

USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Komentarz

redakcja naukowa Eleonora Zielińska

Elżbieta Barcikowska-Szydło, Aleksandra Dąbek
Rafał Kubiak, Katarzyna Majcher, Mirosława Malczewska
Barbara Namysłowska-Gabrysiak, Krzysztof Sakowski
Katarzyna Syroka-Marczewska, Eleonora Zielińska

KOMENTARZE PRAKTYCZNE

WYDANIE **3**
ZMIENIONE I UZUPEŁNIONE

USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Komentarz

redakcja naukowa Eleonora Zielińska

Elżbieta Barcikowska-Szydło, Aleksandra Dąbek
Rafał Kubiak, Katarzyna Majcher, Mirosława Malczewska
Barbara Namysłowska-Gabrysiak, Krzysztof Sakowski
Katarzyna Syroka-Marczewska, Eleonora Zielińska

KOMENTARZE PRAKTYCZNE

WYDANIE **3**
ZMIENIONE I UZUPEŁNIONE

Stan prawny na 27 maja 2022 r.

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Joanna Tchorek

Opracowanie redakcyjne
Trzy kropki Joanna Maź

Projekt okładek serii
Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

Poszczególne artykuły omówili:

Elżbieta Barcikowska-Szydło – art. 49a–55, 57

Aleksandra Dąbek – art. 160a, 17, 18

Aleksandra Dąbek, Katarzyna Syroka-Marczewska – art. 16i

Rafał Kubiak – art. 6c–6h, 14a–14f, 16ra–16x

Katarzyna Syroka-Marczewska – art. 15–16, 16c–16h, 16j–16o, 16p, 16r,
19–19n, 64

Katarzyna Majcher – art. 3, 4a–6b, 7–9b, 14, 16a, 16b, 20–20b, 45a–49, 56,
57a, 59–63a, 65–69

Mirosława Malczewska – art. 31–37, 40–43a, 45

Krzysztof Sakowski – art. 21–29a, 44

Eleonora Zielińska, Barbara Namysłowska-Gabrysiak – art. 1, 2, 4, 10–13,
30, 38, 39, 58

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2022

ISBN 978-83-8286-374-1
3. wydanie, zmienione i uzupełnione

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 728 313 462
e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Spis treści

Wykaz skrótów	13
Wstęp do I wydania	27
Wstęp do II wydania	31
Wstęp do III wydania	35
Rozdział 1. Przepisy ogólne	43
Art. 1. [Zakres regulacji]	43
Art. 2. [Pojęcie wykonywania zawodu]	55
Art. 3. [Wyjaśnienie pojęć ustawowych oraz konto w SMK]	76
Art. 4. [Obowiązki lekarza]	91
Art. 4a. [Udostępnianie danych zamieszczonych w SMK]	120
Rozdział 2. Prawo wykonywania zawodu lekarza	122
Art. 5. [Warunki przyznania prawa wykonywania zawodu, automatyczne uznawanie kwalifikacji]	122
Art. 5a. [Uznawanie kwalifikacji lekarzy – zasada tzw. praw nabytych]	153
Art. 5b. [Uznawanie kwalifikacji lekarzy dentystów – zasada tzw. praw nabytych oraz specjalnych praw nabytych]	159
Art. 5c. [Stosowanie zasad systemu ogólnego, orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości]	164
Art. 5d. (<i>uchylony</i>)	169
Art. 5e. (<i>uchylony</i>)	170
Art. 5f. [Prawo wykonywania zawodu dla potrzeb uznania kwalifikacji w systemie ogólnym]	170
Art. 6. [Wykaz dokumentów, zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje lekarzy]	172
Art. 6a. [Termin na przyznanie prawa wykonywania zawodu, współpraca administracyjna, autentyczność dyplomów]	185
Art. 6b. [Wykaz dokumentów poświadczających kwalifikacje do wykonywania zawodu przez obywateli Unii Europejskiej] ...	192
Art. 6c. [Zgłaszanie się do LEW i LDEW, opłata egzaminacyjna]	194

Art. 6d.	[Komisja Egzaminacyjna i Zespoły Egzaminacyjne]	205
Art. 6e.	[Forma LEW i LDEW]	215
Art. 6f.	[Przebieg LEW i LDEW, dyskwalifikacja zdającego]	220
Art. 6g.	[Zastrzeżenia do pytań testowych, wyniki LEW i LDEW, unieważnienie egzaminu]	225
Art. 6h.	[Delegacja do wydania przepisów wykonawczych]	237
Art. 7.	[Prawo wykonywania zawodu przyznawane cudzoziemcom]	238
Art. 7a.	[Znajomość języka polskiego]	267
Art. 7b.	[Wpis informacji o przyznanych prawach wykonywania zawodu do SMK]	272
Art. 7c.	[Treść dokumentów prawa wykonywania zawodu]	273
Art. 7d.	[Unieważnienie dokumentów prawa wykonywania zawodu]	275
Art. 7e.	[Delegacja ustawowa – wzory dokumentów prawa wykonywania zawodu]	277
Art. 8.	[Wpis do rejestru, szczegółowy tryb postępowania w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu oraz prowadzenia rejestru]	278
Art. 8a.	(<i>uchylony</i>)	283
Art. 9.	[Zasady udziału w konsylium, swoboda świadczenia usług transgranicznych]	283
Art. 9a.	[Informacje przekazywane usługobiorcom]	300
Art. 9b.	[Udzielanie świadczeń zdrowotnych podczas wydarzeń sportowych]	302
Art. 10.	[Przerwa w wykonywaniu zawodu lekarza]	305
Art. 11.	[Niedostateczne przygotowanie zawodowe]	309
Art. 12.	[Niezdolność do wykonywania zawodu]	314
Art. 13.	[Poufność postępowania]	323
Art. 14.	[Utrata prawa wykonywania zawodu]	326
Rozdział 2a. Lekarski egzamin końcowy i lekarsko-dentystyczny egzamin końcowy		333
Art. 14a.	[Zasady zgłaszania się do LEK i LDEK, podmiot organizujący egzaminy]	333
Art. 14b.	[Komisja Egzaminacyjna i Zespoły Egzaminacyjne]	346
Art. 14c.	[Forma i zakres przedmiotowy egzaminu]	353
Art. 14d.	[Przebieg egzaminu]	360
Art. 14e.	[Zastrzeżenia do pytań testowych]	373
Art. 14f.	[Delegacje do wydania przepisów wykonawczych]	390
Rozdział 3. Ustawiczny rozwój zawodowy		394
Art. 15.	[Staż podyplomowy]	394
Art. 15a.	[Umowa o pracę będąca podstawą odbywania stażu podyplomowego]	406
Art. 15b.	[Opiekun lekarza stażysty; uprawnienia i obowiązki lekarza stażysty]	408

Art. 15c.	[Podmioty uprawnione do prowadzenia stażu podyplomowego]	409
Art. 15d.	[Skierowanie do odbycia stażu podyplomowego]	411
Art. 15e.	[Umowa o pracę z lekarzem stażystą – wymagania wobec podmiotów prowadzących staż; czas pracy lekarza stażysty]	413
Art. 15f.	[Elektroniczna karta stażu podyplomowego]	413
Art. 15g.	[Koordynator szkolenia lekarza stażysty]	414
Art. 15h.	[Opiekun lekarza stażysty]	415
Art. 15i.	[Finansowanie stażu podyplomowego; wynagrodzenie lekarza stażysty]	418
Art. 15j.	[Uznanie stażu podyplomowego odbytego poza granicami kraju za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w RP]	419
Art. 15k.	[Przetwarzanie danych osobowych w celu wykonywania zadań związanych z realizacją stażu podyplomowego]	424
Art. 15l.	[Delegacja ustawowa]	424
Art. 15m.	[Staż podyplomowy w podmiotach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej]	425
Art. 15n.	[Nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego]	425
Art. 15o.	[Skierowanie lekarza stażysty do pracy przy zwalczaniu epidemii lub do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy o pracę w czasie trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii]	427
Art. 16.	[Uzyskanie tytułu specjalisty]	430
Art. 16a.	[Automatyczne uznawanie specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych]	441
Art. 16b.	[Stosowanie zasad systemu ogólnego]	454
Art. 16c.	[Szkolenie specjalizacyjne]	455
Art. 16d.	[Ograniczenie liczby szkoleń specjalizacyjnych]	474
Art. 16e.	[Procedury przed postępowaniem kwalifikacyjnym]	475
Art. 16e.	[Procedury przed postępowaniem kwalifikacyjnym]	476
Art. 16ea.	[Rezydentura]	480
Art. 16f.	[Program specjalizacji]	481
Art. 16g.	[Delegacja ustawowa]	486
Art. 16h.	[Formalne podstawy szkolenia specjalizacyjnego]	489
Art. 16i.	[Czas pracy i wynagrodzenie podczas szkolenia specjalizacyjnego; dyżury medyczne lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne]	494
Art. 16j.	[Finansowanie rezydentury]	502
Art. 16k.	[Dofinansowanie kosztów szkolenia specjalizacyjnego]	514
Art. 16l.	[Przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego]	515
Art. 16m.	[Kierownik specjalizacji; przebieg szkolenia specjalizacyjnego; skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii lub do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy]	520

Art. 16ma.	[Skrócenie okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego] . . .	528
Art. 16n.	[Uznanie tytułu specjalisty za równoważny; staż uzupełniający]	528
Art. 16o.	[Utrata możliwości odbywania szkolenia specjalizacyjnego]	531
Art. 16oa.	[Prawa i obowiązki lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne]	536
Art. 16p.	[Rejestr specjalizujących się lekarzy]	551
Art. 16pa.	[Zgłoszenie do PEM]	553
Art. 16pb.	[Opłata za kolejne zgłoszenie do PEM]	553
Art. 16pc.	[Urlop szkoleniowy na przystąpienie do PEM]	554
Art. 16pd.	[Przebieg PEM]	554
Art. 16pe.	[Forma PEM; baza pytań PEM]	555
Art. 16pf.	[Zastrzeżenia do pytań testowych; dyskwalifikacja zdającego; pozytywny wynik PEM]	556
Art. 16pg.	[Unieważnienie PEM]	557
Art. 16ph.	[Świadectwo złożenia PEM; udostępnianie wyników PEM; ponowne przystąpienie do PEM]	558
Art. 16pi.	[Delegacja ustawowa; regulamin porządkowy PEM]	559
Art. 16r.	[Weryfikacja i potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego]	559
Art. 16ra.	[Egzaminy równoważne z PES]	561
Art. 16rb.	[Zgłaszanie się do PES]	568
Art. 16rc.	[Podmiot organizujący egzamin, forma PES, egzamin testowy]	577
Art. 16s.	[Przebieg PES, unieważnienie egzaminu]	601
Art. 16t.	[Opłata za zgłoszenie do PES]	619
Art. 16u.	[Państwowa Komisja Egzaminacyjna]	626
Art. 16w.	[Wyniki PES, dyplom specjalisty]	633
Art. 16x.	[Delegacja do wydania aktów wykonawczych]	641
Art. 16x.	[Delegacja do wydania aktów wykonawczych]	643
Art. 17.	[Certyfikat umiejętności zawodowej]	647
Art. 18.	[Doskonalenie zawodowe]	656
Art. 19.	[Warunki prowadzenia kształcenia w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego]	664
Art. 19a.	[Kształcenie w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego jako działalność regulowana]	670
Art. 19b.	[Wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy]	671
Art. 19c.	[Rejestr podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy]	674
Art. 19ca.	[Prostowanie z urzędu wpisu do rejestru]	677
Art. 19cb.	[Termin dokonania wpisu]	678
Art. 19d.	[Odmowa wpisu do rejestru; wykreślenie z rejestru]	678
Art. 19e.	[Kontrola organizatorów kształcenia]	681
Art. 19f.	[Akredytacja do szkolenia specjalizacyjnego]	684

Art. 19g.	[Jednostki organizacyjne prowadzące kursy szkoleniowe] . . .	689
Art. 19h.	[Nadzór nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego]	692
Art. 19i.	[Zespół kontrolny; przebieg kontroli]	694
Art. 19ia.	[Zespół kontrolny przeprowadzający kontrolę rozliczenia środków przeznaczonych na finansowanie rezydentur; zalecenia pokontrolne]	697
Art. 19j.	[Monitorowanie ustawicznego rozwoju zawodowego]	698
Art. 19k.	[Sposoby monitorowania organizacji i funkcjonowania ustawicznego rozwoju zawodowego]	699
Art. 19l.	[Obowiązek wypełnienia ankiet przez uczestników szkolenia]	699
Art. 19m.	[Uprawnienie dyrektora CMKP do żądania informacji i wyjaśnień dotyczących warunków i przebiegu szkolenia] . . .	699
Art. 19n.	[Zakaz pobierania opłat od lekarzy i lekarzy dentystów odbywających szkolenie specjalizacyjne]	700
Art. 20.	[Prawo używania tytułu i stopnia naukowego oraz tytułu specjalisty]	700
Art. 20a.	[Prawo używania tytułu specjalisty, wykaz specjalności lekarskich uznawanych automatycznie]	702
Art. 20b.	[Tytuł określający wykształcenie]	706
Rozdział 4. Eksperyment medyczny		709
Art. 21.	[Definicje. Eksperyment leczniczy i badawczy]	709
Art. 22.	[Ogólne warunki eksperymentu medycznego]	719
Art. 23.	[Kwalifikacje kierującego eksperymentem medycznym]	729
Art. 23a.	[Ograniczenia podmiotowe w prowadzeniu eksperymentu badawczego]	731
Art. 23b.	[Zakaz wykorzystywania określonej motywacji uczestnika eksperymentu]	736
Art. 23c.	[Obowiązek ubezpieczenia]	737
Art. 24.	[Prawo do informacji uczestnika eksperymentu lub jego przedstawiciela ustawowego]	741
Art. 25.	[Zgoda na eksperyment]	743
Art. 25a.	[Eksperyment leczniczy bez zgody uczestnika]	751
Art. 26.	[Dostęp do koniecznych medycznie procedur profilaktycznych, diagnostycznych lub terapeutycznych] . . .	753
Art. 27.	[Wycofanie się z eksperymentu]	754
Art. 28.	[Wykorzystanie informacji z eksperymentu]	755
Art. 29.	[Komisje bioetyczne]	756
Art. 29a.	[Relacja przepisów ustawowych do przepisów odrębnych aktów określających inne zasady i tryb przeprowadzania badań klinicznych lub badań genetycznych]	766
Rozdział 5. Zasady wykonywania zawodu lekarza		768
Art. 30.	[Obowiązek udzielenia pomocy]	768
Art. 31.	[Prawo do informacji]	786

Art. 32.	[Zgoda na badania i inne świadczenia zdrowotne]	807
Art. 33.	[Leczenie bez zgody]	830
Art. 34.	[Zgoda na zabieg operacyjny lub metodę podwyższonego ryzyka]	837
Art. 35.	[Przekroczenie zakresu zgody]	849
Art. 36.	[Prawo do intymności i poszanowania godności]	854
Art. 37.	[Dodatkowa opinia lub konsylium]	864
Art. 38.	[Odmowa leczenia]	869
Art. 39.	[Powstrzymanie się od świadczeń niezgodnych z sumieniem]	880
Art. 40.	[Tajemnica lekarska]	893
Art. 41.	[Prowadzenie dokumentacji medycznej]	912
Art. 41a.	[Upoważnienie do wystawiania recept, skierowań, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń ich naprawy oraz do dokonywania wpisów w karcie szczepień]	930
Art. 42.	[Orzekanie o stanie zdrowia]	934
Art. 43.	[Stwierdzenie zgonu]	942
Art. 43a.	[Śmierć mózgu, nieodwracalne zatrzymanie krążenia]	952
Art. 44.	[Objęcie ochroną prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu]	955
Art. 45.	[Ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych]	962
Art. 45a.	[Zgłoszenie działania niepożądanego produktu leczniczego]	997
Art. 45b.	(<i>uchylony</i>)	1003
Art. 46.	[Zakaz sprzedaży niektórych produktów]	1006
Art. 47.	[Szczególne zagrożenie zdrowia publicznego]	1012
Art. 48.	[Zwalczanie skutków katastrof, epidemii i klęsk żywiolowych]	1013
Art. 48a–48b.	(<i>uchylone</i>)	1026
Art. 49.	[Udział w komisjach lekarskich dla celów kwalifikacji do czynnej służby wojskowej]	1026
Art. 49a.	[Praktyki lekarskie] – (<i>uchylony</i>)	1030
Art. 50.	[Indywidualna i indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska] – (<i>uchylony</i>)	1031
Art. 50a.	[Grupowa praktyka lekarska]	1064
Art. 50b.	(<i>uchylony</i>)	1073
Art. 50c.	(<i>uchylony</i>)	1073
Art. 51.	(<i>uchylony</i>)	1073
Art. 52.	(<i>uchylony</i>)	1073
Art. 52a.	(<i>uchylony</i>)	1074
Art. 52b.	[Wizytacja praktyk lekarskich]	1074
Art. 53.	[Zatrudnienie osób niebędących lekarzami]	1079
Art. 54.	(<i>uchylony</i>)	1083
Art. 55.	(<i>uchylony</i>)	1083
Art. 56.	(<i>uchylony</i>)	1083

Art. 57.	[Zaskarżalność uchwał rad lekarskich]	1087
Art. 57a.	[Obowiązki informacyjne]	1097
Rozdział 6. Przepisy karne		1100
Art. 58.	[Przepisy karne]	1100
Rozdział 7. Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe i końcowe		1109
Art. 59.	[Zmiana przepisów Kodeksu karnego]	1109
Art. 60.	[Zmiana przepisów ustawy o izbach lekarskich]	1110
Art. 61.	[Zmiana przepisów ustawy o środkach farmaceutycznych]	1111
Art. 62.	[Zmiana tytułu zawodowego lekarzy dentystów]	1111
Art. 63.	[Wymiana zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu] ...	1112
Art. 63a.	[Obowiązek złożenia LEP lub LDEP]	1113
Art. 64.	[Specjalizacje uzyskane przed wejściem w życie ustawy] ...	1114
Art. 65.	[Termin na uzyskanie zezwolenia oraz wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich]	1118
Art. 66.	[Stosowanie dotychczasowych przepisów]	1119
Art. 67.	[Zachowanie w mocy dotychczasowych przepisów wykonawczych]	1119
Art. 68.	[Uchylenie poprzednio obowiązujących aktów prawnych]	1119
Art. 69.	[Termin wejścia w życie ustawy]	1120
Bibliografia		1121
Orzecznictwo sądów polskich		1143
Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości		1151
Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka		1153
O autorach		1155

Wykaz skrótów

Źródła prawa krajowego

- k.c.** – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1360 ze zm.)
- k.k.** – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1138)
- k.k.w.** – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2021 r. poz. 53 ze zm.)
- Konstytucja RP** – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- k.p.** – ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320 ze zm.)
- k.p.a.** – ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 735 ze zm.)
- k.p.c.** – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 1805 ze zm.)
- k.p.k.** – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375)
- k.r.o.** – ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1359 ze zm.)
- k.s.h.** – ustawa z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1467 ze zm.)
- k.w.** – ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2021 r. poz. 2008 ze zm.)
- nowelizacja z 24.08.2007 r.** – ustawa z 24.08.2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 166, poz. 1172)
- nowelizacja z 12.03.2008 r.** – ustawa z 12.03.2008 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. Nr 58, poz. 351 ze zm.)
- nowelizacja z 9.10.2015 r.** – ustawa z 9.10.2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1991 ze zm.)

- nowelizacja z 28.04.2011 r.** – ustawa z 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. Nr 113, poz. 658)
- nowelizacja z 21.10.2016 r.** – ustawa z 21.10.2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. poz. 2020 ze zm.)
- nowelizacja z 24.02.2017 r.** – ustawa z 24.02.2017 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. poz. 767)
- nowelizacja z 31.03.2020 r.** – ustawa z 31.03.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. poz. 567 ze zm.)
- nowelizacja z 16.07.2020 r.** – ustawa z 16.07.2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1291 ze zm.)
- nowelizacja z 14.08.2020 r.** – ustawa z 14.08.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. poz. 1493)
- nowelizacja z 28.10.2020 r.** – ustawa z 28.10.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz.U. poz. 2112 ze zm.)
- nowelizacja z 27.11.2020 r.** – ustawa z 27.11.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz.U. poz. 2401 ze zm.)
- o.p.** – ustawa z 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2021 r. poz. 1540 ze zm.)
- p.a.s.c.** – ustawa z 28.11.2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 709 ze zm.)
- p.p.s.a.** – ustawa z 30.08.2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz.U. z 2022 r. poz. 329 ze zm.)
- pr. bud.** – ustawa z 7.07.1994 r. – Prawo budowlane (Dz.U. z 2021 r. poz. 2351 ze zm.)
- pr. farm.** – ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 1977 ze zm.)
- pr. przeds.** – ustawa z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2021 r. poz. 162 ze zm.)
- p.r.d.** – ustawa z 20.06.1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2022 r. poz. 988 ze zm.)
- p.s.w.** – ustawa z 20.07.2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2022 r. poz. 574 ze zm.)
- r.b.i.o.z.** – rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 12.04.2005 r. w sprawie trybu przeprowadzania badań lekarskich osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego (Dz.U. Nr 74, poz. 647)

-
- | | |
|-------------------------|---|
| r.d.z.l. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.02.2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. poz. 464) |
| r.k.b. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 11.05.1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz.U. Nr 47, poz. 480) |
| r.n.d. | – rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 28.09.2018 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz.U. poz. 1881) |
| r.n.l.w.z. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3.11.2011 r. w sprawie trybu powoływania i sposobu działania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych oraz trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych (Dz.U. Nr 246, poz. 1475) |
| r.o.n.i.w. | – rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8.12.2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz.U. poz. 1850 ze zm.) |
| r.o.w.u. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787) |
| rozp. LEK i LDEK | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.04.2021 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz.U. poz. 828 ze zm.) |
| rozp. LEW i LDEW | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.02.2021 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego (Dz.U. poz. 341) |
| r.p.z.sz.l. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7.12.2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1910) |
| r.r.l. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.12.2020 r. w sprawie recept (Dz.U. poz. 2424 ze zm.) |
| r.r.p.p.k.p. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5.12.2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. Nr 239, poz. 1739) |
| r.r.z.d.m. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 666 ze zm.) |
-

- r.s.l.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31.08.2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. poz. 1566 ze zm.)
- r.s.o.t.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.08.2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1395 ze zm.)
- r.s.p.l.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.09.2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2014 r. poz. 474 ze zm.)
- r.s.p.z.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10.04.2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz.U. poz. 420)
- r.s.s.l.** – rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z 20.12.2012 r. w sprawie odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz.U. poz. 1536 ze zm.)
- r.s.s.ż.** – rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z 25.03.2020 r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyków będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej (Dz.U. poz. 701)
- r.s.z.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3.08.1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.U. Nr 39, poz. 202)
- r.ś.o.s.p.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11.09.2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. z 2021 r. poz. 166 ze zm.)
- r.w.a.p.l.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.10.2018 r. w sprawie zaopatrzenia oraz wydawania z apteki produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1164)
- r.w.k.z.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.07.2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U. poz. 1448 ze zm.)
- r.w.p.u.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r. poz. 402)

-
- r.z.j.p.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.06.2009 r. w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry (Dz.U. z 2021 r. poz. 2181)
- u.b.ż.ż.** – ustawa z 25.08.2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2020 r. poz. 2021 ze zm.)
- u.CBA** – ustawa z 9.06.2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz.U. z 2021 r. poz. 1671 ze zm.)
- u.CEIDG** – ustawa z 6.03.2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy (Dz.U. z 2022 r. poz. 541)
- u.c.ch.z.** – ustawa z 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947 ze zm.)
- u.d.l.** – ustawa z 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 134)
- u.dz.l.** – ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.)
- u.FUS** – ustawa z 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 504)
- u.i.b.** – ustawa z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 498)
- u.i.l.** – ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342)
- u.i.l.1989** – ustawa z 17.05.1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 ze zm.)
- u.k.ż.** – ustawa z 18.04.2002 r. o stanie kłęski żywiołowej (Dz.U. z 2017 r. poz. 1897 ze zm.)
- u.l.s.** – ustawa z 15.06.2007 r. o lekarzu sądowym (Dz.U. Nr 123, poz. 849 ze zm.)
- u.o.d.o.** – ustawa z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781)
- u.o.p.** – ustawa z 2.04.2009 r. o obywatelstwie polskim (Dz.U. z 2022 r. poz. 465)
- u.o.o.** – ustawa z 11.03.2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz.U. poz. 655 ze zm.)
- u.o.z.p.** – ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 685 ze zm.)
- u.p.d.o.f.** – ustawa z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1128 ze zm.)
- u.p.k.t.n.** – ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2020 r. poz. 2134)
-

u.p.n.	– ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.)
u.p.o.o.	– ustawa z 21.11.1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2021 r. poz. 372 ze zm.), nie obowiązuje
u.p.o.z.	– ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1050 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.)
u.PRM	– ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 ze zm.)
u.p.r.o.p.	– ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78 ze zm.)
u.p.s.k.	– ustawa z 22.08.1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1749 ze zm.)
u.r.l.	– ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 463 ze zm.)
u.RM	– ustawa z 8.08.1996 r. o Radzie Ministrów (Dz.U. z 2022 r. poz. 1188)
u.r.s.z.	– ustawa z 23.05.1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 123)
u.s.d.g.	– ustawa z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2168 ze zm.), nie obowiązuje
u.s.i.o.z.	– ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2021 r. poz. 666 ze zm.)
ustawa COVID-19	– ustawa z 2.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.)
u.s.p.	– ustawa z 29.06.1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 459 ze zm.)
u.s.u.s.	– ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1009 ze zm.)
u.s.w.ż.z.	– ustawa z 11.09.2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 536), nie obowiązuje
u.ś.o.z.	– ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.)
u.ś.p.u.s.	– ustawa z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2021 r. poz. 1133 ze zm.)

u.w.m.	– ustawa z 7.04.2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. poz. 974)
u.w.t.p.a.	– ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1119 ze zm.)
u.z.ch.z.	– ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2021 r. poz. 2069 ze zm.)
u.z.f.	– ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 168)
u.z.farm.	– ustawa z 10.12.2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 184 ze zm.)
u.z.i.w.	– ustawa z 29.05.1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2021 r. poz. 1656 ze zm.)
u.z.l.	– ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.)
u.z.l.1950	– ustawa z 28.10.1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. Nr 50, poz. 458 ze zm.)
u.z.o.z.	– ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), nie obowiązuje
u.z.p.d.	– ustawa z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 1993 ze zm.)
u.z.p.p.	– ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 551 ze zm.)
u.z.u.k.	– ustawa z 22.12.2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1646)

Źródła prawa unijnego

dyrektywa 2004/38/WE	– dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29.04.2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz.Urz. UE L 158, s. 77, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 5, s. 46, ze zm.)
dyrektywa 2005/36/WE	– dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7.09.2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz. UE L 255, s. 22, ze zm.)

- dyrektywa 2006/100/WE** – dyrektywa Rady 2006/100/WE z 20.11.2006 r. dostosowująca niektóre dyrektywy w dziedzinie swobodnego przepływu osób, w związku z przystąpieniem Bułgarii i Rumunii (Dz.Urz. UE L 363, s. 141)
- dyrektywa 2013/55/UE** – dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z 20.11.2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI”) (Dz.Urz. UE L 354, s. 132 ze zm.)
- dyrektywa 78/686/EWG** – dyrektywa Rady z 25.07.1978 r. dotycząca wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji osób wykonujących zawód lekarza dentystry, łącznie ze środkami mającymi na celu ułatwienie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i świadczenia usług (78/686/EWG) (Dz.Urz. WE L 233, s. 1, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 1, s. 67, ze zm.), nie obowiązuje
- dyrektywa 78/687/EWG** – dyrektywa Rady z 25.07.1978 r. dotycząca koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności lekarza dentystry (78/687/EWG) (Dz.Urz. WE L 233, s. 10, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 1, s. 76, ze zm.), nie obowiązuje
- dyrektywa 93/16/EWG** – dyrektywa Rady 93/16/EWG z 5.04.1993 r. mająca na celu ułatwienie swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (Dz.Urz. WE L 165, s. 1, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 2, s. 86, ze zm.), nie obowiązuje
- RODO** – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1, ze zm.)
- rozporządzenie 2017/745** – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z 5.04.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.Urz. UE L 117, s. 1, ze zm.)

- rozporządzenie 2017/746** – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z 5.04.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylenia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz.Urz. UE L 117, s. 176, ze zm.)
- TFUE** – Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana) (Dz.Urz. UE C 326 z 26.10.2012, s. 47)
- TWE** – Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską (wersja skonsolidowana) (Dz.Urz. UE C 321E z 29.12.2006, s. 37) – obecnie TFUE

Inne źródła prawa

- EKB** – konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Europejska konwencja bioetyczna) z 4.04.1997 r., podpisana przez Polskę 7.05.1999 r., ale nieratyfikowana
- EKPC** – Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284), ratyfikowana przez Polskę 19.01.1993 r.
- KEL** – kodeks etyki lekarskiej, przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14.12.1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, zmieniony uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20.09.2003 r. (Biul. NRL 2004/1, poz. 84)
- MPPOiP** – Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167), ratyfikowany przez Polskę 18.06.1977 r.
- Regulamin Porządkowy** – załącznik do zarządzenia nr 14/2017 Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z 11.12.2017 r. w sprawie Regulaminu Porządkowego Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, regulaminLEK_LDEK.pdf (cem.edu.pl) (dostęp: 20.03.2022 r.)
- Regulamin Porządkowy LEW i LDEW** – Regulamin Porządkowy Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego przyjętego zarządzeniem nr 7/2021 Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z 8.04.2021 r. (regulaminLEW_LDEW.pdf (cem.edu.pl), dostęp: 20.03.2022 r.)

- uchwała nr 30/10/VI** – uchwała nr 30/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z 3.09.2010 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów (Biul. NRL 2010/7, poz. 130), zmieniona uchwałami Naczelnej Rady Lekarskiej: nr 5/11/VI z 13.05.2011 r., nr 23/11/VI z 8.10.2011 r. oraz nr 34/11/VI z 16.12.2011 r., nie obowiązuje
- uchwała nr 1/17/VII** – uchwała nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z 13.01.2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów (Biul. NRL 2017/2), zmieniona uchwałami Naczelnej Rady Lekarskiej: nr 7/18/VIII z 31.08.2018 r., nr 23/19/VIII z 31.05.2019 r., nr 34/19/VIII z 18.10.2019 r., nr 22/20/VIII z 11.12.2020 r., nr 1/21/VIII z 29.01.2021 r., nr 9/21/VIII z 16.04.2021 r. oraz nr 19/21/VIII z 3.09.2021 r.
- uchwała nr 7** – uchwała nr 7 Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25.02.2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu przeprowadzania wizytacji praktyki zawodowej lekarza i lekarza dentysty oraz sposobu wyboru osób wykonujących czynności wizytacyjne, NIL – Uchwały podjęte podczas Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy (dostęp: 20.03.2022 r.)

Dokumenty

- projekt nowelizacji z 16.07.2020 r.** – rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, IX kadencja, druk sejm. nr 172

Organy orzekające

- ETPC** – Europejski Trybunał Praw Człowieka
- NSA** – Naczelny Sąd Administracyjny
- SA** – sąd apelacyjny
- SN** – Sąd Najwyższy
- SO** – sąd okręgowy
- TK** – Trybunał Konstytucyjny
- TS** – Trybunał Sprawiedliwości (dawniej ETS – Europejski Trybunał Sprawiedliwości)
- WSA** – wojewódzki sąd administracyjny

Zbiory orzecznictwa

Biul. SN	– Biuletyn Sądu Najwyższego
CBOSA	– Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych
KZS	– Krakowskie Zeszyty Sądowe. Orzeczenia Sądu Apelacyjnego w Krakowie w sprawach karnych
ONSA	– Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego
ONSAiWSA	– Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego i wojewódzkich sądów administracyjnych
OSA	– Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
OSNC	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OSNP	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych
OSP	– Orzecznictwo Sądów Polskich
OSPika	– Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
OTK	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego; zbiór urzędowy, Seria A
Zb. Orz.	– Zbiór Orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości i Sądu Pierwszej Instancji

Czasopisma

Biul. Inf.	– Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
SLiROZ	– Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej
Biul. NRL	– Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych
CzPKiNP	– Gazeta Lekarska
GL	– Gazeta Prawna
GP	– Monitor Prawniczy
M. Praw.	– Nowe Prawo
NP	– Prawo i Medycyna
PiM	– Państwo i Prawo
PiP	– Prawo i Podatki Unii Europejskiej
PiPUE	– Prokuratura i Prawo
Prok. i Pr.	– Przegląd Sądowy
PS	– Polski Tygodnik Lekarski
PTL	– Studia Iuridica
St. Iur.	– Studia Prawno-Ekonomiczne
St. Pr.-Ek.	– Studia Prawnicze
St. Prawn.	– Wojskowy Przegląd Prawniczy
WPP	

Inne skróty

AOTMiT	– Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ABW	– Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego
CBA	– Centralne Biuro Antykorupcyjne
CEIDG	– Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej
CEM	– Centrum Egzaminów Medycznych
ChPL	– Charakterystyka Produktu Leczniczego
CMKP	– Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
CRL	– Centralny Rejestr Lekarzy
EFTA	– Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu
EKS	– elektroniczna karta szkolenia specjalizacyjnego
EKUZ	– Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego
EOG	– Europejski Obszar Gospodarczy
elektroniczna platforma o zdarzeniach medycznych	– Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych
GIS	– Główny Inspektor Sanitarny
IKP	– Internetowe Konto Pacjenta
KRS	– Krajowy Rejestr Sądowy
KRUS	– Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
LDEK	– Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy
LDEP	– Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy
LEK	– Lekarski Egzamin Końcowy
LEP	– Lekarski Egzamin Państwowy
LEW	– Lekarski Egzamin Weryfikacyjny
LDEW	– Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Weryfikacyjny
NFZ/Fundusz	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	– Najwyższa Izba Kontroli
NIP	– numer identyfikacji podatkowej
NIL	– Naczelna Izba Lekarska
NRL	– Naczelna Rada Lekarska
PAN	– Polska Akademia Nauk
PES	– Państwowy Egzamin Specjalizacyjny
PEU	– Państwowy Egzamin Umiejętności
PKE	– Państwowa Komisja Egzaminacyjna
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
RPO	– Rzecznik Praw Obywatelskich
RPP	– Rzecznik Praw Pacjenta
SIM	– System Informacji Medycznej
SMK	– System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych
SPZOZ	– samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

URPL	– Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
WIL	– Wojskowa Izba Lekarska
Zjednoczone Królestwo	– Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej
ZUS	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ZSRR	– Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich

Uwaga: artykuły przywoływane w komentarzu bez bliższego określenia lub z określeniem „ustawa” są artykułami komentowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zarówno w ustawie, jak i w komentarzu, w przypadku tej samej konstrukcji prawnej używa się terminu „lekarz”, rozumiejąc przez to również lekarza dentystę.

Dla wygody czytelnika informujemy, że oprócz oficjalnych miejsc publikacji, podawanych przy powoływanych w tekście dokumentach, są one dostępne także na stronach internetowych wydających je instytucji: stanowiska i uchwały NRL na stronie internetowej www.nil.org.pl, orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości na stronie www.curia.europa.eu, akty prawa Unii Europejskiej na stronie www.eur-lex.europa.eu, a dokumenty Rady Europy na stronie www.coe.int.

