



Paulina Tomaszewska

Rozprawa doktorska

**Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności
zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Teresy Gardockiej,
prof. Uniwersytetu SWPS

Warszawa 2020

Spis treści

Wstęp.....	3
Rozdział I.....	9
Odpowiedzialność zawodowa lekarzy i lekarzy dentystów	9
1. Zagadnienia wstępne	9
2. Odpowiedzialność zawodowa a odpowiedzialność dyscyplinarna	12
3. Zasady odpowiedzialności zawodowej.....	24
4. Zakres podmiotowy odpowiedzialności zawodowej.....	40
5. Kodeks Etyki Lekarskiej i przepisy związane z wykonywaniem zawodu jako podstawa odpowiedzialności zawodowej	45
6. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy a uchwały i stanowiska organów izb lekarskich.....	65
7. Odpowiedzialność zawodowa za czyny popełnione przez lekarzy i lekarzy dentystów poza granicami Polski	67
8. Podsumowanie.....	72
Rozdział II	74
Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich	74
1. Zagadnienia wstępne	74
2. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej	76
3. Strony postępowania.....	88
4. Czynności sprawdzające	94
5. Postępowanie wyjaśniające	102
6. Postępowanie przed sądem lekarskim	118
7. Podsumowanie.....	147
Rozdział III.....	149
Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.	149
1. Zagadnienia wstępne	149
2. Definicja i podstawowe zasady mediacji.....	150
3. Sposoby prowadzenia mediacji	170
4. Lekarz, jako mediator w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej	173
5. Informowanie stron o możliwości mediacji	182
6. Pokrzywdzony i obwiniony jako uczestnicy mediacji.....	186
7. Postanowienie o skierowaniu sprawy do mediacji	190

8. Czas i miejsce prowadzenia mediacji	191
9. Zapoznanie się przez mediatora izby lekarskiej z aktami postępowania	193
10. Sprawozdanie z mediacji	194
11. Katalog spraw kierowanych do postępowania mediacyjnego	197
12. Ugoda w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.....	199
13. Konsekwencje zawarcia ugody przed mediatorem w toku postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.....	201
14. Konsekwencje zawarcia ugody przed mediatorem w toku postępowania przed sądem lekarskim	202
15. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych	207
16. Podsumowanie	217
Rozdział IV	221
Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów w świetle wyników badań aktowych oraz proponowane zmiany w zakresie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, które mogłyby przyczynić się do rozwoju postępowania mediacyjnego	221
1. Wstęp i cele pracy.....	221
2. Sprawozdanie z analizy spraw skierowanych do mediacji przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w latach 2010-2018.....	225
3. Proponowane zmiany w zakresie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. <i>o izbach lekarskich</i> , które mogłyby przyczynić się do rozwoju postępowania mediacyjnego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy	258
4. Proponowane zmiany w zakresie obowiązujących przepisów regulaminu <i>wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej</i> , które mogłyby przyczynić się do rozwoju postępowania mediacyjnego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.....	265
5. Podsumowanie	273
Zakończenie	276
Bibliografia	281
Spis tabel.....	292

Wstęp

Już w XIX w. Abraham Lincoln słusznie zauważył, że spór jest problemem, który należy rozwiązać, a nie walką, którą trzeba wygrać. Jedną z instytucji, które pozwalają na rozwiązanie sporu jest mediacja, której istota polega na samodzielnym rozwiązaniu sporu przez strony, bez udziału sądu, w obecności bezstronnej osoby trzeciej.

Mediacja, jako alternatywna metoda rozwiązywania sporów, została wprowadzona do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyстів w drodze ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*¹ (dalej: u.i.l.). Lekarze i lekarze dentyści, jako osoby wykonujące zawód zaufania publicznego, podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Piecza nad należyтым wykonywaniem zawodu sprawowana jest przez samorząd zawodowy. Instrumentem pozwalającym na sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu jest odpowiedzialność zawodowa. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy prowadzone jest przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sądy lekarskie. Dzięki wprowadzeniu do ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* instytucji mediacji ustawodawca przewidział, że spory w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej mogą być rozwiązywane także przez uczestników postępowania. Warto zauważyć, że wcześniejsze akty prawne regulujące problematykę postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie przewidywały możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. W zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, należy spostrzec, że utrzymuje się duża liczba skarg kierowanych do rzeczników w całym kraju – w ciągu jednego roku wpływa około 3000 skarg. Wzrasta liczba wniosków o ukaranie kierowanych przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej do sądów lekarskich – można dla przykładu wskazać, że w 2017 roku rzecznicy skierowali 311 wniosków, w roku 2018 do sądów lekarskich trafiły 483 wnioski, natomiast w roku 2019 skierowano 478 wniosków. Znaczna liczba postępowań prowadzonych przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej skłania do rozważań dotyczących możliwości wykorzystania alternatywnych metod rozwiązywania sporów, w tym mediacji, w postępowaniu w przedmiocie

