

**Autoreferat**  
**PRZEDSTAWIAJĄCY OPIS DOROBKU**  
**I OSIĄGNIĘĆ NAUKOWYCH**

**Dr Iwona Wrześniewska-Wal**  
ORCID: 0000-0002-8892-5985  
Centrum Medyczne  
Kształcenia Podyplomowego

Warszawa, 2021

1. **Imię i nazwisko:** Iwona Wrześniewska-Wal
2. **Stopnie naukowe, tytuły, dyplomy ukończenia studiów** Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

### 2.1. Wykształcenie:

Rok	Wydział	Uczelnia
1993	Lekarz, Wydział Lekarski	Akademia Medyczna w Warszawie
1996	Magister nauk prawnych, Wydział Prawa i Administracji	Uniwersytet Warszawski
2006	Doktor nauk prawnych, Wydział Prawa i Administracji	Uniwersytet Warszawski

Tabela 1.

Tytuł magistra prawa uzyskałam w 1996 r. na podstawie pracy: *Reklamy produktów leczniczych w świetle prawa farmaceutycznego*. Promotorem był dr Wiesław Opalski (Uniwersytet Warszawski) (tabela 1).

Stopień doktora nauk prawnych w 2006 r. otrzymałam na podstawie rozprawy: *Wprowadzanie do obrotu żywności genetycznie zmodyfikowanej. Aspekty prawne*. Promotorem była prof. dr hab. Małgorzata Korzycka, a recenzentami: prof. dr hab. Roman Budzinowski (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) oraz prof. dr hab. Paweł Czechowski (Uniwersytet Warszawski).

### 2.2. Tytuły zawodowe:

Rok	Tytuł zawodowy	Miejsce uzyskania
2013	Radca prawny	Okręgowa Izba Radców Prawnych w Warszawie (egzamin złożony po aplikacji w OIRP w latach 2010-2013)
2019	Specjalista zdrowia publicznego	Państwowy Egzamin Specjalizacyjny złożony po szkoleniu specjalizacyjnym z zakresu zdrowia publicznego 2013-2018

Tabela 2.

### 2.3. Dyplomy:

Rok	Typ ukończonych studiów	Uczelnia
2017	Podyplomowe Studia Prawa Karnego Materialnego i Procesowego	Uniwersytet Jagielloński
2013	Studium Podyplomowe Prawa dowodowego	Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
2012-2013	Podyplomowe Studium z ochrony własności intelektualnej dla nauczycieli akademickich	Uniwersytet Warszawski
2002-2003	Podyplomowe Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny	Uniwersytet Warszawski
1999-2000	Studia Podyplomowe Zarządzania Funduszami Ubezpieczeń Zdrowotnych	Wyższa Szkoła Ubezpieczeń i Bankowości w Warszawie

Tabela 3.

## 2.4.Nagrody:

Rok	Nazwa odznaki
2018	Odznaka honorowa Ministra Zdrowia za zasługi dla ochrony zdrowia” w uznaniu osiągnięć w zakresie kształcenia i podnoszenia kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia
2017	nagroda zespołowa dydaktyczna st. III, CMKP za artykuły pracowników Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania zamieszczone w „Postęпах Nauk Medycznych” nr 5/2016
2016	nagroda zespołowa dydaktyczna st. III, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
2015	nagroda zespołowa dydaktyczna st. III, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
2013	nagroda zespołowa dydaktyczna st. III, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
2012	nagroda zespołowa dydaktyczna st. II, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego CMKP
2011	nagroda zespołowa dydaktyczna st. III, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
2009	indywidualna dydaktyczna st. I, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego za monografię „Żywność genetycznie zmodyfikowana. Aspekty prawne” Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008

Tabela 4.

## 3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych

Od 1 października 2016 r. stanowisko: starszy wykładowca, Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego (do 2020 r. Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania), Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Od 1 października 2006 r. do 30 września 2016 r. stanowisko: adiunkt, Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

W 1 października 2003 r. do 30 września 2006 r. stanowisko: asystent, Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

### 3.1. Funkcje pełnione w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

- członek Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Przedstawiciel Pracowników Naukowych (2020-2024);
- Zastępca Dyrektora Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (2014-2018);
- p.o. kierownik Zakładu Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego, Szkoły Zdrowia Publicznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (od 2011 do nadal)
- członek komisji Antymobbingowej powołanej przez Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (2011 r.);
- kierownik naukowy kursów dla lekarzy wszystkich specjalności m.in. „Prawo medyczne” oraz „Zdrowie publiczne cz.2” (od 2011 do nadal);
- kierownik naukowy kursów specjalizacyjnych z dziedziny prawa dla lekarzy, którzy wybrali specjalizacje ze zdrowia publicznego m.in. „Podstawy prawa”, „Bioetyka”, „Wybrane zagadnienia prawne i deontologiczne w systemie opieki zdrowotnej. Orzecznictwo lekarskie”,

- „Międzynarodowe problemy zdrowia. Integracja europejska w ochronie zdrowia” oraz „Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia”. (od 2011 r. do nadal);
- kierownictw naukowy kursów dla magistrów specjalizujących się w zdrowiu publicznym: „Podstawy teorii zdrowia publicznego. Podstawy ekologii”, „Zagadnienia prawa medycznego w ochronie zdrowia. Psychologia i socjologia procesie zarządzania” (2011 -2013).

### 3.2. Funkcje pełnione w jednostkach naukowych

Rok	Funkcja	Miejsce
2016 - 2020	wykładowca na Podyplomowych Studiach Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny (od 2008 do nadal). Tematy wykładów: <i>Zdrowie publiczne w regulacjach prawa międzynarodowego i polskiego</i> (4 godz.) oraz <i>Dowody w medycznych procesach cywilnych</i> (4 godz.).	Uniwersytet Warszawski Wydział Prawa i Administracji
2009-2013	Wykładowca na Podyplomowych Studiach, Specjalizacja: Zarządzanie w Ochronie Zdrowia. Tematy wykładów: <i>Odpowiedzialność cywilna i karna personelu medycznego</i> , <i>Prawo pracy w ochronie zdrowia</i>	Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania
od 2011 do nadal	wykładowca na Studia Podyplomowych Zarządzanie Podmiotami Lecznicznymi. Tematy wykładów: <i>Prawo medyczne (karne i cywilne)</i> (8 godz.), <i>Elementy prawa gospodarcze</i> (4 godz.)	Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
2014-2015	Studium Podyplomowe Prawa dowodowego. Temat wykładów: <i>Postępowanie dowodowe w szkodach medycznych</i>	Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Prawa i Administracji
2007 – 2015	wykładowca na Studiach Podyplomowych Bezpieczeństwo i Jakość w Łańcuchu Żywnościowym. Tematy wykładów: <i>Żywność genetycznie modyfikowana</i>	Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Wydział Nauk o Żywności
2017	Centrum Studiów Podyplomowych i Szkoleń Uniwersytetu Humanistycznospołecznego - wykładowca Kierunek Prawo medyczne i farmaceutyczne, blok Prawa Pacjenta. Tematy wykładów: <i>Dokumentacja medyczna</i> , <i>Ochrona danych medycznych</i>	Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie
2006-2009	Studia magisterskie: Zdrowie publiczne – wykładowca, prowadzący przedmiot. Prowadziłam zajęcia <i>Prawo w ochronie zdrowia</i>	Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie
2005-2010	Studia magisterskie: Fizjoterapia- wykładowca, prowadzący przedmiot, Studia magisterskie: <i>Audiofonologia z protetyką słuchu</i> - wykładowca, prowadzący przedmiot. Prowadziłam zajęcia <i>Prawo medyczne</i>	Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu

Tabela 5.

#### **4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy.**

Monografia naukowa pt. **Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich**, Warszawa 2020 r., Wydawnictwo Wolters Kluwer, ISBN: 978-8223-047-5, ss. 402.

Recenzja wydawnicza dr hab. Michał Królikowski.

##### **4.1. Geneza pracy – wybór tematu i uzasadnienie wyboru tematu**

Temat rozprawy mieści się w szerszej problematyce prawa publicznego dotyczącej samorządów zawodów zaufania publicznego. Samorząd zawodowy zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, ma z jednej strony za zadanie reprezentowanie osób wykonujących zawód zaufania publicznego, z drugiej strony i tego dotyczy temat monografii, sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Termin „piecza nad należyтым wykonywaniem zawodu zaufania publicznego” jest rozumiany szeroko od dokonywania czynności związanych z wykonywaniem zawodu, poprzez przygotowanie do jego wykonywania i ustalaniem zasad etyki do organizacji i działania organów sądownictwa zawodowego. Prawo publiczne w ramach którego orzekają organy odpowiedzialności zawodowej ma zawsze służyć dobru człowieka. Co istotne ograny odpowiedzialności zawodowej mogą szybko i zdecydowanie reagować na występujące patologie, wydaje się, że nawet efektywniej niż powszechny wymiar sprawiedliwości. W ostatnich latach można zauważyć wyraźny wzrost znaczenia tej problematyki w życiu publicznym, co wiąże się ze wzrostem oczekiwań społecznych wobec osób wykonujących zawody zaufania publicznego m.in. lekarzy.

Istniała więc konieczność ustosunkowania się do tych zagadnień w monografii. Należy także zauważyć, że z jednej strony rozwój medycyny, w tym metod diagnostycznych i leczniczych sprawił, iż reguły postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stały się kategorią obiektywną, lecz z drugiej należy pamiętać, że pomimo tego rozwoju cały czas w medycynie jest obszar pewnych zjawisk, które wciąż nie są wystarczająco zbadane i wyjaśnione, a reguły postępowania nie obejmują sytuacji nadzwyczajnych, zaskakujących i nie spotykanych wcześniej przypadków. W związku z tym reguły te należy jednak odnosić do konkretnego przypadku i możliwości działania lekarza zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w tej sytuacji. Tymczasem w regulacjach dotyczących odpowiedzialności zawodowej (ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz. U. z 2021, poz. 1342, dalej u.i.l.) nie ma wyczerpującej definicji przewinienia zawodowego, która obejmowałaby wszystkie możliwe sytuacje, gdyż podstawa etyczna tej odpowiedzialności nie pozwala na stosowanie zasady *nullum crimen sine lege* (Wyrok TK z 26 listopada 2003 r., sygn. SK 22/02, OTK ZU nr 9/A/2003, poz. 97). Należy także zaznaczyć, że ze względu na częstą lapidarność przepisów dotyczących odpowiedzialności zawodowej, to właśnie praktyce orzecniczej przypada rola interpretacji reguł, na których opiera się rzetelne wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry.

Zauważając powyższą lukę w nauce prawa dotyczącą braku opracowań teoretycznych i badań empirycznych, zdecydowałam się wykonać powyższe badania, mając ku temu przygotowanie medyczne i prawnicze oraz wieloletnie doświadczenie dydaktyczne w pracy z lekarzami. Efektem tych prac jest

przedstawiana monografia. „**Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich**” to pierwsze opracowanie poświęcone organom odpowiedzialności zawodowej lekarzy i jednocześnie ich orzecznictwu. Do tej pory wszelkie publikacje prawnicze w zasadzie poświęcone były odpowiedzialności dyscyplinarnej zawodów prawniczych, brakowało pogłębionej analizy problematyki odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Publikacja ma charakter prawny, choć ze względu na specyfikę przedmiotu znajdują się w niej również wątki medyczne.

#### 4.2. Cel naukowy

Monografia „**Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich**” podejmuje zagadnienie funkcji orzecznictwa sądów lekarskich i zadań jakie mogą one spełnić w systemie prawa, a głównie w dziedzinie prawa medycznego. Ocena ta została dokonana wokół **dwóch zasadniczych celów badawczych**. Cel **pierwszy** dotyczył ustalenia i zbadania normatywnego modelu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, **drugi** badania tego modelu w praktyce orzeczniczej sądów lekarskich.

Pierwszy problem badawczy związany jest z odpowiedzią na pytanie czy istniejący model normatywny odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest adekwatny, by realizować zakładane w art. 17 Konstytucji RP cele. W niniejszej dysertacji postawiłam hipotezę badawczą, iż na gruncie obowiązującego prawa normatywny model odpowiedzialności zawodowej lekarzy oparty na procedurze karnej i fundamentalnych instytucjach materialnego prawa karnego realizuje cel związany ze sprawowaniem pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry. Aczkolwiek obowiązująca metoda legislacyjna przyjęta przez ustawodawcę nie uwzględnia szczególnego charakteru przedmiotu regulacji, jakim jest specyfika wykonywania zawodu lekarza, co w mojej opinii otwiera pole dla orzecznictwa sądowego i daje możliwość prowadzenia dalszych badań. W konsekwencji prowadzi to do konieczności wskazania pewnych charakterystycznych cech przewinień zawodowych lekarzy oraz wyznaczenia granic odpowiedzialności zawodowej, gdyż głównym zagrożeniem dla prawidłowej realizacji zadań samorządu jest arbitralność.

Drugi problem badawczy wiąże się z praktyką orzecznictwa sądów lekarskich, która to różni się od pola kognicji sądów powszechnych cywilnych i karnych, nawet gdy naruszenie dotyczy tego zdarzenia jakim jest udzielanie świadczeń (wyjątkiem jest tożsamość podmiotowo-przedmiotowa czynu w odpowiedzialności zawodowej i karnej, choć i tu w ostatnim czasie nie ma jednolitej linii orzeczniczej SN). Co istotne pojęcie przewinienia zawodowego ujęte jest formalnie, czyli bezskutkowo, gdyż brak należytej staranności nie jest zależny od wyrządzenia uszczerbku na jakichkolwiek dobrach chronionych prawnie.