Wstęp do I wydania

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pomimo iż obowiązuje przeszło dekadę, nie doczekała się dotychczas komentarza. Zasadniczą przyczyną tego stanu rzeczy było to, że trwają wciąż prace nad jej gruntowną nowelizacją, które wskutek zmiany rządów i w konsekwencji zmieniającej się wizji opieki zdrowotnej były wielokrotnie przerywane, podejmowane na nowo i jak dotychczas nie doczekały się zakończenia.

Nie oznacza to oczywiście, że ustawa w czasie jej obowiązywania nie ulegała zmianom. Takie nowelizacje, mimo że o charakterze doraźnym, dokonywały się stale. Miały one przede wszystkim związek z potrzebą dostosowywania przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty do zasad wykonywania tych zawodów oraz przepisów dotyczących uznawania kwalifikacji ustanowionych w prawie wspólnotowym. Część zmian była natomiast konsekwencją przeobrażeń strukturalnych w zakresie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce i – będącej m.in. pochodną tych zmian – reformy zasad finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

W dniu 23 kwietnia weszła w życie najnowsza nowelizacja ustawy z 12.03.2008 r. wdrażająca do prawa polskiego postanowienia dyrektywy 2005/36/WE. Zmiany te zostały uwzględnione w niniejszym komentarzu. W międzyczasie do Sejmu wpłynął pakiet projektów ustaw reformujących system opieki zdrowotnej, w tym zasady wykonywania zawodów medycznych. Trudno jednak oczekiwać szybkiego zakończenia prac legislacyjnych. Planowana reforma ma mieć bowiem charakter kompleksowy i wymaga rozpatrzenia kilku projektów ustaw łącznie. Dodatkowo sprawę komplikuje fakt, iż wiele kwestii reguluje się po raz pierwszy. Ponadto już wiadomo, że zgłaszane są liczne zastrzeżenia do projektów, także o charakterze podstawowym, a tempo prac nie jest szybkie. W tej sytuacji doświadczenie uczy, że dalsze zwlekanie z opublikowaniem komentarza do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty może oznaczać odłożenie tej publikacji *ad calendas Graecas*. Jedynym więc racjonalnym wyjściem jest wydanie komentarza i uwzględnienie ewentualnych zmian legislacyjnych w jego wznowieniu.

Warto dodać, że w międzyczasie ukazały się komentarze do innych ustaw medycznych, pomimo iż również one podlegały i nadal podlegają stałym modyfikacjom.

Przykładem może być wydany przez Wolters Kluwer komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wiele szczegółowych zagadnień uregulowanych przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest przedmiotem artykułów, ukazujących się głównie w periodyku „Prawo i Medycyna”, oraz opracowań monograficznych, m.in. wydawanych przez Wolters Kluwer w serwisie Prawo i Zdrowie. W szczególności wszechstronnej i pogłębionej analizie poddane zostały różne aspekty odpowiedzialności karnej lekarza oraz jego odpowiedzialności cywilnej. Autorzy komentarza założyli więc, że nie będą ponownie omawiać zagadnień, które doczekały się już szczegółowej analizy, poprzestając na odesłaniu do nich czytelnika.

Publikacje te jednak nie mogą zastąpić komentarza. Potrzeba wydania oddzielnego komentarza do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wiąże się ze złożonością i wieloaspektowością materii będącej przedmiotem regulacji tej ustawy. Podyktowana jest również potrzebą wyjaśnienia niektórych przepisów, które nawet wśród prawników rodzą wątpliwości interpretacyjne i liczne kontrowersje.

Komentarz jest dziełem prawników, z jednej strony tych, którzy już od dawna zajmują się prawem medycznym, zwłaszcza we współpracy z izbami lekarskimi, i mają w tym zakresie duże doświadczenie. Z drugiej strony w skład zespołu wchodzi doktoranci przygotowujący rozprawy doktorskie z prawa medycznego lub europejskiego prawa ochrony zdrowia. Taki dobór autorów stwarza szanse na omówienie zarówno teoretycznych, jak i praktycznych aspektów wykonywania zawodu lekarza, poczynając od warunków przyznawania prawa wykonywania zawodu, zasad uznawania kwalifikacji zawodowych, systemu kształcenia przed- i podyplomowego, aż do zasad wykonywania zawodu w odniesieniu do fundamentalnych praw pacjenta, zasad przeprowadzania eksperymentu medycznego, praw i obowiązków lekarzy czy form wykonywania zawodu. Podanie zaś w stopce redakcyjnej, którą część komentarza przygotowali poszczególni autorzy, umożliwi czytelnikowi dokonanie oceny, jak wywiązali się oni z powierzonych im zadań. Niezwykle dynamiczny rozwój nauk medycznych oraz praktyki medycznej stawia przez twórcami i komentatorami prawa medycznego ciągłe wyzwania. Pojawiają się bowiem coraz to nowe zagadnienia prawne, wymagające rozstrzygnięcia. W tym więc sensie komentarz potrzebować będzie z pewnością w przyszłości uzupełnienia.

Na płycie CD dołączonej do komentarza znajdują się wszystkie powoływane w tekście akty prawne, kodeks etyki lekarskiej oraz ważniejsze uchwały i stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej. W ten sposób autorzy starali się ułatwić czytelnikowi dotarcie do źródeł prawa i zasad deontologicznych w przypadku, gdyby informacje na dany temat uwzględnione w komentarzu okazały się niewystarczające.

Adresatami komentarza są przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści, a także przyszli adepci zawodu. Przedstawione w komentarzu zasady mają charakter powszechny. Dotyczą one wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów, niezależnie od formy, w jakiej

wykonują zawód. Autorzy mają nadzieję, że komentarz ten pomoże praktykującym lekarzom w rozwiązaniu wielu problemów, z jakimi borykają się w codziennej pracy zawodowej, i ułatwi realizację standardów wymaganych prawem w codziennej praktyce medycznej. Wyboru omawianych zagadnień starano się dokonać właśnie pod kątem przydatności komentarza do ich potrzeb. Autorzy dążyli również do tego, aby tok wywodu był zrozumiały dla osób nieposiadających przygotowania prawniczego. Na ile im się to udało, ocenią czytelnicy.

Eleonora Zielińska

Wstęp do II wydania

Od czasu ukazania się w 2008 r. I wydania komentarza weszła w życie, długo oczekiwana, szeroka nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.), dokonana ustawą z 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. Nr 113, poz. 658), a także wiele innych ustaw kluczowych dla systemu ochrony zdrowia, które wprowadziły liczne zmiany, m.in. w ustawie o zawodzie lekarza. Ograniczając się do najważniejszych z tych ustaw, należy wymienić niezwykle istotną dla praktyk lekarskich ustawę z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 217), ustawę z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.), a także ustawę z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. Nr 113, poz. 657 ze zm.) oraz ustawę z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122, poz. 696 ze zm.).

W związku z tym wynikała potrzeba przygotowania II wydania komentarza, zmienionego i zaktualizowanego. Prace nad nim rozpoczęły się tuż po ogłoszeniu tekstu wyżej wymienionych ustaw, jednak częste deklarowanie potrzeby zmian przez urzędników oraz ustawiczne nowelizacje niektórych aktów wykonawczych, np. rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, oraz długotrwały brak kompletu tych aktów, m.in. w tak kluczowej dla nowelizacji kwestii jak lekarski egzamin końcowy, uniemożliwiały sfinalizowanie tych prac. Warunki do ich ukończenia stworzyło dopiero wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.07.2012 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz.U. poz. 903) oraz zarządzenia nr 18/2012 Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z 31.10.2012 r. w sprawie Regulaminu Porządkowego Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, a także 15 innych aktów wykonawczych dotyczących kształcenia podyplomowego.

Późniejsze przygotowanie II wydania komentarza umożliwiło uwzględnienie zmian ustawy mających miejsce po wyżej wymienionych nowelizacjach, tzn. wniesionych ustawami: z 22.12.2011 r. (Dz.U. Nr 291, poz. 1707) oraz z 7.12.2012 r.

(Dz.U. poz. 1456 ze zm.), dotyczących przepisów art. 15, 16j oraz 16k ustawy, ustanawiających zasady finansowania stażu podyplomowego, rezydentury oraz szkoleń specjalizacyjnych, a także z 13.01.2012 r. (Dz.U. poz. 95) w zakresie art. 45 ustawy, regulującego sporządzanie recept.

Warto przypomnieć, że nasz komentarz wydany w 2008 r. był pierwszym komentarzem do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pomimo długiego okresu jej obowiązywania. Drugi komentarz, nieuwzględniający jednak jeszcze nowelizacji z 2011 r., ukazał się w innym wydawnictwie dopiero w 2010 r. i nie został uaktualniony.

Autorzy komentarza od początku przyjęli założenie, że nie będą ponownie omawiać zagadnień, które doczekały się już szczegółowej analizy w innych powszechnie dostępnych publikacjach, lecz poprzestaną na odesłaniu do nich czytelnika. Przykładem takich publikacji może być wydany przez Wolters Kluwer komentarz do ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wiele szczegółowych zagadnień uregulowanych przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest przedmiotem artykułów, ukazujących się głównie w periodyku „Prawo i Medycyna”, a także opracowań monograficznych, m.in. wydawanych przez Wolters Kluwer w serwisie Prawo i Zdrowie. W szczególności w tych publikacjach wszechstronnej i pogłębionej analizie poddane zostały różne aspekty odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza. Z tego względu poza aktualizacją samej treści komentarza w II wydaniu uzupełniono także bibliografię oraz orzecznictwo odnoszące się do wykonywania zawodu lekarza.

Oba wydania komentarza są dziełem prawników: z jednej strony tych, którzy już od dawna zajmują się prawem medycznym, zwłaszcza we współpracy z izbami lekarskimi, i mają w tym zakresie duże doświadczenie. Z drugiej strony tych, którzy pracują w administracji publicznej, przygotowują równocześnie rozprawy doktorskie lub inne prace naukowe z prawa medycznego lub europejskiego prawa ochrony zdrowia. Taki dobór autorów stworzył szanse na omówienie zarówno teoretycznych, jak i praktycznych aspektów wykonywania zawodu lekarza, począwszy od warunków przyznawania prawa wykonywania zawodu, zasad uznawania kwalifikacji zawodowych, systemu kształcenia przed- i podyplomowego, a skończywszy na zasadach wykonywania zawodu w odniesieniu do fundamentalnych praw pacjenta, zasadach przeprowadzania eksperymentu medycznego, prawach i obowiązkach lekarzy czy formach wykonywania zawodu. Natomiast wyszczególnienie w stopce redakcyjnej oraz na stronach komentarza, który z autorów przygotował daną jego część, pozwoli czytelnikowi ocenić, jak wywiązali się oni z powierzonych im zadań.

Niezwykłe dynamiczny rozwój nauk medycznych oraz zmieniające się uwarunkowania naukowe i prawne wykonywania praktyki lekarskiej stawiają przez twórcami

i komentatorami prawa medycznego ciągle wyzwania. Pojawiają się bowiem coraz to nowe, wymagające rozstrzygnięcia zagadnienia dotyczące największego dobra człowieka, jakim jest życie i zdrowie. W tym więc sensie praca nad komentarzem ma charakter ustawiczny i z pewnością niezbędne okażą się w przyszłości uzupełnienia i aktualizacje.

Adresatami komentarza są przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści, a także przyszli adepci tych zawodów. Przedstawione w komentarzu zasady mają charakter powszechny. Dotyczą wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, niezależnie od formy, w której wykonują zawód. Autorzy mają nadzieję, że komentarz ten pomoże praktykującym lekarzom w rozwiązaniu wielu problemów, z jakimi borykają się na co dzień, i ułatwi realizację standardów wymaganych prawem w pracy zawodowej. Wyboru omawianych zagadnień starano się dokonać właśnie pod kątem przydatności komentarza do potrzeb lekarzy. Autorzy dążyli również do tego, aby tok wywodu był zrozumiały dla osób nieposiadających przygotowania prawniczego. Na ile im się to udało, ocenią czytelnicy.

Do II wydania komentarza zostało dołączone zamiast płyty CD hasło (w formie „zdrapki”) do internetowej informacji, w której umieszczono teksty ważniejszych powoływanych w tekście aktów prawnych, uchwał i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej, a także kodeksu etyki lekarskiej. W ten sposób autorzy starali się ułatwić czytelnikowi dotarcie do źródeł prawa i zasad deontologicznych oraz zachęcić go do samodzielnej ich analizy.

Eleonora Zielińska

Wstęp do III wydania

Przygotowanie zaktualizowanego i uzupełnionego 3 wydania komentarza do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przypadło na czas wzmożonej legislacji w zakresie prawa medycznego.

Wiązało się to z potrzebą wydania wielu szczególnych przepisów dotyczących funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w czasie trwania pandemii COVID-19, a następnie z wybuchem wojny w Ukrainie i falą uchodźców, która po 24.02.2022 r. przybyła do Polski. W tej grupie znalazło się sporo lekarzy i innych pracowników medycznych, głównie kobiet, których wykorzystanie potencjału zawodowego leżało zarówno w interesie obywateli Ukrainy, jak i polskich pacjentów.

Regulacje pandemiczne odnoszące się do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zostały uwzględnione w komentarzu i chociaż po zniesieniu stanu epidemii częściowo przestały obowiązywać, pozostawiono je, przede wszystkim z tego względu, że nie wiadomo, czy nie zostaną przywrócone, gdyby stan zagrożenia epidemicznego ponownie wszedł w fazę pandemii.

Ponadto pewne instytucje powszechnie stosowane w czasie pandemii, np. teleporady czy zdalne wystawianie recept w postaci elektronicznej, na stałe wpisały się już w funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

Chęć szybkiego dopuszczenia ukraińskiego personelu medycznego do wykonywania zawodu w Polsce wymagała stworzenia uproszczonej procedury ubiegania się w Ministerstwie Zdrowia o uznanie dyplomów i przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19 albo przyznanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym.

Należy podkreślić, że niezależnie od tych nadzwyczajnych sytuacji zmianie ulegały również inne przepisy komentowanej ustawy. Najwięcej modyfikacji wprowadzono na podstawie nowelizacji z 16.07.2020 r.

Wynikały one przede wszystkim z kontynuacji reformy systemu kształcenia lekarzy. Dotyczyły one zarówno przepisów regulujących zasady przeprowadzania LEK oraz LDEK, jak też kształcenia podyplomowego lekarzy (uregulowanego w rozdziale 3 „Ustawiczny rozwój zawodowy”) w postaci podyplomowego stażu, szkolenia specjalizacyjnego, PES oraz innych form profesjonalnego rozwoju.

Aktualnie zasady organizacji i przeprowadzania końcowych egzaminów lekarskich (lekarsko-dentystycznych) regulują przepisy art. 14a–14f u.z.l., w brzmieniu nadanym nowelizacją z 16.07.2020 r., oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.04.2021 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, a także Regulamin Porządkowy LEK i LDEK, wydany przez Dyrektora CEM, a zatwierdzony przez Ministra Zdrowia.

Warto w tym kontekście zauważyć, że na mocy nowelizacji z 16.07.2020 r. w dniu 1.01.2022 r. miały wejść w życie nowe rozwiązania dotyczące stażu podyplomowego (art. 15a–15h i art. 15k–15n u.z.l.). Zmiany te zostały jednak przesunięte o rok, tj. na dzień 1.01.2023 r., na mocy przepisów ustawy z 2.12.2021 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2459). Należy jednak zaznaczyć, że wejście w życie tych przepisów nadal stoi pod znakiem zapytania, gdyż w końcowej fazie prac nad niniejszym komentarzem na nowo rozgorzała dyskusja na temat likwidacji stażu podyplomowego. Z takim postulatem wystąpiła tym razem Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych uznając, że lepszym rozwiązaniem byłoby przeniesienie części niezbędnego programu stażu na pierwszy rok specjalizacji. Do propozycji tej przychylnie ustosunkowało się też Ministerstwo Zdrowia, lecz kategorycznie sprzeciwiło się środowisko lekarskie, m.in. Prezydium NRL. Ostatecznie Ministerstwo Zdrowia powołało dwa zespoły ekspertów, które mają wydać opinie w tej sprawie, których konkluzje obecnie są trudne do przewidzenia.

Zasady organizacji i przeprowadzania PES uregulowane są obecnie przede wszystkim w art. 16rb–16x u.z.l., w brzmieniu nadanym nowelizacją z 16.07.2020 r., oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 31.08.2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, a także w Regulaminie Przeprowadzania PES, wydanym przez Dyrektora CEM i zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia. Niektóre przepisy w tym zakresie, dotyczące programów poszczególnych modułów szkolenia specjalizacyjnego, mają wejść w życie 1.08., a inne dopiero 31.12.2022 r.

Nowelizacja z 16.07.2020 r. uszczegółowiła także zasady realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego przewidzianego w art. 18 u.z.l. Wydane na podstawie tego przepisu rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.02.2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów uaktualniło m.in. rodzaj szkoleń i innych aktywności, poprzez udział w których lekarze mogą zrealizować ten obowiązek.

W świetle nowelizacji z 16.07.2020 r. istotnych zmian dokonano także w rozdziale 4 komentowanej ustawy odnoszącym się do eksperymentu medycznego. Obecny kształt zawartych tam przepisów stanowi ważny krok do przodu na drodze ich doskonalenia.

Nowelizacja z 16.07.2020 r. zmieniła także brzmienie art. 58 u.z.l., zawierającego przepisy karne, m.in. przez wprowadzenie nowego typu przestępstwa i wykroczenia, związanych z przeprowadzaniem eksperymentów medycznych niezgodnie z przepisami ustawy.

Warto też zaznaczyć, że dla celów podatkowych zawód lekarza, podobnie jak i inne zawody medyczne, nie są aktualnie zaliczane do tzw. wolnych zawodów. Zmiana ta została wprowadzona na podstawie ustawy z 29.10.2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2105) nowelizującej m.in. ustawę o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, która zawiera listę wolnych zawodów. Wprawdzie w reakcji na protesty środowisk medycznych tłumaczono to usunięcie dążeniem do stworzenia lekarzom i innym pracownikom medycznym możliwości korzystniejszego opodatkowania (zob. <https://pulsmedycyny.pl/mf-wylaczenie-lekarzy-z-kategorii-wolnych-zawodow-jest-dla-nich-korzystne-1140958>, dostęp: 10.06.2022 r.). Niemniej jednak należy zgodzić się z opinią środowisk medycznych, że efekt ten można było osiągnąć w inny sposób, a także podzielić ich obawy, że to posunięcie legislacyjne może wpłynąć niekorzystnie na ogólne rozumienie istoty i etosu zawodu lekarza, a także społeczne postrzeganie tego zawodu, w tym również przez organy tworzące i stosujące prawo.

Niektóre zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty były konsekwencją uznania przez Trybunał Konstytucyjny części przepisu art. 39, regulującego tzw. klauzulę sumienia, za niezgodną z Konstytucją RP.

Wniosek do Trybunału Konstytucyjnego zgłoszony przez NRL zawierał cztery zarzuty, z których dwóm Trybunał przyznał słuszność w wyroku z 7.10.2015 r., K 12/14, OTK-A 2015/9, poz. 143.

Trybunał, po pierwsze, uznał za niezgodny z zasadą prawidłowej legislacji (wywodzoną z art. 2 Konstytucji RP) i zasadą wolności sumienia (art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP) przepis dotyczący tzw. klauzuli sumienia (art. 39 zdanie pierwsze) w związku z art. 30 u.z.l. przewidującym bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, w zakresie, w jakim ten ostatni przepis nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Trybunał podzielił w ten sposób obiekcje strony skarżącej, że użyta w art. 30 u.z.l. przesłanka „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” jest niedostatecznie określona. Po drugie, Trybunał uznał, że art. 39 zdanie

pierwsze u.z.l. w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, jest niezgodny z zasadą wolności sumienia (art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). Natomiast Trybunał nie dopatrzył się niezgodności z Konstytucją RP art. 39 u.z.l., w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza, wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, do uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego o zamiarze skorzystania z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, a także w zakresie, w jakim zobowiązuje każdego lekarza korzystającego z klauzuli sumienia do odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej.

W konsekwencji, nowelizacją z 16.07.2020 r., która weszła w życie 8.08.2020 r., została uchylona ta część przepisu art. 39 u.z.l., która zobowiązywała lekarza korzystającego z klauzuli sumienia do wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego, którego udzielenia odmawiał, w innym podmiocie leczniczym. Ponadto zmodyfikowano art. 30 u.z.l., uchylając część przepisu odnoszącą się do obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej w razie wystąpienia innych (niż zagrożenie życia lub zdrowia) „przypadków niecierpiących zwłoki”. Pomimo że wyrok Trybunału Konstytucyjnego miał charakter zakresowy, ponieważ dotyczył tylko art. 39 u.z.l., czyli odmowy z uwagi na sprzeczność z sumieniem, ustawodawca rozszerzył podstawy odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza również na inne przypadki, o których mowa np. w art. 38, co w świetle treści sentencji i uzasadnienia wyroku Trybunału nie było konieczne, a jest rozwiązaniem bardzo niekorzystnym dla pacjentów.

Warto zaznaczyć, że w komentarzu pozostawiono, po zaktualizowaniu, omówienie niektórych przepisów, które zostały przeniesione do innych ustaw. Dotyczy to zwłaszcza form i rodzajów wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry dotychczas uregulowanych w uchylonych art. 49a, 50 i 50b–52 u.z.l., a które obecnie znajdują się w ustawie o działalności leczniczej. Taką decyzję podjęto, uznając za celowe całościowe przedstawienie zaktualizowanego stanu prawnego odnoszącego się do sytuacji zawodowej lekarza, bez potrzeby sięgania do innych ustaw.

Od czasu drugiego wydania naszego komentarza w 2014 r. ukazał się w Wydawnictwie Wolters Kluwer w 2016 r. kolejny komentarz do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Jego współautorami są głównie prawnicy – praktycy, którzy, jak podkreśla redaktor naukowy, skoncentrowali się przede wszystkim na omówieniu praktycznych zagadnień prawno-administracyjnych ustawy. W międzyczasie ukazał się też, w tym samym wydawnictwie, trzypiętomowy *System Prawa Medycznego*, którego redaktorką naukową całej serii jest pisačka te słowa, zaś redaktorami naukowymi poszczególnych tomów najwybitniejsi w Polsce specjaliści z dziedziny prawa medycznego. Opublikowano też drugi system prawa medycznego oraz wiele pozycji monograficznych, a także artykułów naukowych poświęconych zagadnieniom szczegółowym, pojawiającym

się na tle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które starano się uwzględnić w tym wydaniu komentarza.

Skład autorski niniejszego wydania komentarza nie uległ zasadniczej zmianie, z dwoma wyjątkami. Dotychczasowy autor komentarza do rozdziałów 2a i 3 nie podjął się tym razem aktualizacji, w związku z czym troje innych autorek i autorów na nowo napisało komentarz do tych przepisów.

Ponadto do aktualizacji i zmiany komentowanych przepisów w poprzednich wydaniach komentarza przez piszącą te słowa dołączyła nowa osoba.

Adresatami komentarza są przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści, a także przyszli adepci tych zawodów. Autorki i autorzy mają nadzieję, że komentarz wyjaśni wątpliwości rodzące się na tle niektórych przepisów dotyczących przygotowania i dopuszczenia do wykonywania zawodu, a także ułatwi realizację standardów organizacyjnych i medycznych w ich codziennej praktyce oraz pomoże w rozwiązaniu wielu problemów prawnych, z jakimi borykają się w pracy zawodowej. Wyboru omawianych zagadnień starano się dokonać właśnie pod kątem przydatności komentarza do potrzeb środowiska lekarskiego. Autorki i autorzy dążyli w związku z tym również do tego, aby tok wyводу był zrozumiały dla osób nieposiadających przygotowania prawniczego.

Komentarz może być jednak także ważnym źródłem informacji dla prawników, zwłaszcza wykonujących zawód adwokata, radcy prawnego prokuratora czy sędziego, którzy stykają się coraz częściej ze sprawami lekarskimi, a niektóre jego części mogą ponadto być interesujące dla obecnych pacjentów i przyszłych.

Eleonora Zielińska

USTAWA

z dnia 5 grudnia 1996 r.

o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹

(tekst jedn. Dz.U. z 2021 r. poz. 790; zm.: Dz.U. z 2021 r. poz. 1559, poz. 2232; z 2022 r. poz. 583,
poz. 655, poz. 830, poz. 974, poz. 1352)

¹ Niniejsza ustawa dokonuje w zakresie swojej regulacji wdrożenia dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22 ze zm.).

ROZDZIAŁ 1

Przepisy ogólne

Art. 1. [Zakres regulacji]

Ustawa określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty.

1. Przepis art. 1 określa zakres podmiotowy oraz przedmiotowy ustawy.
2. Pod względem podmiotowym ustawa dotyczy dwóch grup zawodów zaliczanych w klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy do grupy specjalistów ds. zdrowia, oznaczonych symbolem 221 (lekarze) oraz 226 (lekarze dentyści) (zob. załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, Dz.U. z 2018 r. poz. 227 ze zm., które zastąpiło rozporządzenie z 27.04.2010 r. w tej samej sprawie). Klasyfikacja została opracowana na podstawie Międzynarodowego Standardu Klasyfikacji Zawodów ISCO-88, przyjętego na XIV Międzynarodowej Konferencji Statystyków Pracy w Genewie w 1987 r., oraz jego nowej edycji z 1994 r., tzw. ISCO-88 (COM), dostosowanej do potrzeb Unii Europejskiej. Służy ujednoliceniu nazewnictwa zawodów i specjalności występujących na rynku pracy oraz racjonalnemu planowaniu jego obsługi i określaniu jego struktury zawodowej. Zaproponowana dla tych celów siatka pojęciowa (zob. teza 3) powinna być stosowana w ustawach określających zasady i warunki wykonywania poszczególnych zawodów, w tym zawodów lekarza i lekarza dentysty. W celu dostosowania użytej w ustawie terminologii do stosowanej w klasyfikacji dokonano w 2003 r. zmiany komentowanej ustawy (zob. ustawa z 10.04.2003 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw, Dz.U. Nr 90, poz. 845), w wyniku której m.in. zastąpiono pojęcie lekarza stomatologa pojęciem lekarza dentysty oraz wprowadzono pojęcie specjalności.

3. Struktura klasyfikacji w świetle powołanego rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania oparta jest na systemie pojęć, z których najważniejsze to: zawód, specjalność, umiejętności oraz kwalifikacje zawodowe.

Polskie ustawodawstwo nie zawiera definicji legalnej zawodu lekarza. Słusznie więc podkreśla się, że rekonstrukcji tego terminu należy dokonać na podstawie jego znaczenia leksykalnego oraz uwzględniając elementy jego definicji zawarte w aktach normatywnych oraz orzecznictwie (R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 18 oraz R. Kubiak [w:] *System prawa medycznego*, red. E. Zielińska, t. 1, *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018, s. 178). Według definicji słownikowych zawód to zbiór zadań (zespół czynności wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy), wymagających odpowiednich kwalifikacji (wiedzy i umiejętności), zdobytych w wyniku kształcenia lub praktyki, wykonywanych stale lub z niewielkimi zmianami przez poszczególne osoby. Zawód daje prawo do określonej, uznawanej społecznie aktywności, jest zasadniczym elementem usług i świadczeń, praw i obowiązków, kompleksem nie tylko określonych czynności technicznych, ale także przypisanej temu zawodowi roli społecznej (zob. też I. Lazari-Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role społeczne* [w:] *Etyka zawodowa*, red. A. Sarapata, Warszawa 1971). Specjalność jest wynikiem podziału pracy w ramach zawodu. Przez to pojęcie rozumie się część czynności o podobnym charakterze, wymagających pogłębionej lub dodatkowej wiedzy i umiejętności niezbędnych do realizacji składowych zadań zawodowych. Przez umiejętność rozumie się sprawdzoną możliwość wykonywania odpowiedniej klasy zadań w ramach danego zawodu lub specjalności. Kwalifikacje zawodowe rozumie się jako układy wiedzy i umiejętności wymagane do realizacji zadań zawodowych. Dla celów klasyfikacji wyróżnia się dwa aspekty kwalifikacji zawodowych: poziom i specjalizację. Poziom to funkcja kompleksowości i zakresu umiejętności wynikających ze złożoności oraz zakresu zadań i obowiązków, przy czym kompleksowość umiejętności traktuje się jako czynnik ważniejszy. Specjalizację kwalifikacji definiuje się przez rodzaj koniecznej wiedzy czy umiejętność posługiwania się określonymi urządzeniami i narzędziami lub przez rodzaj stosowanych materiałów albo świadczonych usług. Pojęcie specjalności nawiązuje do określonej dziedziny medycyny. Specjalizacja powinna być rozumiana jako dążenie do bycia specjalistą w danej specjalności (dziedzinie medycyny).

4. Wspomniana klasyfikacja wyróżnia m.in. ogólnie lekarzy (oznaczonych symbolem 221, w tym lekarzy bez specjalizacji, w trakcie specjalizacji lub ze specjalizacją I stopnia, oznaczonych symbolem 2211, lekarzy specjalistów, tzn. ze specjalizacją II stopnia lub tytułem specjalisty, oznaczonych symbolem 2212) oraz lekarzy dentyków (oznaczonych symbolem 226, w tym lekarzy dentyków bez specjalizacji, w trakcie specjalizacji lub ze specjalizacją I stopnia, oznaczonych symbolem 2261, lekarzy dentyków specjalistów, tzn. ze specjalizacją II stopnia lub tytułem specjalisty, oznaczonych symbolem 2262). W podgrupie lekarzy specjalistów wyróżnia się 78 specjalności,

oznaczonych różnymi symbolami, np. anestezjologia i intensywna terapia (221202), medycyna paliatywna (221233), medycyna rodzinna (221236), reumatologia (221261), urologia dziecięca (221267), zdrowie publiczne (221268), medycyna morska i tropikalna (21275), perinatologia (21278). Lekarze niedający się zaliczyć do żadnej z wymienionych specjalności figurują pod symbolem 221290. Specjalności wyszczególnionych w podgrupie lekarzy dentystów specjalistów jest łącznie 9, np. chirurgia stomatologiczna (226201), chirurgia szczękowo-twarzowa (226202), ortodoncja (226204), protetyka stomatologiczna (226206). Symbolem 226290 zostali oznaczeni pozostali lekarze dentyści specjaliści.

5. Zawody lekarza i lekarza dentysty są zaliczane do zawodów zaufania publicznego, o których mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. Zawodom tym „społeczeństwo przypisuje (...) wymóg posiadania bardzo wysokich umiejętności fachowych, zwykle ukończenia wyższych studiów oraz odbycia dalszych szkoleń (aplikacja, specjalizacja)” (zob. P. Sarnecki, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie adwokatury* [w:] *Konstytucja, wybory, parlament. Studia ofiarowane Zdzisławowi Jaroszowi*, red. L. Garlicki, Warszawa 2000, s. 157; por. też J. Smarz, *Definiowanie pojęcia „Zawód zaufania publicznego”*, St. Prawn. 2012/3, s. 191). Zawodom zaufania publicznego towarzyszy często pewien etos. Zawody te mają bezpośredni wpływ na losy jednostek i społeczeństwa, służą ochronie podstawowych wartości społecznych, legitymują się swoistym powołaniem społecznym, nieograniczającym się do wytwarzania określonych przedmiotów (zob. M. Michalik, *Společne przesłanki, swoistość i funkcje etyki zawodowej* [w:] *Etyka...*, red. A. Sarapata, s. 11). Problematyka zawodów zaufania publicznego była kilkakrotnie przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego, wprawdzie w kontekście spraw dotyczących zawodów prawniczych, ale z odniesieniem do wszystkich zawodów zaufania publicznego w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. W wyroku z 7.05.2002 r., SK 20/00, OTK-A 2002/3, poz. 29, Trybunał, w nawiązaniu do poglądów P. Sarneckiego, scharakteryzował taki zawód jako polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi, przy czym „wykonywanie zawodu zaufania publicznego” określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji. Ponadto Trybunał w wyroku z 18.02.2004 r., P 21/02, OTK-A 2004/2, poz. 9, m.in. zastrzegł, że „przymiot zawodu «zaufania publicznego», jaki charakteryzuje zawody poddane unormowaniom art. 17 ust. 1 Konstytucji, polega nie tylko na objęciu zakresem ich wykonywania pieczy nad prowadzeniem spraw lub ochroną wartości (dóbr) o zasadniczym i (najczęściej) osobistym znaczeniu dla osób korzystających z usług w sferze zawodów zaufania publicznego. Nie wyczerpuje się też w podejmowaniu ważnych – w wymiarze publicznym – czynności zawodowych, wymagających profesjonalnego przygotowania, doświadczenia, dyskrecji oraz taktu i kultury osobistej. «Zawody zaufania publicznego» wykonywane są – zgodnie z ich

konstytucyjnym określeniem – w sposób założony i społecznie aprobowany, o ile ich wykonywaniu towarzyszy realne «zaufanie publiczne». Na zaufanie to składa się szereg czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwają się: przekonanie o zachowaniu przez wykonującego ten zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz wiara w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu”.

Reasumując swe dotychczasowe rozważania oraz poglądy na ten temat wyrażane w doktrynie, TK w wyroku z 2.07.2007 r., K 41/05, OTK-A 2007/7, poz. 72, stwierdził, że do cech zawodów zaufania publicznego najczęściej zalicza się:

- a) szczególną doniosłość prawidłowego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania zawodu – istotnego z racji znaczenia, jaką dana dziedzina społecznej aktywności zawodowej odgrywa w społeczeństwie, oraz z racji konieczności zapewnienia ochrony gwarantowanych Konstytucją RP praw podmiotowych jednostki;
- b) powierzanie w warunkach wysokiego zaufania uprawiającym taki zawód informacji osobistych i dotyczących życia prywatnego osób korzystających z ich usług;
- c) uznawanie powierzonych informacji za tajemnicę zawodową, która nie może być ujawniona;
- d) objęcie osób dysponujących tajemnicą zawodową – w przypadku możliwości naruszenia istotnych dóbr jednostki w razie jej ujawnienia – immunitetem zwalniającym je od odpowiedzialności karnej za ujawnienie informacji;
- e) korzystanie ze świadczeń tych zawodów często w razie nastąpienia realnego albo choćby potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczególnym charakterze (np. życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię);
- f) niepodleganie regułom hierarchii urzędniczej;
- g) występowanie sformalizowanej deontologii zawodowej oraz rękojmi należytego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania zawodu, gwarantowanej z jednej strony przez wysokie bariery dostępu do wykonywania każdego z zawodów zaufania publicznego, obejmujące nie tylko wymóg ukończenia odpowiedniego szkolenia, lecz także reprezentowanie odpowiedniego poziomu etycznego, z drugiej zaś sprawowaną w interesie publicznym pieczę organów samorządu zawodowego.