¹ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, Dz.U.2019.965 t.j.

odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Dlatego też uważam, że tytułowe zagadnienie jest aktualnym i ciekawym obszarem badawczym.

Wybór tematu podyktowany był moimi doświadczeniami zawodowymi zdobytymi w pracy w obrębie samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków od 2014 r., rozmowami i konsultacjami z rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, członkami sądów lekarskich oraz pacjentami, a także wykonywaną działalnością dydaktyczną i pracą ze studentami. Okazuje się, że postępowanie mediacyjne wiąże się z wieloma korzyściami zarówno po stronie pokrzywdzonych pacjentów, jak i obwinionych lekarzy. Pacjenci pozwalają na wyrażenie emocji związanych ze sporem, przedstawienie swojego punktu widzenia, a także wypracowanie niestandardowego rozwiązania, takiego, które nie byłoby możliwe w postępowaniu przed sądem lekarskim. Jako przykład można wskazać zobowiązanie lekarza do naprawienia szkody, pokrycie kosztów dalszego leczenia, zagwarantowanie kontynuacji leczenia przez innego specjalistę. Warto podkreślić, że często źródłem konfliktu jest brak prawidłowej komunikacji, słowa wypowiedziane przez lekarza pod wpływem stresu, emocji. W takich sprawach stworzenie przez mediatora płaszczyzny pozwalającej stronom na polubowne rozwiązanie sporu, oparte na dyskusji, rozmowie, wysłuchaniu pozwoli na szybsze zakończenie sprawy, satysfakcjonujące obie strony.

W niniejszej pracy, skoncentrowałam się na kilku, moim zdaniem najistotniejszych kwestiach tematu.

Problematyka wykorzystania mediacji w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków skłania do rozważań teoretycznych, w szczególności tych, które dotyczą zmian w obowiązującym stanie prawnym. Obecnie, postępowanie mediacyjne w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, uregulowane zostało tylko w jednym przepisie – w art. 113 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*. Należy spostrzec, że *Regulamin wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*² oraz *Regulamin wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*³ problematyce mediacji nie poświęcają ani jednego zdania.

² Regulamin wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, Załącznik do Uchwały nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.

³ Regulamin wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich, Załącznik do Uchwały Nr 4 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.

Do analiz teoretycznych inspiruje, czy uregulowanie mediacji tylko w jednym przepisie jest wystarczające, żeby zrozumieć istotę i skuteczność tej formy rozwiązywania sporów, co być może przyczynia się do tak niewielkiego wykorzystywania mediacji w praktyce. Okazuje się bowiem, że od roku 2010 do końca roku 2018 rzecznicy odpowiedzialności zawodowej do postępowania mediacyjnego skierowali 77 spraw, natomiast sądy lekarskie zaledwie 22 sprawy. Przedstawione liczby skłaniają do refleksji, co jest przyczyną tak niewielkiego wykorzystania mającej ogromny potencjał, funkcjonującej od 10 lat instytucji mediacji w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Dylematy interpretacyjne pojawiają się w związku z rolą mediatora w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Wskazać bowiem należy, że zgodnie z art. 113 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, mediatorem może zostać tylko lekarz godny zaufania, wybierany przez radę lekarską na okres jednej kadencji. Ciekawym wątkiem jest zatem kwestia pełnienia funkcji mediatora w sporach między pacjentem a lekarzem tylko przez lekarza w kontekście zasady bezstronności i neutralności mediacji.

Zastanawia również prawidłowość regulacji prawnych w świetle których postępowanie mediacyjne prowadzone jest we właściwej terenowo izbie lekarskiej. Pojawia się w tym miejscu pytanie, czy izba lekarska, której członkiem jest obwiniony lekarz, może zostać uznana za miejsce neutralne i bezstronne z punktu widzenia pokrzywdzonego pacjenta.