Z badawczego punktu widzenia do oceny normatywnego modelu odpowiedzialności zawodowej lekarzy (pierwszy cel badawczy) zasadne było w pierwszej kolejności przedstawienie wynikającego z art. 17 Konstytucji RP umocowania ustawowego sądownictwa zawodowego lekarzy, nie należącego przecież do powszechnego wymiaru sprawiedliwości. Podkreślona została specyfika składów sądu lekarskiego - w pierwszej instancji trzech lekarzy a w drugiej pięciu, co daje rękojmię fachowości w



kwestiach merytorycznych, a jednocześnie przy nieprofesjonalnych składach sędziowskich w pewnym stopniu istnieje zagrożenie związane z brakiem znajomości procedury karnej. Dalsza realizacja celów badawczych dotyczyła szczegółowej analizy aspektów materialnych, a przede wszystkim przewinienia zawodowego, które jest centralnym pojęciem związanym z odpowiedzialnością zawodową. Mając na uwadze specyfikę tego pojęcia (istnienie przesłanki etycznej i prawnej) nawiązałam do korzeni aksjologicznych etyki lekarskiej, które wykraczają poza jeden system prawny. Postawa humanizmu, która jest nierozdzielnie związana z aktywnością lekarza od wielu pokoleń w Europie była kształtowana w oparciu o wątki etyczne Hipokratesa i religii chrześcijańskiej. I to właśnie przesłanka etyczna przewinienia zawodowego sprawia, że nie jest możliwe stworzenie zamkniętego katalogu przewinień zawodowych. Katalog taki byłby zresztą sprzeczny z art. 17 Konstytucji RP. Nie oznacza to jednak, że wystarczające jest tylko ogólne obwinienie lekarza o zachowanie sprzeczne z prawem lub etyką. W mojej opinii, co wykazałam w monografii pożądane jest, aby najpierw sąd lekarski wskazał i ukonkretnił model właściwego zachowania lekarza, a dopiero w następnej kolejności ustalił dokładnie jakie przepisy stanowiące przewinienie zawodowe oraz zasady etyczne naruszył obwiniony. Powyższy wniosek wynika z gwarancji konstytucyjnych, których ocena została dokonana w dalszej części wywodu. Zobowiązują one ustawodawcę, aby w taki sposób ukształtował przepisy regulujące każdego rodzaju odpowiedzialność represyjną, w tym zawodową, by chroniła cenne społecznie dobra a jednocześnie autonomię samorządu zawodowego lekarzy. Co istotne orzecznictwo TK wskazuje, że brak jest podstaw prawnych do formułowania pod adresem ustawodawcy obowiązku tworzenia wyczerpującego katalogu przewinień zawodowych. Zasady doprecyzowania zachowań karalnych mogą znajdować się w także w zarządzeniach, statutach i zbiorach zasad wydanych przez organy samorządowe. Jednak precyzyjność przewinienia zawodowego przejawia się w tym, że treść zarzutu jest oczywista i pozwala na egzekwowanie stawianych przed profesjonalistą medycznym wymagań. Mając na względzie powyższe gwarancje oraz ustawowe odesłanie do I-III k.k. i art. 53 k.k. do konstruowania normatywnego modelu odpowiedzialności zawodowej lekarzy posłużyłam się strukturą przesłanek zbliżoną do struktury czynu zabronionego w odpowiedzialności karnej. Wzorując się na prawie karnym i uwzględniłam uwzględniając specyfikę zawodu lekarza przyjąłam następujący układ przesłanek: czyn zawiniony objęty świadomością i wolą, bezprawność zawodowa (naruszenie zakazów przewidzianych przez prawo zawodowe), społeczna (korporacyjna) szkodliwość tj. wpływającego ujemnie na pełnienie zawodu i jego godność. Wykazałam, że zaistnienie wszystkich tych przesłanek, tak jak w prawie karnym, jest niezbędne do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności zawodowej. Dalsze badania modelu normatywnego uwzględniały przepisy proceduralne ulokowane jedynie fragmentarycznie w ustawie o izbach lekarskich (przepisy te odnoszą się głównie do postępowanie przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, stron postępowania i instancyjności) oraz procedury karnej. Szczególną rolę w rekonstrukcji tego modelu odgrywała rola i pozycja SN. Dodatkowo w celu uwypuklenia pewnych cech modelu odpowiedzialności zawodowej lekarzy wskazałam i oceniłam orzecznictwo SN, zarówno w ramach kasacji jak i skargi na uchylenie wyroku sądu

odwoławczego, którym w tym wypadku jest Naczelny Sąd Lekarski. Jednak omawiana praca nie jest tylko opisem i oceną tego modelu, choć niewątpliwie ukazuje jego główne cechy. Podstawowym celem pracy była odpowiedź na pytanie badawcze: czy i w jaki sposób orzeczenia sądów lekarskich wpływają na system prawa (drugi cel badawczy). Wymagało to podzielenia rozważań na trzy poziomy. Po pierwsze czy i jakie korzyści dla całego systemu prawnego przynosi judykatura sądów lekarskich? Czy orzeczenia sądów lekarskich oddziałują na działania sądów powszechnych i w jaki sposób? Jaką szczególną rolę orzecznictwo sądów lekarskich spełnia w obrębie prawa medycznego? Po trzecie, czy orzecznictwo to przynosić korzyść w zakresie edukacji i kształtowania postaw w obrębie korporacji zawodowej lekarzy?

#### **4.3. Struktura rozważań**

Monografia składa się z wstępu, siedmiu rozdziałów oraz podsumowania i zakończenia.

W **pierwszym rozdziale** przedstawione zostały ustrojowe podstawy samorządów zawodów zaufania publicznego, w tym samorządu lekarzy. Podkreślenia wymaga fakt, że Polska należy do tych krajów Europy w których Konstytucja wprost zawiera odniesienie do zawodów zaufania publicznego a przepisy regulujące status tych zawodów zostały umiejscowione w rozdziale pierwszym ustawy zasadniczej. Oznacza, to że samorząd zawodowy jest jednym z filarów, na którym ma się opierać ustrój państwa (TK z 23.4.2008 r., SK 16/07, OTK-A 2008, Nr 3, poz. 45), tym samym rola orzecznictwa zawodowego jest istotna. Nie ulega wątpliwości, że sprawowanie sądownictwa zawodowego ma uzasadnienie prawne. W pracy potwierdziłam tezę, że już samo umocowanie sądownictwa zawodowego w art. 17 Konstytucji RP wskazuje na jego publiczno-prawny charakter. Jednak gwarancją należytego wykonywania zadań organów samorządu lekarskiego jest ich niezależność (art. 54 ust. 1 u.i.l.). Pomimo, iż sędziowie sądu lekarskiego nie należą do powszechnego wymiaru sprawiedliwości i podlegają przepisom powszechnie obowiązującego prawa (art. 81u.i.l.).

W **drugim rozdziale** pracy wskazałam na swoistość odpowiedzialności zawodowej lekarzy, która wynika nie tylko jej ukształtowania w sferze ustrojowej i proceduralnej, lecz przede wszystkim z materialnoprawnych podstaw, którą stanowią nie tylko normy prawne, ale i etyczne. Instytucje prawa materialnego zostały podzielone na trzy grupy: przewinienie zawodowe, kary i przedawnienie. Fundamentalne dla całej odpowiedzialności zawodowej jest pojęcie przewinienia zawodowego. W pewnych aspektach, co podkreśliłam w monografii przewinienie zawodowe lekarzy ukształtowane jest odmiennie od przestępstwa w prawie karnym. Po pierwsze stanowi naruszenie przepisów prawa i etyki zawodowej, co sprawia, że precyzyjna typizacja przewinień nie jest możliwa. Po drugie ma charakter formalny w związku z czym nie zależy od szkody w postaci narażenia na konkretne niebezpieczeństwo. Aczkolwiek pociągnięcie do odpowiedzialności zawodowej, tak jak w innych rodzajach odpowiedzialności represyjnej jest możliwe po spełnieniu przesłanek konstruowanych analogicznie do prawa karnego. Rozważania w tym rozdziale dotyczyły również kwestii, czy każdy czyn zabroniony przez prawo (przestępstwo, wykroczenie) można uznać za przewinienie zawodowe? Przyjęłam i broniłam tezy, iż przewinieniem zawodowym nie jest popełnienie każdego wykroczenia, a nawet



przestępstwa i nie jest celowe, za każdym razem wszczynanie postępowania zawodowego, gdyż inna jest funkcja prawa karnego a inna odpowiedzialności zawodowej. Kolejną charakterystyczną dla odpowiedzialności zawodowej lekarzy instytucją prawa materialnego jaką zaprezentowałam w pracy są kary. Wskazuję na podstawową różnicę z prawem karnym, która polega na tym, że przepisy ustawy o izbach lekarskich zawierają zamknięty katalog określonych kar, ale bez przypisania ich do określonych przewinień zawodowych. Istotne jest, zatem, aby sąd lekarski wnikliwie i rzetelnie oraz w sposób zindywidualizowany analizował: zasadność wymierzenia kary oraz jej wysokość (opierając się na art. 53 k.k.). Niewątpliwie jednak kary zawodowe wyróżniają się tym, że mają służyć przede wszystkim przeciwdziałaniu takim zachowaniom, które mogłyby pozbawić lekarzy jako grupę zawodową wiarygodności i zaufania w opinii publicznej (wyrok TK z dnia 27 lutego 2001 r., K 22/00, OTK ZU 2001, nr 3, poz. 48 - dotyczący nauczycieli akademickich).

**Trzeci rozdział** przedstawia postępowanie przed organami odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Moje badania pokazały, że *de lege lata* to postępowanie należy określić, jako postępowanie swoiste dla tej grupy zawodowej, w którym odpowiednio stosuje się przepisy k.p.k. Analizowałam zasady postępowania przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej oraz reguły procesu przed sądami lekarskimi pierwszej i drugiej instancji. W rozprawie szczegółowo wskazuję na postępowanie dowodowe, w tym rolę i udział biegłego, który też jest lekarzem. Dodatkowo oceny tych dowodów dokonują osoby wykonujące ten sam zawód, czyli lekarze. Z tego powodu sądownictwo zawodowe może szybko i merytorycznie rozstrzygnąć sprawę. Bronię tezy, że ten model jest właściwy. Na zakończenie rozdziału przedstawiłam wnioski *de lege ferenda*, które pozwolą lepiej zabezpieczyć interes pokrzywdzonego pacjenta, a także obwinionego lekarza. W głównej mierze dotyczą one postępowania mediacyjnego, które nie jest wykorzystane ze względu na wadliwość przepisów ustawy o izbach lekarskich.

Kolejny **czwarty rozdział** pracy określa pozycję i rolę Sądu Najwyższego w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. SN rozpatruje kasację od orzeczeń sądów lekarskich oraz skargę na orzeczenie lekarskiego sądu odwoławczego przekazującego sprawę do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji. W tym rozdziale pracy badania zostały potwierdzone analizą statystyczną, która została przeze mnie przeprowadzona: po pierwsze na podstawie liczby kasacji składanych do SN, po drugie na podstawie liczby uchylonych i przekazanych do ponownego rozpoznania orzeczeń NSL. Stawiam i bronię tezę, że w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy Sąd Najwyższy posiada inną rolę niż w postępowaniu karnym, gdyż na wcześniejszym etapie postępowania orzekają jedynie sądy zawodowe – lekarskie. Z analizy danych za lata 2011-2019 wynika, że mimo zmian w k.p.k. liczba uchylanych przez NSL orzeczeń w sposób znaczący nie zmieniła się. Oznacza to, że ten nowy instrument (skarga została wprowadzona do przepisów k.p.k. w 2016 r.) nie wpłynął na orzecznictwo sądów lekarskich. Natomiast w mojej opinii w pewnych sytuacjach może wpłynąć na wydłużenie czasu rozpatrywania sprawy i doprowadzić do przedawnienia. Tymczasem kasacja w postępowaniu zawodowym lekarzy kontroluje orzeczenia sądów lekarskich, a zakres tej kontroli jest znacznie szerszy niż kasacji karnej. W rezultacie

podstawy kasacji w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy różnią się swym zakresem, gdyż kasacja w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być wniesiona z powodu rażącego naruszenia prawa, jaki i rażącej niewspółmierności kary, co daje postawę do rzetelnej kontroli zaskarżonego orzeczenia. Znaczna liczba oddalonych lub uznanych za bezzasadne przez SN kasacji potwierdza postawioną tezę badawczą, że orzecznictwo sądów lekarskich jest stabilne.

W **rozdziale piątym** przedstawiłam zależności, jakie zachodzą pomiędzy postępowaniem cywilnym, karnym i zawodowym lekarzy. Interesowało mnie szczególnie postępowanie dowodowe i możliwość wykorzystania dowodów, które były przeprowadzone w sądzie lekarskim. Punktem wyjścia rozważań było pojęcie „należyta staranność”- termin prawa cywilnego, lecz poprzez nawiązanie do art. 4 ustawy o zawodzie lekarza również odnoszący się również do odpowiedzialności zawodowej lekarzy. W pracy wskazałam, że między postępowaniem cywilnym a zawodowym lekarzy może zachodzić związek faktyczny lub prawny. Niewątpliwie choć orzeczenia sądu lekarskiego nie mają mocy prejudykatu, w przepisach prawa nie znajdziemy również odpowiednika art. 11 k.p.k. to z całą stanowczością należy podkreślić, że mają one wpływ na inne toczące się równolegle lub później postępowania: karne i cywilne. Można z całą stanowczością określić je jako kierunkowe dla sądów powszechnych. Potwierdzają to również prowadzone w dalszej części badania empiryczne.

**Rozdział szósty** przedstawia prowadzone przez mnie badania empiryczne i ich analizę. Stanowią one dopełnienie przedstawionych wcześniej rozważań teoretycznych. W ostatniej części monografii w **rozdziale siódmym** prezentuję wybrane orzeczenia sądów lekarskich z okresu 2015-2018 oraz pojedyncze sprawy z 2019 r. Przedstawienie tych orzeczeń miało na celu prezentację praktyki orzeczniczej, gdyż rozstrzygnięcia sądów lekarskich nie są publikowane. W mojej opinii publikacja spowodowałaby większą transparentność sądownictwa lekarskiego oraz uwrażliwienie doktryny i ustawodawcy na występujące w praktyce problemy.

#### **4.4. Metodyka pracy**

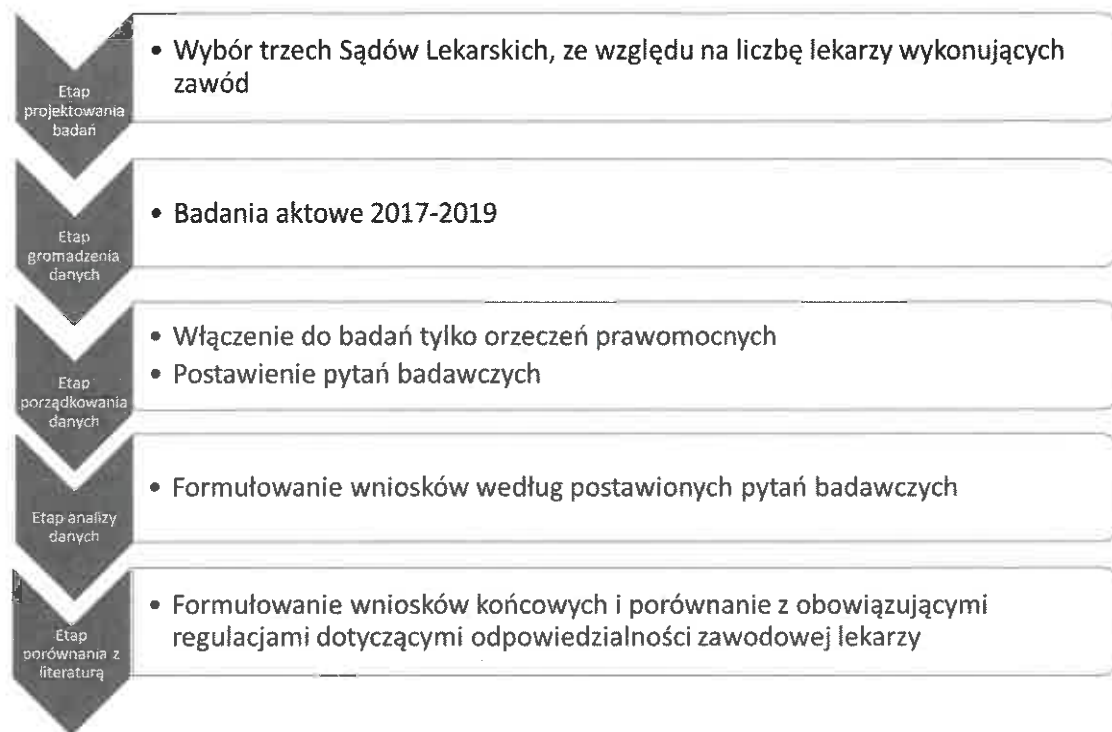
W monografii pt. „Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich” zostały zastosowane trzy metody: dogmatyczna, historyczna oraz analiza statystyczna.