6. Do etosu zawodu lekarza nawiązuje kodeks etyki lekarskiej. W myśl art. 2 ust. 1 KEL powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. W ślubowaniu stanowiącym integralną część kodeksu etyki lekarskiej lekarz przyrzeka m.in. „strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić (...)”. Częściowe powtórzenie tego zobowiązania znajduje się też w art. 1 ust. 2 i 3 KEL, gdzie mowa o obowiązku przestrzegania praw człowieka i zakazie „naruszania” godności zawodu poprzez zachowania uchybiające tej godności. Warto dodać, że w myśl art. 5 ust. 1 pkt 5 u.z.l. okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu tylko osobie,

która „wykazuje nienaganną postawę etyczną”, przy czym z orzecznictwa sądów administracyjnych (por. np. wyrok WSA w Warszawie z 26.04.2016 r., VII SA/Wa 2871/15, LEX nr 2056039) wynika, że wymóg ten powinien być interpretowany szeroko, tzn. nie tylko w kontekście przestrzegania w życiu zawodowym przepisów obowiązującego prawa i zasad deontologii lekarskiej, ale także przestrzegania prawa i powszechnie uznanej obyczajności w sferze życia prywatnego.

7. Potrzeba ochrony życia i zdrowia ludzkiego decyduje o tym, że zawód lekarza należy do zawodów uregulowanych prawnie, czyli takich, których wykonywanie zależy od spełnienia wymagań kwalifikacyjnych i warunków określonych w przepisach władz państwowych i korporacyjnych. Szczególne wymagania kwalifikacyjne określa art. 5 i n. ustawy (zob. komentarz do art. 5).

W świetle art. 16 u.d.z.l. działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu art. 43 i 44 pr. przeds. Istotą działalności regulowanej jest zastąpienie zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej wpisem do stosownego rejestru możliwym po spełnieniu warunków określonych w tym przypadku w art. 17–19 u.d.z.l. Wyjątek od tej zasady stanowi działalność lecznicza:

- 1) podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej;
- 2) podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej;
- 3) wykonywana jako: działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2020 r. poz. 1057 ze zm.), a także działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności.

8. Dla zawodów zaufania publicznego Konstytucja RP w art. 17 ust. 1 dopuszcza możliwość tworzenia w drodze ustawy samorządów zawodowych. Dla lekarzy i lekarzy dentyistów samorząd taki został powołany ustawą z 17.05.1989 r. o izbach lekarskich, która weszła w życie 26.05.1989 r. Ustawa ta została zastąpiona przez obecnie obowiązującą ustawę z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich, która weszła w życie 1.01.2010 r. W świetle art. 17 ust. 2 Konstytucji RP w drodze ustaw można tworzyć też inne rodzaje samorządów. Samorzady te jednak nie mogą naruszać wolności wykonywania zawodu ani ograniczać wolności podejmowania działalności gospodarczej. Z przepisu tego *a contrario* można wnioskować, że samorzady zawodowe, w odróżnieniu od innych rodzajów samorządu, o których mowa w art. 17 ust. 2 Konstytucji RP, mogą, a niekiedy nawet powinny, ograniczać wolność wykonywania zawodu lub działalności gospodarczej ze względu na cele, dla których zostały powołane. Ograniczenia te wynikają z charakteru samorządów zawodowych, w których przypadku wolność wykonywania zawodu lub swoboda działalności gospodarczej „winna, zdaniem ustawodawcy konstytucyjnego, ustępować (...) potrzebie nieczynienia uszczerbku zaufaniu publicznemu, którym pewne zawody są obdarzane” (zob. P. Sarnecki, *Pojęcie zawodu...*, s. 153). Ograniczenia wolności wykonywania zawodu lub swobody prowadzenia działalności gospodarczej nie mogą jednak mieć charakteru arbitralnego i muszą zawsze pozostawać

w granicach interesu publicznego i być wprowadzane w celu jego ochrony. Nie mogą też naruszać art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, tzn. muszą być konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób, proporcjonalne do celu, któremu służą, i nie naruszać istoty danej wolności lub prawa.

9. Instytucja samorządu zawodowego ma w założeniu ustawodawcy konstytucyjnego spełniać dwie funkcje. Pierwszą z nich jest reprezentowanie na zewnątrz osób wykonujących zawody zaufania publicznego, a więc reprezentowanie tych osób zarówno wobec obywateli oraz ich organizacji, jak i przed organami państwa. Druga sprowadza się do starań o zapewnienie należytego wykonywania tych zawodów, w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Z orzecznictwa Naczelnego Sądu Administracyjnego wynika, że piecza ta powinna być rozumiana szeroko. Obejmuje ona bowiem nie tylko nadzór nad należyтым wykonywaniem obowiązków zawodowych, ale także udzielanie pomocy członkom tych samorządów w prawidłowym wykonywaniu tych zadań, a ponadto wyraża się w egzekwowaniu odpowiedzialności w razie zawinionego uchybienia tym obowiązkom (por. wyrok NSA z 5.04.2013 r., II GSK 2066/11, LEX nr 1406655). Najpełniejsze zbiorcze wyjaśnienie odnośnie do znaczenia zawartego w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP określenia „sprawowanie pieczy” znajduje się w wyroku TK z 30.11.2011 r., K 1/10, OTK-A 2011/9, poz. 99, gdzie Trybunał m.in. powołał się na swój wyrok z 18.02.2004 r., P 21/02. W wyroku tym Trybunał stwierdził, że nakaz ustrojodawcy, by piecza była sprawowana „w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”, oznacza, że sformułowanie to, po pierwsze, precyzuje cel i granice sprawowanej „pieczy nad (...) wykonywaniem zawodów”. Celem tym jest przestrzeganie właściwej jakości – w sensie merytorycznym i prawnym – czynności składających się na wykonywanie zawodów, z kolei stan docelowy ustawodawca konstytucyjny określił wyrażeniem „należyte wykonywanie zawodu”. Po drugie, sformułowanie art. 17 ust. 1 Konstytucji RP wyznacza ramy i ukierunkowanie sprawowanej pieczy. Ramy te determinuje interes publiczny. Sprawowana piecza służyć powinna ochronie tego interesu. Każde więc działanie samorządu zawodowego w zakresie sprawowania pieczy podlega ocenie, dokonywanej z punktu widzenia interesu publicznego i nakierowania na jego ochronę. W związku z tym określenie działań w sferze „sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów” i unormowanie kompetencji służących jej urzeczywistnieniu powinny być ujęte w sposób pozwalający na ich ocenę z punktu widzenia interesu publicznego, przede wszystkim przez wskazanie w ustawie zwykłej jasnych kryteriów tej oceny. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego zakres pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu zaufania publicznego powinien być rozumiany szeroko. Może on obejmować w szczególności dokonywanie czynności związanych z władczym decydowaniem lub współdecydowaniem o dopuszczeniu do wykonywania zawodu, ustaleniem zasad etyki (deontologii) zawodowej, orzecznictwem dyscyplinarnym w sprawach odpowiedzialności za postępowanie sprzeczne z prawem, zasadami etyki lub godności zawodu bądź za naruszenie obowiązków zawodowych (zob. H. Izdebski, *Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu przez samorządy zawodowe*

[w:] *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, oprac. S. Legat, M. Lipińska, Warszawa 2002, s. 35). W związku z tym Trybunał w swoim orzecznictwie wśród elementów pieczy wymienia dodatkowo prowadzenie przez organy samorządu rejestru osób aktualnie wykonujących dany zawód zaufania publicznego (zob. wyrok TK z 22.05.2001 r., K 37/00, OTK 2001/4, poz. 86), jak również posiadanie odpowiedniego wpływu na kształtowanie zasad odbywania szkolenia zawodowego oraz na ustalanie zakresu merytorycznego egzaminu zawodowego (zob. wyrok TK z 19.04.2006 r., K 6/06, OTK-A 2006/4, poz. 45; por. też wyrok TK z 8.11.2006 r., K 30/06, OTK-A 2006/10, poz. 149). Jak trafnie podkreśla Trybunał Konstytucyjny, harmonijne łączenie funkcji reprezentacyjnych i kontrolnych w praktyce nie jest sprawą łatwą i może oznaczać potrzebę rozładowywania napięć czy wręcz łagodzenia konfliktów między partykularnymi interesami grupy wykonującej określony zawód a interesem publicznym, w którego granicach i dla którego ochrony samorząd sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu. Rola samorządu zawodowego ma nie tyle polegać na eliminowaniu czy niwelowaniu partykularnych interesów osób wykonujących zawody zaufania publicznego, ile zmierzać do uświadomienia samym zainteresowanym potrzeby uzgodnienia tych interesów z interesem publicznym. „Art. 17 ust. 1 Konstytucji *in fine* – poprzez werbalizację wymogu działania «w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony» – nie pozostawia wątpliwości co do priorytetowego traktowania interesu publicznego w ramach sprawowanej «pieczy». Dotyczy to również relacji «interesu publicznego» do środowiskowego interesu konkretnej korporacji zawodowej. Obowiązuje tu pierwszeństwo interesu publicznego w stosunku do interesu środowiskowego (i to bez względu na potencjalne trudności w zharmonizowaniu tychże interesów przez samorząd – w art. 17 ust. 1 *ab initio* – legitymowany jednocześnie do «reprezentowania osób wykonujących zawody zaufania publicznego»)” (por. wyrok TK z 18.02.2004 r., P 21/02).

Warto dodać, że związane ze sprawowaniem pieczy kompetencje samorządu w zakresie dopuszczenia danej osoby do zawodu lub też pozbawienia czasowego lub bezterminowego prawa jego wykonywania oznaczają konieczność powierzenia samorządowi zawodowemu zadań i kompetencji o charakterze publicznym, w tym uprawnień władczych. Jak wynika z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego (por. wyrok TK z 24.03.2015 r., K 19/14, OTK-A 2015/3, poz. 32): „Tworząc samorząd zawodowy, o którym mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji, państwo powierza pewnej grupie zawodowej realizację określonych zadań publicznych i wyposaża ją w tym celu w odpowiednie kompetencje władcze (...). Samorząd upodmiotawia określoną grupę zawodową i umożliwia jej samodzielne rozstrzyganie w określonych granicach o swoich sprawach. W rezultacie sprawuje on władztwo publiczne nad sprawami danej grupy zawodowej. Samorządność zawodowa wykorzystuje energię społeczną, wiedzę fachową i zdolności samoregulacyjne poszczególnych wspólnot dla zapewnienia optymalnej realizacji zadań publicznych. Decentralizacja za pomocą samorządu zawodowego wzmacnia legitymizację administracji publicznej oraz zaufanie obywateli do państwa, umożliwiając zainteresowanym grupom zawodowym udział w podejmowaniu

rozstrzygnięć władczych, które ich dotyczą”. Uprawnienia te samorząd sprawuje wobec wszystkich osób zamierzających wykonywać lub też wykonujących już dany zawód zaufania publicznego, niezależnie od innych pełnionych przez nie funkcji publicznych czy odgrywanych ról społecznych. Kompetencje w tym obszarze wyrażają się m.in. we wspomnianym już decydowaniu o prawie wykonywania zawodu oraz prowadzeniu rejestru osób aktualnie wykonujących ten zawód, a także kontrolowaniu sposobu jego wykonywania, w tym w orzekaniu o niezdolności do wykonywania zawodu lub pozbawieniu prawa jego wykonywania (zob. wyrok TK z 22.05.2001 r., K 37/00).

10. Takie ukształtowanie funkcji samorządu pociąga za sobą przymusowość przynależności do izb lekarskich wszystkich osób, które uważa się za wykonujące zawód lekarza lub lekarza dentysty. Warto dodać, że kilkakrotnie próbowano podważać zgodność tej zasady z zasadą wolności zrzeszania się przewidzianą w art. 58 ust. 1 Konstytucji RP i wątpliwości te początkowo wydawał się też podzielać (m.in. w odniesieniu do lekarzy) RPO w zarzucie zawartym w pkt 1 skargi K 1/09, który ostatecznie został wycofany podczas rozprawy. Przy czym pozostałe zarzuty RPO zostały podzielone przez TK w wyroku z 18.10.2010 r., K 1/09, OTK-A 2010/8, poz. 76.

Z wcześniejszego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego jednoznacznie bowiem wynika, że osoby wykonujące zawody zaufania publicznego są obligatoryjnie zobowiązane do zrzeszania się w samorządach zawodowych (wyrok TK z 18.02.2004 r., P 21/02). W wyroku z 22.05.2001 r., K 37/00, TK podkreślił, że skoro „w interesie publicznym i dla ochrony danej korporacji zawodowej samorząd ma sprawować kontrolę nad prawidłowością wykonywania zawodu i czyni to jak gdyby w imieniu władzy publicznej, to nie można się zgodzić z postulatem, aby część osób wykonujących określony zawód była poza strukturami samorządowymi i nie podlegała tej kontroli”. Dodatkowo również w orzecznictwie europejskim od dawna dominuje pogląd, że obligatoryjna przynależność do samorządu lekarskiego jest zgodna z Europejską Konwencją Praw Człowieka, ponieważ samorząd lekarski nie może być uznany za stowarzyszenie w rozumieniu art. 11 tej konwencji, w konsekwencji czego obowiązująca do niego przynależność nie może być traktowana jako naruszenie wolności zrzeszania się zagwarantowanej w tym przepisie (zob. wyroki ETPC: z 23.06.1981 r., *Le Compte, Van Leuven oraz De Meyere v. Belgia*, oraz z 10.02.1983 r., *Albert and Le Compte v. Belgia*).

11. W starszej literaturze administracyjnej zaliczano zawód lekarza do tzw. wolnych zawodów. Można stwierdzić, że obecnie, również na gruncie normatywnym, profesja ta także należy do kategorii wolnych zawodów (R. Kubiak [w:] *System prawa medycznego*, t. 1, red. R. Kubiak, L. Kubicki, s. 193). Świadczy o tym m.in. art. 86 k.s.h., w którym wprost jest mowa o tym, że spółkę partnerską mogą utworzyć wspólnicy (partnerzy) „w celu wykonywania wolnego zawodu” w spółce prowadzącej przedsiębiorstwo pod własną firmą, czy art. 87 w zw. z art. 88 k.s.h., z których wynika, że partnerami takiej spółki mogą być m.in. osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza

oraz lekarza dentysty. Podobnie, na użytek prawa podatkowego, do 31.12.2021 r. do wolnych zawodów zaliczało się zawody medyczne, w tym lekarza i lekarza dentystę (por art. 4 pkt 11 u.z.p.d.). Zmiana w tym zakresie nastąpiła z dniem 1.01.2022 r. na podstawie ustawy z 29.10.2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2105). Wyłączenie zawodów medycznych z kategorii wolnych zawodów spotkało się z oburzeniem środowisk lekarskich, które tę zmianę uznały za wyraz zanegowania przez ustawodawcę, posiadania przez lekarzy cech charakterystycznych dla tej kategorii zawodów oraz próbę ograniczania ich wolności w podejmowaniu decyzji medycznych (zob. stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 10/21/P-VII z 11.12.2021 r., https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/doc_1639568710_rs010-21-viii.pdf, dostęp: 9.05.2022 r.). Lekarzy nie przekonało przy tym wyjaśnienie Ministra Finansów, zgodnie z którym celem tego wyłączenia było stworzenie korzystniejszej dla nich sytuacji podatkowej, a nie zdeprecjonowanie ich zawodu, gdyż w ocenie NRL zamierzony cel podatkowy można było osiągnąć w inny sposób (zob. https://biznes.interia.pl/praca/news-polscy-lekarze-wystawieni-do-wiatru,nId,5682434#utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=firefox, <https://pulsmedycyny.pl/mf-wylaczenie-lekarzy-z-kategorii-wolnych-zawodow-jest-dla-nich-korzystne-1140958>, dostęp: 9.05.2022 r.).

W literaturze przedmiotu wymienia się kilka cech charakterystycznych wolnych zawodów, w tym m.in. intelektualny charakter czynności, które się nań składają, konieczność posiadania wysokich kwalifikacji zawodowych (wiedzy i umiejętności praktycznych) oraz wymóg ustawicznego ich podnoszenia. Kolejną wskazywaną cechą wolnego zawodu jest osobiste wykonywanie czynności zawodowych, w warunkach niezależności (swobody). Zwraca się równocześnie uwagę, że ta swoboda współcześnie powinna być rozumiana bardziej jako niezależność intelektualna niż jako samodzielność ekonomiczno-finansowa lub niekontrolowana wolność wykonywania zawodu. Jako ostatnią wreszcie cechę wolnego zawodu wymienia się jego społeczne znaczenie, zwane czasem misją, która jest czymś znacznie ważniejszym niż zwykła społeczna użyteczność innych zawodów. W tym kontekście podkreśla się, że wprowadzie wolny zawód, tak jak każdy inny, jest wykonywany w celach zarobkowych, jednak nie powinien być nastawiony wyłącznie na zysk (zob. M. Świącki, *Pojęcie wolnego zawodu lekarza*, GL 2001/9, s. 11; S. Pawłowski, *Ustrój i zadania samorządu zawodowego w Polsce*, Poznań 2005, s. 61–63; J. Jacyszyn, „Wolny zawód” – *anachronizm czy istotne pojęcie prawne*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2015/11, s. 18). Patrząc na zawód lekarza z perspektywy wolnych zawodów, można stwierdzić, że ma on większość tych cech. Lekarz jest wolny w wykonywaniu czynności zawodowych, ale w granicach wyznaczonych przez prawo, aktualny stan wiedzy medycznej oraz etyczne i deontologiczne zasady wykonywania zawodu. Osobiste wykonywanie czynności zawodowych pozwala na zaistnienie szczególnego rodzaju stosunku (więzi), którego podstawą jest zaufanie między osobą udzielającą świadczeń zdrowotnych a ich odbiorcą. Fakt, że przedmiot świadczeń lekarza wiąże się z ochroną życia i zdrowia, sprawia, że istotnym elementem tego zawodu

powinno być nieprzedkładanie interesu finansowego osoby go wykonującej nad interes pacjenta. Wykonywanie zawodu przez lekarza służy także ochronie interesu ogólnego, a sam lekarz w związku z tym realizuje pewne cele publiczne

12. Idea zawodu lekarza jako wolnego zawodu znalazła odzwierciedlenie w art. 4 KEL, stanowiącym, że lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, oraz w art. 6 KEL, w myśl którego lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania uznawanych przez siebie za najskuteczniejsze. Nawiązuje do niej również art. 2 ust. 2 KEL, który stwierdza, że najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego (*salus aegroti suprema lex esto*), a mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. Wolność zawodu lekarza wyraża się też w przyznanym mu prawie powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem (art. 39 u.z.l.), a także odstąpienia od leczenia przy spełnieniu pewnych warunków (art. 38 u.z.l.). W praktyce swoboda działań zawodowych lekarza podlega pewnym ograniczeniom. Najmniejsze są one w przypadku, gdy lekarz wykonuje zawód w formie prywatnej praktyki zawodowej lub na podstawie umowy cywilnoprawnej. W razie wykonywania zawodu w formie zatrudnienia na podstawie stosunku pracy lekarz jest podporządkowany swojemu przełożonemu, jednakże ta zależność nie ma charakteru merytorycznego, lecz dotyczy tylko kwestii administracyjno-organizacyjnych. Dyrektor szpitala nie może w związku z tym np. zobligować lekarza do zastosowania określonego sposobu leczenia lub zmusić go do postępowania sprzecznego z jego sumieniem (A. Gubiński, *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej*, Warszawa 1993, s. 43–44). Najwięcej faktycznych ograniczeń w zakresie wyboru przez lekarza metody leczenia wynika z aktualnie obowiązujących zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
13. W orzecznictwie Sądu Najwyższego problem rozumienia istoty zawodu lekarza jako wolnego pojawił się w związku z możliwością zawierania przez pracodawcę z lekarzami umów zakazujących prowadzenia działalności konkurencyjnej. Sąd Najwyższy nie wykluczył takiej możliwości, podnosząc, że Kodeks pracy nie wyłącza żadnych grup zawodowych, w tym również lekarzy, od zawierania takich umów. Niewątpliwie lekarz powinien mieć możliwość wypełniania swego powołania, jakim jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego. Zakaz konkurencji nie pozbawia go jednak w ogóle tej możliwości. Oznacza jedynie prawną dopuszczalność wprowadzania pewnych ograniczeń w stosunku do lekarza będącego pracownikiem. Ograniczenia te wynikają z faktu pozostawania w stosunku pracy i mają na celu zapobieżenie konsekwencjom prowadzenia przez pracownika takiej działalności, która naruszałaby interesy pracodawcy lub im zagrażała. Nie można więc przyjąć, że zobowiązanie się pracownika będącego lekarzem do nieprowadzenia działalności konkurencyjnej wobec pracodawcy jest sprzeczne z istotą jego zawodu (zob. wyrok SN z 8.05.2002 r., I PKN 221/01, OSNP 2004/6, poz. 98).

14. Komentowany art. 1 określa ponadto zakres przedmiotowy ustawy. Jak już wspomniano, zawód lekarza, w przeciwieństwie do wielu innych zawodów, podlega szczególowej regulacji prawnej. Podstawowym aktem prawnym określającym zasady i warunki mające zastosowanie do wszystkich lekarzy jest komentowana ustawa. Zasady i warunki obowiązujące dodatkowo lekarza wykonującego zawód w szczególnych dziedzinach medycyny (specjalnościach) określają inne ustawy medyczne, np. ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi czy ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
15. Zasady to kategoria norm prawnych, które wyróżniają się doniosłością i szczególną rolą, jaką odgrywają w ramach wykonywania zawodu przez lekarza. Zasady wykonywania zawodu zawarte w ustawie mają charakter powszechny w tym sensie, że dotyczą wszystkich lekarzy wykonujących zawód, niezależnie od formy (sposobu) jego wykonywania oraz specjalności. Normy określające warunki mają charakter bardziej szczegółowy i wymieniają konkretne okoliczności, które muszą wystąpić, aby dana osoba mogła wykonywać zawód w ogóle lub wykonywać określone czynności zawodowe w określonej formie. Należą tu np. przepisy dotyczące wymogów związanych z przyznaniem osobie posiadającej dyplom lekarza lub lekarza dentysty prawa wykonywania zawodu oraz sytuacji, w których może dojść do zawieszenia prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności medycznych w związku z niezdolnością do dalszego wykonywania zawodu czy też jego utraty z mocy prawa (rozdział 2 i 3 ustawy). Należy zauważyć, że komentowana ustawa nie zawsze konsekwentnie przyporządkowuje zawarte w niej przepisy do kategorii zasad albo warunków, w związku z tym należy uznać, że ten podział ma często charakter raczej umowny. Świadczy o tym m.in. fakt, że niektóre przepisy ustawy mające charakter zasad w powyższym rozumieniu znalazły się poza rozdziałem 5 „Zasady wykonywania zawodu lekarza”, a niektóre z norm znajdujących się w tym rozdziale mają raczej charakter warunków. W ustawie zasady w powyższym rozumieniu są zawarte w rozdziale 1 „Przepisy ogólne” (zwłaszcza w art. 4), w rozdziale 4, określającym warunki dopuszczalności prowadzenia przez lekarza eksperymentów medycznych (art. 21–29a), a przede wszystkim w rozdziale 5. W uregulowaniach tego ostatniego rozdziału komentowanej ustawy wymieniono z jednej strony powinności lekarza w kontekście fundamentalnych praw pacjenta: prawa do ochrony życia lub zdrowia (art. 30), prawa do samostanowienia (art. 32–35), prawa do informacji (art. 31 i 41), prawa do prywatności i intymności (art. 36 i 40). Z drugiej strony określono obowiązki lekarza w związku z orzekaniem o stanie zdrowia (art. 42), stwierdzaniem zgonu (art. 43), stosowaniem środków farmaceutycznych (art. 45 i 46), w sytuacji katastrof, epidemii i klęsk żywiołowych (art. 48), związane z badaniem poborowych (art. 49). Zasygnalizowano też niektóre uprawnienia lekarza i warunki korzystania z nich, np. prawo do niepodjęcia leczenia lub odstąpienia od niego (art. 38), powstrzymania się przez lekarza od świadczeń zdrowotnych sprzecznych z jego sumieniem (art. 39), ochrony prawnej w trakcie wykonywania świadczeń w ramach pomocy doraźnej (art. 44). Ponadto do 30.06.2011 r. w rozdziale 5 komentowanej ustawy były określone zasady prowadzenia

praktyki lekarskiej (uchylony art. 49a i n.). Obecnie uregulowania te zostały przeniesione do ustawy o działalności leczniczej (zob. m.in. art. 18).

16. Obowiązek przestrzegania przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza (zarówno zasad, jak i warunków) przez członków samorządu lekarskiego wynika bezpośrednio z art. 8 pkt 2 u.i.l. Przepisy te mogą być zawarte również w aktach prawnych innych niż komentowana ustawa. Mogą dotyczyć np. naruszenia praw pacjenta określonych w art. 6–40 u.p.p. Nieprzestrzeganie przepisów dotyczących wykonywania zawodu łączy się z odpowiedzialnością zawodową przed sądami lekarskimi (art. 53 u.i.l.). Ta forma odpowiedzialności występuje niezależnie od odpowiedzialności powszechnej za naruszenie prawa (art. 54 u.i.l.). Oznacza to, że jeśli przewinienie zawodowe stanowi równocześnie przestępstwo i czyn niedozwolony, lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności za ten sam czyn zarówno przed sądem karnym, cywilnym, jak i przed sądem lekarskim (zob. szerzej tezy 30–34 komentarza do art. 4). Odpowiedzialność zawodowa jest przy tym szersza od odpowiedzialności karnej lub cywilnej, których warunkiem jest bezprawne, tzn. niezgodne z prawem, zachowanie się. Sąd lekarski może natomiast ukarać lekarza za przewinienie zawodowe również wtedy, gdy ten tylko naruszył zasady etyki zawodowej. Ustawa o izbach lekarskich w art. 83 przewiduje możliwość wymierzenia lekarzowi następujących kar zasadniczych:

- a) upomnienie,
- b) nagana,
- c) kara pieniężna przeznaczona na określony cel związany z ochroną zdrowia,
- d) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do 5 lat,
- e) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od 6 miesięcy do 2 lat,
- f) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do 5 lat,
- g) pozbawienie prawa wykonywania zawodu (dożywotnio).

Uregulowanie ostatniej z wymienionych kar w art. 83 ust. 1 pkt 7 i art. 110 ust. 5 u.i.l. (gdzie stwierdzono, że skazanie na tę karę nie ulega zatarciu) TK w wyroku z 18.10.2010 r., K 1/09, uznał za niezgodne z art. 65, gwarantującym każdemu wolność wyboru i wykonywania zawodu, w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Przepisy te zdaniem Trybunału nie spełniają warunku proporcjonalności, gdyż aby cel kary w postaci odsunięcia lekarza od wykonywania zawodu był osiągnięty, wystarczyłoby być może ograniczenie czasu obowiązywania zakazu. W związku z tym powinno się umożliwić lekarzowi, po upływie określonego czasu (np. zbliżonego do czasu zatarcia skazania za przestępstwo), ponowne ubieganie się o wpis do rejestru lekarzy i poddanie wtedy ocenie, czy cele ukarania zostały osiągnięte i czy daje on już rękojmię należytego wykonywania zawodu oraz spełnia wymóg nieskazitelnego charakteru. Można by też uwarunkować zgodę na taki wpis od ponownego zdania egzaminu lekarskiego lub odbycia odpowiedniego przeszkolenia. Przepisy ustawy o izbach lekarskich nie zostały

jeszcze dostosowane do tego orzeczenia, niemniej należy uznać, że tracą moc w zakresie, w jakim Trybunał uznał ich niezgodność z Konstytucją RP. W sytuacji, gdy lekarz pozostaje w stosunku zatrudnienia (np. w zakładzie opieki zdrowotnej) albo zaliczany jest do służb mundurowych (np. jest lekarzem wojskowym lub więziennym), dodatkowo może się stać również podmiotem odpowiedzialności służbowej lub dyscyplinarnej.

Art. 2. [Pojęcie wykonywania zawodu]

1. Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

2. Wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń określonych w ust. 1, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.

2a. (*uchylony*)

2b. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarz dentysta może udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1.

3. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także:

- 1) prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia;
- 2) nauczanie zawodu lekarza;
- 3) kierowanie podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567, 1493, 2112, 2345 i 2401);
- 4) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), urządach te podmioty obsługujących lub urządach i instytucjach, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Lekarz, lekarz dentysta może wykonywać czynności, o których mowa w ust. 1, 2 i 2b, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

1. Przepis art. 2 ust. 1 ustawy określa podmiotowy zakres pojęcia wykonywania zawodu lekarza w postaci wymogu, aby osoba udzielająca świadczeń posiadała odpowiednie kwalifikacje oraz potwierdzające je dokumenty. Wymóg ten jest sformułowany jednako w odniesieniu do lekarza i lekarza dentysty (ust. 2).

2. Pojęcie kwalifikacji należy rozumieć tak jak w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (zob. tezy 2–4 komentarza do art. 1).

Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji wymienia natomiast art. 5 u.z.l. Należą do nich:

- a) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym wydany przez polską szkołę wyższą, poświadczający ukończenie studiów w określonym w tym przepisie wymiarze czasowym oraz teoretycznym i praktycznym,
- b) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim rozpoczętych przed 1.10.2012 r.,
- c) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, wydany przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, wymieniony w wykazie dyplomów, świadectw i innych dokumentów poświadczających formalne kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty przez obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej (zob. w tym zakresie obwieszczenie Ministra Zdrowia z 26.06.2013 r., M.P. poz. 567; zob. szerzej komentarz do art. 6b); niezależnie od tego obowiązuje jeszcze obwieszczenie Ministra Zdrowia z 9.10.2019 r. w sprawie wykazu dokumentów potwierdzających formalne kwalifikacje w zakresie specjalizacji medycznych lekarza i lekarza dentysty, będącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej (M.P. poz. 1026), zob. szerzej komentarz do art. 16a,
- d) dyplom lekarza lub lekarza dentysty wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, jeżeli został uznany w Polsce za równorzędny zgodnie z przepisami o szkolnictwie wyższym i nauce oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej,
- e) dyplom lekarza lub lekarza dentysty wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej i świadectwo złożenia LEW LDEW (przepis dodany nowelizacją z 16.07.2020 r.).

Posiadanie odpowiednich uprawnień stanowi jeden z warunków legalności czynności leczniczych (zob. szerzej M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 29 i n.).

3. Podstawowym zadaniem lekarza i lekarza dentysty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. Ustawa nie definiuje pojęcia świadczeń zdrowotnych ani nie mówi, co należy rozumieć przez pojęcie udzielania. Poprzestaje w art. 2 ust. 1 u.z.l. na wyliczeniu kilku charakterystycznych typów czynności, które składają się na istotę wykonywania zawodu

lekarza. Wyliczenie to ma przy tym charakter przykładowy, na co wskazuje użycie w omawianym przepisie określenia „w szczególności”. Wyznaczając zakres przedmiotowy wykonywania zawodu lekarza, ustawodawca uznał ponadto, że za wykonywanie tego zawodu uważa się także inne działania niż udzielanie świadczeń zdrowotnych. Te działania zostały wyczerpująco wymienione w art. 2 ust. 3 u.z.l. Użycie w ust. 1 omawianego artykułu określenia „wykonywanie zawodu polega na (...)”, a w ust. 3 „za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także (...)” wskazuje na intencję podobnego traktowania czynności wymienionych w każdym z tych przepisów, ale tylko z punktu widzenia ciągłości (nieprzerwanego) wykonywania zawodu, zaś odmiennego traktowania w innych kwestiach, a zwłaszcza w sprawie odpowiedzialności zawodowej, o której mowa w art. 53 u.i.l. Przepis ten bowiem powinien być interpretowany w świetle art. 17 Konstytucji RP, który powierzając samorządom zawodowym reprezentującym zawody publicznego zaufania pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów, odnosi się – jak się wydaje – do wykonywania zawodu w ścisłym tego słowa znaczeniu.

4. Definicję świadczenia zdrowotnego zawiera art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.z.l. Biorąc pod uwagę systemowy charakter ustawy, definicji tej przypisuje się kluczowe znaczenie przy interpretacji również innych ustaw, które używają tego pojęcia. W wymienionym przepisie istotę świadczeń zdrowotnych określono z jednej strony ogólnie, wskazując przede wszystkim na kryterium celu, które pozwala na rozstrzygnięcie w stosunku do danego świadczenia, czy ma ono charakter świadczenia zdrowotnego. Za takie świadczenie uważa się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia. Za świadczenia zdrowotne uważa się ponadto działania wynikające z odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania. Podobną definicję świadczenia zdrowotnego (uwzględniającą dodatkowo profilaktykę) zawiera też art. 5 pkt 40 u.s.o.z. Pojęcie świadczeń zdrowotnych jest węższe od pojęcia świadczeń opieki zdrowotnej. Na te ostatnie składają się dodatkowo świadczenia zdrowotne rzeczowe (związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne) oraz świadczenia towarzyszące (zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego) – art. 5 pkt 34 w zw. z pkt 37 i 38 u.s.o.z. Ustawa ta zawiera też (w art. 5 pkt 35 u.s.o.z.) definicję legalną świadczenia gwarantowanego, tzn. świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego w całości lub współfinansowanego ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Wielość pojęć, pomimo istnienia ich definicji legalnych, prowadzi jednak do chaosu terminologicznego, zwłaszcza że w aktach prawnych mówi się też o czynnościach (działaniach) zdrowotnych lub medycznych. Należy w związku z tym przychylić się do postulatu uporządkowania stosowanej w różnych aktach prawnych aparatury

pojęciowej (zob. A. Górski [w:] *System prawa medycznego*, t. 1, red. R. Kubiak, L. Kubicki, s. 740–750; A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019, s. 81; L. Ogiełło [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogiełło, Warszawa 2010, s. 9; M. Boratyńska, P. Konieczniak [w:] *System prawa medycznego*, red. E. Zielińska, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1, Warszawa 2019, s. 84–88).

5. Wymienione przykładowo w art. 2 ust. 1 u.z.l. czynności składające się na pojęcie udzielania świadczeń zdrowotnych mogą polegać na: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Wskazują one przede wszystkim na terapeutyczny charakter czynności lekarza. Pojęciem leczenia ustawa posługuje się poza art. 2 jedynie w art. 38, określającym warunki, w których lekarz ma prawo odstąpić od leczenia. Pojęcie leczenia występuje w ustawie obok innych form czynności leczniczych, takich jak badanie stanu zdrowia i rozpoznawanie chorób (diagnostyka), zapobieganie chorobom i rehabilitacja chorych. Jest więc stosowane w ustawie w wąskim znaczeniu, w związku z czym nie można utożsamiać pojęcia leczenia z szerszym pojęciem czynności leczniczych, które mogą być również legalnie wykonywane przez inne osoby z personelu medycznego, np. przez pielęgniarkę, ani z czynnościami medycznymi, które mogą mieć też charakter nieleczniczy. O czynnościach diagnostycznych ustawa wspomina w różnych kontekstach w art. 31, 34 i 37, a profilaktykę i rehabilitację nie zajmuje się w ogóle. Należy podzielić stanowisko tych przedstawicieli doktryny, którzy proponują szerokie rozumienie kategorii czynności leczniczych, tak aby mieściły się w niej zarówno działania mające cel leczniczy w znaczeniu ścisłym (terapeutyczne), cel „diagnostyczny, profilaktyczny, protetyczny i rehabilitacyjny”, jak i czynności prowadzące do usunięcia źródła zachorowania (tzn. „przyczynowe”) oraz objawowe, w tym paliatywne, tj. nastawione na poprawę komfortu życia pacjenta (M. Boratyńska, P. Konieczniak [w:] *System prawa medycznego*, t. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1, s. 115; zob. P. Daniluk, *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, PiM 2005/2, s. 37).
6. Biorąc pod uwagę definicję świadczenia zdrowotnego zawartą w ustawie o działalności leczniczej oraz w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w których mówi się o działaniach wynikających z odrębnych przepisów, należy przyjąć, że udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza może polegać również na wykonywaniu świadczeń niemających charakteru terapeutycznego. Dotyczy to zwłaszcza takich świadczeń, które zostały określone m.in. w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, a polegają na pobraniu komórki, tkanki lub narządu od żywego dawcy; w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, np. przerwanie ciąży z tzw. wskazań prawnych; w Kodeksie postępowania karnego lub Kodeksie postępowania cywilnego, np. czynności lekarskie podejmowane na zlecenie władz dla celów dowodowych (zob. B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wina lekarza*

i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu, PiM 1999/1, s. 121).