Do rozważań w powyższym zakresie inspiruje także problematyka możliwości prowadzenia postępowania mediacyjnego w izbie lekarskiej, przez mediatora będącego lekarzem, w sprawach dotyczących konfliktów między lekarzami.

Ciekawą kwestią są także wskazywane korzyści wynikające z postępowania mediacyjnego takie jak poprawa relacji uczestników na przyszłość, zmiana sposobu myślenia o konflikcie, zaistniałej sytuacji, co może mieć niezwykle istotne znaczenie w sporach pomiędzy lekarzami. Należy bowiem pamiętać, że lekarze, będący w konflikcie, już po zakończeniu postępowania przed sądem lekarskim, często zmuszeni są do dalszej współpracy w ramach jednego podmiotu leczniczego. Właściwa komunikacja i brak konfliktów w zespole ma realne przełożenie na jakość leczenia pacjentów, a także ich komfort.

Problematyka wykorzystania mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy stanowi ciekawe zagadnienie pod względem

praktycznym i teoretycznym, przy czym jest to problematyka rzadko podejmowana zarówno przez teoretyków, jak i praktyków. Ukazała się dotychczas rozprawa doktorska Macieja Niezabitowskiego „Mediacja jako metoda rozwiązywania sporu w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.” W odróżnieniu do wspomnianej pracy, w swojej rozprawie doktorskiej oparłam się na wynikach badań aktowych i analizie spraw, które w toku postępowania przed organami izb lekarskich zostały skierowane do postępowania mediacyjnego. Ponadto, w celu zilustrowania specyfiki postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w którym to postępowaniu może znaleźć zastosowanie instytucja mediacji, opis postępowania przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej i sądami lekarskimi uzupełniłam o orzecznictwo Sądu Najwyższego⁴ dotyczące m.in.: negatywnych przesłanek procesowych postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, konstrukcji zarzutów formułowanych przez rzeczników, możliwości stwierdzenia, że przewinienie zawodowe stanowi równocześnie przestępstwo, możliwości zasięgnięcia opinii biegłych lekarzy, składu orzekającego sądu lekarskiego, wyłączenia członka sądu lekarskiego, zawiadamiania stron postępowania o planowanych terminach czynności, postępowania dowodowego, rozpoznawania środków odwoławczych wnoszonych przez strony, zawieszenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej na czas toczącego się postępowania karnego dotyczącego tego samego czynu, możliwości wniesienia kasacji od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego tylko w zakresie niewspółmierności kary.

Dodatkowo, w swojej pracy odnoszę się do wprowadzonego przepisu art. 178a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*⁵ (dalej: k.p.k.), stosowanego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odpowiednio, zgodnie z którym nie wolno przesłuchiwać jako świadka mediatora co do faktów, o których dowiedział się od obwinionego lub pokrzywdzonego prowadząc postępowanie mediacyjne, z wyłączeniem informacji o przestępstwach, o których mowa w art. 240 § 1 *Kodeksu karnego*⁶ (dalej: k.k.). Powyższa zmiana w ramach

⁴ Od 2015 r., uczestniczyłam we wszystkich rozprawach przed Sądem Najwyższym, w których rozpoznawane były kasacje od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego. W sytuacji, kiedy Sąd Najwyższy wydał postanowienie o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej, co zgodnie z art. 535 § 3 k.p.k. nie wymaga pisemnego uzasadnienia, sporządzałam na podstawie ustnego uzasadnienia postanowienia notatki, które wykorzystałam w niniejszej pracy.

⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*, Dz.U.2020.30 t.j. ze zm.

⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz.U.2019.1950 t.j. ze zm.

obowiązujących przepisów stanowi niezwykle interesujące pole do rozważań w kontekście poufności mediacji.

Niniejsza praca stanowi próbę kompleksowej analizy instytucji mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków. Prowadzone rozważania oparte o analizę dogmatyczną i praktykę postępowania przed organami izb lekarskich stanowią podstawę do sformułowania wniosków *de lege ferenda*. W celu zilustrowania praktycznych aspektów funkcjonowania tej formy rozwiązywania sporów w izbach lekarskich, powołałam się na przeprowadzony z mediatorem Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach dr n med. Zygfriedem Wawrzyńkiem wywiad, w który podzielił się ze mną swoimi spostrzeżeniami z mediacji prowadzonych w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