Metoda **dogmatyczna** stanowiła fundamentalne narzędzie wykładni obowiązujących i projektowanych przepisów głównie ze względu na charakter tej odpowiedzialności było to prawo polskie. Wykorzystując powyższą analizę wskazałam czynniki wpływające na powstanie prawa w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, skutki prawne wywołane przez działanie norm prawnych oraz stosunek pomiędzy zaistniałymi a zamierzonymi skutkami.

Metoda **historyczna**, wykorzystująca źródła – prawne i prawnicze, a także filozoficzne (w przypadku kwestii dotyczących etyki zawodowej). Służyła ona zbadaniu ewolucji omawianego modelu odpowiedzialności zawodowej. Metoda ta posłużyła mi ustaleniu faktów służących powstawaniu prawa i odtwarzania relacji pomiędzy ustalonymi faktami a intencją ustawodawcy (m.in. przy opisie regulacji dotyczących kasacji).

W dwóch rozdziałach monografii posługiwałam się **analizą statystyczną** i wykonałam badania empiryczne w sądach lekarskich. Punktem wyjścia do osiągnięcia celu badawczego, była analiza faktów przeprowadzona na podstawie danych statystycznych. Po pierwsze była to liczba spraw przekazanych przez Naczelny Sąd Lekarski (NSL) do ponownego rozpoznania sądom I instancji. Dane te były gromadzone na podstawie sprawozdań sądów lekarskich (<https://old.nil.org.pl/struktura-nil/naczelnny-sad-lekarski/sprawozdania/dane-liczbowe-dotyczace-pracy-sadow-lekarskich> - dostęp 25.06.2021 r.). Po drugie analiza liczby kasacji od orzeczeń NSL-u, dane zostały zaczerpnięte z publikacji: „Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dyscyplinarnych” roczniki 2011-2016 oraz wokandy Sądu Najwyższego (2017-2019).

W monografii wykonałam także **badania empiryczne** w trzech okręgowych sądach lekarskich. Planowanie tego badania odbywało się zgodnie z przedstawionym schematem w pięciu etapach (rysunek 1). Pierwszym etapem polegał na wyborze sądów lekarskich, w których zostało przeprowadzone badanie. W tym celu przeprowadziłam analizę danych z Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską w Warszawie: „Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego” (Dane: [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/1622670286\\_za-maj-2021-zestawienie-nr-01.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/1622670286_za-maj-2021-zestawienie-nr-01.pdf) na dzień 6 marca 2017). Z analizy Rejestru przeprowadzonej na początku etapu planowania w 2017 r. wynikało, że Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zrzeszała najwięcej lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce (wszystkich – 33 220, w tym wykonujących zawód 29 950). Natomiast połowę mniej członków zrzeszała Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu odpowiednio 14 511 oraz wykonujących zawód 13 075, oraz Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi 13 587 oraz 12 445. Na etapie planowania badania odrzuciłam izby zrzeszające poniżej 2 000 członków (np. Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim – wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów 1 184, w tym wykonujących zawód 1 034, czy też Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie – wszystkich lekarzy – 1 059, wykonujących zawód – 1 555). Na podstawie powyższej analizy do badań wybrałam największą pod względem członków izbę lekarską w Polsce i dwie o połowę mniejsze, co dawało możliwości porównania wyników przeprowadzonych badań.



Rysunek 1: Etapy badań empirycznych

Źródło: opracowanie własne

Drugim etapem były badania aktowe spraw (rysunek 1), a przede wszystkim wybór tych spraw. Analizowałam sprawy wpływające do sądów lekarskich w ciągu okresu sprawozdawczego (rok kalendarzowy). Podobnie jak w poprzedniej analizie nie brałam pod uwagę sądów, gdzie rocznie liczba spraw była poniżej 20 (np. Okręgowy Sąd Lekarski w Płocku w 2015 r. – 15 spraw a w 2018 r. – 3 a także Okręgowy Sąd Lekarski w Tarnowie – 2015 r. - 9 spraw a w 2018 r. – 4). Porównywalne dane pochodziły z Okręgowego Sądu Lekarskiego w Łodzi (2015 r. - 95 spraw a w 2018 r. – 84) i w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Poznaniu (2015 r.- 103 spraw a w 2018 r.– 117). Co istotne dane te pokazują, również że liczba wpływających do tych sądów spraw w badanym okresie była na jednakowym poziomie. Natomiast największym, warszawskim sądzie były dość istotne wahania w liczbie wpływających spraw (2015 r. - 79 spraw a w 2018 r. już – 164), co również miało wpływ na późniejsze trudności w wyciągnięciu wniosków. W rezultacie badania aktowe, które przeprowadziłam w 2017 r. i 2019 r. w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Warszawie, w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Łodzi i w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Poznaniu. Próba ta stanowiła 12,5 % wszystkich sądów lekarskich w Polsce. Wynika to z ogólnej liczby dwudziestu trzech izb lekarskich, z których każda posiada swój okręgowy sąd. Należało też uwzględnić działającą na terenie Polski Wojskową Izbę Lekarską, która również posiada swój sąd. Ważnym etapem prowadzonych badań był wybór okresu obejmującego badanie. Okresem tym zostały objęte sprawy dotyczące przewinień zawodowych lekarzy zakończone prawomocnym wyrokiem w latach 2015-2018. Na tej podstawie zebrałam 410 spraw sądowych, które poddałam analizie w rozdziale VI monografii pt. „Badania empiryczne”.

Kolejny etap badania wiązał się z koniecznością usystematyzowania i podzielenia spraw na pewne grupy. W sprawach karnych jest to zdecydowanie łatwiejsze, gdyż wybór i analizę danego problemu często determinuje kwalifikacja prawna czynu. W odpowiedzialności zawodowej lekarzy, gdzie nie obowiązuje zasada *nullum crimen sine lege* badania empiryczne na podstawie akt sądowych są rzadkością (W ostatnim czasie badania takie prowadziła: K. Dudka, *Kondycja zawodu sędziowskiego z trzech perspektyw w: Zawody prawnicze*, red. T. Gardocka, J. Sobczak, Warszawa 2010 r., s. 64).

W celu sformułowania pytań badawczych podzieliłam sprawy biorąc za punkt odniesienia formułowany przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) wniosek o ukaranie. Jednak brak typów poszczególnych przewinień zawodowych pozwala jedynie na podział ogólny. Na tej podstawie wyodrębniłam pięć grup spraw, które są przedmiotem orzekania w sądach lekarskich: **brak zachowania należytej staranności w procesie diagnostyczno-leczniczym, oraz naruszenie regulacji dotyczących medycyny pracy, zakazu reklamy i dokumentacji medycznej, a także sprawy naruszające godność zawodu lekarza**. Tak podzielony materiał badawczy pozwolił mi na formułowanie wniosków końcowych i porównanie otrzymanych wyników.

Dodatkowo w monografii została wykorzystana literatura przedmiotu (głównie z zakresu prawa dyscyplinarnego zawodów prawniczych) i orzecznictwo (zwłaszcza Trybunału Konstytucyjnego i Sądu Najwyższego). Orzeczenia Sądu Najwyższego w większości przypadków dotyczyły kasacji w postępowaniach zawodowych lekarzy. Jednak były to jedynie publikowane orzeczenia SN, co stanowi tylko część tego orzecznictwa. Trzeba podkreślić, że nie sporządza się pisemnego uzasadnienia w przypadku skargi kasacyjnej uznanej za oczywiście bezzasadną, gdzie SN podaje jedynie uzasadnienie ustne. Kasacje uznane za bezzasadne dotyczą większości rozpoznawanych kasacji w latach 2011-2019.

#### **4.5. Omówienie osiągniętych wyników. Wnioski z badań**

W przedstawianej monografii wykazałam, że funkcje i zadania sądownictwa zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów różnią się od orzeczeń sądów powszechnych, gdyż przede wszystkim jest to jeden z instrumentów sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodu przez samorząd.

##### **Wnioski ogólne:**

- **W1.** Orzeczenia sądów lekarskich kształtują świadomość prawną przede wszystkim członków samorządu zawodowego, ale też i społeczeństwa;
- **W2.** Orzeczenia sądów lekarskich w ramach prewencji generalnej stanowią element edukacji młodych lekarzy;
- **W3.** Orzeczenia sądów lekarskich mogą wypełniać luki w prawie i pomagać w interpretacji przepisów;
- **W4.** Orzeczenia sądów lekarskich mają kierunkowy wpływ na wyroki sądów powszechnych;
- **W5** Orzecznictwo sądów lekarskich dotyczy istotnych dla całego społeczeństwa spraw i choć sądy lekarskie nie są sądami w rozumieniu Konstytucji RP ma ono wpływ na cały system prawa.



**Wnioski dotyczące badań modelu normatywnego odpowiedzialności zawodowej lekarzy (cel pierwszy):**

- **M1.** Podstawowym celem orzeczeń sądów lekarskich jako organów odpowiedzialności zawodowej o charakterze publiczno-prawnym jest zapewnienia należytego wykonywania zawodu.
- **M2.** W odpowiedzialności zawodowej ustawodawca ma pewną swobodę przy kształtowaniu opisu strony przedmiotowej (barak typizacji przewinień zawodowych), gdyż w tym przypadku na podstawie całokształtu norm, wiążących członków samorządu wykonując danych zawodów oraz orzeczeń sądów zawodowych (lekarskich) da się ustalić, jakie czyny stanowią typy przewinień zawodowych, co w konsekwencji pozwala członkom tej grupy zawodowej zorientować się, za jaki czyn grozi im odpowiedzialność.
- **M3.** Orzecznictwo TK dopuszcza posługiwanie się w opisie czynu zabronionego pojęciami nieostrymi, co pozwala na doprecyzowanie znamion przewinienia zawodowego *ad casum* w orzeczeniach sądów lekarskich, jednolita wykładnia przez organy stosujące prawo, sprawia, że są one wystarczająco precyzyjne i jednoznaczne dla członków samorządu.
- **M4.** Funkcja gwarancyjna odpowiedzialności zawodowej wymaga, aby w celu oceny przewinienia zawodowego, po uwzględnieniu specyfiki zawodu lekarza, wykorzystać układ przesłanek z odpowiedzialności karnej: czyn, bezprawność, wina i społeczna (korporacyjna) szkodliwość czynu.
- **M5.** Ze względu na represyjny charakter orzeczeń sądu lekarskiego modelem, który zapewnia gwarancje procesowe jest proces karny, przyjęcie tego modelu zapewnia ochronę stron postępowania oraz chroni interes społeczny (pacjentów i całego społeczeństwa).
- **M6.** Rola Sądu Najwyższego w odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest odmienna niż w odpowiedzialności karnej, gdyż eliminuje uprawomocnienie się orzeczenia organu pozasądowego jakim jest sąd lekarski.
- **M7.** Prawomocne orzeczenia sądów lekarskich nie stanowią prejudykatu w rozumieniu art. 11 k.p.c. i tak jak inne dowody w postępowaniu przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są wykorzystywane w sądach powszechnych przede wszystkim w sprawach dotyczących niedołożenia należytej staranności w procesie diagnostyczno-lecznym.
- **M8.** Publiczno-prawny charakter odpowiedzialności zawodowej lekarzy sprawia, iż orzecznictwo sądów lekarskich winno w sposób jasny dla społeczeństwa i dla samych lekarzy komunikować i kształtować wzory pożądaných zachowań.

**Zwieńczenie tych badań stanowią następujące wnioski dotyczące praktyki orzeczniczej (cel drugi):**

- **P1.** Orzecznictwo sądów lekarskich jest ściśle związane z brakiem dochowania przez lekarza należytej staranności w procesie diagnostyczno-lecznym.

- P2. Podstawowym sposobem inicjowania postępowania przed sądem lekarskim jest skarga składana przez pacjenta lub jego rodzinę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej.
- P3. Strony procesowe korzystają z prawa do obrony ustanawiając obrońców i pełnomocników, którzy reprezentują ich interesy przed sądem lekarskim.
- P4. W sprawach sądowych dotyczących braku należytej staranności w procesie diagnostyczno-lecznym organy procesowe (OROZ i sądy lekarskie) pomimo posiadanej przez nie wiedzy medycznej w większości powołują biegłych.
- P5. Sądy lekarskie najczęściej wydają orzeczenie skazujące.
- P6. Sądy lekarskie nie korzystają z instytucji przewinienia mniejszej wagi.
- P7. Sądy lekarskie najczęściej orzekają karę upomnienia.

#### 4.6. Możliwość zastosowanie otrzymanych wyników w praktyce

Wykorzystanie otrzymanych wyników badań jest możliwe w celu uporządkowania szerszego zjawiska jakim jest ograniczanie wolności wyboru i wykonywania niektórych zawodów medycznych na rzecz interesu publicznego – bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Po pierwsze moje badania dotyczące wpływu orzeczeń sądów lekarskich na system prawa stanowią szersze pole do rozważań nad zjawiskiem kształtowania się samorządów zawodów medycznych. W systemie prawa od dawna już uregulowane zostały samorzady zawodów medycznych posiadające ugruntowany status (np. pielęgniarki i położne, farmaceuci), ale są również te które posiadają krótszą historię, lecz obecnie posiadają już samorzady zawodowe (np. diagnostyci laboratoryjni, fizjoterapeuci) lub takie, które dopiero dążą do stworzenia swojego samorządu (np. ratownicy medyczni). W doktrynie zawody te określane są jako medyczne zawody zaufania publicznego. Wykorzystanie wniosków płynących z przeprowadzonych badań może stanowić niewątpliwe wsparcie dla nowych samorządów w realizacji nałożonych na nie zadań publicznych. W momencie utworzenia samorządu zawodowego dla danej grupy profesjonalistów medycznych państwo powierza tej grupie sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu, co wpływa na odpowiedni poziom merytoryczny i etyczny wykonywania zawodu. Bez wątplenia wpływa także na bezpieczeństwo zdrowotne całego społeczeństwa. Co istotne przeprowadzone badania mogą również stanowić podstawę do budowania wartości, które uzasadniają tworzenie samorządów zawodów medycznych. W mojej opinii nie każdy zawód medyczny jest zawodem zaufania publicznego, który musi posiadać swój samorząd i organy odpowiedzialności zawodowej.