7. Krąg czynności nieterapeutycznych, które legalnie może wykonywać lekarz, nie ogranicza się do tych świadczeń, które zostały wyraźnie określone w ustawach. Wydaje się, że wykładnia systemowa pozwala uznać za legalne przeprowadzenie przez lekarza także innych, nieuregulowanych prawnie nieterapeutycznych czynności (np. z zakresu chirurgii plastycznej, chirurgicznej zmiany płci). Za takim stanowiskiem przemawia przede wszystkim brak ustawowego zakazu ich wykonywania. Dodatkowym argumentem może być to, że niektóre z tych zabiegów podlegały lub nadal podlegają chociażby częściowej refundacji na podstawie odrębnych przepisów (np. zabiegi *in vitro* do 2016 r. częściowo refundowane były z programu krajowego lub nadal są współfinansowane z samorządowych programów zdrowotnych, czy też niektóre zabiegi chirurgiczne zmiany płci, np. mastektomia czy kastracja u osób interplciowych). Wymienianie do niedawna tych zabiegów w wykazie świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych również dowodziło pośrednio, że zabiegi te są uznawane przez ustawodawcę za prawnie dozwolone. Rezygnacja z określania w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tzw. koszyka negatywnego nie zmienia tego faktu. Szerzej na temat pierwotnej oraz kontratypowej legalności zabiegów nieterapeutycznych zob. R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków 2012, s. 33–61. Można jednak spotkać się z poglądem, że legalne są tylko te czynności nielecnicze, na które ustawa wyraźnie zezwala (zob. M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 39; w tym duchu także M. Królikowski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna*, t. 1, *Komentarz do art. 117–221*, red. M. Królikowski, E. Zawłocki, Warszawa 2017, s. 315; M. Kopeć [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz praktyczny*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, s. 67 i n.). Przekonujące argumenty krytyczne wobec tej grupy poglądów zob. w: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 85 i n.). Obecnie najwięcej kontrowersji budzi kwestia dopuszczalności zabiegów ubezpierodnienia z innych względów niż medyczne, czyli tzw. sterylizacji na życzenie (u mężczyzn polega na przecięciu nasieniowodów, u kobiet – na podwiązaniu jajowodów), która wiąże się z niewielkim ryzykiem zdrowotnym, jednak bez gwarancji odwracalności. Za dopuszczalnością opowiadają się m.in. A. Wąsek, *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem*, PiP 1988/8, s. 88; E. Zielińska, *Aspekty prawnokarne nieterapeutycznych zabiegów medycznych*, St. Iur. 1988/16, s. 245; A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2005, s. 183; T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 27. Ku temu stanowisku wydaje się też skłaniać M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, s. 292, a także od 2012 r. M. Filar, w niepublikowanej opinii przygotowanej dla Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na temat dopuszczalności wazektomii. Należy dodać, że warunkiem dopuszczalności wszystkich wymienionych nieterapeutycznych zabiegów lekarskich jest spełnienie określonych przez naukę prawa

oraz zasady etyki i deontologii zawodowej wymogów. Postuluje się, aby *de lege ferenda* unormować wspólne dla wszystkich czynności nieleczniczych przesłanki ich wykonywania (zob. L. Bosek, B. Janiszewska [w:] *System prawa medycznego*, t. 2, *Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018, s. 33). Zasadniczym takim warunkiem jest, aby pacjent był dysponentem dobra, które ulega naruszeniu w trakcie zabiegu, aczkolwiek nawet wtedy mogą być stawiane autonomii woli pacjenta granice w razie uznania, że dana czynność medyczna naruszałaby dobre obyczaje czy zasady współżycia społecznego. Ponadto te specjalne wymogi mogą dotyczyć zwłaszcza kwalifikacji lekarza, zakresu informacji, które powinny być udzielone pacjentowi przed wyrażeniem przez niego zgody na dany zabieg, m.in. odnośnie do wielkości ryzyka, opłacalności poświęcenia danego dobra dla osiągnięcia określonej korzyści itd. (zob. M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 137–220; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 250; M. Boratyńska, P. Konieczniak [w:] *System prawa medycznego*, t. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1, s. 124–132).

8. Za część wykonywania zawodu lekarza można również uznać wystawianie recept. Artykuł 45 u.z.l. oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.12.2020 r. w sprawie recept określają w szczególności zasady, sposób i tryb wystawiania recept lekarskich. Z przepisów tych m.in. wynika, że wystawianie recepty na leki odbywa się na zasadach określonych w art. 95b–96b pr. farm. W uzasadnionych przypadkach lekarz może ordynować leki dopuszczone do obrotu w innych państwach, wówczas powinien to szczegółowo uzasadnić w dokumentacji medycznej pacjenta (zob. komentarz do art. 45).
9. Wprawdzie nie wynika to wprost z przepisu art. 2 u.z.l., niemniej jednak zestawienie treści art. 1 i art. 2 ust. 1 z treścią art. 41 ust. 1 ustawy wskazuje jednoznacznie na to, że obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta wiąże się z wykonywaniem zawodu lekarza (postanowienie SN z 24.05.2007 r., I KZP 11/07, Biul. SN 2007/6, s. 20). Powyższa teza została wyrażona przez Sąd Najwyższy w związku z pytaniem, czy lekarz poświadczający nieprawdę w dokumencie, jakim jest dokumentacja lekarska, może być uznany za osobę uprawnioną do wystawienia dokumentu w rozumieniu art. 271 k.k., a w konsekwencji zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej za fałsz intelektualny na tych samych zasadach, co funkcjonariusz publiczny. Odpowiedź Sądu Najwyższego na to pytanie była pozytywna. O tym, że do obowiązków lekarza należy prowadzenie dokumentacji medycznej, wspomina też art. 28 KEL (zob. komentarz do art. 41).
10. W świetle art. 6 pkt 2 u.d.l., w brzmieniu nadanym przez art. 1 ustawy z 23.06.2006 r. o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. Nr 117, poz. 790), oprócz diagnosty laboratoryjnego osobą uprawnioną do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej jest także osoba posiadająca tytuł zawodowy lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza oraz wiedzę i umiejętności w zakresie wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej

uzyskane w ramach specjalizacji, o której mowa w art. 16 ust. 1 u.z.l., lub posiadająca umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny, o których mowa w art. 17 ust. 1 u.z.l. Zmiana ustawy o diagnostyce laboratoryjnej jest skutkiem wyroku TK z 23.06.2005 r., K 17/04, OTK-A 2005/6, poz. 66, w którym m.in. uznano za sprzeczne z Konstytucją RP poprzednie przepisy tej ustawy niewskazujące dostatecznie precyzyjnie, kiedy lekarz może zostać diagnostą laboratoryjnym. Wykaz specjalizacji lekarskich oraz umiejętności uprawniających do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium zawiera załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11.12.2012 r. w sprawie wykazu specjalizacji uprawniających lekarza do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w medycznym laboratorium diagnostycznym (Dz.U. poz. 1420), obowiązującego od 1.01.2013 r. Załącznik ten wymienia 10 takich specjalizacji z określeniem zakresu dopuszczalnych badań diagnostycznych.

11. Wykonywanie zawodu lekarza polegać może na wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Wydawanie opinii ma np. związek z występowaniem lekarza przed sądami w charakterze biegłego (art. 193 k.p.k., art. 278 k.p.c.), z udzieleniem konsultacji medycznej na prośbę innego lekarza lub pacjenta (np. w trybie art. 33 ust. 2, art. 34 ust. 7, art. 35 u.z.l.). Uprawnienie lub obowiązek lekarza w zakresie wydawania orzeczeń lekarskich może wynikać z komentowanej ustawy i polegać na orzekaniu o stanie zdrowia pacjenta w związku z prowadzonym leczeniem (art. 42 u.z.l.) lub o zdolności osób podlegających kwalifikacji wojskowej do czynnej służby wojskowej (art. 49 u.z.l.). Ustawa uprawnia też lekarza do stwierdzenia zgonu (art. 43 u.z.l.). Obowiązek wydawania orzeczeń może również wynikać z innych przepisów (zob. komentarz do art. 42). Przykładowo o orzekaniu o niezdolności do pracy na potrzeby ZUS jest mowa w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z 14.12.2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz.U. Nr 273, poz. 2711 ze zm.), a także w ustawie z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.). Orzekanie o istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami lub ich braku dokonywane jest na podstawie ustawy z 5.01.2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. z 2021 r. poz. 1212 ze zm.), do której to została przeniesiona treść uchylonego przez tę ustawę art. 123 p.r.d., oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29.08.2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz.U. z 2020 r. poz. 2213). Zasady wydawania orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do dysponowania bronią przewiduje ustawa z 21.05.1999 r. o broni i amunicji (Dz.U. z 2020 r. poz. 955 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7.08.2019 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób występujących o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszających do rejestru broń pneumatyczną oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną (Dz.U. z 2019 r. poz. 1562 ze zm.). Uprawnienia do badań pracowników przewidziane są w art. 229 § 1 i 2 k.p. oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich

pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 2067 ze zm.). Do tej grupy orzeczeń należy również zaliczyć zaświadczenia o stanie zdrowia wydawane przez lekarza sądowego powołanego w trybie ustawy o lekarzu sądowym. W świetle tej ustawy zadaniem lekarza sądowego jest wystawianie zaświadczeń potwierdzających zdolność albo niezdolność do stawienia się uczestników postępowania z powodu choroby na wezwanie lub zawiadomienie organu uprawnionego do prowadzenia dochodzeń, np. sądu, prokuratury czy Policji. Lekarzem sądowym może być lekarz, który posiada prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytuł specjalisty lub specjalizację I lub II stopnia, ma pełną zdolność do czynności prawnych, uzyskał rekomendację okręgowej rady lekarskiej, ma nieposzlakowaną opinię, nie był karany za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, wobec którego nie jest prowadzone postępowanie: o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe, związane z niedostatecznym przygotowaniem do zawodu lub w przedmiocie niezdolności do jego wykonywania ze względu na stan zdrowia. Działania lekarza w zakresie orzecznictwa mają charakter administracyjny (władczy), w tym sensie, że albo kreują określoną sytuację prawną (np. akt zgonu), albo stwarzają dla ich adresatów określone prawa (np. orzeczenia dotyczące stanu zdrowia).

12. W związku z uprawnieniami lekarza w sferze publicznej wiele kontrowersji w doktrynie i orzecznictwie budzi problem, czy i ewentualnie kiedy lekarz jest funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu np. przepisu o nadużyciu władzy (art. 231 k.k.). W nauce prawa i orzecznictwie wydaje się obecnie dominować pogląd, że dla uznania danej osoby za funkcjonariusza publicznego istotne jest przede wszystkim, czy spełnia ona któreś z kryteriów określonych w art. 115 § 13 k.k. (przy czym kryteria te w odniesieniu do lekarza interpretuje się wąsko), a nie konkretna czynność zawodowa wykonywana przez daną osobę ani też fakt korzystania z ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu (zob. art. 44 u.z.l. oraz art. 5 u.PR.M). Przepis art. 115 § 13 k.k. wymienia dwie kategorie, które mogą mieć zastosowanie do lekarzy. W świetle pierwszej kategorii (art. 115 § 13 pkt 4 k.k.) funkcjonariuszem publicznym jest osoba będąca pracownikiem administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, a także inna osoba w zakresie, w którym uprawniona jest do wydawania decyzji administracyjnych. Zatem funkcjonariuszem publicznym jest lekarz będący pracownikiem Ministerstwa Zdrowia (centralna administracja rządowa), urzędu wojewódzkiego (terenowa administracja rządowa), lekarz zatrudniony w biurze RPO (inny organ państwowy) oraz lekarz zatrudniony w urzędzie marszałkowskim (instytucja samorządowa). Druga kategoria, określona w art. 115 § 13 pkt 6 k.k., to osoby zajmujące stanowisko kierownicze w innej instytucji państwowej. W świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego (uchwała SN z 20.06.2001 r., I KZP 5/01, OSNKW 2001/9–10, poz. 71) funkcjonariuszem publicznym nie jest lekarz będący dyrektorem szpitala lub ordynatorem oddziału w państwowym szpitalu. Wprawdzie wymienione osoby zajmują stanowiska kierownicze,

jednak zdaniem Sądu Najwyższego publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego celem działania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie może zostać uznany za inną instytucję państwową w rozumieniu art. 115 § 13 pkt 6 k.k., nawet jeśli jego organem założycielskim jest organ administracji rządowej. Stwierdzenie to pozwala przyjąć, że również lekarz niebędący funkcjonariuszem publicznym w pewnych sytuacjach może być uznany za osobę pełniącą funkcję publiczną i z tego tytułu stać się podmiotem przestępstwa łapownictwa. W świetle art. 115 § 19 zdanie pierwsze k.k. osobą pełniącą funkcję publiczną jest nie tylko funkcjonariusz publiczny, lecz także każda „osoba zatrudniona w jednostce organizacyjnej dysponującej środkami publicznymi, chyba że wykonuje czynności wyłącznie usługowe”. Przepis ten, dodany do Kodeksu karnego ustawą z 13.06.2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 111, poz. 1061), nawiązuje w swej treści do jednej z tez ww. uchwały SN z 20.06.2001 r., w myśl której „pełnienie funkcji publicznej, o której mowa w art. 228 § 1 k.k. obejmuje czynności ordynatora w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, zarówno związane z administrowaniem jak i udzielaniem świadczeń zdrowotnych (...) finansowanych ze środków publicznych”. Lekarz może być uznany za osobę pełniącą funkcję publiczną w rozumieniu art. 115 § 19 k.k. i stać się podmiotem przestępstwa łapownictwa (art. 228 k.k.) zawsze wtedy, gdy przyjmuje np. od pacjenta lub przedstawiciela firmy farmaceutycznej nienależną korzyść (majątkową lub osobistą), będąc zatrudniony w jednostce organizacyjnej dysponującej środkami publicznymi. W związku z tym, że udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie jest zarezerwowane wyłącznie dla SPZOZ, można przyjąć, że za łapownictwo może być pociągnięty do odpowiedzialności karnej każdy lekarz wykonujący zawód w podmiocie leczniczym związanym kontraktem z NFZ, niezależnie od tego, czy ten podmiot ma charakter publiczny. W myśl art. 115 § 19 k.k. za osobę pełniącą funkcję publiczną może być uznana ponadto inna osoba, której obowiązki lub uprawnienia w zakresie działalności publicznej są określone lub uznane w drodze ustawy lub wiążącej Polskę umowy międzynarodowej. Wspomniany wyżej lekarz-orzecznik ZUS, lekarz wystawiający kartę zgonu, lekarz orzekający o zdolności poborowych do wykonywania służby wojskowej, a także m.in. lekarz wystawiający zaświadczenie o niezdolności do pracy stanowiące podstawę do wypłaty zasiłku chorobowego działającego w sferze publicznej i jego obowiązki w tym zakresie są określone w drodze ustawy. Zatem przyjęcie przez takiego lekarza korzyści w związku z wykonywaniem ww. czynności zawodowych może zostać uznane za przestępstwo łapownictwa.

13. Zakres pojęcia wykonywania zawodu lekarza dentystry (art. 2 ust. 2 u.z.l.) jest ograniczony przedmiotowo. Lekarz dentysta może udzielać świadczeń zdrowotnych w wyżej przedstawionym rozumieniu wyłącznie w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Równocześnie można się zastanawiać, czy świadczenia zdrowotne w wymienionym zakresie należą do wyłącznej kompetencji lekarza dentystry. Wydaje się, że tak jest jedynie w odniesieniu do chorób zębów. Bliższe przyjrzenie się specjalnościom zawodowym lekarza dentystry oraz lekarza wskazuje, że niektóre czynności zawodowe przedstawicieli każdego z tych zawodów wzajemnie się

krzyżują. Dotyczy to zwłaszcza takich specjalności, jak chirurgia szczękowo-twarzowa, która w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania występuje w przypadku zarówno lekarza (oznaczona symbolem 221212), jak i lekarza dentysty (oznaczona symbolem 226202). Do pewnego stopnia może to się odnosić również do chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki i okolic przyległych.

14. Nowelizacją z 27.11.2020 r. dodano ust. 2b do art. 2 u.z.l., zgodnie z którym w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarz dentysta może udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1.

W świetle art. 2 pkt 9 u.z.ch.z. przez epidemię należy rozumieć „wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących”. Natomiast przez stan epidemii rozumie się sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii (art. 2 pkt 22 u.z.ch.z.), zaś stanem zagrożenia epidemicznego określa się sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych (art. 2 pkt 23 u.z.ch.z.).

Możliwość wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii przewiduje art. 46 u.z.ch.z., związane zaś z tymi stanami obostrzenia wyliczone są w art. 46a i 46b tej ustawy. Kompetencję dla wprowadzenia tych stanów na terenie województwa, w drodze rozporządzenia, ma wojewoda. Natomiast gdy zagrożenie epidemiczne lub epidemia występuje na obszarze więcej niż jednego województwa, wówczas właściwym organem do wprowadzenia tych stanów jest minister właściwy do spraw zdrowia. Następuje to, w drodze rozporządzenia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw administracji publicznej, na wniosek GIS.

Odesłanie w art. 2 ust. 2b u.z.l. do ust. 1 oznacza, że w przypadku ogłoszenia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego nie zmieniają się dopuszczalne formy udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza dentystę (tożsame z formami działania lekarza), lecz rozszerzeniu ulega dopuszczalny zakres ich wykonywania, tj. na całe ciało człowieka.

15. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także wymienione w art. 2 ust. 3 u.z.l. czynności lekarza niepolegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Celem tego przepisu jest zagwarantowanie lekarzom, którzy okresowo poświęcają się wyłącznie pracy naukowej, dydaktycznej czy promocji zdrowia, możliwości powrotu do udzielania świadczeń zdrowotnych bez odbycia przeszkolenia, o którym mowa w art. 10 u.z.l. Lista kategorii tych lekarzy stopniowo ulegała rozszerzeniu na tych lekarzy, którzy

pełnią tylko funkcje administracyjne, tj. lekarzy kierujących podmiotami leczniczymi, a także zatrudnionych w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących lub urzędach i instytucjach, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Przepis ten jest bardzo nieprecyzyjny – nie określa bowiem form organizacyjnych, w jakich lekarze badacze, dydaktycy lub zajmujący się promocją zdrowia powinni prowadzić działalność. Wątpliwości tych nie wyjaśniało też stanowisko nr 82/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z 4.11.2005 r. w sprawie interpretacji art. 10 ust. 3 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty (Biul. NRL 2005/7 (95)). Powodem tego był fakt, że NRL w tym stanowisku jedynie dookreślała przepisy ustawy w zakresie tego, co uznaje się za wykonywanie zawodu lekarza, pozwalając na tej podstawie wnioskować tylko *a contrario*, co nie zostanie potraktowane za wykonywanie zawodu. Ze stanowiska tego wynikało, że decyduje o tym zarówno forma, w której lekarz wykonuje czynności zawodowe, jak i rodzaj jednostki (miejsce), w której wykonywanie zawodu w określonej formie się odbywa. Ponadto stanowisko NRL ustalało, jakie są wymagane dokumenty potwierdzające wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty w wyżej wymienionych formach i jednostkach (miejscach). Stanowisko nie zostało dostosowane do zmiany ustawowej, w wyniku której za wykonywanie zawodu uznawana jest również praca lekarza w NFZ oraz kierowanie podmiotem leczniczym. W stanowisku wymieniono formy (podstawy prawne wykonywania zawodu), była też mowa o wymaganej afiliacji.

Nowe stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 11/19/VIII z 28.06.2019 r. w sprawie interpretacji art. 10 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty (zob. https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/rs011-19-VIII.pdf, dostęp: 9.05.2022 r.) wyjaśniło wiele wątpliwości w tym zakresie. W szczególności pozytywnie wskazano w nim, że za wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty uznaje się wykonywanie czynności zawodowych określonych w art. 2 u.z.l., w tym także stwierdzanie zgonu i wykonywanie badań pośmiertnych, oraz wykonywanie funkcji biegłego sądowego z zakresu medycyny. Podkreśla się w nim również, że lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu może w kontekście art. 10 ust. 3 u.z.l. wykonywać nie tylko czynności zawodowe określone w art. 2, w ramach działalności leczniczej wykonywanej przez podmiot leczniczy, lecz także inne zadania zawodowe nieobjęte działalnością leczniczą w ramach działalności innego uprawnionego podmiotu. Podobnie jak w poprzednim stanowisku z 4.11.2005 r., w nowym stanowisku wymienia się też możliwe formy (podstawy prawne wykonywania zawodu), ale już bardziej konkretnie niż poprzednio, wyjaśniając w ten sposób powstałe w praktyce wątpliwości. Przykładowo obok umowy o pracę (ust. 2 pkt 1 stanowiska), wyszczególnia się też stosunek pracy na podstawie powołania (pkt 2), a ponadto wymienia się umowę cywilnoprawną, zastrzegając, że może być ona zawarta zarówno z podmiotem leczniczym,

jak i z innym uprawnionym podmiotem (pkt 3). W odniesieniu do umów cywilnoprawnych zawieranych z tymi podmiotami jest mowa *expressis verbis* o umowach o dzieło, zlecenie, o szkolenie, a także o umowie cywilnej z własnym pracownikiem. Oddzielnie wymienia się umowę cywilnoprawną o szkolenie (pkt 4), co wydaje się wskazywać, że może być ona zawarta z innym podmiotem niż leczniczy lub innym uprawnionym podmiotem, wspomnianym w pkt 3. Mowa jest również o wykonywaniu zadań zawodowych na podstawie stosunku służbowego, powołania do służby wojskowej, w tym też poza granicami państwa lub na podstawie wyznaczenia na stanowisko służbowe jako żołnierz lub funkcjonariusz, a także w warunkach stypendialnych jako uczestnik studiów podyplomowych (ust. 2 pkt 6) albo uczestnik studiów doktoranckich niezależnie od warunków uczestnictwa (pkt 9), a ponadto na podstawie porozumienia o współpracy z podmiotem leczniczym (pkt 7). Przewiduje się też jak poprzednio, że zaliczeniu podlega także wykonywanie czynności zawodowych na podstawie przepisów o odbywaniu studiów lub uczestniczeniu w badaniach naukowych lub szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi (ust. 2 pkt 10), a dodatkowo jako wolontariusz na podstawie ustawy z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (pkt 8). Podobnie jak i poprzednio, w omawianym stanowisku wymagana też jest afiliacja z podmiotami, w ramach których mogą być wykonywane czynności zawodowe w wymienionych wyżej formach, aczkolwiek nie poprzestano tutaj na ich wymienieniu, lecz umieszczono też klauzulę otwartą wskazującą na kryteria zaliczenia innych podmiotów niż wskazane. W związku z powyższym może się to odbywać odpowiednio w podmiocie leczniczym, w wyższej uczelni medycznej, w instytucie badawczym w dziedzinie nauk medycznych, w ZUS, KRUS, w podmiocie uprawnionym do prowadzenia zadań objętych promocją zdrowia (w tym urzędach wojewódzkich, centrum promocji zdrowia jednostki samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowej prowadzącej statutową działalność w zakresie promocji zdrowia), w jednostkach wojskowych, jednostkach Policji, jednostkach Straży Granicznej lub jednostkach Straży Pożarnej, jednostkach Służby Więziennej oraz w ABW i Agencji Wywiadu lub innych niewymienionych podmiotach, uprawnionych do zatrudniania lekarzy, lekarzy dentystów w celu udzielania świadczeń zdrowotnych lub czynności, które są zastrzeżone dla lekarzy lub lekarzy dentystów (ust. 2 stanowiska). W kolejnym ustępie stanowiska stwierdzono także, iż wykonywanie czynności zawodowych w rozumieniu art. 10 ust. 3 u.z.l. może odbywać się w ramach praktyki zawodowej odbywanej jako jednoosobowa działalność gospodarcza, po uzyskaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską. Wymieniono ponadto wszystkie formy (indywidualne i grupowe – łącznie 13), w jakich ta działalność może się odbywać (ust. 3 stanowiska). Zastrzega się równocześnie, że wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2 u.z.l., nie musi się odbywać bezpośrednio. W szczególnie uzasadnionych przypadkach może mieć także miejsce za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (ust. 4 stanowiska). Z interpretacji obowiązujących przepisów dokonanej przez NRL wynika, że jeżeli dany lekarz nie udokumentował w sposób wskazany w stanowisku, że wykonywał zawód w wymienionej w nim jednostce oraz w określonej w nim formie,

nie będzie, co do zasady, spełniał kryterium nieprzerwanego wykonywania zawodu (ust. 5 stanowiska). Wyjątek stanowią uzasadnione przypadki, w których okręgowa rada lekarska może przyjąć inne niż wymienione dokumenty potwierdzające faktyczne wykonywanie świadczeń zdrowotnych (ust. 8 stanowiska). W stanowisku wyjaśnia się ponadto, że okres 5-letni niewykonywania zawodu ulega przerwaniu, gdy lekarz przed upływem tego terminu podejmuje aktywność zawodową, która jest realizowana „faktycznie i regularnie w formach określonych w ust. 3 oraz nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy w wymiarze 40 godzin miesięcznie”, co zostanie potwierdzone odpowiednimi dokumentami, o których mowa w ust. 5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może przyjąć inny okres i wymiar aktywności zawodowej (ust. 6 stanowiska). W stanowisku określa się także, co uznaje się za przerwę w wykonywaniu zawodu z mocy prawa (zob. szerzej komentarz do art. 10 ust. 1).

16. Z art. 2 ust. 3 pkt 1 u.z.l. wynika, że za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia. W aktualnym stanowisku NRL w odniesieniu do tej grupy lekarzy, określając miejsce ich zatrudnienia, używa określenia „instytuty badawcze”, a nie ośrodki badawczo-rozwojowe, o których była mowa w poprzednim stanowisku z 4.11.2005 r. W związku z tym nasuwa się wątpliwość, czy zmiana terminologii w tym zakresie skutkuje zawężeniem kręgu podmiotów uprawnionych do zatrudniania takich lekarzy. Mianowicie instytutem badawczym w rozumieniu art. 1 ust. 1 u.i.b. jest państwowa jednostka organizacyjna, wyodrębniona pod względem prawnym, organizacyjnym i ekonomiczno-finansowym, która prowadzi badania naukowe i prace rozwojowe ukierunkowane na ich wdrożenie i zastosowanie w praktyce. Zgodnie z art. 5 ust. 1 u.i.b. instytut badawczy tworzy Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, na wniosek ministra właściwego ze względu na planowaną działalność instytutu, złożony po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki. Pojawia się w związku z tym wątpliwość, czy o zaliczeniu danej jednostki do instytutów badawczych w dziedzinie nauk medycznych decyduje przedmiot jej badań, czy podległość administracyjna. W szczególności wątpliwość ta sprowadza się do pytania, czy chodzi tylko o państwowe instytucje naukowe, o których mówi ustawa, i do tego podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia (zamieszczone w wykazie zawartym w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 17.01.2022 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych, M.P. poz. 87), czy również o inne podmioty prowadzące badania w dziedzinie medycyny, niezależnie od ich statusu właścicielskiego oraz formalnego podporządkowania. Aktualne brzmienie przepisu na pierwszy rzut oka wydaje się stać na przeszkodzie uznaniu za wykonywanie zawodu sytuacji, w której lekarz jest zatrudniony w instytucie badawczym prowadzącym badania medyczne, ale innym niż państwowy lub niepodlegający nadzorowi Ministra Zdrowia. Za takim zawężeniem może przemawiać zwłaszcza fakt, że w stanowisku NRL przy wskazaniu na akty prawne, których przepisy ulegają interpretacji, powołuje m.in. art. 1 i 2 u.i.b. Taka interpretacja jednak oznaczałaby wyłączenie zatrudnienia w innych jednostkach

badawczych niemających charakteru państwowego. Nie wydaje się ona uprawniona, przede wszystkim z tego względu, że ustawa nie stawia takich ograniczeń (mówi tylko o prowadzeniu przez lekarza „badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia”), a ich wprowadzenie w trybie korporacyjnych aktów prawnych byłoby niekonstytucyjne. Ponadto wspomniane wymienienie aktów prawnych w stanowisku ma charakter tylko przykładowy, o czym świadczy użyte sformułowanie „w szczególności”. W każdym razie pomimo zmiany terminologii używanej w omawianym w stanowisku należy uznać, że brak jest przeszkód formalnych do przyjęcia, że nie traci ciągłości wykonywania zawodu także lekarz prowadzący badania naukowe np. w prywatnej firmie zajmującej się badaniem leków, zwłaszcza działającej w ramach Międzynarodowego Holdingu Good Clinical Practice (GCP), ani lekarz zatrudniony w takiej firmie w charakterze monitora badań klinicznych, jeżeli odpowiada kryteriom badacza przewidzianym w definicji zawartej w art. 2 pkt 2a pr. farm. Nie wydaje się natomiast, aby przepis ten mógł mieć zastosowanie do lekarza zatrudnionego w Ośrodku Bioetycznym NRL powołanym uchwałą nr 4/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 16.02.2007 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej (Biul. NRL 2007/2 (104)). Wprawdzie do zadań takiego ośrodka zalicza się m.in. prowadzenie badań, niemniej jednak z treści uchwały wynika, że ogranicza się ono do inicjowania działalności naukowo-badawczej w innych placówkach, czego nie można uznać za prowadzenie prac badawczych w rozumieniu komentowanej ustawy. Wątpliwe jest również ograniczanie zastosowania tego przepisu tylko do instytutów badawczych, w przypadku których ministrem nadzorującym jest Minister Zdrowia, przede wszystkim dlatego, że takiego ograniczenia nie wprowadza ustawa. Przeciwno takiej interpretacji przemawia ponadto argument, że gdyby stosować to kryterium, wyłączeniu temu podlegałyby np. również państwowe medyczne instytuty badawcze tworzone lub przekształcone w jednostki PAN na podstawie art. 9 u.i.b., ponieważ podlegają one Prezesowi Rady Ministrów, a także wszystkie medyczne jednostki badawcze publicznych szkół wyższych, innych niż wymienione we wspomnianym wyżej wykazie Ministra Zdrowia, nie mówiąc już o uczelniach niepublicznych. Dotyczyłoby to również państwowych instytutów podlegających Ministrowi Edukacji i Nauki, co z pewnością nie powinno mieć miejsca, ze względu na przedmiot badań jednostki (w dziedzinie medycyny) oraz sposób jej tworzenia (przez Radę Ministrów, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki). Warto dodać, że ustawa nie odnosi się do miejsca prowadzenia przez lekarza prac badawczych w dziedzinie medycyny, a również w stanowisku NRL odnośnie do miejsca zatrudnienia lekarza mówi się tylko ogólnie m.in. o „wyższej uczelni medycznej”.

17. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się nie tylko prowadzenie badań naukowych, lecz po zmianach wprowadzonych do tego przepisu przez nowelizację z 16.07.2020 r. także prac rozwojowych. Rozróżnienie to wynika ze zmiany terminologicznej wprowadzonej w 2015 r. do uchylonej już ustawy z 30.04.2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz.U. z 2018 r. poz. 87 ze zm.). Ustawa ta została zastąpiona przez Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, które z kolei utrzymało dotychczasową siatkę

pojęciową. I tak w myśl art. 4 p.s.w. działalność naukowa obejmuje m.in. prowadzenie badań naukowych oraz prac rozwojowych. Badania naukowe są działalnością obejmującą trzy rodzaje działalności. Po pierwsze, badania podstawowe rozumiane jako prace empiryczne lub teoretyczne mające przede wszystkim na celu zdobywanie nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów bez nastawienia na bezpośrednie zastosowanie komercyjne. Po drugie, badania aplikacyjne rozumiane jako prace mające na celu zdobycie nowej wiedzy oraz umiejętności, zorientowane przede wszystkim na zastosowanie w praktyce. Po trzecie, są to prace rozwojowe, które są działalnością obejmującą nabywanie, łączenie, kształtowanie i wykorzystywanie dostępnej aktualnie wiedzy i umiejętności, w tym w zakresie narzędzi informatycznych lub oprogramowania, do planowania produkcji oraz projektowania i tworzenia zmienionych, ulepszonych lub nowych produktów, procesów i usług, z wyłączeniem działalności obejmującej rutynowe i okresowe zmiany wprowadzane do produktów, linii produkcyjnych, procesów wytwórczych, istniejących usług oraz innych operacji w toku, nawet jeżeli takie zmiany mają charakter ulepszeń. Krótko mówiąc, badania naukowe ukierunkowane są na pozyskiwanie nowej wiedzy oraz umiejętności. Natomiast prace rozwojowe dotyczą już wiedzy nabytej.

Z art. 2 ust. 3 pkt 1 u.z.l. wynika, że chodzi o badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub promocji zdrowia. Rozróżnienie to nawiązuje do klasyfikacji dziedzin nauki i dyscyplin naukowych przewidzianej w załączniku do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 20.09.2018 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych (Dz.U. poz. 1818), gdzie wyróżnia się m.in. dziedzinę nauk medycznych i nauk o zdrowiu, na którą składają się takie dyscypliny, jak: nauki farmaceutyczne, medyczne, o kulturze fizycznej i zdrowiu.

Badania naukowe i prace rozwojowe, których prowadzenie nie przerywa wykonywania zawodu lekarza, mogą ponadto dotyczyć promocji zdrowia. Zgodnie z ustawową definicją taka promocja zdrowia polega na działaniach umożliwiających poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowaniu zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (art. 2 ust. 1 pkt 7 u.d.z.l.). Podobnie jak w przypadku innych lekarzy badaczy chodzi tu nie o samo prowadzenie aktywności mających na celu promocję zdrowia w ramach zatrudnienia na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w instytucjach do tego powołanych, lecz o prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych jej dotyczących. W aktualnym stanowisku NRL mówi się ogólnie o „podmiocie uprawnionym do prowadzenia zadań z zakresu promocji zdrowia (w tym w urzędach wojewódzkich, centrum promocji zdrowia jednostki samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowej prowadzącej statutową działalność w zakresie promocji zdrowia)”, z czego nie wynika, aby ta działalność musiała mieć charakter naukowy albo być pracą rozwojową w rozumieniu wyżej wymienionych ustaw. Oznacza to nadinterpretację omawianego przepisu ustawy.