W trakcie badań aktowych szczególną uwagę zwróciłam na poniższe kwestie: liczbę spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego z uwzględnieniem podziału na poszczególne okręgowe izby lekarskie, inicjatywę skierowania sprawy do mediacji, uczestników mediacji – czy mediacja odbyła się pomiędzy lekarzami, czy między lekarzem a pacjentem, liczbę lekarzy i liczbę lekarzy dentyków, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do mediacji, czas między wpłynięciem skargi do rzecznika, a skierowaniem sprawy do mediacji, czas między skierowaniem sprawy do mediacji a rzeczywistym terminem mediacji, czas trwania mediacji, formę skierowania sprawy do mediacji, miejsce, w którym odbyła się mediacja, dokument sporządzony po przeprowadzonej mediacji, postanowienia ugody zawartej przed mediatorem izby lekarskiej, czynności podjęte przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w przypadku zawarcia przez strony ugody po zakończonej mediacji.

W niniejszej pracy przedstawiłam zakres problematyki tematu w czterech rozdziałach, z których trzy poprzedzone są zagadnieniami wstępnymi oraz podsumowaniami, natomiast rozdział czwarty składa się z dwóch części: wyników i analizy badań aktowych i propozycji *de lege ferenda* oraz postulatów o charakterze dydaktyczno-edukacyjnym poprzedzonych wstępem i podsumowanymi zakończeniem. Kompletny wykaz literatury dotyczący tematyki rozprawy, został zamieszczony w bibliografii.

W rozdziale I: „Odpowiedzialność zawodowa lekarzy i lekarzy dentyków”, w celu ukazania specyfiki mediacji w odpowiedzialności wewnątrz korporacyjnej lekarzy, opisuję na czym polega istota odpowiedzialności zawodowej. Odnoszę się do definicji

odpowiedzialności zawodowej, a także kwestii terminologicznych związanych z zamiennym używaniem pojęć odpowiedzialności zawodowej i odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy. Wskazuję także zasady odpowiedzialności zawodowej, zakres podmiotowy oraz podstawy odpowiedzialności zawodowej. Podejmuję także problematykę odpowiedzialności zawodowej lekarzy w świetle uchwał i stanowisk organów izb lekarskich, a także, mającego coraz większe znaczenie problemu odpowiedzialności zawodowej lekarzy za czyny popełnione poza granicami Polski.

W rozdziale II: „Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*” scharakteryzowałam tryb postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz sądem lekarskim, strony postępowania, a także odniosłam się do możliwości wniesienia kasacji od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, co pozwala na kontrolę orzecznictwa wewnątrz korporacyjnego przez Sąd Najwyższy, który sprawuje wymiar sprawiedliwości w Rzeczypospolitej Polskiej.

W rozdziale III: „Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*” odniosłam się wprost do przepisów regulujących problematykę postępowania mediacyjnego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków, ze szczególnym uwzględnieniem: definicji i podstawowych zasad mediacji, możliwości prowadzenia mediacji tylko przez lekarza-mediatora oraz prowadzenia mediacji na terenie izby lekarskiej, praw i obowiązków mediatora w zakresie zapoznania się z aktami postępowania, informowania stron o mediacji, a także sporządzenia sprawozdania przekazywanego rzecznikowi izby lekarskiej lub sądowi lekarskiemu. Odniosłam się również do katalogu spraw, które w mojej ocenie w szczególności powinny być kierowane do postępowania mediacyjnego oraz konsekwencji zawarcia ugody przed mediatorem izby lekarskiej na bieg postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Przedstawiłam także tryb postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i dokonałam jego porównania z zasadami postępowania mediacyjnego.

W rozdziale IV: „Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków w świetle wyników badań aktowych oraz proponowane zmiany w zakresie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* oraz regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników*

odpowiedzialności zawodowej, które mogłyby przyczynić się do rozwoju postępowania mediacyjnego”, przedstawiłam wyniki przeprowadzonych badań aktowych, a także postulaty dotyczące zmian w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* i w regulaminie *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*.

Zebrane dane przedstawiłam w sposób opisowy i graficzny w celu zwiększenia czytelności.

Rozdział I

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy i lekarzy dentystów

1. Zagadnienia wstępne

Mediacja, jako alternatywna metoda rozwiązywania sporów została wprowadzona do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy⁷ w drodze ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*. Lekarze, jako osoby wykonujące zawód zaufania publicznego podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. W rozdziale I pt. „Odpowiedzialność zawodowa lekarzy i lekarzy dentystów” w celu wykazania specyfiki mediacji w odpowiedzialności wewnątrz korporacyjnej lekarzy, opisuję na czym polega istota odpowiedzialności zawodowej.