Po drugie przedstawiony przez mnie model odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz postulaty *de lege ferenda*, a także wnioski płynące z analizy orzecznictwa sądów lekarskich można wykorzystać w pracach legislacyjnych nad ujednoczeniem i uporządkowaniem regulacji dotyczących już nie tylko lekarzy, ale też pozostałych zawodów medycznych. Dla przykładu tylko warto podać, że ustalenie tak istotnego pojęcia jak „przewinienie zawodowe” na podstawie obowiązujących przepisów odpowiedzialności zawodowej profesjonalistów medycznych nie jest łatwe. Ustawy regulujące tą

kwestię posługują się różną terminologią: ustawa o izbach lekarskich „naruszenia” zasad etyki i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza (art. 53 u.i.l.). Podobne rozwiązania zostały przewidziane dla pielęgniarek i położnych (art. 36 ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, Dz. U. z 2021 r., poz. 628) oraz fizjoterapeutów (art. 85 ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Dz. U. 2021, poz. 553), choć tu ustawodawca posłużył się terminem ogólnym „etyka zawodowa”. Z kolei odmiennie skonstruowana jest treść przepisu dotycząca przewinienia zawodowego diagnostów laboratoryjnych (art. 56 ust. 1 Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz. U. 2021, poz. 866, dalej u.d.l.). W ustawie o diagnostyce laboratoryjnej podmiotem ponoszącym odpowiedzialność zawodową jest diagnosta laboratoryjny a nie jak w innych zawodach medycznych członek samorządu. Diagnosty laboratoryjni podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za zawinione, nienależyte wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej (art. 56 u.d.l.).

Analiza dalszych przepisów regulujących odpowiedzialność zawodową tych profesjonalistów jest obecnie przedmiotem moich kolejnych badań naukowych i nawet już pobieżny przegląd obowiązujących ustaw w wielu miejscach wskazuje na konieczność interwencji ustawodawcy.

Po trzecie analiza wpływu orzecznictwa sądów lekarskich na system prawa może wpłynąć na szybką i zdecydowaną reakcję samorządów zawodów medycznych w przypadku pojawiających się uchybień. W mojej opinii może temu sprzyjać pożądane ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego zjawisko zachodzących zmian w systemie opieki zdrowotnej polegających na przyznawaniu samodzielności innym niż lekarze i lekarze dentyści profesjonalistom medycznym oraz rozszerzaniu ich kompetencji. Ważne jest nie tylko samo nakładanie się realizowanych zadań w zakresie świadczeń zdrowotnych, ale umiejętność uzupełniania procesu opieki nad pacjentem poprzez wykorzystanie specyficznych umiejętności różnych profesjonalistów medycznych. Zjawisko rozszerzania i wzmacniania ról zawodowych najbardziej widoczne jest w regulacjach dotyczących zawodu: pielęgniarek i położnych (np. pielęgniarki uzyskujące prawo do samodzielnej ordynacji medycznej i wypisywania recept), ratowników medycznych i fizjoterapeutów (np. diagnoza funkcjonalna) oraz farmaceutów (np. szczepienia w aptece, opieka farmaceutyczna). Nie ulega wątpliwości, że samodzielność łączy się z odpowiedzialnością.

Przy czym należy zauważyć, że niektórym zawodom medycznym ustawodawca przypisuje cechę samodzielności, pozostawiając to pojęcie bez ustawowej definicji. W konsekwencji cecha samodzielności zawodowej ma wyłącznie charakter opisowy (J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu w ramach stosunku pracy w prawie polskim*, Wrocław 2020, s. 66), a ustalenie jej treści na pewno wymaga analizy przepisów właściwych pragmatyk zawodowych. Ze względu na swoisty charakter tych pragmatyk niebagatelną rolę będzie pełnił odpowiedzialność zawodowa i ograny powołane do jej sprawowania. W tym kontekście uważam za uzasadnione wykorzystanie wniosków płynących z przeprowadzonych przeze mnie badań.

**5. Pozostałe zainteresowania i osiągnięcia w Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.**

#### **5.1. Dorobek naukowy**

##### **a) Publikacje naukowe**

Dorobek ten, oprócz zgłoszonej jako dzieło główne monografii, obejmuje jeszcze dwie prace naukowe mojego autorstwa:

1. „*Żywność genetycznie zmodyfikowana. Aspekty prawne*”, Warszawa 2008 r., ISBN: 978-83-8124-484-8, ss. 320

2. „*Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*”, Warszawa 2018 r., ISBN: 978-83-235-0561-7, ss. 242

Dodatkowo jestem autorką 60 rozdziałów w książkach (w tym w czterech współautorką) oraz autorką i współautorką 91 artykułów naukowych w języku polskim i angielskim, glosy oraz współredaktorką publikacji, a także innych opracowań popularyzujących naukę. W rezultacie jest to **151 prac o łącznej wartości 1 785 punktów MEiN i 9,07 IF** (na dzień 19.08.2021 r.)

Szczegółowy wykaz prac naukowych zawiera wykaz nr 4 do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego.

##### **b) Wygłoszone konferencje**

Wygłosiłam 20 referatów na krajowych i zagranicznych konferencjach naukowych.

Szczegółowy wykaz prac naukowych zawiera wykaz nr 4 do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego.

#### **5.2. Obszary naukowo-badawcze**

Moje zainteresowania i osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej związane są z następującymi obszarami: **prawo medyczne, ochrona zdrowia i zdrowie publiczne oraz prawo żywnościowe**. Wyniki badań z każdej z tych dziedzin udokumentowałam zróżnicowanymi wypowiedziami naukowymi: książkami, rozdziałami w pracach zbiorowych oraz artykułami.

##### **a) Publikacje z zakresu prawa żywnościowego**

Badania na tym polu rozpoczęłam w związku z wyodrębnieniem się w 2002 r. prawa żywnościowego jako dyscypliny naukowej (legalna definicja „prawa żywnościowego” – art. 3 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 178/2002/WE ustanawiające ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego). W pracy doktorskiej *Wprowadzenie do obrotu żywności genetycznie modyfikowanej. Aspekty prawne* oraz przygotowanej na jej podstawie monografii: *Żywność genetycznie zmodyfikowana. Aspekty prawne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, ss. 242. szczegółowej analizie poddałam wspólnotowy standard bezpieczeństwa wprowadzania do obrotu gospodarczego żywności genetycznie zmodyfikowanej, na który składają się regulacje horyzontalne (dyrektywa 2001/18/WE), traktująca GMO jako jedną całość

niezależnie od sposobu jego wykorzystania oraz regulacje wertykalne wprowadzone ze względu na specyfikę produktu (Rozporządzeniu WE nr 1829/2003 w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy, Dz. Urz. WE L 268 z 18.10.2003 oraz w Rozporządzeniu nr 1830/2003 dotyczącym możliwości śledzenia i etykietowania organizmów zmodyfikowanych genetycznie). Pokazałam w jaki sposób organizmy genetycznie zmodyfikowane wywarły istotny wpływ na kształtowanie się treści prawa żywnościowego, w tym wzajemne relacje wartości chronionych przez te regulacje: ochronę zdrowia i reguły o charakterze gospodarczym związane ze swobodnym przepływem towarów. Już od samego początku wprowadzenie wspólnotowego standardu bezpieczeństwa żywności, w tym również tej zmodyfikowanej genetycznie wskazywało na konieczność ciągłego wazenia interesów gospodarczych oraz dotyczących zdrowia konsumenta polegających m.in. na odpowiednim znakowaniu tych produktów. Temu problemowi została poświęcona moja pierwsza po doktoracie publikacja: ***Znakowanie żywności genetycznie zmodyfikowanej (GMO)***, rozdział w książce: ***Studia z prawa żywnościowego*** red. Małgorzata Korzycka-Iwanow, Wydawnictwo Liber, Warszawa 2006, s. 178-187, a także kolejne ***Prawne aspekty wprowadzania do obrotu żywności genetycznie zmodyfikowanej***, w: ***Postępy Nauk Medycznych***, nr 4 z 2009, s. 301-310. Wykazałam tam, że choć wspólnotowa regulacja (Rozporządzenie nr 1829/2003) wprowadza wymóg znakowania żywności i paszy zmodyfikowanej genetycznie, to jednak istnieje luka prawna, gdyż te przepisy nie obejmują produktów, które są pozyskiwane z pomocą materiału genetycznie modyfikowanego, lecz nie zawierają go w produkcie końcowym (np. ser produkowany za pomocą enzymu modyfikowanego genetycznie oraz mleko, mięso lub jaja pozyskane ze zwierząt karmionych paszą genetycznie modyfikowaną lub ze zwierząt które poddawano terapii lekami genetycznie modyfikowanymi). W trakcie dalszych moich badań związanych z wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich w sprawie C-165/08 (Komisja przeciwko Rzeczypospolitej Polskiej), przedstawiam stan krajowych przepisów, które z jednej strony ze względu na Ramowe Stanowisko Polski odnośnie organizmów genetycznie zmodyfikowanych wprowadzają zakaz stosowania pasz genetycznie zmodyfikowanych, a z drugiej w związku z przywołanym wyrokiem przesuwają wprowadzenie go w życie na kolejne lata (art. 15 ust. 1 pkt 4. ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o paszach, Dz. U. z 2021, poz. 278). W obecnie obowiązującej ustawie o paszach jest to termin 1 stycznia 2023 r. Powyższe rozbieżności przedstawiłam w raportach: ***Adulterated Food***, ***European Food and Feed Law Review***, 2011, vol. 6 No. 2, s. 128-130 i ***GMO Animal Feeds: The Deferred Ban***, ***European Food and Feed Law Review***, 2018, vol. 13 No. 4 ***Poland GMO-Free***, ***European Food and Feed Law Review***, 2019, vol. 14 No. 4. Warto podkreślić, że wspomniana powyżej wadliwość krajowych regulacji zarówno odnośnie pasz, jak i żywności zmodyfikowanych genetycznie nie tylko w Polsce, ale i w wielu krajach UE stała się powodem braku zaufania społeczeństwa do tych regulacji. W praktyce istniała bowiem możliwość wprowadzenia do obrotu produktów nieautoryzowanych (tzw. niesynchroniczna autoryzacja oraz autoryzacja asymetryczną). Brak społecznej akceptacji wpłynął na kompromis legislacyjny w postaci wprowadzenia klauzuli *opt-out*, która dała państwom członkowskim większą elastyczność odnośnie decyzji dotyczącej



upraw roślin zmodyfikowanych genetycznie. Problem ten prezentowałam podczas konferencji „Aktualne problemy prawa rolnego i żywnościowego” na Wydziale Prawa i Administracji, Uniwersytetu Warszawskiego (15.01.2016 r.), referat: *Klauzula opt-out w kwestii GMO*, a także szerzej w publikacji ***Bezpieczeństwo żywności GMO po wprowadzeniu klauzuli opt-out w: Bezpieczeństwo żywności w łańcuchu żywnościowym***, red. Grażyna Lewandowicz, Agnieszka Makowska, **Wydział Nauk o Żywności i Żywieniu, Uniwersytet Przyrodniczy, Poznań 2016, s. 14-23**. Wykazałam w badaniach, że w efekcie korzystanie przez państwa członkowskie z klauzuli opt-out i rezygnowanie z uprawiania roślin zmodyfikowanych genetycznie paradoksalnie może przyczynić się do wprowadzania do obrotu większej ilości produktów zmodyfikowanych genetycznie, ponieważ, aby zwiększyć konkurencję pomiędzy rolnikami na rynku wewnętrznym i wykluczyć przypadki występowania na rynku nieautoryzowanego zmodyfikowanych genetycznie, państwa członkowskie będą dopuszczały nowe odmiany zmodyfikowanych genetycznie na rynek europejski.

Dalsze moje badania dotyczyły także innych niż GMO aspektów modelu bezpieczeństwa prawnego żywności, w tym stosowania substancji dodatkowych do żywności. Co istotne z moich badań wynikało, iż dość powszechnie już stosowane pojęcie żywności prozdrowotnej (funkcjonalnej), nie jest sprecyzowane i ujęte w odpowiednie regulacje prawne, a funkcjonalne dodatki do żywności stanowią pole dla wielu prac badawczych w zakresie nauk żywieniowych i medycznych oraz innowacji w zakresie wytwarzania nowych rodzajów żywności, w publikacji: ***Dodatki funkcjonalne a regulacje prawne, opublikowana w: Rola dodatków w promocji nowoczesnej żywności. Trendy rynkowe-legislacja*** red. Antoni Rutkowski, **Wydawnictwo Polskiej Izby Dodatków do Żywności, Konin 2006, s. 45-64**. Warto podkreślić, że przepisy mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności są obligatoryjne i objęte są sankcjami o charakterze administracyjnym, jak i karnym. W tym kontekście istotne znaczenie ma oznaczenie produktu żywnościowego informacją, w tym reklamową na etykiecie lub podczas innej prezentacji żywności, która stwierdza, sugeruje albo daje do zrozumienia, że środek spożywczy ma szczególne wartości odżywcze lub zdrowotne (tzw. oświadczenia żywieniowe i zdrowotne uregulowane rozporządzeniem (WE) nr 1924/2006). Problem ten badałam i prezentowałam w następujących publikacjach: ***Wspólnotowy rejestr oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych***, *Przemysł Spożywczy*, 2009, nr 4, s. 40-41; ***Oświadczenia żywieniowe i zdrowotne – aspekty prawne i naukowe***, *Przemysł Spożywczy*, 2010, nr 1, s. 31-33 oraz w ***Oświadczenia żywieniowe i zdrowotne, aktualny stan prawny***, *Przemysł Spożywczy*, 2011, nr 1, s. 22 – 24. Pokazałam rolę Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) w naukowej ocenie tych oświadczeń i proces uzyskiwania zezwoleń na stosowanie ich przez producentów. Zasadniczo administracyjnoprawne normy prawa żywnościowego mają charakter obligatoryjny, gdyż dotyczą zdrowia i życia konsumenta. Jednak wśród regulacji prawa żywnościowego znajdują się także te, które posiadają charakter fakultatywny np. dobrowolna certyfikacja produktów. W zakresie produktów wyprodukowanych lub zawierających organizmy genetycznie zmodyfikowane przyjęte zostały różne rozwiązania. Wynika to z różnic w obszarze regulacji prawnych dotyczących żywności, GMO w Europie

i USA, co w mojej opinii stanowiło przeszkodę w negocjacjach prowadzonych w tym obszarze przez Światowa Organizacja Handlu (WTO). Powyższe różnice przedstawiłam podczas konferencji Polskiego Towarzystwa Technologów Żywności, Sekcji Bezpieczeństwa Żywności Komitetu Nauk o Żywności i Żywieniu PAN w Kirach k/o Zakopanego (16.04.2018 r.) oraz w publikacji ***Bezpieczeństwo upraw GMO i żywności GMO na podstawie nowych regulacji prawnych na poziomie międzynarodowym i krajowym żywność. Nauka. Technologia. Jakość, 2018, nr 25, 4 (117), s. 5 – 17.*** Wynikają one z odmiennych rozwiązań prawnych w zakresie europejskiego modelu bezpieczeństwa żywności GMO, a modelu przyjętego w Stanach Zjednoczonych. W UE model ten tworzony jest w oparciu o zasadę ostrożności, a w USA – na zasadzie równoważności. W Stanach Zjednoczonych preferowane jest podejście sektorowe (wertikalne) cechujące się tym, że GMO traktowane jest jak każdy inny składnik danego produktu i poddawane jest regulacjom dotyczącym całego produktu w ramach istniejących systemów prawnych obejmujących żywność, ochronę roślin. W tej pracy oceniałam nowe techniki hodowli roślin, które wśród naukowców zawsze budzą wiele nadziei ale i wątpliwości. Pewne wątpliwości wynikają również z braku jasnych regulacji prawnych w tym obszarze, które wykazałam w omawianej publikacji. W publikacji ***Regulacje prawne GMO. Aspekty prawne i środowiskowe, w: Zeszyty Problemowe Postępów Nauk Rolniczych, nr 593, 2018, s. 101–112*** analizowałam już konkretną nową metodę - system CRISPR-Cas9, co do której obecnie nie można w pełni przewidzieć wszystkich skutków. Wykazałam, że w przypadku nowych technik istnieją sprzeczności i brak dostosowania tych regulacji przy wprowadzaniu tych technologii, co sprzyja nieprzestrzeganiu wprowadzonych zasad. Z jednej strony, uznanie nowych technik hodowli roślin przez prawodawstwo UE za genetyczne modyfikacje może utrudnić korzystanie z nich, ponieważ rośliny genetycznie zmodyfikowane i ich produkty muszą przejść wprowadzoną przez prawo UE procedurę autoryzacji. Z drugiej strony taki model bezpieczeństwa żywności oparty o zasadę przezorności obowiązuje w UE.

