Poznań 1998, s. 391.

1.4. Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza

Konstytucyjny zwrot „sprawowanie pieczy” nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza pozwala ustawodawcy na stosunkowo szerokie przekazywanie samorządom zawodowym zadań publicznych³⁷. Należą do nich kompetencje o charakterze władczym, sprawowane wobec wszystkich osób wykonujących dany zawód zaufania publicznego³⁸. Powierzenie tych kompetencji wymaga zapewnienia kontroli i nadzoru nad prawidłowym wykonywaniem zawodu z punktu widzenia fachowości, prawa i etyki³⁹. W związku z tym przynależność osób wykonujących zawód zaufania publicznego do samorządu jest warunkiem koniecznym należytej realizacji tego zadania⁴⁰. W przypadku osób wykonujących zawód zaufania publicznego obowiązek ten wynika z mocy prawa. W rezultacie udział w samorządzie zawodowym jego członków ma charakter powszechny i przymusowy.

Pojęcie pieczy nie zostało uregulowane normatywnie. W kontekście funkcjonowania samorządu „reprezentowanie to funkcja skierowana na zewnątrz (...), a sprawowanie pieczy odnosi się przede wszystkim do wewnętrznej sfery funkcjonowania samorządu zawodowego”⁴¹. Z jednej strony można dopuścić tezę o gwarancyjnym charakterze pieczy, wynikającym wprost z Konstytucji RP. Oddanie w ręce samorządu pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu oznacza zaufanie i gwarancję, że obowiązki te będą należycie wykonane. Z drugiej strony doktryna łączy pieczę z nadzorem w celu silniejszego podkreślenia troski, nadzoru o dane sprawy⁴².

³⁷ K. Kiczka, L. Kieres, T. Kocowski, M. Szydło, *Publiczne prawo gospodarcze* [w:] *System Prawa Administracyjnego*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2018, s. 655.

³⁸ H. Zięba-Załucka, *Samorząd zawodowy...*, s. 493. Autorka odnosi powyższe stwierdzenie do wszystkich zawodów zaufania publicznego.

³⁹ D. Karkowska, *Zawody...*, s. 279.

⁴⁰ Wyrok TK z 22.05.2001 r., K 37/00, OTK 2001/4, poz. 86.

⁴¹ P. Tuleja (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, LEX 2016.

⁴² S. Dusznik, *Terminologia z zakresu czynności nadzorczych i kontrolnych*, „Gazeta Administracyjna” 1948/1–2, s. 51–64, za: R. Tymiński, *Wykonywanie zawodu*