W podrozdziale „Odpowiedzialność zawodowa a odpowiedzialność dyscyplinarna” wskazuję definicję odpowiedzialności zawodowej i odnoszę się do kwestii terminologicznych związanych z używaniem pojęć odpowiedzialności zawodowej i odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy. Warto bowiem zauważyć, że na gruncie poprzednio obowiązujących przepisów odnoszących się do odpowiedzialności ponoszonej w ramach samorządu zawodowego lekarze podlegali „odpowiedzialności dyscyplinarnej” – tak było w przypadku ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o *ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich*,⁸ ustawy z dnia 15 marca 1934 r. o *izbach lekarskich*,⁹ ustawy z dnia 11 stycznia 1938 r. o *izbach lekarsko-dentystycznych*.¹⁰ Następnie w ustawie z dnia 18 lipca 1950 r. o *odpowiedzialności zawodowej fachowych*

⁷ W dalszej części pracy przez lekarza rozumie się także lekarza dentystę.

⁸ Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. o *ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich*, Dz.U.1921.105.763 ze zm.

⁹ Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o *izbach lekarskich*, Dz.U.1934.31.275 ze zm.

¹⁰ Ustawa z dnia z dnia 11 stycznia 1938 r. o *izbach lekarsko-dentystycznych*, Dz.U.1938.6.33 ze zm.

*pracowników służby zdrowia*¹¹ pojęcie odpowiedzialności dyscyplinarnej zastąpiono pojęciem odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Odpowiedzialność zawodowa utrzymana została także w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich*¹² oraz obecnie obowiązującej ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* (dalej: u.i.l.).¹³

W podrozdziale „Zasady odpowiedzialności zawodowej” wskazują jakie są podstawowe, modelowe zasady wyróżniające odpowiedzialność zawodową. Jest to szczególnie istotna kwestia, ponieważ jak zauważa T. Gardocka zasady modelowe (fundamentalne) „określają model postępowania”.¹⁴ Tak więc określenie zasad odpowiedzialności zawodowej pozwala na scharakteryzowanie tej formy odpowiedzialności, której podlegają lekarze i odróżnienie jej od odpowiedzialności cywilnej, dyscyplinarnej i karnej. W zakresie nieuregulowanym przepisami ustawy o *izbach lekarskich* do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio, w określonym zakresie przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*¹⁵ oraz ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*¹⁶. Z powyższego wynika, że w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy zastosowanie znajdują wybrane zasady postępowania karnego oraz prawa karnego. Warto podkreślić, że część z tych zasad, jak chociażby zasada domniemania niewinności, zasada *in dubio pro reo*, zasada swobodnej oceny dowodów zostały powtórzone wprost w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*.

W podrozdziale pt. „Zakres podmiotowy odpowiedzialności zawodowej” odnoszę się do kwestii tego, kto może podlegać odpowiedzialności zawodowej. W art. 53 u.i.l. ustawodawca przewidział bowiem, że odpowiedzialności zawodowej podlegają tylko członkowie izb lekarskich. Zgodnie z art. 6 ust. 1 u.i.l. członkiem izby lekarskiej

¹¹ Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, Dz.U.1950.36.332 ze zm.

¹² Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich*, Dz.U.1989.30.158 ze zm.

¹³ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, Dz.U.2019.965 t.j. ze zm.

¹⁴ T. Gardocka, *Legalizm, prawda materialna i inne „fundamentalne” zasady procesu karnego w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego* [w:] Zasada legalizmu (B. Dudzik, J. Kosowski, I. Nowikowski red.), Lublin 2015, s. 142.

¹⁵ Zgodnie z art. 112 pkt 1 u.i.l. w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks postępowania karnego*; nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej.

¹⁶ Zgodnie z art. 112 pkt 2 u.i.l. w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy rozdziałów I-III i art. 53 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks karny*.

jest lekarz wpisany na listę członków izby lekarskiej, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu. W tej części pracy przedstawiam jakie warunki powinny zostać spełnione, aby lekarz został przez okręgową radę lekarską wpisany na listę członków danej izby. Tylko lekarz wpisany na listę izby lekarskiej może podlegać odpowiedzialności zawodowej, w wyniku której sprawa może zostać skierowana do mediacji.