#### **b) Publikacje z ochrony zdrowia i zdrowia publicznego**

Punktem wyjścia do badań w tym obszarze był konstytucyjny obowiązek ochrony życia i zdrowia, który dotyczy także zapewnienia bezpieczeństwa, w tym zdrowotnego i choć przepisy nie wyjaśniają tego pojęcia już choćby doświadczenia obecnie trwającej pandemii pokazują nam, że państwo musi być przygotowane do ochrony życia i zdrowia również w sytuacjach kryzysowych poprzez zapewnienie równego dla wszystkich uprawnionych do tego obywateli świadczeń opieki zdrowotnej. Temat ten stał się przedmiotem analizy w mojej pierwszej publikacji z tego obszaru, napisanej i opublikowanej jeszcze przed uzyskaniem stopnia doktora nauk prawnych. Analiza art. 68 ust. 2 Konstytucji RP stanowi konstatację, że przepis ten pełni istotną rolę w zagwarantowaniu jednostce możliwości korzystania z prawa ochrony zdrowia, lecz warunki i zakres wyznacza ustawa o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2021, poz. 1285 z późn. zm.). Stanowi on gwarancję uzyskania świadczeń zdrowotnych, które umożliwiają efektywną ochronę:

*System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego - uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia: sprawozdanie z seminarium "Prawa i Medycyna", Warszawa, 2 kwietnia 2004 r., Prawo i Medycyna, Vol. 6, nr 2, 2004, s. 5-16 (wspólnie z Edyta L. Wędrychowską).* Co istotne w tym orzeczeniu TK uznał, że przepisy nie rozstrzygają, w jakiej formie organizacyjnej władze publiczne zapewniają udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowych ze środków publicznych, co otwiera różne możliwości dla ustawodawcy. Zagadnienie to poruszyłam w publikacji *Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej jako podmioty gospodarcze na rynku świadczeń zdrowotnych, w: Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Konceptje, regulacje, zarządzanie; red. Alicji Sobczak, Kazimierza Ryć, Warszawa, 2010, s. 61-76.* Sektor publiczny, od dłuższego czasu uważa się za mniej efektywny, stąd publikacji wskazałam, że decydujące znaczenie ma status prawny danego zakładu opieki zdrowotnej, który przekłada się na relacje z organem założycielskim, pacjentem i podmiotem finansującym świadczenia (obecnie NFZ). Udowodniłam tezę, że status podmiotu publicznego nie powinien stanowić dla danego zakładu opieki zdrowotnej ograniczenia w zakresie uzyskiwania przychodów, lecz powinien wyrażać się jedynie w obowiązku zawarcie umowy z podmiotem finansującym świadczenia zdrowotne ze środków publicznych i nakazem udzielenia pierwszej kolejności świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom ubezpieczonym. Konstytucyjne obowiązki władz związane z ochroną życia i zdrowia z pozycji regulacji podmiotu leczniczego analizowałam także w publikacji: *Odpowiedzialność podmiotu leczniczego strategią ograniczenia nieprawidłowości zarządczych, w: Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 314-338.* Zaprezentowałam regulacje prawne z tytułu szkód na zdrowiu i życiu pacjenta podczas leczenia w podmiotach leczniczych. W grupie tych zagadnień szeroko odniosłam się m.in. do ryzyka związanego z zakażeniami szpitalnymi. Wskazałam na stosowanie w praktyce sądowej dowodu *prima facie*, gdzie podstawowa wątpliwość związane są z art. 6 k.c. Nie ulega przecież wątpliwości, że rozkładu ciężaru dowodu należy do ustawodawcy. Przedstawiłam i udowodniłam tezę, że skoro jednak w sprawach medycznych, mimo niewątpliwych trudności z udowodnianiem przesłanek odpowiedzialności, ustawodawca nie użył tego instrumentu, nie można bez zmiany przepisów doprowadzać do deformacji ogólnych reguł ciężaru dowodzenia. Zgadzam się z argumentami doktryny przemawiający przeciwko stosowaniu dowodu *prima facie* i obarczenia pozwanego szpitala ciężarem udowodnienia tego, że do zakażenia doszło w placówce innej niż pozwany szpital. Konkluzja z tych badań dla zarządzających podmiotami leczniczymi dotyczyła konieczności wprowadzenia procesu zarządzania ryzykiem, w tym postępowania z pacjentem po wyrządzeniu szkody oraz ustawiczne kształcenie kadry medycznej, z moich badań wynika, że pożądana jest także analiza dotychczas prowadzonych postępowań sądowych, statystyk sądowych a przede wszystkim prowadzić rejestr zdarzeń niepożądanych. Z czasem moje zainteresowania prawem do ochrony zdrowia – jako prawem typowo socjalnym (prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych czy inaczej prawo do opieki zdrowotnej) poszerzyło się o dalszy jego „wycinek” - prawo osobiste (prawo do ochrony zdrowia). Osobiste prawo do zdrowia jest ściśle powiązane z prawem do zdrowia w ujęciu socjalnym i oba powinny być

realizowane z poszanowaniem godności człowieka i prawa do samostanowienia. Prowadzone prze mnie badania obejmowały także zagadnienia związane z przestrzeganiem praw pacjentów z punktu widzenia godności i samostanowienia. Efektem tych prac była publikacja: **Wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego – nowelizacja ustawy, Prawo i Medycyna, 2011, nr 1, s. 105 – 117**. Analiza nowych przepisów dotyczyła szczególnej grupy pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, która z jednej strony narażona jest na bezprawne ingerencje w sferę ich konstytucyjnie i ustawowo gwarantowane prawa i wolności z drugiej ingerencje te, choć podejmowane bez zgody pacjentów są konieczne z uwagi na ochronę praw i wolności innych osób. Gwarancją dla tych pacjentów są wprowadzone przez ustawodawcę wymogi, że orzeczenie sądu opiekuńczego o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie w trybie wnioskowym, może być wydane jedynie wówczas, gdy do wniosku dołączone jest świadectwo lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę takiego leczenia wystawione jedynie po uprzednim osobistym zbadaniu pacjenta. Ma to istotne znaczenie, gdyż badanie i leczenie pacjenta jest szczególnym rodzajem interwencji medycznej, gdzie może zostać naruszona godność. W tym aspekcie istotny jest art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020 poz. 849), bezpośrednio odnosi się do poszanowania intymności i godności pacjenta. W publikacji **Godność pacjenta w orzeczeniach sądów lekarskich i Sądu Najwyższego, w: Prawa człowieka i ludzkie bezpieczeństwo. Osiągnięcia i wyzwania w 70. rocznicę ogłoszenia Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka**, red. Daria Bieńkowska, Ryszard Kozłowski, Wydawnictwo C.H. Beck, 2019, s. 209-221, przedstawiłam swoje badania dotyczące orzeczeń sądów lekarskich z punktu widzenia ochrony godności pacjentów. Analiza prowadzona była w oparciu o standardy międzynarodowe: Powszechną Deklarację Praw Człowieka (Paryż, 10 grudnia 1948 r.) i Konwencję o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Owiedo, 4 kwietnia 1997 r.). W publikacji: **Podstawowe prawa pacjenta w orzeczeniach sądów lekarskich. Stan obecny i wyzwania na przyszłość**, w: **Krakowskie Studia Międzynarodowe**, 2019, 16 (4), s. 29-38, szerzej analizowałam prawa pacjenta enumeratywnie wymienione w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która nie tylko wylicza te prawa, ale również wskazuje środki ich ochrony. Zgodnie bowiem z art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę odsyłając w tym względzie do Kodeksu cywilnego. Dzięki przyjętej regulacji prawa pacjenta uzyskały szczególny status ochrony. Publikacja ma także walor praktyczny, gdyż wskazuje przykłady orzeczeń dotyczących nie przestrzegania tych praw.

W kolejnych publikacjach rozszerzyłam swoje zainteresowanie o obszar związany ze zdrowiem publicznym. Pierwsza moja publikacja opublikowana jeszcze przed uzyskaniem stopnia doktora nauk prawnych to: **Wspólnotowe regulacje prawne w obszarze zdrowia publicznego, Prawo i Medycyna 2004, tom nr 4, nr 17, s. 98-116**, gdzie wykazuje iż pomimo ograniczonych kompetencji Wspólnoty w



obszarze zdrowia wynikających z regulacji traktatowych uzupełnia ona wysiłki państw członkowskich w realizacji wysokiego poziomu zdrowia publicznego.

Kolejne badania wiązały się już z uchwaleniem od dawna oczekiwanej ustawy o zdrowiu publicznym w 2015 r. (ustawa z 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym Dz. U. z 2021 r., poz. 183). Ustawa ta określa katalog podmiotów i ich zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz zasady finansowania tych działań. Jednak sama ustawa jak wykazałam w publikacji nie podaje legalnej definicji zdrowia publicznego, co sprawia, że zakres przedmiotowy tych zadań nie jest precyzyjnie określony. W artykule ***Zdrowie publiczne w regulacjach Unii Europejskiej, w: Postępy Nauk Medycznych, tom 5, nr 29, 2016, s. 322-326*** przedstawiłam relację między unijnymi traktami a nową polską ustawą o zdrowiu publicznym. Wskazałam, że nowa polska ustawa o zdrowiu publicznym powinna uwzględniać co najmniej te elementy, które składające się na pojęcie zdrowia publicznego, ujęte w regulacjach traktatowych. W kolejnej publikacji przedstawiłam i oceniłam regulacje prawne w zdrowiu publicznym opartym na dowodach (EBPH) w obszarze wykorzystania materiału biologicznego w populacyjnych badaniach naukowych oraz wynalazków biotechnologicznych. W publikacji: ***Innowacje w zdrowiu publicznym - szanse czy zagrożenia? w: Innowacje w ochronie zdrowia. Aspekty prawne, ekonomiczne i organizacyjne, red. Irena Lipowicz, Sebastian Sikorski, Warszawa, Wydawnictwo Wolters Kluwer, 2020, s. 106 -118*** pokazałam regulację chroniącą dawców materiału biologicznego zgodnie z którą badania naukowe oparte są na zasadach poszanowania i ochrony godności ludzkiej. Z drugiej wykazałam istotne baraki w zakresie świadomej zgody na biobankowanie. Przedstawiłam ideę zgody dynamicznej, która wymusza nawiązywanie ponownego kontaktu i przekazywanie informacji zwrotnej. Zaletą zgody dynamicznej jest zasada „umieszczania uczestnika w centrum zdarzeń”. W drugiej części publikacji odniosłam się do patentowania genów, a w szczególności genu ludzkiego. Ustawa o zdrowiu publicznym była również przedmiotem mojego wystąpienia podczas konferencji w Senacie RP w dniu 8 marca 2017 r.: ***Narodowy Program Zdrowia 2016–2020 – wyzwania organizacyjne***, zorganizowaną przez Komisję Zdrowia wspólnie ze Szkołą Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Podczas senackiego spotkania omówiłam prawne możliwości wykorzystania zasobów kadrowych zdrowia publicznego w realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) i angażowania ich w proces opieki nad pacjentami. W mojej opinii ustalenie roli specjalisty zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia pozwoliłoby na uporządkowanie kształcenia w dziedzinie zdrowia publicznego i efektywne wykorzystanie kadry. Badania i szersze omówienie problemów prawnych i organizacyjnych wykorzystania kadry medycznej znalazło się także w publikacji: ***Specjalista ze zdrowia publicznego w systemie opieki zdrowotnej, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, tom 4, nr 53, 2017, s. 544–555 (wspólnie z B. Kobuszewskim)***. W dalszej części badań analizowałam konstytucyjne uwarunkowania udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące inne niż lekarz zawody medyczne. Pomimo, iż Konstytucja RP nie reguluje wprost statusu zawodów medycznych, to w świetle orzecznictwa TK wywiera ona wpływ na sposób sformułowania warunków dostępu do tych zawodów, jak również na zasady ich wykonywania. Tym problemem



zajęłam się w publikacji: *Autonomia zawodu pielęgniarki i położnej w świetle nowych uprawnień* (współautorstwo: A. Augustynowicz, E. Kowalewska), w: *Praca w zespołach diagnostyczno-terapeutycznych – terażniejszość i przyszłość*, red. Iwona Wrześniewska-Wal, Dorota Cianciara, Anna Augustynowicz, Warszawa PZWL, 2020, s. 37-46. Głównym celem badań w tym obszarze była odpowiedź na pytanie czy na płaszczyźnie nowych uprawnień dotyczących m.in. wypisywania recept i prowadzenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego jest możliwa efektywna współpraca pielęgniarek i położnych z lekarzami. W pracy oprócz analizy normatywnej wykorzystaliśmy badania ankietowe wśród lekarzy i lekarzy dentystów uczestniczących w obowiązkowych kursach specjalizacyjnych CMKP. Badania pokazały, że regulacje nie spełniły zakładanego celu, pielęgniarki położne oraz lekarze nie współpracują ze sobą, nie pracują w zespołach.

### c) Publikacje z zakresu prawa medycznego w trzech nurtach.

#### A. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy

W nurcie pierwszym zawarte są badania powiązane z tematem monografii, dotyczące **odpowiedzialności zawodowej lekarzy**, w dużej części zagadnień związane z procedurą karną oraz prawem karnym materialnym.