W związku z tym może np. chodzić o lekarzy zatrudnionych w Zakładzie Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Przewlekłych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytucie Badawczym, czy też lekarzy zatrudnionych w Departamencie Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz Głównego Inspektoratu Sanitarnego, gdy prowadzą oni działalność naukową lub prace rozwojowe. Natomiast nie powinno to raczej w świetle ustawy dotyczyć lekarzy zatrudnionych w organizacji pozarządowej, do której statutowych zadań należy wprowadzić promocja zdrowia, ale już nie prowadzenie badań w tym zakresie, chociaż jest to dyskusyjne i powinno zależeć od charakteru wykonywanych zadań. Można natomiast mieć poważne wątpliwości, czy przepis ten dotyczy lekarzy odpowiedzialnych za promocję zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego (w urzędzie gminnym lub powiatowym, w urzędzie marszałkowskim województwa) i w rządowych organach administracji (np. w urzędzie wojewódzkim). Uznając jednak, że takie rozumienie omawianego przepisu w sposób nieuzasadniony wyłączałoby lekarzy zajmujących się samą promocją zdrowia z dobrodziejstwa skutków tego przepisu w kontekście art. 10 ust. 3 u.z.l., można bronić poglądu, że art. 2 ust. 3 pkt 1 dotyczy dwóch różnych sytuacji. Po pierwsze, badań naukowych i prac rozwojowych, po drugie, promocji zdrowia (co wydaje się dopuszczalne z gramatycznego punktu widzenia, z uwagi na umieszczenie wyrazu „promocji” po przecinku).

18. Za wykonywanie zawodu uważa się także nauczanie zawodu lekarza (art. 2 ust. 3 pkt 2 u.z.l.). Należy przyjąć, że chodzi tu o lekarza mającego status nauczyciela akademickiego nie tylko w wyższych szkołach medycznych (np. akademiach), lecz także w podległych Ministerstwu Zdrowia Centrach Kształcenia Podyplomowego. W ustawie jednak zaznacza się, że chodzi o nauczanie zawodu lekarza. Oznacza to, że w sytuacji, gdy lekarz jest nauczycielem akademickim na wydziale pielęgniarstwa lub w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, jego działalności dydaktycznej w tym zakresie nie można zaliczyć do wykonywania zawodu lekarza. Wydaje się to nie do końca zrozumiałe, zwłaszcza że np. CMKP w Warszawie prowadzi równocześnie kształcenie różnych zawodów medycznych.
19. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w obsługujących te podmioty urzędach i instytucjach, w których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej (art. 2 ust. 3 pkt 4 u.z.l.). W świetle obecnie obowiązującego art. 14 u.ś.o.z. podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub NFZ. Ministrowie finansują z części budżetu państwa, której są dysponentami, świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane wskazanym grupom osób albo koszty badania, orzeczenia wydanego na ich zlecenia. Mogłoby się wydawać, że w świetle przepisów tej ustawy z tego dobrodziejstwa będzie mógł skorzystać minister właściwy do spraw zdrowia, Minister Obrony Narodowej,

minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Sprawiedliwości, jeżeli będzie lekarzem. Jednak w tym kontekście ustawa ta mówi także o Szefie ABW, Szefie Agencji Wywiadu, Pierwszym Prezesie Sądu Najwyższego oraz Prezesie Naczelnego Sądu Administracyjnego, którzy nie są ministrami. Przepis ten nie jest wystarczająco precyzyjny, a to z kilku powodów. Po pierwsze, trudno mówić o ministrze, że jest osobą zatrudnioną, a z pewnością nie zatrudnia sam siebie. Po drugie, wykładnia językowa tego przepisu może prowadzić do wniosku, że chodzi o każdą osobę zatrudnioną w wymienionych podmiotach, a więc również osobę niebędącą lekarzem. Przeciwno takiej interpretacji przemawia oczywiście wykładnia logiczna tego przepisu. *De lege ferenda* należałoby postulować dodanie wyrazu „lekarza” po wyrazie „zatrudnienie”. Po trzecie, nie jest logiczne pozbawienie możliwości zaliczania okresu pełnienia funkcji do czasu wykonywania zawodu w odniesieniu do ww. szefów urzędów, jeżeli byłiby lekarzami. Po czwarte, nie jest jasne, które konkretnie urzędy ustawodawca miał na myśli, mówiąc o „urzędach te podmioty obsługujących” (zob. J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2006, s. 38). W odniesieniu do tej ostatniej kwestii wydaje się bezsporne, że osobami zatrudnionymi w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są lekarze pozostający w stosunku pracy z NFZ, tzn. zatrudnieni w Centrali Funduszu oraz oddziałach wojewódzkich (art. 96 w zw. z art. 97 u.ś.o.z.). Dotyczy to zarówno lekarzy funkcyjnych (Prezesa i wiceprezesów NFZ, dyrektorów oddziałów wojewódzkich), jak i lekarzy niepełniących funkcji, lecz jedynie zatrudnionych. Przepis ten nie dotyczy członków Rady Funduszu oraz członków rad oddziałów wojewódzkich Funduszu. Wprawdzie rady są zaliczane do organów NFZ, a w przypadku Rady Funduszu jej członkowie pobierają wynagrodzenie na zasadach określonych, w drodze zarządzenia, przez Prezesa Rady Ministrów, podczas gdy członkom rad oddziałów wojewódzkich przysługuje tylko zwrot kosztów. W obu jednak przypadkach członkowie rad nie pozostają z NFZ w stosunku zatrudnienia.

20. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się ponadto zatrudnienie w urzędach obsługujących NFZ. Nie chodzi tu jednak o lekarzy zatrudnionych we wszystkich urzędach go obsługujących, lecz tylko w takich, w których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Pomimo że nie zapisano tego wyraźnie w ustawie, z kontekstu omawianego przepisu wynika, że chodzi o świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Z dobrodziejstwa tego przepisu mogą więc niewątpliwie skorzystać lekarze zatrudnieni w urzędach obsługujących właściwych ministrów, którzy w swoich zakresach czynności mają przewidziane takie czynności jak przygotowywanie, organizowanie lub nadzór nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez podmiot, w którym są zatrudnieni, czyli dane ministerstwo (ministra). W przypadku Ministerstwa Zdrowia może chodzić o zatrudnionych lekarzy, którzy np. zajmują się opracowywaniem, finansowaniem i oceną efektów programów polityki zdrowotnej lub nadzorowaniem ich realizacji, lekarzy przygotowujących programy pilotażowe, odpowiedzialnych za przeprowadzenie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako

świadczeń gwarantowanych (art. 11 ust. 1 pkt 3 i 3a u.ś.o.z.). Jako przykład wymienia się też lekarzy zatrudnionych w dawnym Departamencie Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia (zob. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 23). Należy przyjąć interpretację, że decyduje tu zakres czynności pracownika.. Wydaje się jednak, że w odniesieniu do tego Ministerstwa można uznać, że wymienione kryteria spełniają również pracownicy lekarze wielu innych departamentów (np. Departamentu Lecznictwa, Nadzoru i Kontroli, Departamentu, Zdrowia Publicznego, Polityki Lekowej i Farmacji itd.).

Zatem można mieć wątpliwości, czy ten przepis nie może objąć również tych wiceministrów zdrowia, do których obowiązków należą czynności o charakterze nadzorczo-koordynującym i kierunkowo-politycznym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wydaje się, że ten przepis nie może mieć zastosowania do lekarzy zatrudnionych w administracji samorządowej, a także administracji rządowej obsługującej wojewodę, Centrach Zdrowia Publicznego lub w innych urzędach, które nie są wymienione w art. 14 u.ś.o.z. jako zobowiązane do finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Kwestia ta nie jest jednak całkowicie jasna w świetle przepisów rozdziału 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (traktujących o zadaniach władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej), w których mówi się m.in. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 pkt 4 u.ś.o.z.), a równocześnie wymienia się wspomniane wyżej podmioty (art. 7–10 u.ś.o.z.).

We wszystkich przypadkach decyzję o utrzymaniu ciągłości wykonywania zawodu lekarza pomimo nieudzielania świadczeń zdrowotnych przez okres dłuższy niż 5 lat podejmuje rada tej okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest lekarz. Wobec niejasności omówionych uregulowań istnieje niebezpieczeństwo różnej ich interpretacji przez rady lekarskie poszczególnych okręgowych izb lekarskich z tego względu omawiany przepis powinien zostać doprecyzowany.

21. Od 1.07.2011 r. (po zmianie ust. 3 komentowanego przepisu, wprowadzonej nowelizacją z 28.04.2011 r.) za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także kierowanie podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 4 u.d.z.l. Ustawa o działalności leczniczej wprowadza dwa pojęcia odnoszące się do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych: podmioty lecznicze oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 2 ust. 1 pkt 5). Drugie z pojęć ma szerszy zakres podmiotowy i obejmuje zarówno podmioty lecznicze, jak i prywatne praktyki zawodowe, o których mowa w art. 5 u.d.z.l. Z oczywistych względów z dobrodziejstwa tego przepisu mogą skorzystać tylko osoby kierujące podmiotami leczniczymi (a nie samozatrudniający się lekarze). W świetle art. 4 u.d.z.l. do podmiotów leczniczych zalicza się przedsiębiorców oraz podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami (SPZOZ, jednostki budżetowe), a także inne podmioty, do których należą instytuty badawcze, fundacje, stowarzyszenia i kościoły, jeżeli wykonują działalność leczniczą. Zgodnie z art. 4 pr. przeds. przedsiębiorcą

jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą, a także wspólnicy spółki cywilnej w zakresie prowadzenia takiej działalności. Omawiany przepis dotyczy więc lekarzy kierujących wszystkimi wymienionymi wyżej świadczeniodawcami bez względu na formę prawną, w jakiej funkcjonują oni na rynku świadczeń opieki zdrowotnej.

22. Nowelizacja z 9.10.2015 r. wprowadziła do omawianego przepisu nowy ust. 4, w którym przewidziano, że lekarz, lekarz dentysta może wykonywać czynności, o których mowa w ust. 1 i 2, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Przepis art. 2 ust. 4 u.z.l. został następnie uzupełniony o odwołanie do ust. 2b, kiedy nowelizacją z 27.11.2020 r. dodano ust. 2b w art. 2. Równocześnie nowelizacja z 9.10.2015 r. zmieniła brzmienie art. 42 ust. 1 u.z.l., przewidując, że lekarz wydający orzeczenie o stanie zdrowia określonej osoby może to uczynić nie tylko po uprzednim, osobistym jej zbadaniu (jak było pierwotnie), lecz także po zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. System teleinformatyczny zgodnie z definicją przewidzianą w art. 3 pkt 3 ustawy z 17.02.2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 2070 ze zm.) to zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i oprogramowania zapewniający przetwarzanie, przechowywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych przez sieci telekomunikacyjne za pomocą właściwego dla danego rodzaju sieci telekomunikacyjnego urządzenia końcowego w rozumieniu przepisów ustawy z 16.07.2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2021 r. poz. 576 ze zm.). Natomiast system łączności nie posiada definicji prawnej. W wojskowości mówi się o środkach łączności (sygnalizacyjnych, pocztowych (lub innych transportowych) oraz telekomunikacyjnych. Wśród tych ostatnich wyróżnia się środki przewodowe i bezprzewodowe (tzn. satelitarne, radiowe, radiotelefoniczne, radioliniowe). Biorąc pod uwagę wyżej wymienione definicje i podziały, należy przyjąć, że komentowana ustawa pojęcie systemów teleinformatycznych rozumie szeroko, jako porozumiewanie się z pacjentem za pomocą jakichkolwiek środków technicznych. W okresie pandemii COVID-19 lekarze najczęściej kontaktowali się z pacjentami za pomocą telefonów stacjonarnych lub komórkowych (teleporady). Wystawianie e-recept odbywało się w drodze elektronicznej, a powiadamianie o ich numerze następowało za pomocą wiadomości SMS lub MMS. Należy zauważyć, że w świetle omawianych przepisów dopuszczalne jest również korzystanie z innych urządzeń technicznych niż wymienione (zob. *Podstawy informatyki z elementami telemedycyny. Ćwiczenia dla studentów medycyny*, red J. Martyniak, Kraków 2005, s. ???).

Odwołanie się w ust. 4 komentowanego przepisu do ust. 1, 2 i 2b oznacza, że uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych również za pośrednictwem środków technicznych może dotyczyć wszystkich ich form i to nie tylko tych wskazanych w ustawie, gdzie wyliczenie ma jedynie charakter przykładowy. Ustawa przewidując przy tym takie uprawnienie, nie wprowadza żadnych ograniczeń, o czym świadczy

brak wskazania określonych sytuacji czy warunków, w jakich może to następować. Oznacza to, że wybór formy udzielenia świadczenia zdrowotnego (bezpośrednio czy nie) zależy od uznania samego lekarza. Powołanie się w komentowanym przepisie także na ust. 2b oznacza, że zasada ta ma zastosowanie również do lekarzy dentystów, gdy w sytuacjach wyjątkowych są oni upoważnieni do wykonywania także czynności, które w normalnych warunkach zastrzeżone są wyłącznie dla lekarzy.

Artykuł 22 ust. 5 u.d.z.l. uprawnia Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w sytuacji gdy istnieje potrzeba zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Na podstawie tego upoważnienia zostały określone standardy organizacyjne teleporady, odnoszące się do działań pracowników medycznych w ramach POZ (rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.08.2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej).

Na podstawie § 3 r.s.o.t. każdy świadczeniodawca POZ ma obowiązek informowania pacjentów (na swojej stronie internetowej, ale także telefonicznie na żądanie pacjenta) o warunkach udzielania takich porad. Świadczeniodawca POZ jest zobowiązany do realizacji teleporady nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta albo w późniejszym terminie ustalonym w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym, a także do zapewnienia pacjentowi możliwości kontaktu z POZ, w tym kontaktu telefonicznego, w sposób umożliwiający nawiązanie połączenia bez zbędnej zwłoki. Zastrzega się równocześnie, że pacjent w trakcie teleporady ma prawo zgłoszenia woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medyczny. Wskazana informacja określa:

- a) systemy teleinformacyjne lub systemy łączności, przy użyciu których świadczeniodawca POZ udziela teleporady,
- b) sposób ustalenia jej terminu,
- c) sposób nawiązania kontaktu między świadczeniodawcą POZ a pacjentami w celu udzielenia teleporady oraz sposób jej udzielenia,
- d) sposób postępowania w sytuacji, gdy brak jest kontaktu z pacjentem w ustalonym terminie teleporady (anulowanie porady po trzykrotnej próbie nawiązania w określonym czasie kontaktu z pacjentem),
- e) możliwość skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej udzielanego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w przypadku gdy jest to niezbędne z uwagi na stan jego zdrowia,
- f) instrukcje o sposobie realizacji: e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia na wyroby medyczne, zlecenia badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych lub obrazowych, a także instrukcje o możliwości założenia przez pacjenta IKP.

W § 3 r.s.o.t. określa się też sposoby informowania NFZ przez świadczeniodawcę POZ o numerze telefonu, pod którym udzielane są teleporady, sposób potwierdzania

tożsamości pacjenta przed udzieleniem mu teleporady, obowiązek uczynienia adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta o udzielonej teleporadzie. Ponadto uczula się na potrzebę udzielenia porady w warunkach gwarantujących poufność oraz zapewnienie ochrony przekazywanych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta przed naruszeniem ich integralności, nieuprawnionym ujawnieniem, niezgodnym z prawem zniszczeniem, utratą itd. czy nieuprawnionym wykorzystaniem.

Z dniem 16.03.2021 r. omawiane rozporządzenie zostało zmienione, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 5.03.2021 r. (Dz.U. poz. 427). Zmiana ta w szczególności miała na celu ograniczenie liczby porad udzielanych przez lekarzy zdalnie, które w czasie pandemii COVID-19, w ocenie Ministra Zdrowia, były nadużywane. W związku z tym stwierdzono, że zawarty w rozporządzeniu standard organizacyjny nie obejmuje świadczeń realizowanych wyłącznie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, do których zaliczono świadczenia udzielane:

- a) w przypadku gdy pacjent albo jego opiekun ustawowy nie wyraził zgody na ich realizację w formie teleporady, z wyłączeniem: świadczeń, o których mowa w art. 42 ust. 2 u.z.l. i art. 15b ust. 2 u.z.p.p. (tj. wystawiania recept oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, niezbędnych do kontynuacji odpowiednio leczenia oraz zaopatrzenia w wyroby medyczne), oraz świadczeń związanych z wydaniem zaświadczenia,
- b) podczas pierwszej wizyty realizowanej przez lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ,
- c) w związku z chorobą przewlekłą, w przebiegu której doszło do pogorszenia lub zmiany objawów,
- d) w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej,
- e) dzieciom do 6. roku życia (z wyjątkiem porad w trakcie leczenia, których udzielenie jest możliwe bez fizykalnego badania pacjenta, pod warunkiem że to leczenie zostało ustalone w wyniku osobistego badania dziecka).

Na marginesie warto nadmienić, że wspomniany powyżej § 3 pkt 1 lit. a r.s.o.t., w brzmieniu obowiązującym od 16.03.2021 r., jest wyjątkowo mało czytelny. Można podejrzewać, że starano się w ten sposób ukryć fakt, że uregulowanie to wykracza poza zakres upoważnienia zawartego w art. 22 ust. 5 u.dz.l., na podstawie którego wydawane jest omawiane rozporządzenie. Przepis § 3 pkt 1 lit. a r.s.o.t. nakazuje lekarzowi zatrudnionemu u świadczeniodawcy POZ, aby w wymienionych w nim sytuacjach nie udzielał zdalnie porad lekarskich, lecz tylko po bezpośrednim zbadaniu pacjenta. Innymi słowy, zakazuje wtedy udzielania teleporad. Nie mamy więc tu do czynienia ze standardem organizacyjnym w rozumieniu wyżej wymienionego przepisu, lecz w istocie ze standardem leczenia. Niezależnie więc od aprobaty dla intencji wprowadzenia takich ograniczeń, których celem była ochrona zdrowia pacjentów, należy z prawnego punktu widzenia negatywnie ocenić omawianą nowelizację. Również dlatego, że pozostaje ona w kolizji z treścią komentowanego art. 2 ust. 4 u.z.l., który jak już wspomniano, decyzję odnośnie do sposobu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej pozostawia samemu lekarzowi.

Odmienne zasady odnoszące się do teleporad obowiązywały felczerów i lekarzy w zakresie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Dotyczące tej kwestii rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.10.2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 1749 ze zm.) przewidywało, że w przypadku pacjenta podejrzanego o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, lekarz lub felczer mógł dokonywać oceny stanu zdrowia pacjenta również w formie teleporady, z wyłączeniem dzieci do ukończenia 2. roku życia (cz. II ust. 2 pkt 1 lit. b załącznika do rozporządzenia), a także udzielać na określonych warunkach takich teleporad w przypadku osoby skierowanej na izolację w warunkach domowych, ze szczególnym uwzględnieniem osób, które ukończyły 60. rok życia (cz. II ust. 4 i 4a załącznika do rozporządzenia). Rozporządzenie to zostało uchylone z dniem 29.04.2022 r. (Dz.U. poz. 926).

Art. 3. [Wyjaśnienie pojęć ustawowych oraz konto w SMK]

1. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o lekarzu bez bliższego określenia, rozumie się przez to również lekarza dentystę.

1a. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o receptcie, należy przez to rozumieć receptę w postaci elektronicznej albo w postaci papierowej.

1b. Ilekroć w ustawie jest mowa o ustawicznym rozwoju zawodowym, rozumie się przez to:

- 1) kształcenie podyplomowe, które obejmuje:**
 - a) staż podyplomowy,**
 - b) kształcenie specjalizacyjne,**
 - c) nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub umiejętności udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, zwanych dalej „umiejętnościami zawodowymi”;**
- 2) doskonalenie zawodowe, które obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia, potwierdzone odpowiednią liczbą punktów edukacyjnych.**

2. Ilekroć w ustawie jest mowa o państwie członkowskim Unii Europejskiej, należy przez to rozumieć również państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym oraz Konfederację Szwajcarską.

3. Ilekroć w ustawie jest mowa o obywatelach państw członkowskich Unii Europejskiej, rozumie się przez to także:

- 1) członków ich rodzin w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz. U. z 2019 r. poz. 293, z 2020 r. poz. 2023 i 2369 oraz z 2021 r. poz. 159);**
- 2) obywateli państw trzecich posiadających zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej w rozumieniu przepisów ustawy**

- z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2020 r. poz. 35, 2023, 2320 i 2369 oraz z 2021 r. poz. 159);
- 3) cudzoziemców posiadających status uchodźcy lub objętych ochroną uzupełniającą;
 - 4) cudzoziemców, którzy przybywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub przebywają na tym terytorium w celu połączenia się z rodziną i są członkami rodziny cudzoziemca zamieszkującego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z nadaniem mu statusu uchodźcy lub udzieleniem mu ochrony uzupełniającej;
 - 5) obywateli państw trzecich, którzy ubiegają się o przyjęcie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu podjęcia pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
 - 6) obywateli państw trzecich, którzy zostali przyjęci na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celach innych niż wykonywanie pracy zgodnie z prawem Unii Europejskiej lub prawem krajowym i mają prawo do wykonywania pracy oraz posiadają dokument pobytowy wydany zgodnie z rozporządzeniem Rady (WE) nr 1030/2002 z dnia 13 czerwca 2002 r. ustanawiającym jednolity wzór dokumentów pobytowych dla obywateli państw trzecich (Dz. Urz. UE L 157 z 15.06.2002, str. 1, z późn. zm.), oraz obywateli państw trzecich, którzy zostali przyjęci na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu wykonywania pracy zgodnie z prawem Unii Europejskiej lub prawem krajowym;
 - 7) obywateli państw trzecich posiadających zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 151 ust. 1, art. 151b ust. 1, art. 157a ust. 1 lub art. 157g ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
 - 8) obywateli państw trzecich posiadających wizę krajową w celu odbycia studiów pierwszego stopnia, studiów drugiego stopnia lub jednolitych studiów magisterskich albo kształcenia się w szkole doktorskiej, z adnotacją „student”, wizę krajową w celu prowadzenia badań naukowych lub prac rozwojowych, wizę krajową w celu odbycia stażu lub wizę krajową w celu udziału w programie wolontariatu europejskiego;
 - 9) obywateli państw trzecich przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z korzystaniem z mobilności krótkoterminowej naukowca na warunkach określonych w art. 156b ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
 - 10) obywateli państw trzecich przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z korzystaniem z mobilności studenta na warunkach określonych w art. 149b ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.
4. Ilekroć w ustawie jest mowa o elektronicznej karcie szkolenia specjalizacyjnego, zwanej dalej „EKS”, rozumie się przez to elektroniczne odwzorowanie karty szkolenia specjalizacyjnego, której wzór określają przepisy wydane na podstawie art. 16x

ust. 1 pkt 10 i ust. 2–4, stanowiące potwierdzenie realizacji programu specjalizacji i jego ukończenia.

5. Konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702, z późn. zm.), zwanym dalej „SMK”, zakłada w celu dokonywania czynności w tym systemie:

- 1) lekarz albo lekarz dentysta;
- 2) kierownik specjalizacji;
- 3) konsultant wojewódzki;
- 4) konsultant krajowy;
- 5) ¹ kierownik podmiotu, o którym mowa w art. 15c ust. 1;
- 6) kierownik podmiotu, o którym mowa w art. 19f ust. 1;
- 7) ² koordynator, o którym mowa w art. 15g ust. 1;
- 8) ³ opiekun, o którym mowa w art. 15b ust. 1;
- 9) osoba, która ukończyła co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim, oraz osoba, która ukończyła co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym.

6. Warunkiem dokonywania przez osoby określone w ust. 5 czynności za pomocą SMK jest uwierzytelnienie osoby, która konto założyła, i weryfikacja uprawnień tej osoby.

7. Uwierzytelnienia, o którym mowa w ust. 6, dokonuje się na podstawie wniosku o nadanie uprawnień, przez:

- 1) podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym lub
- 2) potwierdzenie przez właściwą okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską tożsamości osoby, która konto założyła.

8. Weryfikacji uprawnień, o których mowa w ust. 6, dokonuje w stosunku do:

- 1) lekarza albo lekarza dentysty, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, właściwa miejscowo okręgowa izba lekarska, a jeżeli nie jest możliwe ustalenie właściwej okręgowej izby lekarskiej – Naczelna Izba Lekarska;
- 2) kierownika specjalizacji – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;
- 3) konsultanta wojewódzkiego – właściwy miejscowo wojewoda;
- 4) konsultanta krajowego – minister właściwy do spraw zdrowia;

¹ Art. 3 ust. 5 pkt 5 dodany przez art. 1 pkt 2 lit. b ustawy z 16 lipca 2020 r. (Dz.U. poz. 1291) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2025 r.

² Art. 3 ust. 5 pkt 7 dodany przez art. 1 pkt 2 lit. b ustawy z 16 lipca 2020 r. (Dz.U. poz. 1291) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2025 r.

³ Art. 3 ust. 5 pkt 8 dodany przez art. 1 pkt 2 lit. b ustawy z 16 lipca 2020 r. (Dz.U. poz. 1291) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2025 r.

- 5) ⁴ *kierownika podmiotu, o którym mowa w art. 15c ust. 1 – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;*
- 6) *kierownika podmiotu, o którym mowa w art. 19f ust. 1 – właściwa jednostka akredytowana do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;*
- 7) ⁵ *koordynatora, o którym mowa w art. 15g ust. 1 – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;*
- 8) ⁶ *opiekuna, o którym mowa w art. 15b ust. 1 – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;*
- 9) *osoby, o której mowa w ust. 5 pkt 9 – okręgowa izba lekarska właściwa ze względu na siedzibę uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym.*

1. Początkowo przepis ten zawierał jedynie wyjaśnienie pojęć używanych na gruncie komentowanej ustawy, takich jak państwo członkowskie Unii Europejskiej czy obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a także wskazanie, że w przypadku tej samej konstrukcji prawnej przez pojęcie lekarza należy rozumieć także lekarza dentystę. W wyniku kolejnych zmian tego przepisu nie tylko dodano w nim definicje recepty, ustawicznego rozwoju zawodowego, elektronicznej karty szkolenia specjalizacyjnego, ale także ust. 5–8, które mają zupełnie inny charakter. Te ostatnie nie zawierają bowiem definicji, lecz przepisy wskazujące podmioty zobowiązane do założenia konta w SMK oraz zasady uwierzytelniania i weryfikacji w tymże systemie. Tego typu normy mające charakter przepisów materialnych powinny być umieszczone w innym miejscu ustawy wraz z przepisami regulującymi te zagadnienia albo w odrębnej jednostce redakcyjnej, a nie w słowniczku ustawowym, jak to uczyniono w tym przypadku.
2. Przepisy ustawy określają zasady i warunki wykonywania dwóch odrębnych zawodów – zawodu lekarza i lekarza dentysty. Większość regulacji zawartych w ustawie dotyczy zarówno zawodu lekarza, jak i lekarza dentysty. Z tego względu w dalszych przepisach ustawy dla uproszczenia używa się jedynie terminu „lekarz”, który obejmuje swoim zakresem także zawód lekarza dentysty. Niestety ten skrót pojęciowy wprowadzony na gruncie art. 3 ust. 1 u.z.l. nie jest stosowany konsekwentnie. Część przepisów ustawy pomimo identycznej regulacji dla obu zawodów wprowadza rozróżnienie i wyraźnie wskazuje zakres podmiotowy, odnosząc regulację do obu zawodów.
3. Podobnie jak w ustawie, tak i w komentarzu w przypadku tej samej konstrukcji prawnej używa się jedynie terminu „lekarz”, rozumiejąc przez to również lekarza dentystę (art. 3 ust. 1 u.z.l.).

⁴ Art. 3 ust. 8 pkt 5 dodany przez art. 1 pkt 2 lit. c ustawy z 16 lipca 2020 r. (Dz.U. poz. 1291) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2025 r.

⁵ Art. 3 ust. 8 pkt 7 dodany przez art. 1 pkt 2 lit. c ustawy z 16 lipca 2020 r. (Dz.U. poz. 1291) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2025 r.

⁶ Art. 3 ust. 8 pkt 8 dodany przez art. 1 pkt 2 lit. c ustawy z 16 lipca 2020 r. (Dz.U. poz. 1291) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2025 r.

4. W związku z tym, że przepisy komentowanej ustawy odnoszą się do wystawiania recept przez lekarzy, lekarzy stażystów oraz lekarzy odbywających specjalizację, ustawa precyzuje, że ilekroć w przepisach jest mowa o recepcie, należy przez to rozumieć receptę w postaci elektronicznej albo w postaci papierowej (art. 3 ust. 1a u.z.l.). Przypadki, w których lekarz może wystawić receptę w formie papierowej, wskazane są w art. 95b ust. 2 pr. farm.
5. W wyniku nowelizacji z 16.07.2020 r. z dniem 8.08.2020 r. w art. 3 dodany został ust. 1b, na mocy którego wprowadzono definicję ustawicznego rozwoju zawodowego, przez który rozumie się:
 - 1) kształcenie podyplomowe, które obejmuje staż podyplomowy, kształcenie specjalizacyjne, nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub umiejętności udzielania określonego świadczenia zdrowotnego;
 - 2) doskonalenie zawodowe, które obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia, potwierdzone odpowiednią liczbą punktów edukacyjnych.

Omówienie przepisów dotyczących doskonalenia zawodowego zawarte jest w komentarzu do rozdziału 3 „Ustawiczny rozwój zawodowy” ustawy.

6. Komentowana ustawa jest aktem implementującym do prawa polskiego przepisy prawa Unii Europejskiej dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Wdraża ona w tym zakresie przepisy dyrektywy 2005/36/WE. Dostosowanie przepisów ustawy do dyrektywy 2005/36/WE nastąpiło w drodze nowelizacji z 12.03.2008 r. W związku z tym, że komentowany przepis definiuje, w jaki sposób należy rozumieć państwo członkowskie Unii Europejskiej, warto w tym miejscu poczynić kilka uwag ogólnych dotyczących uznawania kwalifikacji zawodowych, gdyż to właśnie z tego względu znalazła się w nim definicja państwa członkowskiego.
7. Wśród podstawowych swobód ustanowionych w prawie Unii Europejskiej wyróżniamy m.in. swobodę przepływu pracowników, swobodę przedsiębiorczości oraz swobodę świadczenia usług. Dla obywateli państw członkowskich oznacza to w szczególności możliwość wykonywania zawodu jako osoba pracująca na własny rachunek lub jako pracownik najemny w państwie członkowskim innym niż to, w którym zdobyli kwalifikacje zawodowe. Ponadto art. 53 ust. 1 TFUE (dawny art. 47 ust. 1 TWE) przewiduje uchwalenie dyrektyw zmierzających do wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (motyw 1 w preambule do dyrektywy 2005/36/WE).
8. Dla wyznaczenia zakresu swobody przepływu pracowników zasadnicze znaczenie ma pojęcie pracownika, niedefiniowane jednak przez pryzmat prawa krajowego danego państwa członkowskiego. Pojęcie pracownika ma charakter autonomiczny i w razie

potrzeby podlega każdorazowo weryfikacji przez Trybunał Sprawiedliwości UE. Pojęciem tym określa się osobę, która wykonuje pewne uzasadnione gospodarczo i mające wymierną wartość ekonomiczną czynności na rachunek i pod kierownictwem innej osoby, otrzymując za to wynagrodzenie. Nie jest przy tym istotny wymiar czasu pracy ani też wysokość wynagrodzenia (*Prawo Unii Europejskiej*, t. 1, *Zagadnienia systemowe*, red. J. Barcz, Warszawa 2003, s. 81). Artykuł 45 TFUE (d. art. 39 TWE) precyzuje, że swoboda ta oznacza zniesienie jakiejkolwiek dyskryminacji opartej na przynależności państwowej odnośnie do zatrudnienia, wynagrodzenia i innych warunków pracy. Swoboda przepływu osób w zakresie dotyczącym pracowników polega na tym, że obywatele państw członkowskich mogą wjeżdżać i przebywać na terytorium innego państwa członkowskiego w celu poszukiwania, podejmowania i wykonywania pracy, mają prawo odpowiadać na aktualne oferty pracy oraz pozostawać na terytorium tego państwa po ustaniu zatrudnienia. Swoboda przedsiębiorczości obejmuje natomiast podejmowanie i wykonywanie działalności prowadzonej na własny rachunek na warunkach określonych przez ustawodawstwo państwa przyjmującego dla własnych obywateli (art. 49 TFUE, d. art. 43 TWE). Istota swobody świadczenia usług omówiona została w komentarzu do art. 9.

9. Zawarte w art. 45 TFUE (d. art. 39 TWE) sformułowania dotyczące swobody przepływu pracowników nie gwarantują w wystarczającym stopniu obywatelowi państwa członkowskiego UE możliwości skutecznego uznania prawa do wykonywania wyuczonego zawodu na terenie innego państwa członkowskiego. Znaczącą barierę w tym względzie stanowią wymogi poszczególnych państw członkowskich uzależniające dostęp do pewnych zawodów regulowanych od posiadania kwalifikacji potwierdzonych przez odpowiednie świadectwo lub dyplom, wydany wyłącznie przez upoważnione organy danego państwa. Powyższa kompetencja państw członkowskich do regulowania własnych zasad wykonywania zawodu w sytuacji braku właściwych przepisów prawa pochodnego Unii Europejskiej mogłaby znacznie ograniczyć gwarantowaną w art. 45 TFUE (d. art. 39 TWE) swobodę przepływu pracowników (zob. E. Buczkowska, *Uznawanie kwalifikacji zawodowych lekarzy w Unii Europejskiej*, „Służba Zdrowia” 2000/92–93, s. 6–7).
10. Ze względu na różnice między systemami kształcenia w państwach członkowskich realizacja fundamentalnych wolności traktatowych nie byłaby możliwa bez ustanowienia reguł uznawania kwalifikacji zawodowych. Ta kwestia ma zasadnicze znaczenie dla możliwości wykonywania zawodu – zarówno jako pracownik, jak i osoba pracująca na własny rachunek. W celu zapewnienia bezpieczeństwa usługobiorców oraz obiektywnej oceny kwalifikacji zawodowych rozpoczęto już w latach 70. XX w. prace zmierzające do wydania dyrektyw regulujących uznawanie kwalifikacji dla niektórych wolnych zawodów.
11. Historycznie ukształtowało się kilka grup regulacji dotyczących uznawania dyplomów i innych dokumentów umożliwiających wykonywanie zawodów regulowanych. Przyjęta początkowo filozofia wyrażała się w dążeniu do osiągnięcia pełnej ekwiwalentności,

czyli uznania zdobytego za granicą przygotowania zawodowego za całkowicie porównywalne oraz odpowiadające uzyskiwanemu i wymaganemu w wybranym miejscu rzeczywistego wykonywania zawodu. Zważywszy na istniejące pierwotnie różnice systemów przygotowania zawodowego i programów nauczania, wymagało to jednak wprowadzenia wspólnych standardów kształcenia dla każdej profesji. Oznaczało to konieczność wypracowania bardzo szczegółowych reguł dotyczących sposobu jego zdobycia oraz jego merytorycznej zawartości, respektowanych we wszystkich krajowych systemach edukacyjnych. Proces ten zainicjowano w latach 70. XX w., kiedy uchwalono pierwsze z tzw. dyrektyw sektorowych, które regulowały odrębnie poszczególne zawody, zaczynając od profesji związanych z ochroną zdrowia, a więc lekarza, pielęgniarki, położnej, dentysty oraz farmaceuty (zob. *Wspólnotowe prawo gospodarcze*, t. 2, red. A. Cieśliński, Warszawa 2007, s. 20). Poza zawodami medycznymi system sektorowy obejmował także zawody lekarza weterynarii oraz architekta.