W związku z nowelizacją procedury karnej (w 2013 i 2015 r.) przeprowadziłam analizę wpływu tych zmian na postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Badaniom tym poświęciłam cztery publikacje, które stanowią rozdziały w książkach. W pierwszej z nich *Prywatna opinia biegłego lekarza w postępowaniu karnym. Analiza obecnie obowiązujących i projektowanych przepisów*, w: *Szkice o nowym modelu procesu karnego*, red. Teresa Gardocka, Mariusz Jakubik, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2014, s. 127-135, gdzie dokonałam oceny nowego art. 393 § 3 k.p.k. zgodnie z którym ustawodawca rozszerzył możliwość wykorzystania w procesie karnym dokumentów prywatnych jako dowodów, w tym również opinii eksperta, ale nie zrównał statusu tej opinii z opinią biegłego powołanego przez sąd. W drugiej publikacji wskazuję na barak regulacji, które umożliwiłyby sądowi weryfikację kompetencji i rzetelności opinii wydawanych przez ekspertów powołanych przez strony, w: *Opinie biegłych lekarzy w nowym k.p.k. w: Nowe karne prawo dowodowe*, red. Gardocka Teresa, Jagiełło Dariusz, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2015, s. 173-182 oraz *Specyfika opiniowania sądowo-lekarskiego biegłego w kontradiktoryjnym procesie karnym*, w: *Sytuacja procesowa uczestników postępowania karnego po 1 lipca 2015 roku*, red. Teresa Gardocka, Mariusz Jakubiak, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2014, s. 127-135. W ostatniej z tego cyklu publikacji: *Wpływ zmiana w kodeksie postępowania karnego na postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, w: *Zamęt w wymiarze sprawiedliwości karnej*, red. Teresa Gardocka, Jagiełło Dariusz, Piotr Herbowski, C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 139-206, wykazałam, że pomimo licznych w tym okresie zmian w k.p.k. nie miały one aż tak istotnego wpływu na postępowanie w przed sądami lekarskimi. Procedura oparta na ustawie o izbach lekarskich, choć tylko fragmentaryczna okazał się być stabilna. W artykule *Ochrona sądowa w*

*postępowaniach dyscyplinarnych lekarzy. Analiza orzeczeń kasacyjnych Sądu Najwyższego, w: Zeszyty Naukowe KUL, 2017, tom 60, nr 3, s. 151-168.* oceniam model kasacji jaki ustawodawca przyjął w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Podstawą stała się analiza normatywna i statystyczna kasji od orzeczeń sądów w latach 2011-2016. Kasacja w odpowiedzialności zawodowej ma inne cele i szersze podstawy (zgodnie z art. 96 ust. 1 u.i.l. kasacja od może zostać oparta na niewspółmierności kary, co do 2016 r. w procedurze karnej było niemożliwe). Niewątpliwie w badanym okresie liczba kasacji od orzeczeń sądów lekarskich rosła (na początku badania 2011 – 6, a w 2016 – 18). Powyższe badania wykazały, że najczęściej kasację do Sądu Najwyższego kierują za pośrednictwem swoich pełnomocników strony: pokrzywdzony i obwiniony, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej złożył trzy kasację oraz Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dwie. Natomiast minister zdrowia nie skorzystał ze tego prawa. Z drugiej strony badania liczby oddalonych przez Sąd Najwyższy kasacji od orzeczeń sądów lekarskich wskazują na stałości i jednolitości tego orzecznictwa (kasacje oddalone jako bezzasadne lub oddalone jako oczywiście bezzasadne: 2011 – 2, a 2016 – 14). Wykazałam zatem, że przyjęty w ustawie o izbach lekarskich kasacyjny model kontroli orzecznictwa sądów lekarskich gwarantuje efektywną ochronę sądową.

Teza badawcza związana ze stabilnością orzecznictwa sądów lekarskich pozwolił mi na wnikliwą analizę wyroków i postanowień Sądu Najwyższego i sformułowanie istotnych dla praktyki sądów lekarskich wniosków. Pierwsze z komentowanych orzeczeń: **Wyrok SN z dnia 18 lutego 2015 r. (sygn. akt SDI 48/14)**, w: **Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami**, red. Radosław Tymiński, Kraków, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2018, s. 121-139, zwróciłam uwagę, że obowiązkiem sądu odwoławczego, w tym wypadku Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) jest rozważenie wszystkich wniosków i zarzutów zawartych w środku odwoławczym (art. 433 § 2 k.p.k.) oraz przedstawienie pisemnych powodów oddalenia bądź uwzględnienia zarzutów wskazanych w odwołaniu (art. 457 § 3 k.p.k.), przy czym nie mogą to być rozważania na poziomie ogólnych stwierdzeń. Zwrot „rozważyć”, użyty w art. 433 § 2 k.p.k., wymaga merytorycznego odniesienia się do tych zarzutów, a nie jedynie formalnego stwierdzenia o ich zasadności lub bezzasadności. W komentarzu do: **Postanowienie SN z dnia 19 marca 2015 r. (sygn. akt SDI 4/15)**, w: **Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami**, red. Radosław Tymiński, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2018, s. 141-154, SN odnosi się do konstruowania zarzutów kasacyjnych. Podstawy kasacyjne w ustawie o izbach lekarskich mają one charakter w pełni autonomiczny a także różnią się od podstaw w procedurze karnej wymienionych w art. 523 k.p.k.. Wśród przyczyn kasacyjnych z art. 96 ust. 1 u.i.l. należy wyróżnić następujące grupy: pierwsza - z powodu niewspółmierności kary, druga - z powodu uchybień wymienionych w art. 439 § 1 k.p.k., oraz trzecia, która była przedmiotem rozważań SN w tym postanowieniu - inne rażące naruszenia prawa. Należy z aprobatą podzielić pogląd SN, że zwrot „naruszenie prawa” wskazuje, że chodzi tu nie tylko o prawo procesowe (np. inne niż art. 439 k.p.k.) ale także o inne dziedziny prawa. Ponadto w tym postanowieniu SN odniósł się do błędnej

praktyki jednoczesnego podniesienia w kasacji zarzutu naruszenia prawa procesowego i materialnego w stosunku do tego samego czynu a także wskazał sądowi odwoławczemu na możliwość ograniczenia rozpoznania środka odwoławczego tylko do niektórych zarzutów. Kolejny komentarz dotyczył stanowiska SN w kwestii stosowania w odpowiedzialności zawodowej lekarzy art. 443 k.p.k. tzw. pośredniego zakazu *reformationis in peius*: **Wyrok SN z dnia 23 września 2016 r. (sygn. akt SDI 50/16), w: Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami, red. Radosław Tymiński, Kraków, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2018, s. 275-285.** Na tle poczynionych uwag dotyczących zakazu *reformationis in peius* SN słusznie odniósł się do katalogu kar określonych w art. 83 u.i.l. wskazując, że surowość orzeczenia z punktu widzenia wymiaru kary, należy brać pod uwagę nie tylko rodzaj, wysokość i szczególne ukształtowanie kary, ale także czynnik dolegliwości sprzężony ze środkami orzekanymi w ścisłym związku z karą. Nie ulega wątpliwości, że kara pieniężna jest karą bardziej dotkliwą niż upomnienie, a zakaz *reformationis in peius*, również obowiązuje przy wyborze karny, skoro orzeczenie zostało zaskarżone jedynie na korzyść obwinionego. Ostatni z komentarzy związany jest z doniosłym praktyce problemem stosowania reguły *in dubio pro reo*: **Wyrok SN z dnia 24 stycznia 2017 r. (sygn. akt SDI 83/16), w: Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami, red. Radosław Tymiński, Kraków, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2018, 287-298.** Podkreślenia wymaga teza SN, że reguła *in dubio pro reo* (art. 61 ust. 2 u.i.l.) nie może bowiem prowadzić do traktowania wątpliwości w sposób uproszczony. Nakaz rozstrzygnięcia wątpliwości w kierunku korzystnym dla obwinionego następuje w ostateczności, a jeżeli z materiału dowodowego wynikają różne wersje przebiegu zdarzenia, to nie jest to równoznaczne z istnieniem wątpliwości w rozumieniu art. 61 ust. 2 u.i.l., lecz będzie miała zastosowanie reguła wyrażona w art. 61 ust. 3 u.i.l. - zasada swobodnej oceny dowodów. Przedstawione przykłady pokazują istotną rolę SN w ocenie stosowanych przez sądy lekarskie przepisów procedury, co ma wpływ nie tylko na orzeczenia sądu odwoławczego – NSL-u, ale często nawet w sposób pośredni na jakość i rzetelność orzeczeń wydawanych przez okręgowe sądy lekarskie. Temu zagadnieniu poświęciłam materiał współautorski: **Rola Naczelnego Sądu Lekarskiego w kształtowaniu orzecznictwa sądów lekarskich (we współautorstwie z Radosławem Tymińskim), w: Medyczna Wokanda 2017, nr 9, s. 93-102.** Zwieńczeniem powyższych badań była kolejna moja monografia: **Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce, Warszawa 2018 r., ss. 320,** która w sposób nowatorski i wyczerpujący przedstawia procedury postępowania przed sądami lekarskimi. Ze względu na występujące w ustawie o izbach lekarskich odrębności, szczegółowo została omówiona instytucja rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz prowadzone przez niego postępowanie sprawdzające i postępowanie wyjaśniające. Zwróciłam też uwagę na trudności w formułowaniu wniosku o ukaranie związane z niedookreślonością przewinień zawodowych. Scharakteryzowane zostały strony postępowania: pokrzywdzony, lekarz, którego postępowanie dotyczy i obwiniony. Przedstawiłam środki odwoławcze (odwołanie i zażalenie) służące kontroli orzeczeń pierwszej instancji oraz nadzwyczajne środki odwoławcze: kasacja i wznowienie

postępowania. W rozdziale dotyczącym dowodów skupiłam się na ujęciu specyfiki opinii biegłego, gdyż w tym postępowaniu istotny jest również wysokim poziomem wiedzy medycznej członków składu orzekającego i rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Na szczególną uwagę zasługują dwa końcowe rozdziały publikacji. W rozdziale pt. „*Standardy wykonywania zawodu lekarza*” przedstawiłam ocenę wybranych przez mnie orzeczeń okręgowych sądów lekarskich z izby: warszawskiej, wrocławskiej, wielkopolskiej i łódzkiej oraz poszczególne orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego. Prezentowane opracowanie jest pierwszą próbą analiz oraz refleksji poświęconych standardowi wykonywania zawodu lekarza z wykorzystaniem orzecznictwa sądów lekarskich. Ostatnim rozdziale pt. „*Mediacje lekarz-pacjent. Praktyka rzeczników i sądów lekarskich*”, prezentuję zupełnie nową instytucję - mediację, która nie była wcześniej uregulowaną w ustawie o izbach lekarskich. Oceeniłam normę regulującą tą kwestię (art. 113 u.i.l.) ze względu na: osobę mediatora, miejsce i czas mediacji oraz informowanie o mediacji. Wiele uwagi poświęciłam ugodzie mediacyjnej, która na gruncie ustawy o izbach lekarskich nie ma mocy prawnej. Była to kontynuacja moich wcześniejszych badań kiedy przedstawiłam daleko idące postulaty rozszerzenia katalogu przesłanek umorzenia postępowania z art. 63 pkt 1-5 u.i.l. poprzez dodanie ugody mediacyjnej, a także umorzenie wszczętego już postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy ze względu na zakończenie konfliktu w drodze mediacji w postępowaniu cywilnym bądź karnym. Na gruncie obecnej ustawy o izbach lekarskich możliwe jest stosowanie jedynie fakultatywnego umorzenia postępowania przed sądem lekarskim (art. 82 ust. 2 u.i.l.), co w praktyce tworzy rozbieżności w orzecznictwie. Wskazałam także na konieczność obligatoryjnego informowania o mediacji w postępowaniu przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Powyższe tezy przedstawiłam w: ***Mediacje w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Analiza i propozycje zmian w kierunku obligatoryjności, w: Mediacje obligatoryjne*** red. Katarzyna Antolak-Szymanski, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2017, s. 135-147.

W publikacji ***Specyfika opinii biegłego w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Aktualne orzecznictwo i badania własne. w: Aktualne problemy przemian systemu ochrony zdrowia w Polsce***, red. Monika Urbaniak, Rafał Staszewski, Katedra Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Poznań 2017, s. 260-270, wskazałam na znaczenie opinii biegłego w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Istotne jest to, że na etapie postępowania przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ustawodawca nie formuje jasnego przepisu wskazującego na obligatoryjność korzystania z opinii biegłego, w przeciwieństwie do etapu przed sądem lekarskim, gdzie zasady są takie same jak w k.p.k.. Powyższa teza została zestawiona z przepisami ustawy o izbach lekarskich formującymi warunki jakie ma spełniać lekarz powołany do orzekania w organach odpowiedzialności zawodowej (art. 14 ust. 6 u.i.l.). Posiadanie wiedzy medycznej i 10-letniego przygotowania zawodowego w zawodzie dają sędziom sądu lekarskiego inne predyspozycje do oceny opinii biegłego lekarza powołanego w tym postępowaniu. Dalsze moje badania dotyczyły także zagadnień prawa materialnego, a w szczególności odpowiedzi na pytanie jaką rolę spełnia ustalenie stopnia społecznej (w doktrynie nazywanej korporacyjnej) szkodliwości czynu w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. W komentarzu do



orzeczenia: *Szkodliwość korporacyjna - na marginesie orzeczenia SN z 29 maja 2018 r., sygn. akt SDI 14/18, Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis, vol. 9 No. 1, p. 178-191 (równolegle opublikowany w Medycznej Wokandzie nr 14 z 2020)* przedstawiłam trudności jakie sędziom sądu lekarskiego sprawia brak określoności czynów w tym postępowaniu i przypisania im konkretnych kar. Stawiana teza zakłada, że kara za przewinienie zawodowe musi być współmierna do charakteru czynu i odpowiadać społecznemu poczuciu sprawiedliwości, w szczególności niedopuszczalna jest sytuacja, że za poważne przewinienia orzeczona zostanie kara łagodniejsza, zaś za zachowania o mniejszym stopniu zawinienia surowsza. Kwantyfikatorem jest tutaj społeczna (korporacyjna) szkodliwość czynu. Glosowany wyrok zasługuje na aprobatę gdyż kara, która nie uwzględnia ustawowych dyrektyw kary, w tym społecznej szkodliwości (korporacyjnej) czynu stanowi karę rażąco niewspółmierną. Społeczna szkodliwość czynu umożliwiającą różnicowanie naganności (karygodności) czynu wewnątrz klasy zachowań, objętych jedną kwalifikacją prawną.

### **B. Postępowanie dowodowe w procesach medycznych**

W drugim nurcie prawa medycznego zajmowałam się regulacjami związanymi ze specyfiką **postępowania dowodowego w procesach medycznych**, a w szczególności badania te dotyczyły roli i obowiązków lekarza w procesie oraz problematyce wykorzystania dowodów z innych postępowań w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Porównywałam także regulacje związane z alternatywnym rozwiązywaniem sporów o błąd medyczny. W publikacji *Lekarz psychiatra jako świadek w postępowaniu karnym (we współautorstwie z A. Augustynowicz), Prawo i Medycyna nr 3-4, 2013 s. 89 – 106*, przedstawiłyśmy relacja pomiędzy przepisami ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, dalej u.o.z.p. (Dz. U. z 2020, poz. 685) a procedurą karną. Zakaz dowodowy z art. 52 (u.o.z.p.) jak i norma art. 199 k.p.k. zakładają, że złożone wobec biegłego albo wobec lekarza, udzielającego pomocy medycznej, oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu. W publikacji udowodniłyśmy trzy tezy. Po pierwsze krąg osób z oświadczeniami których związanych jest zakaz dowodowy w wypadku obu regulacji może być identyczny. Po drugie przepis art. 199 k.p.k. obejmuje swym zakresem podmiotowym znaczną część zakresu art. 52 u.o.z.p. dotyczy również lekarzy psychiatrów zajmujących się leczeniem pacjentów z zaburzeniami psychicznymi a także biegłych, w tym biegłych psychiatrów. Po trzecie zakres przepisu art. 52 u.o.z.p. nie pokrywa się z zakazem z art. 199 k.p.k. w takim zakresie, w jakim chodzi o oświadczenia pacjentów, dotyczące czynu zabronionego, złożone wobec osób związanych tajemnicą psychiatryczną innych aniżeli lekarz lub biegły. Dodatkowo art. 52 ust. 1 u.o.z.p. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowi *lex specialis* w stosunku do unormowania art. 180 k.p.k. Oczywistym jest, że osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy psychiatrycznej nie można również przesłuchać co do okoliczności przewidzianych w art. 52 ust. 1 u.o.z.p., nawet jeżeli wyrażą na to zgodę. Co jednak istotne wskazałyśmy w tej publikacji, że niespójność przepisów pozwala składać tym osobom zeznania co do innych okoliczności. W publikacji: *Wybrane zagadnienia prawa dowodowego w cywilnych*



*procesach medycznych. Orzecznictwo i badania własne, w: Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej* red. B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska, C.H. Beck, Warszawa 2016, 895-906, przedstawiłam status prawny niektórych istotnych dla procesu cywilnego dowodów pochodzących z postępowania przed sądem lekarskim: dokumentacji medycznej i opinii biegłego. Wykazałam, że orzeczenia wydane przez sąd lekarski co do tego samego czynu mają w procesie cywilnym znaczenie, niewątpliwie mogą wpłynąć na wyrok, lecz nie są prejudykatem w rozumieniu art. 11 k.p.c. Rygor taki, w ściśle określonym zakresie, dotyczy wyroków skazujących orzeczonych w postępowaniu karnym *sensu stricto*. Natomiast odpowiedzialność zawodowa lekarzy jest uznawana za *quasi-karną*. W kolejnej publikacji: ***Opinia biegłego lekarza w procesach o błąd w sztuce w świetle orzecznictwa sądów cywilnych i badań własnych, w: Rola biegłego w postępowaniach sądowych***, red. Łukasz Błaszczak, Krystian Markiewicz, PRESSCOM Sp. z o.o., Wrocław 2016, s. 263-275, wskazałam na wady i zalety modelu opiniowania w sprawach o błąd medyczny, a także konsekwencję wadliwego wyboru biegłego lekarza. Przedstawiłam problemy w komunikacji pomiędzy biegłym lekarzem a sądem. Przyczynkiem do tych rozważań były moje badania akt sądowych prowadzone w sądach cywilnych na terenie Warszawy (w ramach projektu „Analiza rozstrzygnięć prawnych dotyczących błędów medycznych”, Zakład Ekonomiki Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego, CMKP 2008-2012). W publikacji, która ukazała się po międzynarodowej konferencji naukowej w której brałam udział: ***Medical events, w: Alternative dispute resolution: from roman law to contemporary regulations***, red. Bronisław Sitek, Aleksander W. Bauknecht, Katarzyna Ciućkowska-Leszczewicz, Jakub J. Szczerbowski, Carmen Lazaro Guillamon, Sławomir Kurska, Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM, 2016, s. 129-136 przedstawiłam wady i zalety postępowania przed wojewódzką komisją do spraw zdarzeń medycznych, które zostało uregulowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W rozumieniu konstytucyjnym wojewódzka komisja nie jest sądem, a jej członkowie nie są sędziami. Postępowanie to należy do alternatywnych form rozwiązywania sporów, które są szansą dla podmiotów leczniczych znalezienia tańszego i szybszego sposobu zakończenia sporu z pacjentem. Innym sposobem jest mediacja. W publikacji: ***Mediacja czy sąd w szkodach medycznych? Wyzwania dla jednostek sektora publicznego, w: Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego nr 11, 2018, s. 10-15***, porównałam przepisy regulujące postępowanie przed komisją do spraw zdarzeń medycznych z mediacją w procedurze cywilnej. Wskazałam, że publiczne szpitale jako podmioty lecznicze nie mogą skorzystać z rozwiązania sporów w drodze mediacji, a jedynie podmioty lecznicze, które nie należą do sektora finansów publicznych. Ugoda mediacyjna z pacjentem mogą zostać uznana za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Dodatkowo podmiot leczniczy powinien edukować swoich pracowników w zakresie mediacji karnych i zawodowych, gdyż ugoda mediacyjna w tych trybach może powstrzymać pacjenta przed roszczeniami w sądzie cywilnym. W artykule ***Dochodzenie roszczeń w sprawach o błąd medyczny - uwagi de lege lata i de lege***

*ferenda. Studia Prawnoustrojowe, 2020, nr 48, s. 247-261*, podają i analizują dostępną statystykę (w tym kwoty) błędów medycznych i naruszeń praw pacjenta. Na tym tle formuję kilka wniosków. Jeden z nich dotyczy pewnego doprecyzowania przepisów o zadośćuczynieniu, gdyż ustawodawca w przepisach regulujących naprawienie szkody posługuje się dość szerokimi sformułowaniami pozostawiając interpretację orzecznictwu. Z tego względu analiza tych orzeczeń wydaje mi się niezbędna. Tym samym w publikacji wskazuję na coraz większą liczbę roszczeń związanych z naruszeniem praw pacjenta i konieczność wdrażania praktycznych rozwiązań mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjenta, m.in. szkolenia personelu, informacje dla pacjentów. Istotny dla praktyki podmiotów leczniczych jest wniosek, aby personelu medycznego uczestniczącego w postępowaniach sądowych miał możliwość skorzystania z odpowiedniej pomocy, gdyż niekorzystne rozstrzygnięcia może spowodować, że placówka medyczna utraci dobrego specjalistę fachowca, o którego obecnie na rynku coraz trudniej.

### C. Standard wykonywania zawodu lekarza

Trzeci nurt w prawie medycznym związany jest z poszukiwaniem **standardu wykonywania zawodu lekarza**. Badania normatywne były prowadzone w oparciu o dwie dopełniające się zasady zawodu lekarza: pierwsza z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, dalej - u.z.l., (Dz. U. 2021, poz. 791), zgodnie z którą lekarz ma obowiązek wykonywać swój 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, druga według art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej (KEL), który stanowi, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Postawiłam i udowodniłam tezę, że choć KEL dookreśla normy prawne (Postanowienie TK z dnia 7 października 1992, sygn. akt. U 1/92, OTK 1992, nr 2, poz. 38) to właśnie KEL wskazuje na dwie spójne cechy właściwej relacji lekarza do pacjenta: ogólnie pojęta staranność czynności lekarza oraz poświęcenie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu. Należy jednak uwzględnić fakt, że wpływ etyki może prowadzić do reinterpretacji niedookreślonych pojęć prawnych, niekiedy istotnie zmieniając ich treść (tak: M. Boratyńska, P. Konieczniak, Bioetyka a prawo w: J. Różyńska, W. Chańska, Bioetyka, Warszawa 2013, s. 64). Z tego względu w celu poparcia powyższej tezy obok badań normatywnych posługiwałam się także badaniami jakościowymi. Zastosowałam metodę, która koncentruje się nie na tym, jak badanie jest realizowane (metoda), a na tym, co jest badane (przypadek) - *case study research*. W prezentowanych publikacjach zastosowanie tej metody pozwoliło mi na realizację: celu naukowego, poznanie i zrozumienie badanego zjawiska a jednocześnie realizację celu dydaktycznego. Nie można jednak ustalić właściwego standardu wykonywania zawodu lekarza bez ustalenia znaczenia prawnego związanych z tym zawodem pojęć. Dokonałam tego w dwóch rozdziałach: **Diagnostyka, diagnoza, proces diagnostyczny, w: System prawa medycznego: Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego**, red. Rafał Kubiak, Leszek Kubicki, E. Zielińska, Wolters Kluwer ,

Warszawa, 2018, s. 759-765 oraz *Terapia*, w: *System prawa medycznego. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. Rafał Kubiak, Leszek Kubicki, E. Zielińska, Wolters Kluwer, Warszawa, 2018, s. 766-774. Istotnym wkładem w tych publikacjach jest systematyczna analiza norm prawnych i próba zdefiniowania fundamentalnych dla prawa medycznego pojęć: „diagnoza” i „terapia”. Terminy te w prawie medycznym są dowolnie rozumiane, a składają się na pojęcie świadczeń zdrowotnych. Zwracam także uwagę na brak precyzji w używaniu przez ustawodawcę terminów medycznych takich jak „zabieg”. Na gruncie jednego aktu prawnego pojęcie to jest dookreślone w sposób nieprecyzyjny, jako „lecniczy” lub „lekarski”. W mojej opinii w obu przypadkach jest to wadliwe z punktu widzenia celów, jakie postawił sobie ustawodawca. W publikacji *Wpływ Kodeksu etyki lekarskiej na wykonywanie zawodu lekarza. Analiza orzecznictwa i praktyka sądów lekarskich*, w: *Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka* red. A. Białek, M. Wróblewski, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2016, s. 151-161 omawiam charakter prawny Kodeksu etyki lekarskiej analizując orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, a w szczególności postanowienie TK z dnia 7 października 1992, (sygn. akt. U 1/92, OTK 1992, nr 2, poz. 38). W tym postanowieniu Trybunał przesądził, że KEL nie jest źródłem prawa w rozumieniu Konstytucji RP, jego normy mają charakter deontologiczny, co sprawia, że nie mogą być poddane orzecznictwu TK. Odmiennie w orzeczeniu TK z 23 kwietnia 2008 r. (sygn. akt SK 16/07, OTK ZU 2008, nr 3A, poz. 45), gdzie Trybunał przyjął, że normy deontologiczne mogą podlegać jego kontroli tyle tylko, że „w związku” z przepisami ustaw. W konsekwencji powyższe orzeczenie nie rozwiązało problemu konstytucyjności Kodeksu etyki lekarskiej, lecz stanowi kontynuację linii orzecznictwa Trybunału, zapoczątkowaną w 1992 r., z pewnymi modyfikacjami. Potwierdza to tezę, że KEL ma uzupełniać regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu lekarza, gdyż stanowić zbiór zasad zaakceptowanych przez środowisko lekarskie zachowań, będąc jednocześnie odpowiedzią na zmieniające się warunki społeczne, polityczne i ekonomiczne. Najważniejszym pojęciem związanym z wykonywaniem zawodu lekarza oprócz aktualnej wiedzy medycznej jest dołożenie należytej staranności. Pojęcie to omówiłam w publikacji: *Należyta staranność lekarza w praktyce sądów lekarskich. Analiza orzecznictwa i badania własne*, w: *Zagadnienia prawa medycznego*, red. Adam Górski, Emilia Sarnacka, Wydawnictwo Difin, Warszawa, 2018, s. 264-279. Przybliżyłam tu orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego wskazujące na cechy zawodów zaufania publicznego (Wyrok TK z 7 maja 2002 r., sygn. akt SK 20/00 OTK-A 2002, nr 3, poz. 29, Wyrok TK z 2 lipca 2007 r., sygn. akt K 41/05 OTK-A 2007, nr 7, poz. 72). Zgodnie z nimi czynności zawodowe osób wykonujących zawód zaufania publicznego wymagają profesjonalnego przygotowania, doświadczenia, dyskrecji oraz taktu i kultury osobistej. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry posługuje się klauzulą należytej staranności. W jaki sposób interpretować to pojęcie pokazałam przedstawiając przykładowe orzeczenia sądów lekarskich. Wskazane przeze mnie przypadki potwierdziły tezę, że należyta staranność jest pojęciem szerszym niż błąd medyczny. Publikacja *Standard wykonywania zawodu lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich*, w: *Standard wykonywania zawodów medycznych* red. Adam Górski, Emilia Sarnacka, Magdalena Grassmann, C.H. Beck, 2019, s. 109-

120, powstała po konferencji pt. *Problemy prawa medycznego - standard wykonywania zawodów medycznych*, na której przedstawiłam referat: *Rola sądów lekarskich w kształtowaniu standardów wykonywania zawodu lekarza*, organizatorem był Zakład Prawa Medycznego i Deontologii Lekarskiej oraz Samodzielna Pracownia Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Podjęłam tu próbę konstrukcji „wzorca dobrego lekarza”. Porównałam ukształtowany w doktrynie pożądany wzorzec lekarza z uchybieniami w wybranych orzeczeniach zawodowe OSŁ i NSŁ. Zwróciłam uwagę na szczególną wartość edukacyjną tych orzeczeń oraz to, że dostęp do orzeczeń sądów lekarskich jest utrudniony z powodu braku ich publikacji.

Próby poszukiwania w orzecznictwie sądów lekarskich standardu wykonywania zawodu lekarza z punktu widzenia konkretnej specjalizacji przyniosły kilka publikacji. Jedną z nich dla lekarzy psychiatrów oprócz analizy przepisów i orzecznictwa opierał się na ideałach Antoniego Kępińskiego, który wylicza błędy, jakie popełniają lekarze psychiatrzy podczas diagnozy i terapii pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Błędy te można podzielić na trzy grupy: błąd przedmiotu (lekarz nie traktuje pacjenta podmiotowo, nie jest to relacja partnerska), błąd maski („sztucznej” pozy, która jest niezgodna z aktualnymi psychicznymi przeżyciami lekarza) i błąd sędziego (lekarz ocenia pacjenta). Przedstawiłam ten wzorzec w publikacji: *The 'good psychiatrist' standard according to Antoni Kępiński. Examples from the decisions of medical disciplinary boards*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2019, vol. 28, No. 4, p. 267-272. Kolejne dwa artykuły dotyczą lekarzy medycyny rodzinnej, inna lekarzy dentyków m.in. *The Family Doctor in the Jurisprudence of Medical Disciplinary Boards Analysis of Select Cases*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2018, vol. 20, No. 3, p. 291-295; oraz *Family physicians' professional standards in the decisions of medical disciplinary boards and of the Supreme Court*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2020, vol. 22, No. 2, p. 166-170 i *Dentists' errors as seen on the example of Polish medical disciplinary boards*, *International Journal of Medical Science and Dental Research*, 2019, No 2, (2), p.1-7. Pozostałe publikacje odnoszące się do „wzoru lekarza” znajdują się w wykazie nr 4 o wszczęciu postępowania habilitacyjnego.