12. W zakresie zawodu lekarza zasady te zawarto początkowo w dyrektywie Rady 75/362/EWG z 16.06.1975 r. dotyczącej wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw oraz innych dokumentów poświadczających posiadanie kwalifikacji w dziedzinie medycyny, obejmującej środki ułatwiające skuteczne wykonywanie prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług (Dz.Urz. WE L 167, s. 1), dyrektywie Rady 75/363/EWG z 16.06.1975 r. dotyczącej koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności lekarzy (Dz.Urz. WE L 167, s. 14) oraz dyrektywie Rady 86/457/EWG z 15.09.1986 r. dotyczącej specjalnego szkolenia w zakresie ogólnej praktyki medycznej (Dz.Urz. WE L 267, s. 26). Te trzy akty prawne zostały skonsolidowane w 1993 r. w jeden, tj. dyrektywę Rady 93/16/EWG z 5.04.1993 r. mającą na celu ułatwienie swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (Dz.Urz. WE L 165, s. 1, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 2, s. 86, ze zm.).
13. Do wszystkich pozostałych zawodów sektorowych, w tym do zawodu lekarza dentysty, odnosiły się dwie dyrektywy, tj. dyrektywa Rady 78/687/EWG z 25.07.1978 r. dotycząca koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności lekarza dentysty (Dz.Urz. WE L 233, s. 10, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 1, s. 76, ze zm.) oraz dyrektywa Rady 78/686/EWG z 25.07.1978 r. dotycząca wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji osób wykonujących zawód lekarza dentysty, łącznie ze środkami mającymi na celu ułatwienie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług (Dz.Urz. WE L 233, s. 1, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 1, s. 67, ze zm.).
14. Biorąc pod uwagę, że osiągnięcie harmonizacji w zakresie minimalnych wymagań kształcenia w danym zawodzie jest bardzo trudne i czasochłonne, z czasem odstąpiono od takiego sposobu regulowania powyższej materii i w miejsce kolejnych

dyrektyw sektorowych przyjęte zostały dyrektywy, które regulowały uznawanie kwalifikacji w sposób horyzontalny, a nie sektorowy, i mogły mieć zastosowanie do wszystkich pozostałych zawodów regulowanych. Pierwszą z nich była dyrektywa Rady 89/48/EWG z 21.12.1988 r. w sprawie ogólnego systemu uznawania dyplomów ukończenia studiów wyższych, przyznawanych po ukończeniu kształcenia i szkolenia zawodowego, trwających co najmniej trzy lata (Dz.Urz. WE L 19 z 24.01.1989, s. 16, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1, s. 337, ze zm.). Wprowadziła ona mechanizmy wzajemnego uznawania kwalifikacji w zawodach regulowanych, których wykonywanie wymagało wykształcenia wyższego, o minimum 3-letnim cyklu kształcenia. Aby systemem ogólnym objąć wszystkie zawody, także te, w których kształcenie odbywało się na poziomie średnim lub też kończyło się wydaniem certyfikatu lub innego zaświadczenia, przyjęta została kolejna dyrektywa. Dyrektywa Rady 92/51/EWG z 18.06.1992 r. w sprawie drugiego ogólnego systemu uznawania kształcenia i szkolenia zawodowego, uzupełniająca dyrektywę 89/48/EWG (Dz.Urz. WE L 209, s. 25, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 2, s. 47, ze zm.) obejmowała wszystkie pozostałe poziomy wykształcenia. Dyrektywy systemu ogólnego stanowiły istotny przełom w podejściu Unii do problematyki uznawania kwalifikacji zawodowych. W przeciwieństwie do dyrektyw sektorowych, dyrektywy horyzontalne systemu ogólnego nie wprowadzały minimalnych wymagań dotyczących systemu kształcenia i nie przewidywały jego harmonizacji. Uznanie świadectw i dyplomów opierało się na zasadzie wzajemnego zaufania i porównywalności kształcenia. Podstawowym założeniem systemu ogólnego jest bowiem uznanie pracownika posiadającego pełne kwalifikacje do wykonywania zawodu w państwie swego pochodzenia (zwanego też państwem rodzimym) lub państwie, w którym uzyskał kwalifikacje (ang. *home Member State*), za wykwalifikowanego do wykonywania tego zawodu w państwie, do którego przybywa (ang. *host Member State*). Uznanie kwalifikacji polega w tym przypadku na porównaniu programu kształcenia oraz zakresu kompetencji zawodowych wnioskodawcy z wymaganiami istniejącymi dla tego zawodu w państwie, w którym wnioskodawca zamierza wykonywać ten zawód. W razie stwierdzenia znaczących różnic dopuszczono możliwość nałożenia środków wyrównawczych (staż adaptacyjny albo przystąpienie do testu umiejętności). Jednak w pierwszej kolejności organ uznający kwalifikacje jest zobowiązany uwzględnić doświadczenie zawodowe, które może zrekompensować stwierdzone różnice programowe. Zawody medyczne objęte w Polsce przepisami dyrektyw systemu ogólnego to np. zawód fizjoterapeuty, dietetyka, technika farmaceutycznego, masażysty, logopedy, asystentki stomatologicznej, technika dentystycznego, terapeuty zajęciowego, diagnosty laboratoryjnego, technika analityki medycznej, technika elektroradiologii czy technika ortopedycznego.

15. Ustawa w wersji sprzed nowelizacji z 12.03.2008 r. zawierała przepisy wdrażające postanowienia poprzednio obowiązujących dyrektyw, tj. dyrektywy 93/16/EWG, dyrektywy 78/686/EWG oraz dyrektywy 78/687/EWG.

Dyrektywy te zostały uchylone 20.10.2007 r. przez art. 62 dyrektywy 2005/36/WE.

16. W celu uproszczenia rozbudowanego systemu uznawania kwalifikacji oraz konsolidacji 15 ówczesnych aktów prawa wspólnotowego (obecnie prawa Unii Europejskiej) regulujących tę tematykę postanowiono przyjąć nową dyrektywę 2005/36/WE, która porządkowała zasady uznawania kwalifikacji zawodowych oraz liberalizowała świadczenie usług transgranicznych. Z jednej strony dyrektywa stworzyła wspólne ramy prawne do uznawania kwalifikacji zawodowych dla wszystkich zawodów i działalności, z drugiej jednak zachowała większość dotychczasowych rozwiązań prawnych. Z pewnością nie stanowiła ona przełomu ani rewolucji w zakresie uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Ze względu na odrębne – sektorowe – uregulowanie zasad uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów na gruncie poprzednio obowiązujących dyrektyw często nadal mówi się o tych zawodach jako o zawodach sektorowych. Dyrektywa 2005/36/WE, która skonsolidowała w jeden akt prawny wiele dyrektyw sektorowych, zasady uznawania kwalifikacji w ramach systemu ogólnego oraz zasady uznawania działalności regulowanych, zachowała swoistość tego systemu, a także automatyczne uznawanie kwalifikacji zawodowych w ramach dawnych dyrektyw sektorowych. Zatem posługiwanie się terminologią „zawód sektorowy” oraz „system sektorowy” jest nadal uprawnione.
17. W dniu 20.10.2007 r. upłynął termin wdrożenia dyrektywy 2005/36/WE do prawa polskiego. Do tego dnia wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej były zobowiązane dostosować krajowe regulacje prawne do nowych rozwiązań zawartych w tej dyrektywie oraz niezwłocznie poinformować o tym Komisję Europejską. Środki krajowe przyjęte w celu wykonania dyrektywy musiały zawierać odesłanie do niej zgodnie z zasadami techniki prawodawczej obowiązującymi w danym państwie.
18. Dyrektywa ze swej natury nie jest aktem bezpośrednio stosowanym. Artykuł 288 TFUE (d. art. 249 TWE) stanowi, że dyrektywa wiąże każde państwo członkowskie, do którego jest kierowana, w odniesieniu do rezultatu, który ma być osiągnięty, pozostawia jednak organom krajowym swobodę wyboru formy i środków. Państwa członkowskie są zobowiązane w terminie określonym w samej dyrektywie dostosować swoje regulacje prawne do jej przepisów. Jednocześnie państwa członkowskie nie mogą bronić się przepisami, praktyką lub okolicznościami istniejącymi w ich systemie wewnętrznym, aby usprawiedliwić zaniedbanie terminowego wykonania zobowiązań wynikających z dyrektywy (zob. m.in. wyrok ETS z 18.09.1984 r., 221/83, Komisja Wspólnot Europejskich v. Republika Włoska, Zb. Orz. 1984, s. 3249).
19. W związku z koniecznością terminowej transpozycji dyrektywy 2005/36/WE opracowany został projekt szerokich zmian komentowanej ustawy, których celem było pełne dostosowanie prawa polskiego do wymogów zawartych w tej dyrektywie. Projekt ten został 24.07.2007 r. przyjęty przez Radę Ministrów i następnie skierowany do Sejmu. Niestety nie został on uchwalony przez Sejm V kadencji. Konieczne było więc ponowne podjęcie prac legislacyjnych w tym zakresie. Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wpłynął do Sejmu 7.11.2007 r.

Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty uchwalona została przez Sejm na posiedzeniu w dniu 12.03.2008 r. Ostatecznie weszła ona w życie 23.04.2008 r., a więc 5 miesięcy po terminie przewidzianym w dyrektywie 2005/36/WE na jej wdrożenie.

20. Wobec utrzymującego się niedostosowania prawa polskiego do przepisów dyrektywy 2005/36/WE i braku regulacji w prawie krajowym w okresie od 21.10.2007 r. do 22.04.2008 r. osoby, które chciały skorzystać z uproszczonych zasad uznawania kwalifikacji zawodowych lub przepisów liberalizujących świadczenie usług transgranicznych, mogły powoływać się wobec organów krajowych (organów odpowiedzialnych za uznawanie kwalifikacji lub przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz sądów krajowych) bezpośrednio na dyrektywę 2005/36/WE i z jej przepisów wywodzić swoje prawa. Kwestia możliwości wywołania bezpośredniego skutku przez normy dyrektyw pojawiła się po raz pierwszy w wyroku ETS z 4.12.1974 r., 41/74, Yvonne van Duyn v. Home Office, Zb. Orz. 1974, s. 01337. W tej sprawie Trybunał stwierdził, że byłoby nie do pogodzenia z wiążącym charakterem dyrektywy, gdyby została wykluczona co do zasady dopuszczalność powołania się na wynikające z niej obowiązki państw przez osoby, których dyrektywa dotyczy. Wymagana efektywność dyrektywy byłaby osłabiona, gdyby jednostki nie mogły się powołać na ten akt przed sądami krajowymi i gdyby sądy były pozbawione możliwości wzięcia pod uwagę dyrektywy jako źródła prawa wspólnotowego (obecnie prawa Unii Europejskiej). W świetle orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości warunkiem bezpośredniej skuteczności dyrektywy jest łączne spełnienie następujących warunków: przepisy dyrektywy są precyzyjne i bezwarunkowe, z jej norm wynikają prawa jednostek wobec państwa, upłynął bezskutecznie termin jej implementacji albo implementacja jest nieprawidłowa.
21. Z orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości wynika, że gwarancje automatycznego uznania kwalifikacji są bezpośrednio skuteczne i mogą stanowić dla zainteresowanej osoby podstawę do dochodzenia swoich praw przed sądem krajowym w razie braku właściwej implementacji (zob. m.in. wyroki ETS: z 6.10.1981 r., 246/80, C. Broekmeulen v. Huisarts Registratie Commissie, Zb. Orz. 1981, s. 02311; z 22.09.1983 r., 271/82, Vincent Rodolphe Auer v. Ministère public, Zb. Orz. 1983, s. 02727).
22. Przepisy komentowanej ustawy mają zastosowanie do obywateli 27 państw członkowskich Unii Europejskiej (Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy), państw EFTA – stron umowy o EOG, tj. Islandii, Norwegii i Liechtensteinu oraz Konfederacji Szwajcarskiej (art. 3 ust. 2 u.z.l.). W stosunku do państw EFTA ustawa posługuje się pojęciem Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, a nie – jak prawidłowo być powinno – Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (ang. *European Free Trade Association*). Jednak pomimo tego błędnego odwołania zakres podmiotowy ustawy nie budzi w praktyce wątpliwości interpretacyjnych.

W dniu 29.03.2017 r. Wielka Brytania złożyła notyfikację o zamiarze wystąpienia z Unii Europejskiej zgodnie z art. 50 TFUE. W konsekwencji całe unijne prawo pierwotne i wtórne przestało mieć zastosowanie do Zjednoczonego Królestwa od dnia wystąpienia, tj. 1.02.2020 r., a Wielka Brytania stała się państwem trzecim. Zasady uznawania kwalifikacji zawodowych uzyskanych w Wielkiej Brytanii omówione zostały w komentarzu do art. 5a.

23. Przepisy ustawy dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych mają zastosowanie także do obywateli polskich, którzy uzyskali kwalifikacje w innym państwie członkowskim i zamierzają wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Stanowisko takie potwierdził także WSA w Warszawie w wyroku z 4.03.2008 r., VII SA/Wa 2226/07, LEX nr 491821 (wyrok prawomocny), w którym stwierdził, że organ samorządu zawodowego prowadzący postępowanie nie może odmówić uznania kwalifikacji zawodowych, powołując się na kwestię obywatelstwa, ponieważ ten element jest prawnie irrelevantny.
24. Podstawą do objęcia przepisami ustawy, a co za tym idzie zasadami uznawania kwalifikacji zawodowych, obywateli Konfederacji Szwajcarskiej jest umowa między Wspólnotą Europejską i jej państwami członkowskimi z jednej strony a Konfederacją Szwajcarską z drugiej strony w sprawie swobodnego przepływu osób z 21.06.1999 r. (Dz.Urz. WE L 114 z 30.04.2002, s. 6), która rozciąga stosowanie prawa Unii Europejskiej, m.in. w zakresie funkcjonowania jednolitego rynku, w tym swobodnego przepływu osób oraz uznawania kwalifikacji zawodowych, na obywateli Konfederacji Szwajcarskiej. Problematykę uznawania kwalifikacji zawodowych ujęto w art. 18 oraz w załączniku III do umowy. W dniu 28.03.2006 r. opublikowano decyzję Rady 2006/245/WE z 27.02.2006 r. w sprawie przyjęcia w imieniu Wspólnoty Europejskiej i jej Państw Członkowskich, Protokołu do Umowy między Wspólnotą Europejską i Państwami Członkowskimi z jednej strony a Konfederacją Szwajcarską z drugiej strony w sprawie swobodnego przepływu osób, w związku z udziałem w charakterze Umawiających się Stron, Republiki Czeskiej, Republiki Estońskiej, Republiki Cypryjskiej, Republiki Łotewskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Węgierskiej, Republiki Malty, Rzeczypospolitej Polskiej, Republiki Słowenii i Republiki Słowackiej, w następstwie przystąpienia tych Państw do Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE L 89, s. 28) wraz z Protokołem do Umowy między Wspólnotą Europejską i jej Państwami Członkowskimi, z jednej strony, a Konfederacją Szwajcarską, z drugiej strony, w sprawie swobodnego przepływu osób, w związku z udziałem w charakterze Umawiających się Stron Republiki Czeskiej, Republiki Estońskiej, Republiki Cypryjskiej, Republiki Łotewskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Węgierskiej, Republiki Malty, Rzeczypospolitej Polskiej, Republiki Słowenii oraz Republiki Słowackiej, w następstwie przystąpienia tych państw do Unii Europejskiej oraz Informacją dotyczącą wejścia w życie ww. Protokołu do Umowy.
25. Natomiast w stosunku do państw EFTA – stron umowy o EOG, tj. Islandii, Norwegii i Liechtensteinu, podstawą prawną do stosowania przepisów Unii Europejskiej dotyczą-

cych uznawania kwalifikacji zawodowych jest załącznik VII do umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. Podstawę EOG stanowi układ z Porto z 2.05.1992 r. Został on podpisany między państwami tworzącymi dwa obszary gospodarcze: EWG oraz EFTA (w jej skład wchodziły wówczas Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwecja i Szwajcaria). Celem podpisania układu było stworzenie jednorodnego obszaru gospodarczego, rządzącego się prawami europejskiego rynku wewnętrznego, lecz bez potrzeby uzyskiwania przez państwa EFTA członkostwa w ówczesnej Wspólnocie Europejskiej. Zakres postanowień umowy sprawia, że jej skutkiem stało się faktyczne rozszerzenie obszaru oddziaływania prawa UE bez jednoczesnego powiększenia liczby jej członków. W chwili obecnej EOG obejmuje współpracę między Unią Europejską a Norwegią, Islandią i Liechtensteinem. Stwarza zatem istotne ramy dla tych państw, które pragnąc uczestniczyć w europejskiej współpracy gospodarczej, nie będą chciały lub mogły się stać członkami Unii (zob. *Prawo Unii Europejskiej*, red. J. Barcz, s. 422).

26. Dla uproszczenia w dalszych przepisach ustawy oraz w komentarzu jest mowa jedynie o obywatelach państw członkowskich Unii Europejskiej lub odpowiednio państwach członkowskich Unii Europejskiej. Należy pamiętać, że pojęcie to ma w każdym przypadku opisany wyżej szerszy zakres podmiotowy (art. 3 ust. 2 u.z.l.).
27. Zgodnie z art. 3 ust. 3 u.z.l. przepisy określające zasady uznawania kwalifikacji obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej mają zastosowanie także wobec określonej kategorii cudzoziemców nieposiadających obywatelstwa jednego z państw członkowskich Unii.

Na gruncie prawa Unii Europejskiej objęcie określonych kategorii cudzoziemców nieposiadających obywatelstwa jednego z państw członkowskich Unii zasadami uznawania kwalifikacji zawodowych wynika z szeregu aktów prawnych, tj.:

- 1) art. 24 dyrektywy 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29.04.2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium państw członkowskich, zmieniającej rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylającej dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz.Urz. UE L 158, s. 77, ze zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 5, s. 46, ze zm.);
- 2) art. 11 dyrektywy Rady 2003/109/WE z 25.11.2003 r. dotyczącej statusu obywateli państw trzecich będących rezydentami długoterminowymi (Dz.Urz. UE L 16 z 23.01.2004, s. 44; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 19, t. 6, s. 272 ze zm.);
- 3) art. 28 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/95/UE z 13.12.2011 r. w sprawie norm dotyczących kwalifikowania obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców jako beneficjentów ochrony międzynarodowej, jednolitego statusu uchodźców lub osób kwalifikujących się do otrzymania ochrony uzupełniającej oraz zakresu udzielanej ochrony (Dz.Urz. UE L 337, s. 9);

- 4) art. 14 dyrektywy Rady 2009/50/WE z 25.05.2009 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu podjęcia pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji (Dz.Urz. UE L 155, s. 17);
- 5) art. 12 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/98/UE z 13.12.2011 r. w sprawie procedury jednego wniosku o jedno zezwolenie dla obywateli państw trzecich na pobyt i pracę na terytorium państwa członkowskiego oraz w sprawie wspólnego zbioru praw dla pracowników z państw trzecich przebywających legalnie w państwie członkowskim (Dz.Urz. UE L 343, s. 1);
- 6) art. 22 ust. 1 i 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/801 z 11.05.2016 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu prowadzenia badań naukowych, odbycia studiów, szkoleń, udziału w wolontariacie, programach wymiany młodzieży szkolnej lub projektach edukacyjnych oraz podjęcia pracy w charakterze *au pair* (Dz.Urz. UE L 132, s. 21, ze zm.).

Dyrektywy te przyznają pewnej grupie cudzoziemców prawo do równego traktowania w zakresie uznawania dyplomów, świadectw i innych kwalifikacji zawodowych zgodnie z odpowiednimi procedurami krajowymi. Znalazło to odzwierciedlenie w ust. 3 komentowanego przepisu, który obejmując ww. cudzoziemców definicją obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej, rozszerza na te podmioty zasady uznawania kwalifikacji zawodowych stosowane wobec obywateli unijnych.

28. Szczegółowego omówienia wymagają dwa przypadki. Po pierwsze, przepisy prawa Unii Europejskiej odnoszące się do uznawania kwalifikacji zawodowych mają zastosowanie do obywateli państw trzecich będących członkami rodzin obywateli Unii, o ile spełniają oni wymogi określone w dyrektywie 2004/38/WE. Członek rodziny to w myśl przepisów dyrektywy 2004/38/WE (art. 2 pkt 2) oraz zgodnych z nią przepisów prawa polskiego (art. 2 pkt 4 ustawy z 14.07.2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin, Dz.U. z 2021 r. poz. 1697):
- a) małżonek obywatela Unii,
 - b) jego bezpośredni zstępny lub zstępny małżonka w wieku do 21 lat lub pozostający na utrzymaniu obywatela Unii lub jego małżonka,
 - c) bezpośredni wstępny obywatela Unii lub jego małżonka, pozostający na utrzymaniu jednego z nich,
 - d) bezpośredni wstępny małoletniego obywatela Unii, sprawujący faktyczną opiekę nad tym małoletnim obywatelem Unii i na którego utrzymaniu ten małoletni obywatel Unii pozostaje.

Zgodnie z art. 23 dyrektywy 2004/38/WE bez względu na przynależność państwową członkowie rodziny obywatela Unii Europejskiej, którzy posiadają prawo pobytu lub prawo stałego pobytu w jednym z państw członkowskich, są uprawnieni do podjęcia tam pracy lub wykonywania pracy na własny rachunek. Poza zdefiniowaniem pojęcia członka rodziny dyrektywa 2004/38/WE wskazuje, że jej beneficjentami są wszyscy obywatele

Unii, którzy przemieszczają się do innego państwa członkowskiego lub przebywają w innym państwie członkowskim niż państwo członkowskie, którego są obywatelami, oraz wymienieni w art. 2 pkt 2 dyrektywy członkowie ich rodziny, którzy im towarzyszą lub do nich dołączają (art. 3 ust. 1 dyrektywy). W związku z powyższym państwa członkowskie nie mają obowiązku stosowania zasad uznawania kwalifikacji zawodowych określonych w dyrektywie 2005/36/WE i implementujących ją przepisach krajowych do obywateli państw trzecich będących członkami rodzin obywateli Unii (w tym Polski), którzy nie skorzystali z prawa swobodnego przepływu, tj. nie przenieśli się do innego państwa np. wraz z mężem lub żoną posiadającymi obywatelstwo Unii. Powyższą konkluzję potwierdza postanowienie ETS z 21.01.2008 r., C-229/07, *Diana Mayeur v. Ministère de la Santé et des Solidarités*, Zb. Orz. 2008, s. I-00008, pkt 17–20. W stanie faktycznym, na którego tle zapadło orzeczenie Trybunału, D. Mayeur, obywatelka Peru, posiadająca dyplom lekarza uzyskany tam w 2002 r., rozpoczęła specjalizację lekarską we Francji, a w 2005 r. poślubiła obywatela francuskiego. W 2006 r. jej dyplom został uznany za równoważny w Hiszpanii. W tym samym roku D. Mayeur złożyła wniosek o wydanie zezwolenia na prowadzenie praktyki lekarskiej we Francji, twierdząc, że art. 23 dyrektywy 2004/38/WE nakłada na Francję obowiązek przyznania małżonkowi obywatela Unii takich samych jak obywatelom unijnym praw w zakresie wzajemnego uznawania dyplomów i swobody przedsiębiorczości. W konsekwencji, zgodnie z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości, właściwe organy miałyby obowiązek wziąć pod uwagę wszystkie dyplomy, świadectwa i inne dokumenty, a także doświadczenie zawodowe wnioskodawcy oraz dokonać porównania kompetencji potwierdzonych tymi dokumentami i doświadczeniem zawodowym z jednej strony oraz wiedzy i kwalifikacji wymaganych ustawodawstwem krajowym – zob. wyrok ETS z 14.09.2000 r., C-238/98, *Hugo Fernando Hocsman v. Ministre de l'Emploi et de la Solidarité*, Zb. Orz. 2000, s. I-06623. W omawianej sprawie Trybunał nie podzielił tego poglądu i orzekł, że art. 23 dyrektywy 2004/38/WE nie sprzeciwia się odmowie zastosowania wobec obywatelki państwa trzeciego będącej małżonką obywatela Unii, która nie skorzystała z prawa swobodnego przepływu, przepisów prawa Unii odnoszących się do wzajemnego uznawania kwalifikacji i swobody przedsiębiorczości. Oznacza to, że artykuł ten nie zobowiązuje właściwych organów państwa członkowskiego, w którym złożony został wniosek o zezwolenie na wykonywanie zawodu regulowanego, do wzięcia pod uwagę wszystkich dyplomów, świadectw i innych dokumentów, jeżeli zostały wydane poza Unią, nawet jeżeli zostały uznane w innym państwie członkowskim, jak również mającego znaczenie dla sprawy doświadczenia wnioskodawcy ani porównania kompetencji potwierdzonych tymi dokumentami i doświadczeniem oraz wiedzą i kwalifikacjami wymaganymi ustawodawstwem krajowym. Należy jednak zauważyć, że chociaż prawo Unii nie nakazuje uznania kwalifikacji takim osobom, nie sprzeciwia się ono również zastosowaniu wobec nich zasad określonych w dyrektywie 2005/36/WE.

29. W odniesieniu do osób posiadających status rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, przyznany zgodnie z dyrektywą Rady 2003/109/WE z 25.11.2003 r. dotyczącą statusu obywateli państw trzecich będących rezydentami długoterminowymi, mają

zastosowane określone w prawie Unii zasady uznawania kwalifikacji zawodowych w państwie członkowskim, które taki status tym osobom przyznało (poza Danią, Irlandią i Zjednoczonym Królestwem, które nie przyjęły dyrektywy). Oznacza to, że obywatele państw trzecich posiadający status rezydenta długoterminowego Unii przyznany w Polsce uzyskują prawo do uznania kwalifikacji zawodowych zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE, pod warunkiem że przebywają na terytorium kraju.

30. W wyniku zmian dokonanych nowelizacją z 9.10.2015 r. do ustawy wprowadzono pojęcie elektronicznej karty szkolenia specjalizacyjnego, stanowiącej potwierdzenie realizacji programu specjalizacji i jej ukończenia w SMK. W związku z tym w art. 3 dodany został ust. 4, definiujący EKS jako elektroniczne odwzorowanie karty szkolenia specjalizacyjnego, której wzór określają przepisy wydane na podstawie art. 16x ust. 1 pkt 10 i ust. 2–4 u.z.l., stanowiące potwierdzenie realizacji programu specjalizacji i jego ukończenia.
31. W wyniku nowelizacji z 9.10.2015 r. do ustawy zostały dodane także przepisy ust. 5–8, które dotyczą konta w SMK. System ten jest systemem teleinformatycznym, którego zadaniem jest zgodnie z art. 30 ust. 1 u.s.i.o.z.:
- 1) gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
 - 2) monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych;
 - 3) monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych;
 - 4) wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych;
 - 5) wsparcie finansowania, o którym mowa w art. 16j ust. 2 u.z.l., w ramach modułu System Informatyczny Rezydentur.

System ten jest jednym z elementów składających się na całościowy system informacji w ochronie zdrowia, w którym przetwarzane są dane niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia. System informacji w ochronie zdrowia obejmuje bazy danych funkcjonujące w ramach SIM oraz dziedzinowych systemów teleinformatycznych, m.in. Systemu Monitorowania Zagrożeń, Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Systemu Monitorowania Kosztów Leczenia, Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi czy właśnie SMK. Podstawą funkcjonowania SMK jest ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, w szczególności jej art. 30. Ustęp 5 komentowanego przepisu wskazuje natomiast katalog podmiotów uprawnionych do założenia konta w SMK. Konto takie zakłada w celu dokonania czynności w SMK lekarz albo lekarz dentysta, kierownik specjalizacji, konsultant wojewódzki, konsultant krajowy, kierownik podmiotu uprawnionego do prowadzenia stażu podyplomowego, kierownik

podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, koordynator szkolenia lekarza stażysty, opiekun lekarza odbywającego staż podyplomowy lub osoba, która ukończyła co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim, oraz osoba, która ukończyła co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym.

32. Warunkiem dokonywania przez osoby uprawnione czynności za pomocą SMK jest uwierzytelnienie osoby, która założyła konto, i weryfikacja uprawnień tej osoby (art. 3 ust. 6 u.z.l.). Uwierzytelnienia osoby w SMK dokonuje się na podstawie wniosku o nadanie uprawnień, przez podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym lub potwierdzenie przez właściwą okręgową izbę lekarską lub NIL tożsamości osoby, która konto założyła. Katalog podmiotów właściwych w zakresie weryfikacji uprawnień określony został odrębnie dla każdego podmiotu uprawnionego do założenia konta w SMK w ust. 8.

Art. 4. [Obowiązki lekarza]

Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

1. Przepis ten ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia zawodu lekarza, zawiera bowiem podstawowe dyrektywy, którymi każdy lekarz powinien się kierować, podejmując aktywność zawodową. Przewiduje on wiążące lekarza obowiązki, a równocześnie zarysowuje granice wynikających z nich powinności. Słusznie podkreśla się w literaturze, że przepis ten nie wyznacza celów ani ideałów, lecz najniższy prawnie akceptowalny poziom działań lekarza (M. Boratyńska, P. Konieczniak [w:] *System prawa medycznego*, t. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1, s. 270). Obowiązki te tworzą nierozłączną całość w tym sensie, że lekarz wykonujący świadczenia zdrowotne musi stosować się do wszystkich wynikających z nich wymagań. Przepis ten określa również podstawy ewentualnej odpowiedzialności, w przypadku, gdy lekarz nie dopełni jednego lub więcej przewidzianych w nim obowiązków. Co do zasady odnosi się on do sytuacji, gdy lekarz udziela świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak niektóre wynikające z tego przepisu obowiązki (obowiązek przestrzegania etyki zawodowej i działania z należytą starannością) dotyczą także form wykonywania zawodu lekarza innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych (mowa o nich w art. 2 u.z.l.).
2. Z przepisu art. 4 u.z.l. wynika, po pierwsze, obowiązek wykonywania przez lekarza zawodu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, jednak z zastrzeżeniem, że dostępnymi mu metodami i środkami. Po drugie, przepis ten ustanawia obowiązek przestrzegania zasad etyki zawodowej. Po trzecie, wprowadza on nakaz zachowania przy wykonywaniu czynności zawodowych należytej staranności. Przepis nie wspomina jednak o obowiązku działania w granicach prawa przez lekarza, pomimo że

z art. 53 u.i.l., dotyczącego odpowiedzialności zawodowej, wynika m.in. obowiązek przestrzegania przez lekarza przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Wydaje się, że to pominięcie jest celowe. Lekarz, tak jak każdy obywatel, jest bowiem zobowiązany do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a z racji zawodu również do stosowania się do przepisów regulujących wykonywanie tego zawodu, o czym nie trzeba mu przypominać. Natomiast wzmianka o naruszeniu przepisów prawa o wykonywaniu zawodu lekarza jako podstawie odpowiedzialności zawodowej ma na celu zaakcentowanie, że w takim przypadku, niezależnie od innych form odpowiedzialności, lekarz poniesie odpowiedzialność również przed organami korporacji zawodowej.

3. Lekarz ma wykonywać swój zawód *lege artis*, tzn. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Medycyna, czyli nauka o zdrowiu i chorobach człowieka lub zwierząt (medycyna weterynaryjna) oraz sposobach ich leczenia i zapobiegania im, dostarcza lekarzom wiedzy odnośnie do sposobu postępowania z pacjentem w danej sytuacji. Lekarz ma wykorzystywać tę wiedzę w pracy zawodowej. Poza komentowanym przepisem o obowiązku tym wspominają także art. 4 i 6 KEL, gwarantujące lekarzowi swobodę działań zawodowych, zawsze jednak tylko w granicach wyznaczonych przez aktualną wiedzę medyczną oraz rzeczywiste potrzeby pacjenta. Równocześnie z przepisu art. 57 KEL wynika, że lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo. Nie wolno mu także współpracować z osobami zajmującymi się leczeniem, a nieposiadającymi do tego uprawnień.
4. Z opisaniem obowiązkiem lekarza skorelowane jest prawo pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej przewidziane w art. 6 ust. 1 u.p.p. Ustawodawca użył tu zamiast wyrażenia z art. 4 u.z.l. „zgodnie ze wskazaniami” określenia odpowiadające „wymaganiom” wiedzy medycznej. Rozróżnienie to nie ma znaczenia praktycznego, gdyż chodzi o to samo, aczkolwiek użycie wyrazu „wymagania” wydaje się bardziej trafne. Chodzi tu bowiem o zalecenie określające, jakie działanie lecznicze jest w danych warunkach najbardziej odpowiednie dla zmaksymalizowania prawdopodobieństwa uzyskania pożądanego efektu.
5. Wiedza medyczna posiadana przez lekarza ma być aktualna, tzn. nieprzestarzała. Medycyna, jak niemal żadna inna dziedzina wiedzy, podlega dynamicznemu procesowi rozwoju. Metody postępowania jeszcze niedawno uważane za skuteczne, w miarę nowych odkryć naukowych okazują się mniej efektywne lub całkiem nieużyteczne, tzn. według współczesnej oceny obarczone trudnym do zaakceptowania ryzykiem powikłań. Dlatego lekarz, aby nadal pozostać profesjonalistą, musi stale śledzić postępy wiedzy i techniki medycznej i nieprzerwanie dbać o to, żeby nie utracić umiejętności zawodowych. Obowiązek stałego uzupełniania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych wynika wprost z art. 56 ust. 1 KEL. Wymóg aktualizacji wiedzy może być także wyprowadzany z przepisu art. 18 u.z.l., który nakłada na lekarza stały obowiązek

doskonalenia zawodowego i zalicza go równocześnie do kategorii praw lekarza. Oznacza to nie tylko zobowiązanie do doskonalenia zawodowego w formie podnoszenia kwalifikacji, lecz także obowiązek prawny stałej aktualizacji posiadanej wiedzy jako niezbędnego warunku prawidłowego wykonania zawodu. W przepisie tym ustawodawca *de facto* zwraca uwagę na potrzebę zapewnienia lekarzowi warunków niezbędnych do realizacji tego prawa w praktyce. Przepis art. 18 w ust. 3 u.z.l., w brzmieniu nadanym nowelizacją z 16.07.2020 r., przewiduje równocześnie trzy wyjątki od zasady okresowego rozliczania się przez lekarza z dopełnienia tego obowiązku (mianowicie: w okresie urlopu macierzyńskiego, dłuższego korzystania ze zwolnienia lekarskiego oraz w czasie odbywania stażu podyplomowego), co oczywiście nie oznacza zwolnienia lekarza od obowiązku stałego aktualizowania posiadanej przez niego wiedzy medycznej (zob. też komentarz do art. 18).