### c) Varia

W publikacji: *Medycyna regeneracyjna dla sportowców: Aspekty prawne i etyczne*, w: *Problemy prawne na styku sportu i medycyny*, C.H. Beck, Warszawa, 2015, s. 139-149, przedstawiłam regulacje prawne dotyczące somatycznych komórek macierzystych (MSC - mesenchymal stem cells). Z punktu widzenia medycyny komórki te pochodzą m.in. z komórek tłuszczowych pacjenta, co rozwiązuje zarówno problem etyczny (nie są to komórki embrionów), jak i problem ich odrzucenia, gdyż są to komórki własne pacjenta, które co do zasady nie są odrzucane przez biorcę. W obszarze prawnym do tych komórek macierzystych, które nie zostały poddane manipulacjom (lub zostały poddane jedynie tzw. nieswoistym manipulacjom) oraz u biorcy pełnią tę samą funkcję co u dawcy stosujemy przepisy ustawy o pobieraniu, przechowywaniu tkanek i komórek (ustawa z dnia 1 lipca



2005 r. pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm). W przypadku poddania ich tzw. istotnej manipulacji oraz wtedy, gdy pełnią inne funkcje niż u dawcy są zaliczane do produktów leczenia terapii zaawansowanej (ATMP – *advanced therapy medicinal products*) i muszą spełniać wymogi Prawa farmaceutycznego (Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2021, poz. 974). W tej publikacji przedstawiłam także prawne regulacje dotyczące eksperymentu medycznego, wskazując, że ATMP mogą być one legalnie zastosowane u człowieka w badaniach klinicznych. Dla medycyny sportowej wielką nadzieją a zarazem i potencjalnym zagrożeniem są indukowane pluripotencjalne komórki macierzyste (iPSC), czyli przeprogramowane komórki organizmów dorosłych (w 2012 r. Nagroda Nobla z dziedziny medycyny). Do największych trudności związanych ze stosowaniem iPSC w praktyce komórek należy wysokie ryzyko nowotworzenia oraz obawy o możliwości wytworzenia organizmu lepszego niż dała nam natura. Wykazałam brak regulacji w tym obszarze. W publikacji ***Nowe procedury medyczne w świetle ochrony patentowej***, w: ***Nowe procedury medyczne a prawo***. red. Jacek Sobczak, Magdalena Reshef, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2016, s. 251-266, przedstawiłam regulacje prawne związane z patentowaniem, a szczególnie odniosłam się do genu. Wskazałam, że kluczowe znaczenie dla rozgraniczenia między odkryciem a wynalazkiem przypisuje się wyizolowaniu genu, co sprawia, że jest on dostępny dla społeczeństwa. Tym, co może być opatentowane, jest właśnie wyizolowany ze środowiska naturalnego gen, oczyszczony lub zmodyfikowany w taki sposób, że otrzymany produkt nie występuje naturalnie. Można również opatentować gen identyczny z naturalnym, ale uzyskany sposobem technicznym. W publikacji wskazałam, że na gruncie prawa europejskiego wyizolowanie DNA może być uznane za wynalazek i może być przedmiotem patentu. Inaczej jest w USA, gdzie Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 13 czerwca 2013 r. unieważnił patenty na geny spółki *Myriad Genetics* (BRCA1 i BRCA2 - mogą wskazywać, czy istnieje podwyższone ryzyko zachorowania przez kobietę na raka piersi lub szyjki macicy) i stwierdził, że spółka ta niczego nie stworzyła a jedynie odkryła ważny i przydatny w medycynie gen. W publikacji: ***Sekcja zwłok jako szczególny rodzaj interwencji medycznej***, w: ***Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno – kulturowej***, red. Jan Hartman, Marta Szabat, Wolters Kluwer, Warszawa, 2016, s. 228-240, omawiam obowiązujące przepisy, które wyróżniają sekcję zwłok: naukowo-lekarską, sądowo-lekarską i administracyjną. W tym rozdziale prezentuję różnice między sekcją zwłok a pozostałymi interwencjami medycznymi. W przypadku sekcji ustawodawca przyjmuje, że istnieje zgoda na jej wykonanie, aż do momentu wyrażenia przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego sprzeciwu. Co zasady pozostałe interwencje medyczne wymagają od pacjenta wyrażenia świadomej poinformowanej zgody. Po drugie sekcja może stanowić źródło materiału do transplantacji, choć są to dwie odrębne procedury. Z tego względu w medycynie transplantacyjnej bardziej niż w innych dyscyplinach klinicznych potrzebne są precyzyjne regulacje prawne, dobra organizacja, opierająca się na akredytowanych instytucjach, przejrzystość i transparentność działania oraz właściwe systemy jakości. W artykule:



*Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne* (we współautorstwie z Dariuszem Hajdukiewiczem), *Studia Prawnoustrojowe*, nr 50, 2020, s. 509-524 wskazaliśmy, że regulacje pozwalające na stosowanie nowoczesnych technik takich jak telemedycyna odnoszą się do lekarzy i lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych, natomiast w przypadku ratowników medycznych ustawodawca uczynił to w bardzo ograniczonym zakresie. Wiąże się to z tym, że podczas udzielania świadczeń przy użyciu tej techniki brak jest możliwości przeprowadzenia badania przedmiotowego. Postawiliśmy tezę, że telemedycyna jedynie uzupełnieniem medycyny tradycyjnej i nie może jej w pełni zastąpić.

#### **e) Dalsze kierunki badań**

Kierunki moich przyszłych badań są ściśle związane są z przedstawioną monografią, choć zajmuję się teraz również innymi zawodami medycznymi, w tym:

1. Ustalenie definicji zawodu medycznego.
2. Medyczne zawody zaufania publicznego.
3. Model odpowiedzialności zawodowej zawodów medycznych (w szczególności wpływ rozszerzania kompetencji do udzielania świadczeń na odpowiedzialność zawodową).

W innym obszarze moich zainteresowań naukowych są także interwencje prawne w zdrowiu publicznym.

### **6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę**

#### **6.1. Osiągnięcia dydaktyczne**

##### **a) Zajęcia dydaktyczne**

Od samego początku mojej pracy jako nauczyciela akademickiego dydaktyka zajmuje bardzo ważne miejsce. Zajęcia dydaktyczne w szkole Zdrowia Publicznego CMKP zaczęłam prowadzić już w roku akademickim 2004/2005.

Jeszcze przed osiągnięciem stopnia doktora nauk prawnych samodzielnie prowadziłam wykłady na zajęciach: „**Zagadnienia prawno-medyczne w teorii i praktyce**”. Przedmiotem moich wykładów były następujące tematy: „*Źródła prawa: konstytucja, ustawy oraz akty wykonawcze*” (2 godziny). „*Procedura tworzenia i uchwalania aktów prawnych. Podstawowy prawne wykonywania zawodów medycznych: lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki, położnej, farmaceuty, diagnosty laboratoryjnego, psychologa*” (2 godz.), „*Podstawowe pojęcia prawa cywilnego: podmioty prawa; osoba fizyczna; osoba prawna; zdolność prawna; zdolność do czynności prawnej. Ogólne zagadnienia umów występujących w obrocie prawnym w ochronie zdrowia*” (2 godz.) „*Podstawowe pojęcia i problemy administracji publicznej: administracja publiczna, administracja rządowa, samorząd terytorialny (zadania własne, zadania zlecone). Struktura organów administracji rządowej; struktura samorządu terytorialnego*” (2 godz.)

Po uzyskaniu stopnia doktora nauk prawnych od roku akademickiego 2007/2008. Dodatkowo prowadziłam wykłady na zajęciach: „**Wybrane zagadnienia prawne i deontologiczne w systemie**

**opieki zdrowotnej. Orzecznictwo lekarskie. Obowiązujące podstawowe przepisy prawne cz. 1 i 2** i „**Zdrowie publiczne cz.2**” Tematy moich wykładów to: „*Zakłady opieki zdrowotnej - podstawy prawne. Zamówienia publiczne w służbie zdrowia*” (4 godz.); „*Odpowiedzialność cywilna lekarza*” (4 godz.)

Na zajęciach „**Międzynarodowe problemy zdrowia publicznego**” i „**Aktualne problemy prawa medycznego i bioetyki**” prowadziłam następujące wykłady: „*Prawa człowieka*” (6 godz.), „*Międzynarodowa pomoc humanitarna*” (2 godz.), „*Zdrowie publiczne w regulacjach prawa międzynarodowego i polskiego*” (4 godz.). Efektem powyższych zajęć dydaktycznych były materiały „*Zdrowie publiczne*” tom II, gdzie napisałam rozdział „*Prawo cywilne w opiece zdrowotnej*”, wydany przez CMKP w 2010 r.

Od roku akademickiego 20011/2012 prowadziłam pięć nowych wykładów na zajęciach „**Prawo medyczne**”. Tematy moich wykładów to: „*Odpowiedzialność cywilna lekarza przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*”, (4 godz.) „*Odpowiedzialność zawodowa. Samorząd zawodowy lekarzy*”. (4 godz.). Na zajęciach: „**Wybrane zagadnienia prawne i deontologiczne w systemie opieki zdrowotnej**” prowadziłam wykłady: „*Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych*” (4 godz.), „*Formy prawne wykonywania zawodu lekarza w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej*”(4 godz.) oraz ćwiczenia „*Rozwiązywanie kasusów z prawa medycznego – praktyczne ćwiczenia dla słuchaczy*” (6 godz.). Na podstawie tych wykładów powstała publikacja dydaktyczna „*Prawo medyczne - Wybrane zagadnienia*” wydana przez CMKP w 2011 r. i aktualizowana wersja 2013r.

Podczas wspólnych zajęć Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego i Studium Doktoranckiego CMKP, „**Prawne i etyczne obowiązki personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych na uczelniach medycznych i w jednostkach naukowo-badawczych**” w 2012 r. prowadziłam wykład: „*Personel medyczny w procesach sądowych. Postępowanie dowodowe*” (2 godz.).

Ponadto od roku akademickiego 20015/2016 prowadziłam dodatkowo wykłady na zajęciach: „**Bioetyka w obszarze ochrony zdrowia**” wykład: „*Problem przewidywanych konsekwencji rozwoju biotechnologii. Współczesne oblicze eugeniki*” (2 godz.), na zajęciach „**Prawo medyczne**” wykład: „*Opieka medyczna w świetle Konstytucji RP*”(1 godz.) oraz „*Uregulowania dotyczące chorób zakaźnych. Zakażenia szpitalne*” (1 godz.), na zajęciach „**Zagadnienia prawne w chirurgii. Zagadnienia związane z zakażeniami HIV i choroba AIDS. Problemy i możliwości ratownictwa medycznego**”, wykład: „*Odpowiedzialność prawna lekarzy. Prawa pacjenta*” (2 godz.). Na zajęciach „**Podstawy prawa**” prowadziłam także wykłady „*Podstawy prawa cywilnego*” oraz „*Zasady konstruowania umów cywilnoprawnych*”, Na zajęciach: „**Polityka zdrowotna jako składowa polityki społecznej**”, prowadziłam dwa wykłady: „*Zakres odpowiedzialności państwa za zdrowie populacji. Konstytucyjne gwarancje zdrowia – zakres i ograniczenia. Prawne narzędzia polityki zdrowotnej – ustawy, rozporządzenia*” (2 godz.), „*Wpływ organizacji międzynarodowych w tworzeniu polityki zdrowotnej. Instytucje zdrowia publicznego*” (2 godz.). Na zajęciach „**Prawne aspekty poradenia**

**specjalistycznego leczenia ortodontycznego”** prowadziłam wykład: *„Zgoda pacjenta na leczenie”* (2 godz.).

Od roku akademickiego 2020/2021, wykładam również na zajęciach **„Podstawy prawa”**, opracowałam i prowadziłam następujące wykłady: *„Prawo cywilne w ochronie zdrowia”* (2 godz.), *„Odpowiedzialność prawna za błędy medyczne. Błąd medyczny – definicje”* (4 godz.), *„Rola orzecznictwa sądów polskich w interpretacji norm prawnych”* (2 godz.) oraz na zajęciach **„Diagnostyka mikrobiologiczna. Zakażenia szpitalne i zawodowe”** wykład *„Regulacje prawne dotyczące kontroli i zgłaszania zakażeń szpitalnych”* (2 godz.).

Od początku mojej pracy po każdym zajęciach dydaktycznych była prowadzona anonimowa ankieta ewaluacja wśród słuchaczy. W okresie **od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.** moja średnia z ocen wynosiła **4,88** przy uwzględnieniu 1259 ankiet.

#### **b) Promotor prac dyplomowych**

W latach 2009-2010 na Uniwersytecie Warszawskim na Wydziale Zarządzania, na Studiach Podyplomowych, Specjalizacja: Zarządzanie w Ochronie Zdrowia, po moim kierunkiem pięć osób przygotowało i obroniło prace dyplomowe.

Tematy prac: *„Prawne aspekty transplantacji w Polsce”* (1 osoba); *„Odpowiedzialność cywilna lekarza za błąd medyczny”* (2 osoby); *„Odpowiedzialność zawodowa lekarza w świetle nowej ustawy o izbach lekarskich”* (1 osoba); *„Prawne aspekty korupcji w Polsce”* (1 osoba).

#### **6.2. Osiągnięcia organizacyjne**

Stworzyłam i organizowałam cykliczne spotkania związane z prawem medycznym integrujące środowisko zawodów medycznych i prawniczych. W 2013 r. z mojej inicjatywy powstała **Szkoła Prawa Medycznego**, którą łączyła słuchaczy z Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, Absolwentów Podyplomowe Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny oraz Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Spotkania odbywały się na Uniwersytecie Warszawskim a ostatnie w 2020 r. po raz pierwszy *on-line*.

*Jesienna Szkoła Prawa Medycznego*; wykład: **„Wizyta on-line – ograniczenia prawne i etyczne”** w dniu 28.11.2020 r.

*Jesienna Szkoła Prawa Medycznego*; wykład: **„Kasacja – nadzwyczajny środek odwoławczy w procesach o błędy medyczne”** w dniu 21.09.2019 r. w Warszawie

*Letnia Szkoła Prawa Medycznego*; wykład: **„Pełnomocnik medyczny- nowa instytucja w polskim prawie”** w dniu 14.09.2019 r. w Warszawie

*Jesienna Szkoła Prawa Medycznego*; wykład: **„Błędy medyczne- kazusy (sprawy cywilne, karne i odpowiedzialność zawodowa)”** w dniu 15.09.2018 r. w Warszawie

*Letnia Szkoła Prawa Medycznego*; wykład: **„Przetwarzanie danych wrażliwych pacjentów a nowe regulacje RODO”** w dniu 16.06.2018 w Warszawie

*Letnia Szkoła Prawa Medycznego*; wykład: **„Dowody w cywilnym procesie medycznym”** w dniach 25.08.2013 r. i 15.09.2013 r. w Warszawie

Dodatkowo w latach 2014-2019 organizowałam i prowadziłam konferencje Zakładu Prawa, Ekonomiki i Zarządzania, Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP związane z głównie z organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych. Spis tych konferencji znajduje się w wykazie nr 4 do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego.

### **6.3. Osiągnięcia popularyzujące naukę**

Od samego początku pracy naukowej współpracowałam z branżowymi czasopismami medycznymi dzieląc się z swoją wiedzą teoretyczną i praktyczną: „**Praktyka lekarska**”, „**Dermatologia i Kosmetologia Praktyczna**”, „**Stomatologia**”, „**Nowa Klinika**”. Spis tych publikacji znajduje się w wykazie wykaz nr 4 do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego w części dotyczącej osiągnięć o charakterze dydaktycznym.

Iwona Wnęśniewska-Wiel