6. Śledzenie postępu wiedzy medycznej nie jest proste. Szacuje się, że obecnie na świecie dostępnych jest ok. 1 mln randomizowanych badań klinicznych uważanych za wysoce wiarygodne, a co tydzień ukazuje się przeszło 7000 nowych publikacji z tej dziedziny wiedzy (zob. K. Łanda, *Wytyczne i standardy kliniczne – aktualna wiedza medyczna*, http://www.hta.pl/zalaczniki/publikacje/wytyczne_i_standardy_kliniczne.pdf, dostęp: 1.07.2013 r.). Dlatego też indywidualne odszukiwanie przez lekarza badań z interesującej go dziedziny, nawet przy dostępności systemów informatycznych, bywa wysoce utrudnione. W związku z tym zaleca się tworzenie przez wyspecjalizowane podmioty (głównie medyczne stowarzyszenia naukowe) standardów opartych na aktualnym stanie wiedzy medycznej i naukowych dowodach, ang. *Evidence-Based Medicine* – EBM). Standardy medyczne, ujmowane jako wskazówki, ścieżki, schematy, algorytmy postępowania odnoszące się do danej specjalności medycznej, obejmują wskazania odnośnie do:
- a) metod diagnostycznych (zalecenia co do rodzaju badań, częstości ich wykonywania),
 - b) metod leczniczych (zalecenia stosowania leków i dawek, metod nefarmakologicznych, w tym interwencji chirurgicznych),
 - c) metod zapobiegawczych (programy profilaktyczne),
 - d) kontroli procesu leczenia (badania kontrolne).

Funkcją standardów jest ułatwienie pracy lekarzowi oraz zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa prawnego. Polega ono na tym, że o ile lekarz w trakcie wykonywania zawodu będzie przestrzegał zawartych w standardach zaleceń i wymagań, co do zasady może mieć pewność, iż w sytuacjach typowych jego postępowanie z prawnego punktu widzenia zostanie ocenione jako prawidłowe. Standardy mogą też dotyczyć wyposażenia placówki medycznej i kontroli jego stanu technicznego. Powstały w celu zapewnienia pacjentowi odpowiedniego poziomu świadczeń medycznych i ich jakości. Standardy mają charakter wymagań minimalnych, zatem pożądane jest zapewnienie pacjentowi poziomu świadczenia medycznego wyższego od wymaganego, jeżeli jest to możliwe. Standardy ujęto tak, aby maksymalizowały prawdopodobieństwo uzyskania

oczekiwanego efektu pozytywnego, a minimalizowały prawdopodobieństwo wystąpienia skutków ubocznych. Słusznie się przy tym zwraca uwagę, że kiedyś nie były one zazwyczaj jednoznaczne, istniały bowiem różne konkurujące ze sobą szkoły. Współcześnie wzrasta w medycynie liczba schematów jednoznacznych (algorytmicznych), do czego przyczynia się idea medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM) (zob. M. Boratyńska, *Wolny wybór. Granice i gwarancje prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 229; tam też szerzej na temat rodzajów wskazań i przeciwwskazań: s. 229–243).

7. Standardy medyczne mają różny charakter prawny w zależności od podstawy prawnej ich wydania i miejsca ich publikacji. Szczególny charakter mają standardy dotyczące postępowania w sprawie ustalania tzw. śmierci mózgowej, wydane na podstawie art. 43a u.z.l. W świetle tego przepisu kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalają powołani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia specjaliści z odpowiednich dziedzin medycyny, przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej. Następnie są one ogłaszane przez Ministra Zdrowia, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Należy zaznaczyć przy tym, że istnieje obowiązek dokonania oceny ustalanego sposobu i kryteriów, nie rzadziej niż raz na 5 lat, z punktu widzenia ich zgodności z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Obecnie obowiązujące kryteria, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii, audiologii i foniatrii, pediatrii, toksykologii klinicznej, medycyny nuklearnej, medycyny sądowej, neurochirurgii, neurologii, neurologii dziecięcej, otorynolaryngologii, radiologii i diagnostyki obrazowej, reumatologii, chorób wewnętrznych, neonatologii oraz dziedzin: inżynierii biomedycznej, biologii medycznej zostały ogłoszone, a następnie zamieszczone w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z 4.12.2019 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. z 2020 r. poz. 73). Podobne upoważnienie do wydania obwieszczenia zawierał art. 43 ust. 1 i 2 u.PRM. W świetle tego przepisu minister właściwy do spraw zdrowia miał ogłosić, zgodnie z aktualną wiedzą medycyny ratunkowej, standardy postępowania dla zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną. Upoważnienie to nie zostało nigdy zrealizowane i ostatecznie art. 43 u.PRM został uchylony przez art. 5 pkt 12 nowelizacji z 27.11.2020 r., zmieniającej m.in. tę ustawę z dniem 30.12.2020 r. (na temat przyczyn niewydania tego aktu zob. odpowiedź Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia na interpelację poselską nr 22988 z 8.01.2014 r. w sprawie terminu wydania rozporządzenia o standardach postępowania dla pogotowia i oddziałów ratunkowych wynikających z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w której zakwestionowano, czy takie standardy są potrzebne wobec szczegółowej regulacji ustawowej zasad postępowania ratowników medycznych, oraz wskazano na trudności z uzgodnieniem ich ewentualnej treści w konsultacjach publicznych, <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=53FA0B8F>; zob. również T. Filarski [w:] *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, red. S. Poździuch, P. Guła, Warszawa 2008, art. 43).

8. Standardy medyczne mogą być też określone wprost w drodze administracyjnej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, chociaż można zakładać, że również w tym przypadku w ich opracowywaniu uczestniczą specjaliści z danej dziedziny medycyny. W uchylonej już obecnie ustawie o zakładach opieki zdrowotnej były dwa upoważnienia do ustalania standardów dotyczących wyposażenia oraz postępowania i procedur medycznych. Z przepisu art. 41 ust. 1 u.z.o.z. wynikało, że minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, minimalne normy wyposażenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej w sprzęt i aparaturę medyczną oraz standardy tego wyposażenia. Na podstawie tego przepisu Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie z 11.03.1992 r. w sprawie atestowania aparatury i sprzętu medycznego nabywanego przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 31, poz. 135), które utraciło moc prawną wraz z uchyleniem ustawy, na podstawie której zostało wydane. W świetle art. 9 ust. 3 u.z.o.z. wspomniany minister mógł, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej. W czasie obowiązywania tego przepisu minister tylko dwa razy skorzystał z tej możliwości. Ponadto w 2010 r. podjęto próbę opracowania rozporządzenia w sprawie standardu postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry, ale to zamierzenie nie zostało zrealizowane. Pierwsza ze wspomnianych regulacji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej to rozporządzenie z 27.02.1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 37, poz. 215 ze zm.), zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 8.08.2007 r. (Dz.U. Nr 160, poz. 1133). Następnie Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z 23.09.2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. Nr 187, poz. 1259). Rozporządzenia te zachowały moc do dnia wejścia w życie nowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 u.d.z.l. Pierwotnie ustawa o działalności leczniczej przewidywała w art. 22 ust. 5, podobnie jak przepis art. 9 ust. 3 u.z.o.z., upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w trosce o zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Treść art. 22 ust. 5 u.d.z.l. została zmieniona ustawą z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960). W wyniku tej zmiany obecnie standardy nie powinny dotyczyć już postępowania medycznego, lecz mieć wyłącznie charakter organizacyjny. Jak wynika z art. 22 ust. 4c u.d.z.l., standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że standardy określone w rozporządzeniu mają charakter wiążący głównie dla podmiotu leczniczego w tym sensie, że ich niewypełnienie może skutkować zakazem udzielania

przez daną placówkę świadczeń zdrowotnych w tej dziedzinie medycyny, której dotyczą standardy, i ewentualnie odpowiedzialnością osobistą kierownika, do którego obowiązków należy zarządzanie podmiotem leczniczym.

9. W § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16.12.2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2022 r. poz. 392) wskazano, że rozporządzenie to określa „standard organizacyjny opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji”. Rozporządzenie to ma podwójne ograniczenia przedmiotowe: dotyczy tylko świadczeń zdrowotnych jednej specjalności medycznej (anestezjologii i intensywnej terapii), dodając w porównaniu z poprzednio obowiązującym rozporządzeniem nowe lub inaczej nazwane procedury, jak np. resuscytacja, definiowana jako działanie mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania (zamiast reanimacji), czy sedacja, która oznacza działanie mające na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta. Podobnie jak poprzednio obowiązujące rozporządzenie ma też ono zastosowanie wyłącznie do świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalach. Równocześnie zastrzega się, podkreślając organizacyjny charakter standardów, że kwalifikacja pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi Wytocznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii (§ 3).

Wskazania zawarte w omawianym rozporządzeniu dotyczą natomiast miejsca udzielania opisanych świadczeń zdrowotnych (co do zasady powinny to być oddzielne oddziały anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach dla dorosłych i dzieci), na których łóżka powinny stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Rozporządzenie przewiduje trzy poziomy referencyjne takich oddziałów, określając w załącznikach do rozporządzenia zarówno ogólne warunki dla takich oddziałów, jak i szczegółowe warunki dla każdego poziomu referencyjnego. W rozporządzeniu określa się też wyłączną kompetencję lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii do przeprowadzenia wskazanych świadczeń zdrowotnych (znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia przewodowego – zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego) oraz zasady sprawowania nadzoru nad lekarzami w trakcie specjalizacji (§ 8). Równocześnie podkreśla się, że procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym określa kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem, podobnie jak i sposób komunikacji alarmowej. Natomiast plan zabiegów wykonywanych w szpitalu ustala się w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii. Zaznacza się przy tym, że plan ten powinien uwzględniać

zasadę nadrzędności mniejszego ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta, przede wszystkim powinien być dostosowany do liczby lekarzy udzielających świadczeń z zakresu anestezji oraz wyposażenia podmiotu leczniczego w wyroby medyczne niezbędne do udzielania tych świadczeń (§ 9 pkt 1–3). Warto dodać, że w 2020 r. do uzgodnień i konsultacji publicznych został przekazany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych, w którym m.in. są określone metody oceny bólu oraz zasady monitorowania skuteczności leczenia bólu (zob. Projekt (legislacja.gov.pl), dostęp: 20.03.2022 r.).

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.09.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2016 r. poz. 1132 ze zm.) zostało zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. poz. 1756), które obowiązuje od 1.01.2019 r. Załącznik do obowiązującego rozporządzenia z 16.08.2018 r., podobnie jak załącznik do poprzedniego rozporządzenia, wskazuje na cel uregulowań, którym jest zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego. Rozporządzenie definiuje m.in. poszczególne okresy porodu oraz porożu, a także określa zadania osoby sprawującej opiekę nad rodzącą, zakres czynności interwencyjnych, do których wykonania osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu musi być przygotowana, wymóg zapewnienia ciągłości opieki w czasie porodu oraz w okresie porożu, oraz zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, które powinny być wykonywane u kobiet w poszczególnych stadiach zaawansowania ciąży. W rozporządzeniu zawarto również zestawy stanów, chorób oraz innych zdarzeń zaliczanych do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu oraz badań, a także określono czynniki ryzyka dla płodu/novorodka i ustalono zasady postępowania w razie ich wystąpienia. Przewidziano ponadto konieczność stworzenia planu opieki prenatalnej oraz planu porodu, z zastrzeżeniem, że może być on modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki. Szczególną uwagę poświęcono zagwarantowaniu kobiecie rodzącej prawa do łagodzenia bólu porodowego, poprzez zobowiązanie personelu medycznego podmiotu leczniczego do przekazania jej, w sposób dla niej zrozumiały, informacji m.in. o metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie, a także uzgodnienie z nią sposobu postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, jak również „zapewnienie rodzącej wsparcia w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie”. Dodatkowo w omawianym rozporządzeniu przewidziano

obowiązek podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego opiekę nad rodzącą opracowania, w formie pisemnej, trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego i dostępnych w tym podmiocie metod jego łagodzenia (zarówno nefarmaceutycznych, jak i farmaceutycznych), możliwość asystowania kobiecie w trakcie porodu przez osobę bliską, a także szczegółowo opisano obowiązki osoby sprawującej opiekę w trakcie porodu. Zdefiniowano też obowiązki osoby sprawującej opiekę w poszczególnych okresach porodu, zaznaczając, w których przypadkach położna ma obowiązek przekazania opieki lekarzowi. Ponadto opisano, na czym ma polegać opieka nad noworodkiem oraz jak ma wyglądać ocena jego stanu zdrowia, kiedy należy dokonać pomiarów antropometrycznych i jakie to mają być pomiary, zaznaczając przy tym, że po urodzeniu należy zapewnić noworodkowi bezpośredni kontakt z matką „skóra do skóry”. Szczegółowo opisano czynności, które należy wykonać w razie niepodjęcia przez noworodka regularnego oddychania oraz postępowanie po zakończeniu akcji resuscytacyjnej. Cały rozdział poświęcono też sytuacjom szczególnym, do których zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi. W rozporządzeniu wyjaśniono także, na czym polega realizacja praw pacjenta w przypadku sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porodu, uwzględniając m.in. wymóg respektowania prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem (zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych), prawa wyboru miejsca porodu (w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych po przekazaniu wyczerpującej informacji dotyczącej wybranego miejsca porodu obejmującej wskazania i przeciwwskazania), możliwości wyboru spośród osób uprawnionych osoby sprawującej opiekę.

Warto przypomnieć, że uchylenie dotychczas obowiązującego modelu standardów wywołało obawy, że realizacja wypracowanych już uprawnień kobiet będzie zależała teraz od decyzji konkretnego lekarza w szpitalu oraz że brak będzie szczegółowej podstawy prawnej w akcie prawnym powszechnie obowiązującym, w oparciu o którą kobiety ciężarne i rodzące będą mogły domagać się realizacji swoich praw w opiece okołoporodowej. W efekcie likwidacja standardów obowiązujących na dotychczasowych zasadach spowoduje pogorszenie, i tak nie zawsze dobrej, sytuacji kobiet na oddziałach położniczych oraz utratę dorobku dobrych praktyk wypracowanych w tym zakresie przez personel i placówki medyczne, w których standardy są przestrzegane (zob. pismo RPO do Ministra Zdrowia z 13.02.2017 r., V.7010.102.2016.AA/EO, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Do%20Ministra%20Zdrowia%20ws.%20zmiany%20przepis%C3%B3w%20dotycz%C4%85cych%20standard%C3%B3w%20post%C4%99powania%20medycznego.pdf>, dostęp: 20.03.2022 r.). Włączenie w 2018 r. środowisk kobiecych do opracowywania omawianych standardów organizacyjnych, które w efekcie przejęły wiele przepisów z rozporządzenia z 23.09.2010 r., mogło do pewnego stopnia rozwiązać te obawy, gdyby nie pandemia COVID-19, która uniemożliwiła ocenę stopnia realizacji tych standardów w praktyce.

Zasady postępowania z materiałem tkankowym podczas badania makroskopowego, przygotowania materiału do badania oraz zasad opisu badania patomorfologicznego, a także osoby uprawnione do wykonywania czynności diagnostyki patomorfologicznej, rodzaje czynności diagnostyki patomorfologicznej, warunki, jakie musi spełniać skierowanie na badania, obowiązki kierownika zakładu patologii wobec zleceniodawców, zasady przechowywania i ewidencjonowania materiału badawczego.

Warto zasygnalizować, że w okresie pandemii COVID-19 Minister Zdrowia wydał kilka rozporządzeń określających standardy postępowania i zasady organizacyjne obowiązujące w tym szczególnym czasie.

Po pierwsze, rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.03.2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2021 r. poz. 965), wydane na podstawie art. 22 ust. 5 u.dz.l., w którym m.in. określono zasady objęcia opieką w izolatorium oraz wypisania z niego, warunki sprawowania opieki w izolatorium, standard opieki medycznej, a także obowiązki personelu medycznego w przypadku samowolnego opuszczenia izolatorium przez osobę izolowaną. Rozporządzenie to zostało uchylone z dniem 12.04.2022 r. (Dz.U. poz. 800).

Po drugie, wydane na tej samej podstawie prawnej rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.10.2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2022 r. poz. 382). W tym akcie prawnym określono m.in. poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia pacjenta oraz przeciwdziałanie szerzeniu się zachorowań na chorobę wywołaną zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). Wskazany standard organizacyjny określa przy tym zadania podejmowane w związku ze:

- 1) skierowaniem pacjenta do izolacji lub izolacji w warunkach domowych;
- 2) skierowaniem pacjenta do leczenia w szpitalu;
- 3) zlecaniem badań diagnostycznych w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Po trzecie, rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.04.2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz.U. poz. 775 ze zm.). Rozporządzenie to zostało wydane na podstawie art. 7d ustawy COVID-19 i utraciło moc 5.09.2020 r.

Po czwarte, opracowane zostały standardy udzielania teleporad, szczególnie aktualnych w okresie ograniczeń związanych z epidemią COVID-19. Przewidziano je w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12.08.2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

W kontekście teleporad warto też wspomnieć o rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 11.04.2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. poz. 834).

11. Zdarzają się w piśmiennictwie głosy przeciwko katalogowaniu zasad wiedzy medycznej w formie standardów, ponieważ w ocenie oponentów rodzą one niebezpieczeństwo automatyzmu i schematyzmu w działaniach lekarza, a równocześnie nie dają szans ani na zminimalizowanie błędów lekarskich, ani na obniżenie nakładów na ochronę zdrowia (zob. B. Kamiński, *Na marginesie reformy, standardów medycznych i Europejskiej Konwencji Bioetycznej – refleksje klinicysty*, PiM 1999/3, s. 109). Zastrzeżenia te nie wydają się uzasadnione, jeżeli procesowi standaryzacji towarzyszy edukowanie lekarzy na temat roli zaleceń w praktyce medycznej oraz podnoszenie wiedzy fachowej, umożliwiające trafne odróżnienie sytuacji typowych od nietypowych. Należy przy tym uświadamiać lekarzom, że użycie sposobu postępowania abstrakcyjnie prawidłowego może być *in concreto* nieoptymalne, a nawet szkodliwe z uwagi na szczególne okoliczności (M. Boratyńska, P. Konieczniak [w:] *System prawa medycznego*, t. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1, s. 280). W szczególności trudno się zgodzić z twierdzeniem, że standaryzacja nie może przyczynić się do obniżenia nakładów na ochronę zdrowia. Należy mieć nadzieję, że standardy w zakresie wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej, a także dotyczące organizacji pracy w nich mogą wpłynąć na zmniejszenie wydatków na aparaturę medyczną na danym terenie i przyczynić się do prowadzenia racjonalnej polityki kadrowej. Ustanowienie standardów odnośnie do jakości wyposażenia oraz kwalifikacji personelu powinno sprzyjać poprawie poziomu ochrony zdrowia pacjentów. W związku z tym warto przychylić się do sugestii, aby wyraźnie ustawowo określić kompetencje zespołów eksperckich, powoływanych przez poszczególne medyczne stowarzyszenia naukowe, do ustanawiania tych standardów, przy uwzględnieniu rzeczywistych możliwości finansowych publicznego systemu ochrony zdrowia (zob. T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania*, PiM 2008/2, s. 24–25; T. Dukiet-Nagórska, *Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, PiM 2004/3, s. 9 i 16). Słuszny też jest postulat, aby wspomniane wyżej uprawnienia Ministra Zdrowia do określenia standardów, w drodze rozporządzenia, zostały przekształcone w obowiązek (zob. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach...*, s. 68).
12. Lekarz ma obowiązek wykonywania zawodu dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Wydaje się, że ustawodawca chciał w ten sposób podkreślić, że nie można wymagać od lekarza, zwłaszcza pod groźbą odpowiedzialności prawnej, tego, co jest w danej sytuacji niemożliwe (zgodnie z zasadą *ultra posse nemo obligatur* – nikt nie ma obowiązku czynienia tego, co niemożliwe). Zatem zapis ten ma stworzyć podstawę do zwolnienia lekarza od ewentualnej odpowiedzialności za niepowodzenie w leczeniu w sytuacji, gdy zastosował środki lub

metody leczenia dostępne mu i zgodne z wymaganiami wiedzy medycznej, choć może nie najskuteczniejsze. Przepis ten nie powinien natomiast być interpretowany jako usprawiedliwiający stosowanie przez lekarza metod lub środków uznanych w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej za przestarzałe, nieskuteczne, nawet jeżeli kiedyś uważano je za dopuszczalne (art. 57 KEL). Wyklucza się też stosowanie metod i środków starych oraz nierokujących lub gorzej rokujących, jeżeli powszechnie są zastępowane innymi metodami leczenia (wyrok SN z 28.10.1983 r., II CR 358/85, OSP 1984/9, poz. 187). Lekarz musi bowiem zawsze działać co najmniej zgodnie z minimalnymi wymogami wynikającymi z aktualnego stanu wiedzy medycznej.

13. Pojęcie dostępności można rozpatrywać w różnych aspektach: fizycznym, prawnym i ekonomicznym. Przez dostępność w znaczeniu fizycznym należy rozumieć faktyczną osiągalność. Ustawa w kontekście dostępności używa zaimka „mu”, co może sugerować, że chodzi o środki lub metody, którymi lekarz osobiście dysponuje. Pojęcie dostępności fizycznej może być jednak rozumiane również szerzej, jako osiągalność, czyli realna możliwość np. skierowania przez lekarza pacjenta do placówki o wyższym standardzie lub stopniu referencyjnym, która stosuje metodę lub środek niedostępne dla konkretnego lekarza.
14. O dostępności można mówić również w znaczeniu prawnym, uznając za niedostępne dla lekarza metody i środki wprawdzie fizycznie osiągalne, na które jednak pacjent nie wyraził zgody.

Szerzej problematyka wyrażania zgody lub odmowy na udzielenie świadczenia zdrowotnego została omówiona w komentarzu do art. 32–35.

15. Problem dostępności może być rozpatrywany także w znaczeniu ekonomicznym. Dotyczy to świadczeń gwarantowanych w rozumieniu art. 5 pkt 35 u.ś.o.z. Brak dostępności w tym znaczeniu może się wiązać z tym, że szpital nie zakontraktował w ogóle świadczenia danego rodzaju lub zakontraktował je w niewystarczającej ilości. Ekonomiczna, a w efekcie faktyczna niedostępność może się wiązać także z nieadekwatną wyceną czynności lekarskiej danego typu przez NFZ w kontrakcie, co skłania lekarzy np. do powstrzymywania się od kierowania pacjentów na potrzebne badania lub kierowania ich dopiero podczas kolejnej wizyty. Brak dostępności świadczeń zdrowotnych z wymienionych powodów nie może usprawiedliwiać lekarza w sytuacjach nagłych, o których mowa w art. 30 u.z.l. oraz art. 15 u.dz.l., a także w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu art. 3 pkt 8 u.PR.M. Prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, a także do uzyskania takiego świadczenia w przypadku porodu jest ponadto zagwarantowane w art. 7 u.p.p. Z orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że wprawdzie postanowienia umów z NFZ są dla obu stron wiążące, ale poza umowami zakres zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawców określają także przepisy ustawy nakładające na podmioty lecznicze obowiązek udzielania pomocy zdrowotnej. W związku z tym

w umowie między kasą chorych (NFZ) i świadczeniodawcą zastrzeżenie określające ilościowy limit świadczeń dotknięte jest nieważnością w zakresie świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia, jeżeli strony nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie świadczeń po wyczerpaniu limitu przez innego świadczeniodawcę (wyrok SN z 13.07.2005 r., I CK 18/05, OSP 2006/6, poz. 70, z głosem M. Nesterowicza [w:] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014, s. 582 i n.; zob. także wyrok SN z 15.12.2004 r., IV CK 361/04, LEX nr 258677). Sąd Najwyższy potwierdził też obowiązek ponoszenia kosztów leczenia osób nieubezpieczonych przez NFZ udzielonego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia (wyrok SN z 8.08.2007 r., I CSK 125/07, LEX nr 333609; zob. też glosa do tego orzeczenia: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze...*, 2014, s. 576 i n. Taki obowiązek wydaje się wynikać z art. 50 ust. 11 i 15 u.s.o.z., art. 30 u.z.l., dotyczącego obowiązku niesienia pomocy (zob. komentarz do tego przepisu), oraz art. 15 u.dz.l.

Oznacza to, że lekarz (podmiot leczniczy) ma zawsze obowiązek udzielić świadczenia zdrowotnego w opisanych sytuacjach, a NFZ ma obowiązek za te świadczenia zapłacić, niezależnie od treści umów i limitów. W przeciwnym bowiem przypadku oznaczałoby to przerzucenie ryzyka pokrycia kosztów związanych z obligatoryjnym udzieleniem każdemu świadczenia zdrowotnego w sytuacjach nagłych, z państwa na podmiot leczniczy będący świadczeniodawcą. Należy zaznaczyć, że innego zdania w tej kwestii był Trybunał Konstytucyjny umarzając postępowanie (z jednym zdaniem odrębnym) w sprawie skargi konstytucyjnej wniesionej przez podmiot leczniczy dotyczącej braku przepisu nakazującego zwrot przez NFZ kosztów natychmiastowego udzielenia nieubezpieczonemu pacjentowi świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia życia (postanowienie TK z 19.09.2019 r., SK 5/18, OTK-A 2019, poz. 56).

Należy dodać, że zobowiązanie to dotyczy też Skarbu Państwa, gdy udzielenie pomocy lekarskiej w ramach wspomnianego obowiązku ustawowego wymaga zastosowania procedury wysokospecjalistycznej (zob. szerzej na ten temat – na gruncie poprzednio obowiązującego brzmienia art. 11 ust. 1 pkt 4a i uchylonego art. 15a u.s.o.z. – M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2007, s. 97–98).

Warto na marginesie zaznaczyć, że przepis art. 11 ust. 1 pkt 4 u.s.o.z. przewiduje, że do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy finansowanie z budżetu państwa, z części pozostającej do jego dyspozycji, świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji. Ponadto w pkt 4a tego przepisu przewiduje się, że do zadań tego ministra należy także planowanie, przekazywanie i rozliczanie dotacji z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.s.o.z.; czyli tych, które są przeznaczone na finansowanie świadczeń gwarantowanych z zakresu wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych (o których mowa art. 15 ust. 2 pkt 12), wymienionych w specjalnym wykazie sporządzonym przez Ministra Zdrowia na

podstawie upoważnienia zawartego w art. 31d (art. 97 ust. 3 pkt 2b). Z budżetu państwa finansowane są ponadto leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia i wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom powyżej 75. roku życia (art. 97 ust. 3 pkt 2c), a także leki przysługujące kobietom w okresie ciąży (art. 97 ust. 3 pkt 2e u.ś.o.z.).

Poza przypadkami nagłymi ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przewiduje tworzenie list oczekujących, gdy zapotrzebowanie na pewien rodzaj świadczeń medycznych przekracza możliwość ich bieżącej realizacji przez wybrany podmiot leczniczy lub jego komórkę organizacyjną (poradnię) (zob. teza 20).

16. Jak już wspomniano, w świetle art. 6 KEL lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Jedynym ograniczeniem tej swobody wydaje się zakaz stosowania czynności medycznych zbędnych w świetle aktualnego stanu wiedzy. Przepis ten może wprowadzać w błąd pacjenta korzystającego z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ odnośnie do powinności lekarza. Nie jest bowiem skorelowany z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ramach tego ubezpieczenia pacjent nie ma zagwarantowanej możliwości skorzystania z każdej najbardziej skutecznej procedury, niezależnie od jej kosztu. Jednak zawsze ma prawo do uzyskania informacji o jej istnieniu. W świetle art. 31 u.z.l. lekarz ma obowiązek poinformowania każdego pacjenta nie tylko o proponowanych, lecz także o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych. Prawo pacjenta do uzyskania takiej informacji zostało potwierdzone w art. 9 ust. 2 u.p.p. Oznacza to, że wobec pacjenta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym lekarz ma nie tylko powinność zaproponowania sposobu postępowania diagnostycznego lub leczniczego wchodzącego w zakres świadczeń zdrowotnych zakwalifikowanych jako gwarantowane, czyli finansowanych ze środków publicznych (art. 5 pkt 35 u.ś.o.z.). Ma równocześnie obowiązek przedstawić obiektywnie zalety i ewentualne wady (w tym również wynikające z kalkulacji cenowej) innych, równie lub bardziej skutecznych, metod lub środków diagnostyki czy leczenia w celu umożliwienia pacjentowi dokonania świadomego wyboru postępowania lekarskiego, nawet jeśli byłoby prowadzone, częściowo lub całkowicie, na jego koszt. W tym kontekście warto dodać, że w ocenie Sądu Najwyższego sugerowanie pacjentowi przebywającemu w szpitalu konieczności zakupu na własny koszt leku, zachęcanie go do tego, a nawet nakłanianie w powiązaniu z sytuacją istniejącą w publicznej służbie zdrowia (placówkach szpitalnych) nie może być oceniane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych przez lekarza zatrudnionego w szpitalu, jeżeli zastosowanie tego lekarstwa było faktycznie usprawiedliwione zdiagnozowanymi dolegliwościami i najbardziej optymalną metodą leczenia (wyrok SN z 22.08.2003 r., I PK 638/02, LEX nr 84497).
17. Na potwierdzenie tezy, że w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pacjent nie ma zagwarantowanej najskuteczniejszej procedury leczniczej, można przytoczyć wyrok, w którym Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że Konstytucja RP nie

zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie – art. 68 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji RP stanowi, że nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określa ustawa, co otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do zakresu świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej, wobec istnienia wyraźnego konstytucyjnego nakazu określenia tej materii, a w konsekwencji nie może wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w przypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych (wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004/1, poz. 1, uznający za sprzeczną z Konstytucją RP nieobowiązującą już ustawę z 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm.). Jednak słusznie podkreśla się, że art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący prawo do ochrony zdrowia, zawiera w sobie nakaz respektowania pewnego koniecznego poziomu jakości świadczeń medycznych, poniżej którego można dostrzegać naruszenie gwarancji konstytucyjnej. Zatem standardy wiedzy medycznej mogą być korygowane, jeżeli limit środków finansowych nie pozwala na leczenie na poziomie odpowiadającym najnowszym wymaganiom wiedzy medycznej, niemniej jednak nie mogą zejść poniżej minimalnej granicy poprawności medycznej (zob. T. Dukiet-Nagórska, *Reguły...*, s. 16). Stan prawny nie daje przy tym przyzwolenia na to, aby ze względu na brak środków stosować wobec pacjentów metody postępowania nieodpowiadające standardom określonym aktualnym stanem wiedzy medycznej (zob. T. Dukiet-Nagórska, *Prawnokarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej lub udzielenia świadczenia zdrowotnego w sposób niewłaściwy na skutek niedostatku środków finansowych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, PiM 2000/2, s. 17). Warto na marginesie zaznaczyć, że nakaz respektowania koniecznego poziomu jakości świadczeń medycznych odnosi się również do ustawodawcy. Z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP wynika bowiem nie tylko prawo podmiotowe każdego do ochrony zdrowia, ale także obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa (wyrok TK z 23.03.1999 r., K 2/98, OTK-A 1999/3, poz. 38). W związku z tym nakaz ochrony zdrowia przez władze publiczne ustanawia po ich stronie np. obowiązek dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych o uznanej skuteczności terapeutycznej (zob. szerzej W. Brzozowski [w:] *System prawa medycznego*, t. 1, red. R. Kubiak, L. Kubicki, s. 123).

18. W warunkach gospodarki rynkowej i nowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych nastąpiła również charakterystyczna ewolucja orzecznictwa sądowego, w którym odstąpiono od twierdzenia, że pacjentowi należy się „najwyższa jakość świadczenia zdrowotnego” (wyrok SN z 28.10.1983 r., II CR 358/85), na rzecz zasady, że pacjent leczony w warunkach publicznej służby zdrowia ma prawo jedynie do „świadczenia

zdrowotnego o przeciętnym standardzie” (wyrok SN z 1.12.1998 r., III CKN 741/98, OSNC 1999/6, poz. 112). Warto jednak zauważyć, że również w wyroku z 1983 r. Sąd Najwyższy mówił o „najlepszych metodach i środkach medycznych” niejako na wyrost, ponieważ zarzut dotyczył nieużycia strzykawek jednorazowych wskutek oszczędnościowych zarządzeń administracyjnych dyrektora szpitala, co spowodowało zakażenie pacjentki żółtaczką. W rzeczywistości chodziło więc o podstawowe wymagania. Odniesienie się w cytowanym orzeczeniu do „przeciętnego standardu” krytykuje M. Nesterowicz. Lekarza – zdaniem tego autora – obowiązuje wzorzec „dobrego fachowca”. Oznacza to, że przyjmuje się pewien poziom fachowości, poniżej którego postępowanie lekarza należy ocenić ujemnie. Podobnie dzieje się w odniesieniu do szpitali: trudno bowiem ustalić jakiś „przeciętny” poziom wyposażenia tam obowiązujący. To co można uznać za akceptowalne w małym prowincjonalnym szpitalu, nie może być dopuszczalne w szpitalu wojewódzkim czy klinice uniwersyteckiej. Przeciętny poziom wyposażenia szpitali musi być zachowany wszędzie, lecz to nie oznacza, że zawsze będzie wystarczający. Wobec wielu szpitali i lekarzy (zwłaszcza specjalistów) wymagania będą niewątpliwie wyższe. Niespełnienie tych wymagań będzie stanowić winę organizacyjną szpitala lub winę lekarza (zob. glosa do tego wyroku: M. Nesterowicz, *Wyrok SN z 1.12.1998 r., III CKN 741/98, OSN 6/1999, poz. 112, PiM 2000/2, s. 166*).

M. Safjan zwraca uwagę, że teoretycznie wymagany standard jakościowy postępowania można konstruować po pierwsze jako „model idealistyczny”, zakładający swoistą fikcję najwyższych standardów opieki medycznej (co odpowiadałoby tezie cytowanego wyroku SN z 28.10.1983 r.), po drugie – jako wariant realistyczny, obejmujący jedynie takie wymagania, które są możliwe do spełnienia w danych okolicznościach i warunkach funkcjonowania danej jednostki medycznej. Można się również odwołać do poziomu średniego, przeciętnego w skali kraju lub w skali pozakrajowej. Odrzucając dwa pierwsze warianty jako skrajne, M. Safjan wskazuje, że celowe jest odwołanie się do pewnej średniej ponadkrajowej (europejskiej). Równocześnie zastrzega, że „stosowanie uniwersalnych miar jakości opieki medycznej nie oznacza jeszcze obowiązku zapewnienia powszechnego dostępu do najnowocześniejszych technologii medycznych. Oznacza jednak na pewno niedopuszczalność stosowania metod starych o dużo mniejszej skuteczności i gorzej rokujących, jeżeli są one powszechnie zastępowane innymi metodami leczenia. Nakłada też na pewno obowiązek swobodnego otwarcia się instytucji medycznych i poszczególnych lekarzy na zmiany w medycynie i sprzeciwia się petryfikacji osiągniętego poziomu opieki medycznej jako danego raz na zawsze” (zob. M. Safjan, *Prawo...*, s. 100–101).

19. O świadczeniach gwarantowanych, do których ma prawo pacjent ubezpieczony (świadczeniobiorca) na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jest mowa w art. 15 ust. 2 u.s.o.z. Upoważnienie do stworzenia wykazu świadczeń gwarantowanych (tzw. koszyka pozytywnego) oraz zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych zawarto w art. 1 pkt 2a oraz rozdziale 1a i 1b (art. 31a–31v) u.s.o.z. Aktualnie np. świadczenia gwarantowane

z zakresu POZ określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 24.09.2013 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 540 ze zm.), w zakresie leczenia szpitalnego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.), a z zakresu leczenia stomatologicznego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6.11.2013 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 2148 ze zm.), (na temat poprzednio obowiązujących przepisów zob. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach...*, s. 68). W celu udostępniania oraz upowszechniania informacji o ocenach procedur medycznych opracowywanych w Polsce i innych krajach, a także o wynikach tych procedur oraz metodach opracowywania badań relacji cenowej Minister Zdrowia powołał, na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, AOTMiT. Przy Prezesie AOTMiT działa Rada Przejrzystości, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą. Do zadań Rady należy m.in. przygotowywanie i przedstawianie stanowisk w sprawie zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych czy też zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.

20. Konstytucja RP w art. 68 ust. 2 zapewnia wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zasada sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej o właściwej jakości wynika też z art. 3 EKB, podpisanej przez Polskę 7.05.1999 r., ale nieratyfikowanej. W artykule tym formułuje się taki obowiązek wobec państw-stron konwencji, zastrzegając, że należy go realizować przy uwzględnieniu potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych środków. W świetle art. 6 ust. 2 u.p.p. w sytuacji ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do przejrzystej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Sposób realizacji tego prawa określa art. 19a ust. 1 u.s.o.z. zgodnie z którym, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto w art. 20 u.s.o.z. przyjęto zasadę, że o kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych decyduje, z reguły, kolejność zgłoszeń (ust. 1). Przepis ten w ust. 5 stanowi też, że listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

Kryteria medyczne zostały określone na podstawie upoważnienia przewidzianego w ust. 11 tego artykułu w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26.09.2005 r. w sprawie

kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 200, poz. 1661). W świetle tych przepisów do kryteriów medycznych zalicza się stan zdrowia chorego, rokowania co do dalszego rozwoju choroby, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z której powodu ma być udzielone świadczenie, oraz zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Biorąc pod uwagę te kryteria, lekarz kwalifikuje dany przypadek jako pilny lub stabilny, co decyduje o miejscu w kolejce. Trzecia kategoria, już poza kolejką, to stany nagłe, stanowiące zagrożenie dla życia lub zdrowia, w których świadczenia są udzielane niezwłocznie, niezależnie od tego, czy świadczeniodawca miał umowę z NFZ lub przekroczył umowne limity (art. 19 u.s.o.z.). W przywołanych przepisach przewiduje się ponadto, że lista pacjentów oczekujących na świadczenie medyczne stanowi część harmonogramu przyjęć (art. 20 ust. 4 u.s.o.z.), zaś harmonogram przyjęć jest integralną częścią dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę (art. 19a ust. 6 u.s.o.z.). Należy zgodzić się, że jeżeli świadczenie zdrowotne zostanie udzielone z pominięciem kolejności ustalonej na podstawie kryteriów medycznych, to w razie wystąpienia u pominiętego pacjenta określonych negatywnych skutków dla jego zdrowia lekarz poniesie odpowiedzialność, w tym również karną (zob. T. Dukiet-Nagórska, *Prawnokarne konsekwencje...*, s. 19). Wpływ na taką treść ustawy ma członkostwo Polski w Unii Europejskiej. Zgodnie z art. 20 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29.04.2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 166, s. 1, ze zm.), pacjentowi nie można odmówić zezwolenia na leczenie w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej w sytuacji, gdy przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania oraz jeżeli nie może on uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby. Istnienie w kraju oficjalnych, kontrolowanych list oczekujących ma na celu rozpoznanie rozmiaru zjawiska braku dostępności do świadczeń, lepsze zarządzanie nimi, a równocześnie umożliwienie kierowania pacjentów do ośrodków, które mają możliwość wykonania danej procedury w jak najkrótszym czasie (wyrok WSA w Warszawie z 21.02.2008 r., VII SA/Wa 2170/07, LEX nr 355205). W rezultacie można oczekiwać, że prawidłowe prowadzenie list oczekujących oraz dostęp do informacji o terminach zabiegów i konsultacji danego rodzaju będą zapobiegać nieuzasadnionym żądaniom skierowania na leczenie za granicę.

Szerzej problematyka kierowania na leczenie za granicę została omówiona w: M. Kapko, *Swoboda przemieszczania się pacjentów w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2006/7, s. 24; M. Kapko, *Świadczenie usług medycznych obywatelom państwa członkowskiego UE i EFTA poza miejscem zamieszkania*, PiPUE 2006/11, s. 27; I. Wrześniewska-Wal, *Wspólnotowe regulacje prawne w obszarze zdrowia publicznego*, PiM 2004/4, s. 98.

21. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością. W piśmiennictwie nieraz przyjmuje się, że naruszenie zasad wiedzy medycznej oznacza równocześnie naruszenie obowiązku należytej staranności. Twierdzeniu temu nie sposób odmówić racji w tym sensie, że lekarz, który nie śledzi na bieżąco literatury medycznej, nie dołącza równocześnie należytej staranności w zakresie uzupełniania i uaktualniania wiedzy. Zatem pojęcie to można traktować jako nadrzędne w stosunku do pojęcia błędu sztuki lekarskiej. Łączenie tych pojęć przeczy jednak intencjom ustawodawcy. Wydaje się, że odwołując się do pojęcia należytej staranności, chciał on zapobiec sytuacjom, w których lekarz nie przestrzega zasad postępowania z określonym dobrem wskutek nieuwagi, lekkomyślności, niedbalstwa, zapomnienia, a nie w wyniku całkowitego braku lub niedostatecznej wiedzy medycznej na ten temat. Innymi słowy, chodziło o zapewnienie, aby działanie lekarskie zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej zostało przeprowadzone z należytą starannością, a także o zapobieżenie sytuacjom, w których działanie lekarskie niezgodne z aktualnym stanem wiedzy wywoła dodatkowe negatywne skutki dla pacjenta wynikające z braku dołożenia należytej staranności (co wzmacnia szkodliwość społeczną czynu lekarza). Odróżnienie tych dwóch pojęć jest więc celowe również w kontekście klarownego wyjaśnienia podstaw ewentualnej odpowiedzialności prawnej lekarza. W tym ostatnim przypadku możemy mówić zarówno o błędzie sztuki lekarskiej (błędzie lekarskim) lub błędzie medycznym popełnionym przez lekarza, jak i o niedochowaniu obowiązku należytej staranności. Faktycznie odróżnienie tych dwóch pojęć nie zawsze jest sprawą łatwą, zwłaszcza że pojęcie należytej staranności można rozumieć obiektywnie (jako przestrzeganie reguł postępowania pozwalających na bezpieczne i skuteczne wykonanie danego świadczenia zdrowotnego), a także subiektywnie (jako wykazanie przez daną osobę wystarczającej uwagi i dokładności przy wykonywaniu danego świadczenia). Z perspektywy odpowiedzialności lekarza za niewłaściwe leczenie do rozróżnienia zwykłego naruszenia obowiązku należytej staranności i błędu sztuki lekarskiej powinna wystarczyć odpowiedź na pytanie, czy dla stwierdzenia prawidłowości działania lekarza konieczne jest zasięgnięcie opinii specjalisty (wtedy mamy do czynienia z błędem sztuki), czy wystarczy osąd dokonany przez rozsądną osobę posiadającą doświadczenie życiowe (niedołożenie należytej staranności).
22. Ustawa nie doprecyzowuje, co oznacza termin „należyta”. Podkreśla się, że należyta staranność jest pojęciem zaczerpniętym z prawa cywilnego i została zdefiniowana w art. 355 § 1 i 2 k.c. W myśl tego przepisu za należytą będzie uznana taka staranność, która jest ogólnie wymagana w stosunkach danego rodzaju, przy uwzględnieniu zawodowego charakteru działalności. Skoro lekarz jest zobowiązany do staranności należytej, tj. ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju, to *a contrario* nie jest zobowiązany do dokładania staranności wyższej (zob. szerzej na ten temat: M. Boratyńska, *Wolny wybór...*, s. 254–288). Stanowisko to nie jest jasne zwłaszcza wobec niedoprecyzowania zakresu należytej staranności, poza którym lekarz nie jest obowiązany działać. Trzeba raczej zgodzić się nie tylko z twierdzeniem, że należyta staranność oznacza staranność w stopniu wyższym od wymaganej w życiu codziennym:

„Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek, i skutki, które często są nieodwracalne” (wyrok SA w Krakowie z 9.03.2001 r., I ACa 124/01, PS 2002/10, s. 130, z głosem aprobowaną M. Nesterowicza, PS 2002/10, s. 130; M. Nesterowicz, *Wyrok SN z 1.12.1998 r., III CKN 741/98, OSN 6/1999, poz. 112*, s. 163; postanowienie SN z 17.10.2002 r., IV KKN 634/99, OSNKW 2003/3–4, poz. 33; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 112 oraz wskazana tam literatura), ale także ze stanowiskiem M. Nesterowicza, który twierdzi, że od lekarza wymaga się więcej niż od innych profesjonalistów. Jedynie lekarz ma prawo ingerencji w organizm pacjenta, a szkody wyrządzone przez niego są przeważnie nieodwracalne (M. Nesterowicz, *Prawo wobec lekarza (od starożytności do czasów współczesnych)*, PiM 2010/3, s. 39). O należytej staranności jest obecnie mowa również w art. 11 u.z.p.p.

Na marginesie należy przypomnieć, że art. 18 nieobowiązującej już ustawy z 5.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) stawiał przedstawicielkom tych zawodów wymóg działania ze szczególną starannością, przewidując – zapewne słusznie – wyższy standard.

23. Wprawdzie komentowana ustawa mówi o obowiązku zachowania należytej staranności jedynie w kontekście świadczeń terapeutycznych, niemniej jednak zasada działania zgodnie z zasadami sztuki medycznej i z zachowaniem należytej staranności dotyczy wszystkich czynności lekarskich, niezależnie od ich charakteru (terapeutycznego lub nieterapeutycznego). Wymóg działania *lege artis*, jak również dołożenia należytej staranności, musi być przestrzegany także w przypadku, gdy lekarz wykonuje czynność niedopuszczalną prawnie (np. przerywa ciążę poza zakresem wskazań przewidzianych przez ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży albo z przekroczeniem terminów dopuszczalności). Przy działaniach medycznych tego rodzaju należy wywodzić ten obowiązek z bardziej ogólnych powinności zachowania zasad ostrożności obowiązujących każdego, kto podejmuje działalność związaną z pewnym ryzykiem.
24. Nie tylko w komentowanym przepisie ustawy jest mowa o dochowaniu należytej staranności. O obowiązku przeprowadzania postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego z należyłą starannością mówi też art. 8 KEL. W związku z tym, że doświadczenie życiowe wskazuje, iż najczęstszą przyczyną niestaranego działania lekarza jest pośpiech, kodeks etyki lekarskiej łączy wspomniany obowiązek z powinnością poświęcenia pacjentowi niezbędnego czasu przez lekarza.
25. O należytej staranności wspomina też art. 355 k.c. (zob. teza 22). Przez to pojęcie rozumie staranność wymaganą w stosunkach danego rodzaju. Chociaż przepis mówi o tym obowiązku w kontekście dłużnika, w doktrynie przyjmuje się, że wymóg ten dotyczy wszystkich sytuacji, w których w prawie cywilnym przewiduje się odpowiedzialność na zasadzie winy. Zatem ten obowiązek dotyczy odpowiedzialności nie tylko za szkodę

wynikłą z niewłaściwego wykonania umowy w tzw. odpowiedzialności kontraktowej (związanej z niedotrzymaniem warunków umowy), ale też za szkodę wynikłą z czynu niedozwolonego (w tzw. odpowiedzialności deliktowej). W tym ostatnim przypadku, gdy lekarz zachowa należyłą staranność, nawet jeżeli jego postępowanie zakończy się niepowodzeniem, nie poniesie odpowiedzialności odszkodowawczej. Należy zaznaczyć, że odpowiedzialność kontraktowa może opierać się nie tylko na zasadzie winy, ale także na zasadzie ryzyka lub słuszności. W tych dwóch ostatnich przypadkach jest ona możliwa również wtedy, gdy szkoda nastąpiła, chociaż dołożono należytej staranności. Niemniej ta forma odpowiedzialności ma zastosowanie do lekarzy tylko wyjątkowo.

Szerzej na temat różnych podstaw odpowiedzialności cywilnej lekarza lub podmiotu leczniczego w: M. Boratyńska, P. Konieczniak [w:] *System prawa medycznego*, t. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1; K. Bączyk-Rozadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007; M. Filar [i in.], *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004; M. Boratyńska, *Wolny wybór...*; A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2011; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2021; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze...*; Z. Banaszczyk, R. Robaczyński [w:] *System prawa medycznego*, red. E. Zielińska, t. 3, *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, red. T. Dukiet Nagórska, A. Liszewska, Warszawa 2021; *System prawa medycznego*, t. 5, *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021.

26. O obowiązku dochowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności mówi ponadto art. 9 § 2 k.k., definiujący nieumyślność. Klauzula ta w prawie karnym pełni podobną funkcję, jak pojęcie należytej staranności przy czynach niedozwolonych w prawie cywilnym. Stwierdzenie naruszenia tego obowiązku, którego skutki są przewidywalne, stanowi warunek wstępny uznania winy lekarza. Jednak w prawie karnym, w odróżnieniu od prawa cywilnego, odpowiedzialność zawsze jest oparta na zasadzie winy, co oznacza, że przypisanie winy jest niezbędnym warunkiem pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności karnej. Z reguły odpowiedzialność ta dotyczy czynów nieumyślnych polegających na lekkomyślności lub niedbalstwie. Tylko zupełnie wyjątkowo może dojść do przypisania lekarzowi – zamiast lekkomyślności – winy umyślnej w postaci zamiaru ewentualnego (art. 9 § 1 k.k.). Dzieje się tak wtedy, gdy sąd udowodni lekarzowi, że możliwość popełnienia czynu zabronionego przewidywał i na to się godził. W praktyce z taką sytuacją możemy mieć do czynienia, gdy istnieje wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnego skutku, a lekarz, mając tego świadomość, podejmuje z pewnych szczególnych względów (związanych najczęściej, chociaż niekoniecznie, z naruszeniem prawa) nadmiernie ryzykowne działanie. Od dowodów zgromadzonych w sprawie zależy, czy sąd będzie skłonny uznać, że lekarz był tylko lekkomyślny, tzn. uświadamiał sobie możliwość popełnienia czynu zabronionego, ale przypuszczał, iż uniknie negatywnego skutku swego działania (co obiektywnie było bezpodstawne), czy stwierdzi, że lekarz działał w zamiarze ewentualnym, gdy bezpośredni cel, do którego dążył, był dla niego na tyle ważny, że był gotów poświęcić dobro

pacjenta dla jego osiągnięcia. Odpowiedzialność karna zachodzi, jeśli zachowanie się lekarza wywoła negatywny skutek, chociażby w postaci narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Szerzej na ten temat z najnowszej literatury przedmiotu: T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013.

27. Szczególną regulację odnoszącą się do konsekwencji prawnych naruszenia ogólnego obowiązku dochowania wymaganej ostrożności, mającą zastosowanie tylko do personelu medycznego, zawiera nowelizacja z 28.10.2020 r. Wskazany akt prawny wprowadził bowiem szczególną klauzulę bezkarności (wyłączającą odpowiedzialność karną, ale nie cywilną), funkcjonującą w obiegu publicznym pod niezbyt trafną nazwą „dobrego samarytanina”. W myśl tej klauzuli nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 k.k. (odnoszących się do nieumyślnych przestępstw przeciwko zdrowiu), m.in. lekarz (klauzula ta dotyczy też pielęgniarów i położnych, felczerów oraz ratowników medycznych), który udzielając świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, dopuścił się, w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, czynu zabronionego, chyba że spowodowany przez niego skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Klauzula ta oznacza, że w opisanych warunkach dla odpowiedzialności karnej nie wystarczy, jak normalnie, „zwykle” naruszenie wymaganej ostrożności, lecz musi ono móc być zakwalifikowane jako „rażące”. Chociaż potrzeba zapewnienia lekarzowi działającemu w szczególnych warunkach większego bezpieczeństwa prawnego nie przez wszystkich była kwestionowana, zwłaszcza że w czasie pandemii doszło też do zaostrzenia kodeksowych sankcji za przestępstwa nieumyślne (zob. na temat konsekwencji prawnych dla lekarzy zaostrzenia dolnego progu ustawowego zagrożenia karą w art. 155 k.k., dotyczącego uszkodzenia ciała, m.in. E. Siedlecka, *Niezdrowy kodeks*, „Polityka” 2019/24), to sposób ujęcia omawianego przepisu jest przedmiotem wielostronnej krytyki. W jej ramach słusznie podnosi się m.in., że nowy przepis rodzi poważne zastrzeżenia odnośnie do zakresu obowiązywania zarówno miejscowego, jak i przedmiotowego, a ponadto wywołuje liczne wątpliwości interpretacyjne (zob. szerzej E. Plebanek, *Wyłączenie odpowiedzialności karnej za niewłaściwe leczenie w czasie pandemii COVID-19. Klauzula dobrego Samarytanina*, „Palestra” 2021/1–2, która ogólnie uważa, że klauzula ta zasadniczo nie wpływa na sytuację medyka w postępowaniu karnym, a istniejące w Kodeksie karnym instytucje o charakterze uniwersalnym pozwalają zakończyć ewentualne postępowanie karne na wcześniejszym etapie niż wskazany art. 24 nowelizacji z 28.10.2020 r., oraz J. Potulski, *Polski model „klauzuli dobrego samarytanina” – perspektywa prawnokarna*, St. Praw. 2021/3, który zasadniczo aprobuje tę klauzulę, zgłaszając jednak wiele propozycji zmian *de lege ferenda* w zakresie samego jej ujęcia).
28. Warto dodać, że postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, tzw. błąd lekarski, jest kategorią obiektywną, niezależną od konkretnej osoby czy okoliczności (zob. M. Nesterowicz, *Prawo...*, 2007, s. 187). Podobnie jest

z niezachowaniem należytej staranności. Stwierdzenie tych przesłanek stanowi warunek konieczny, ale jeszcze niewystarczający, do stwierdzenia odpowiedzialności lekarza. W razie odpowiedzialności cywilnej należy dodatkowo ustalić istnienie adekwatnej więzi przyczynowej między zachowaniem się lekarza a skutkiem, który z niego wynikł, zaś w prawie karnym – możliwość obiektywnego przypisania tego skutku określonej osobie. Ponadto muszą zaistnieć subiektywne przesłanki odpowiedzialności, tzn. podstawy do uznania, że lekarz był winny w czasie czynu. Oznacza to konieczność stwierdzenia, że dany lekarz, biorąc pod uwagę jego wiek, kwalifikacje, doświadczenie zawodowe oraz konkretne warunki, w jakich działał, mógł się zachować zgodnie z normą, tzn. zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej lub zasadami ostrożności obowiązującymi przy obchodzeniu się z danym dobrem. „Lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej. Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej” (wyrok SN z 10.12.2002 r., V KK 33/02, LEX nr 75498).

29. Nie każdy błąd diagnostyczny stwierdzony *ex post* może być uznany *eo ipso* za błąd sztuki lekarskiej, który należy oceniać z pozycji *ex ante*, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych przez lekarzy stawiających diagnozę czy dostępnych dla nich przy odpowiednim staraniu (wyrok SN z 8.09.1973 r., I KR 116/72, OSNKW 1974/2, poz. 26; G. Rejman, *Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego w zakresie prawa karnego materialnego za lata 1973–1974*, NP 1975/7–8, s. 1063). Z jednego z orzeczeń Sądu Apelacyjnego w Lublinie wynika, że błędem w sztuce lekarskiej jest kontynuowanie porodu siłami natury mimo istniejących od pewnego momentu bezwzględnych wskazań do dokonania zabiegu cesarskiego cięcia. Szpital ponosi odpowiedzialność zarówno za działanie lekarza wadliwie prowadzącego poród, jak i uchybienia w organizacji oddziału położniczo-ginekologicznego, które były przyczyną szkody (wyrok SA w Lublinie z 10.01.2002 r., I ACa 576/01, OSP 2003/2, s. 23, z głosem aprobowującym M. Nesterowicza, OSP 2003/2, poz. 23).
30. Popęlnienie przez lekarza błędu lekarskiego albo niezachowanie zasad należytej staranności może pociągać za sobą odpowiedzialność prawną w różnych formach, przy czym warunkiem zastosowania niektórych z nich jest wystąpienie niepożądanego skutku. Czynność lecznicza przeprowadzona niezgodnie z regułami *lege artis* lub bez zachowania należytej staranności, ale niepowodująca negatywnych skutków (choćby w postaci narażenia życia lub zdrowia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo), nie stanowi przestępstwa. Jednak może być uznana za przewinienie zawodowe podlegające jurysdykcji sądów lekarskich na podstawie ustawy o izbach lekarskich lub skutkować odpowiedzialnością cywilną za naruszenie praw pacjenta (art. 4 u.p.p. na

podstawie art. 448 k.c. pozwalającego na przyznanie poszkodowanemu pacjentowi odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę). Odpowiedzialność taka zachodzi niezależnie od odpowiedzialności cywilnej za poniesioną przez pacjenta szkodę majątkową wynikłą z błędu lekarza. Warto zaznaczyć, że w świetle art. 55 u.p.p. w sprawach cywilnych RPP może żądać wszczęcia postępowania i brać udział w toczącym się postępowaniu na prawach przysługujących prokuratorowi. Odpowiedzialność karna zachodzi tylko wówczas, gdy wskutek błędu lekarza dojdzie do naruszenia dobra pacjenta w postaci śmierci (art. 155 k.k.), uszkodzenia ciała (art. 156 i 157 k.k.) lub tylko powstania bezpośredniego niebezpieczeństwa wystąpienia takich skutków (art. 160 k.k.). W razie, gdy doszło w szpitalu do zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta w następstwie niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną diagnozy, leczenia lub zastosowania produktu lub wyrobu medycznego, a nie można ustalić indywidualnego sprawcy, art. 67a–67o u.p.p. przewidują możliwość uzyskania od ubezpieczyciela odszkodowania na podstawie stwierdzenia przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, że wystąpiło niepożądane zdarzenie medyczne będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych. (Zob. szeroko na temat wszystkich form odpowiedzialności prawnej: *System prawa medycznego*, t. 3, red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska).

31. Z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej skutek naruszenia norm ma drugorzędne znaczenie. Wiadomo, że często wystąpienie skutku lub jego uniknięcie zależy od czystego przypadku, a nie od sprawcy, który swoim zachowaniem naruszył normę. Chirurg może poważnie naruszyć zasady ostrożności lub staranności przy dokonywaniu zabiegu i nic złego z tego nie wyniknie, może też się zdarzyć, że drobne odstępstwo od tych zasad wywoła tragiczne skutki. Z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej najistotniejsze jest zawsze to, że sprawca naruszył pewne standardy postępowania, a przez to spowodował chociażby abstrakcyjne zagrożenie dla jakiegoś dobra, a także waga tego naruszenia. Dlatego też nie powinno się uzależniać bytu odpowiedzialności zawodowej od wystąpienia skutku ani jego charakteru lub rozmiarów.
32. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Obowiązek ten występuje niezależnie od obowiązku przestrzegania przepisów prawnych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Przepisy prawa uzupełniają więc dodatkowe normy zawarte w kodeksach deontologicznych i zbiorach zasad etycznych. Obowiązek przestrzegania zasad etycznych wynika także z przepisów innych niż art. 4 u.z.l. Przepis art. 8 u.i.l. stanowi o obowiązku przestrzegania zasad etyki lekarskiej równoległe z przepisami związanymi z wykonywaniem zawodu. Z przepisu art. 53 u.i.l. wynika, że członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej m.in. za zachowanie sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej.
33. W Polsce uprawnienie do uchwalania (ustanawiania) zasad etyki lekarskiej przysługuje Krajowemu Zjazdowi Lekarskiemu (art. 5 pkt 1 w zw. z art. 38 pkt 1 u.i.l.). Zjazd

w świetle poprzednio obowiązującej ustawy o izbach lekarskich z 1989 r. nie był organem Naczelnej Izby Lekarskiej, lecz najwyższą władzą samorządu lekarzy. W związku z tym przyjmowano, że jego uchwały nie podlegały kontroli Sądu Najwyższego pod kątem ich zgodności z prawem. Brak możliwości zaskarżenia uchwał Krajowego Zjazdu Lekarzy do Sądu Najwyższego uważano za ewidentną lukę prawną. Usunęła ją dopiero obowiązująca ustawa o izbach lekarskich, która w art. 35 wyraźnie stanowi, że organem Naczelnej Rady Lekarskiej jest m.in. Krajowy Zjazd Lekarzy, a w art. 19 przewiduje możliwość zaskarżenia do Sądu Najwyższego przez Ministra Zdrowia uchwały organu izby lekarskiej pod zarzutem niezgodności z prawem w terminie 6 miesięcy od jej otrzymania.

34. Obowiązujący kodeks etyki lekarskiej został przyjęty w 1991 r., a następnie zmieniony w 1993 r. oraz 2003 r. Kodeks ten w ocenie Trybunału Konstytucyjnego „nie jest aktem normatywnym” wydanym przez organ państwowy w rozumieniu art. 1 poprzednio obowiązującej ustawy z 29.04.1985 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz.U. z 1991 r. Nr 109, poz. 470 ze zm.), w związku z tym Trybunał nie jest kompetentny do jego rozpoznawania pod kątem zgodności z Konstytucją RP. Pogląd ten pozostaje aktualny na gruncie art. 3 obowiązującej ustawy z 25.06.2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz.U. poz. 1064 ze zm.). Brak właściwości Trybunału Konstytucyjnego co do oceny norm deontologicznych zawartych w kodeksie etyki lekarskiej wynika, zdaniem Trybunału, nie tylko z tego, że kodeks został uchwalony przez władze samorządu lekarskiego, lecz z charakteru tych norm. Jednak normy etyczne mogą być inkorporowane przez akt prawny do systemu obowiązującego prawa i wtedy dookreślają treść norm prawnych zawartych w ustawie. Ustawa o izbach lekarskich dokonała właśnie takiej inkorporacji norm kodeksu etyki lekarskiej. Tak dookreślone normy prawne mogą stanowić przedmiot badania Trybunału z punktu widzenia ich legalności i wpływu na wewnętrzną spójność systemu prawa. Orzeczenie zostało wydane w związku z zaskarżeniem kilku przepisów pierwotnej wersji kodeksu, które były sprzeczne z obowiązującym prawem. Do tego orzeczenia zgłoszono cztery zdania odrębne. W większości z nich polemizowano z twierdzeniem Trybunału, że kodeks etyki lekarskiej nie jest aktem normatywnym. Krytykę tę należy podzielić z tym zastrzeżeniem, że uznanie kodeksu za akt normatywny wymagałoby w obecnym stanie prawnym zmiany przepisu art. 87 Konstytucji RP, przewidującego tzw. zamknięty katalog źródeł powszechnie obowiązującego prawa, do którego zalicza się – poza Konstytucją RP – tylko ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe i rozporządzenia. Jednak na gruncie obowiązującej w czasie wydania omawianego orzeczenia Konstytucji z 1952 r. po zmianach z 1992 r. nie istniała taka przeszkoda. Decydującym argumentem przemawiającym za powstaniem wątpliwości odnośnie do normatywnego charakteru kodeksu etyki lekarskiej były w ocenie sędziego K. Działochy – autora jednego ze zdań odrębnych – te przepisy ustawy o izbach lekarskich, które ustanawiają odpowiedzialność zawodową lekarzy. Z treści przepisu art. 4 u.z.l., a także art. 8 pkt 1 oraz art. 53 u.i.l. wynika, że przepisy kodeksu etyki lekarskiej mają moc powszechnie obowiązującą w stosunku do lekarzy, a ich respektowanie jest gwarantowane przepisami ustawy, które nakładają na

władze samorządu lekarskiego obowiązek dbałości przestrzeganie zasad etyki lekarskiej. Zatem są to normy prawnie sankcjonowane, przy czym odpowiedzialność zawodowa za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej została potraktowana w ustawie na równi z odpowiedzialnością za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Zrównanie to widoczne jest zarówno w procedurze realizacji odpowiedzialności, systemie organów orzekających, jak i katalogu kar wymierzanych lekarzowi, z których część, jak np. kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres od roku do lat 5 oraz kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu na zawsze (art. 83 u.i.l.), wkracza głęboko w sytuacje prawne lekarzy ukształtowane przez obowiązujące ustawy. Co więcej, od prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, podobnie jak od orzeczeń sądów powszechnych, przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego. „Władzy zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza nie można zatem uzasadniać władztwem korporacji lekarskiej. Jest ona czymś więcej – przejawem imperium państwa wykonywanego przez samorząd lekarski zamiast państwa, a ostatecznie dowodem uczestnictwa samorządu lekarskiego w realizacji administracji publicznej (...) skoro lekarz może być ukarany tego rodzaju karą jak zawieszenie i pozbawienie prawa wykonywania zawodu, nie tylko za naruszenie przepisów ustawowych, lecz także za naruszenie KEL, to nie sposób odmówić Kodeksowi znaczenia aktu normatywnego” (zob. zdanie odrębne sędziego K. Działochy do postanowienia TK z 7.10.1992 r., U 1/92, OTK 1992/2, poz. 38). W cytowanym postanowieniu Trybunał nie wyjaśnił jednak, jak wygląda sytuacja prawna lekarza, który zachowa się wprawdzie zgodnie z prawem, ale z naruszeniem przepisu kodeksu etyki lekarskiej. Odpowiedź na to pytanie znalazła się natomiast w uchwale TK z 1993 r., w której Trybunał stwierdził, że przepisy ustawy o izbach lekarskich nie mają zastosowania w zakresie, w którym zachowanie lekarza jest zgodne z nakazem lub zakazem albo upoważnieniem obowiązującej ustawy. Innymi słowy Trybunał wyjaśnił, że lekarz może zachować się zgodnie z prawem, naruszając równocześnie przepisy kodeksu etyki lekarskiej, bez ryzyka, że zostanie przeciwko niemu wszczęte postępowanie wyjaśniające lub dojdzie do ukarania go z tego tytułu przez sąd lekarski (uchwała TK z 17.03.1993 r., W 16/92, OTK 1993/1, poz. 16, z glosą krytyczną A. Gubińskiego, W 16/92, PiP 1993/9, s. 104).

35. Problem zgodności z Konstytucją RP art. 52 ust. 2 KEL, wyrażającego tzw. zasady lojalności (dookreślającego art. 8 pkt 1 oraz art. 53 u.i.l.), był przedmiotem badania Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał w wyroku z 23.04.2008 r., SK 16/07, OTK-A 2008/3, poz. 45, orzekł, że przepis ten w zakresie, w którym ogranicza konstytucyjną zasadę wolności wypowiedzi, jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Chodziło w szczególności o to, że przepis ten nie powinien być interpretowany jako przewidujący zakaz upowszechniania zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego opinii na temat działalności zawodowej innego lekarza. Badana sprawa dotyczyła sytuacji, w której skarżąca podjęła polemikę z kierownikiem katedry, w której była zatrudniona, odnośnie do zasadności punkcji lędźwiowych przeprowadzanych na dzieciach, które przeszły poświnkowe zapalenie opon mózgowych.

Uczyniła to w ten sposób, że niezależnie od poinformowania o sprawie organu samorządu lekarskiego wyraziła swój protest przeciwko przeprowadzaniu tych zabiegów w publikacji prasowej. W związku z tą publikacją skarżącą uznano za winną popełnienia przewinienia zawodowego w postaci naruszenia art. 52 ust. 2 KEL (zakazującego m.in. publicznego „dyskredytowania” innego lekarza w związku z prowadzoną przez niego działalnością zawodową), wymierzając jej karę nagany (zmienioną w trybie odwoławczym przez Naczelny Sąd Lekarski na karę upomnienia). Sądy lekarskie obu instancji oparły swoje rozstrzygnięcie na stwierdzeniu, że art. 52 ust. 2 KEL sankcjonuje sam fakt publicznej wypowiedzi dyskredytującej innego lekarza, niezależnie od jej ewentualnej prawdziwości oraz bez badania, czy zarzut został podniesiony w interesie publicznym. W ocenie Trybunału taka nieprawidłowa praktyka doprowadziła do tego, że sądy lekarskie przez publiczne dyskredytowanie rozumiały każdą publicznie wyrażoną krytykę, nie badając powodów (motywów) jej wygłoszenia ani też prawdziwości stawianych zarzutów. Jak podkreślił Trybunał, wyrok ten ma charakter zakresowy, co znaczy, że norma dekodowana z art. 52 ust. 2 KEL jest obarczona wadliwością konstytucyjną jedynie w pewnej części (przy określonym sposobie rozumienia). Dla sadowania stanu niekonstytucyjności *pro futuro* nie jest więc konieczna interwencja ze strony właściwych organów samorządu lekarskiego. Osiągnięcie pożądanego rezultatu może nastąpić przez zmianę wykładni art. 52 ust. 2 KEL dokonywanej w orzecznictwie sądów lekarskich w kierunku zgodnym z treścią wyroku Trybunału Konstytucyjnego – tj. uznania, że pojęcie dyskredytowania oznacza publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą lub bez związku z ochroną interesu publicznego, wyłącznie lub przede wszystkim w celu podważenia autorytetu (zaufania do) innego lekarza. Jednak jest pożądana taka zmiana treści art. 52 KEL, która uniemożliwiłaby wypaczenie sensu tego postanowienia podczas jego stosowania (sentencja wyroku została ogłoszona 13.05.2008 r. w M.P. Nr 38, poz. 342; postanowieniem TK z 29.04.2008 r. sprostowano oczywistą omyłkę pisarską w M.P. Nr 38, poz. 341).

36. Kodeks etyki lekarskiej nie wymienia wszystkich zasad etycznych, którymi powinien się kierować lekarz wykonujący zawód, ani też wszystkich naruszeń deontologicznych, których może się on dopuścić. Dostrzegając, że nawet najdalej idąca kazuistyka nie jest w stanie wyczerpać materii, kodeks etyki lekarskiej w art. 76 stanowi, że w przypadkach w nim nieprzewidzianych lekarz powinien kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach samorządu lekarskiego, orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie. Na tle odpowiedzialności zawodowej adwokatów słusznie zwracano jednak uwagę, że wraz ze zmianą warunków również pewne zwyczaje będą ulegać zmianom w miarę upływu czasu (zob. Z. Czeszejko, Z. Krzemiński, *Odpowiedzialność dyscyplinarna adwokatów*, Warszawa 1971, s. 6). W teorii prawa podkreśla się, że weryfikacja czy falsyfikacja twierdzenia o obowiązywaniu pewnej normy jako normy obyczajowej jest w wielu przypadkach trudna do przeprowadzenia ze względu na mglistość i nieprecyzyjność kryteriów oceny. Zatem ustalenie materialnych wymogów stawianych prawnemu obowiązywaniu norm zwyczajowych wymagałoby badań historyków prawa lub historyków kultury