Podrozdział pt. „Kodeks Etyki Lekarskiej i przepisy związane z wykonywaniem zawodu jako podstawa odpowiedzialności zawodowej” odnosi się do podstaw prawnych odpowiedzialności zawodowej. Jak zauważają S. Waltoś i P. Hofmański przez odpowiedzialność rozumieć należy powinność poniesienia konsekwencji za konkretne przestępstwo.¹⁷ W przypadku odpowiedzialności zawodowej mamy do czynienia z odpowiedzialnością za konkretne przewinienie zawodowe. W tej części pracy odniosłam się przede wszystkim do regulacji Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej: KEL)¹⁸, który określa zasady etyki lekarskiej, a także do przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Przeprowadzona analiza doprowadziła do wniosku, że zakres odpowiedzialności zawodowej jest dużo szerszy niż zakres odpowiedzialności karnej. Na gruncie postępowania karnego mamy do czynienia z konkretnym katalogiem przestępstw ujętych w kodeksie karnym, w przypadku odpowiedzialności zawodowej, nie. Zgodnie z art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Podrozdział pt. „Odpowiedzialność zawodowa lekarzy a uchwały i stanowiska organów izb lekarskich” wskazuje również na specyfikę odpowiedzialności zawodowej. Zgodnie bowiem z art. 76 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zakresie nieprzewidzianym w kodeksie należy kierować się zasadami przewidzianymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego. W tej części pracy sygnalizuję, że skoro lekarz zobowiązany jest do przestrzegania zasad etyki, a zasady etyki lekarskiej ujęte zostały w Kodeksie Etyki Lekarskiej, to na podstawie art. 76 kodeksu może podlegać odpowiedzialności zawodowej za naruszenie postanowień wynikających z uchwał organów samorządu zawodowego lekarzy – takie sprawy także mogą trafić w toku postępowania do mediacji.

¹⁷ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s 27.

¹⁸ Kodeks etyki lekarskiej, uchwalony przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991r., a następnie dwukrotnie znowelizowany.

W podrozdziale pt. „Odpowiedzialność zawodowa za czyny popełnione przez lekarzy i lekarzy dentystów poza granicami Polski” sygnalizują, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy obejmuje także czyny, których dopuścili się za granicą. Takich przypadków jest coraz więcej i warto zdawać sobie sprawę, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy obejmuje swoim zakresem nie tylko terytorium Polski, ale także inne państwa, w których lekarz posiadający polskie prawo wykonywania zawodu zdecyduje się na podjęcie pracy. W obecnej chwili samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce posiada informacje uzyskane za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji Na Rynku Wewnętrznym w ramach mechanizmu ostrzegania¹⁹ o 81 lekarzach posiadających prawo wykonywania zawodu w Polsce, którzy zostali ukarani poza granicami za czyny związane z wykonywaniem zawodu.

2. Odpowiedzialność zawodowa a odpowiedzialność dyscyplinarna

E. Zielińska wskazuje, że odpowiedzialność zawodowa jest formą odpowiedzialności prawnej wynikającej z ustawy,²⁰ której podlegają osoby wykonujące zawody zaufania publicznego.

Pojęcie „zawodów zaufania publicznego” wprowadzone zostało do polskiego systemu prawnego w art. 17 Konstytucji²¹, zgodnie z którym „W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.²²

Lekarze i lekarze dentyści należą do grupy zawodów zaufania publicznego. Współcześnie coraz częściej mówi się nie tyle o zawodach lekarza i lekarza dentystry, co o pewnym powołaniu, misji. Nawet w art. 2 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej wskazuje

¹⁹ Mechanizm ostrzegania w ramach Systemu IMI to elektroniczne narzędzie, które pozwala na wymianę informacji pomiędzy właściwymi organami poszczególnych państw członkowskich o każdym przypadku zawieszenia lub pozbawienia uprawnienia do wykonywania zawodu albo ograniczenia w czynnościach zawodowych. Funkcjonuje od stycznia 2016 r. i został utworzony w związku z zauważeniem przez Komisję Europejską coraz większej mobilności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów, która skutkuje tym, że coraz więcej osób posiada prawo wykonywania zawodu na terenie kilku państw członkowskich Unii Europejskiej. Jest to dużo łatwiejsze ze względu na dyrektywę 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, która w art. 21 zobowiązała państwa członkowskie do wprowadzenia zasad automatycznego uznawania kwalifikacji.

²⁰ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 9.

²¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U.1997.78.483 ze zm.

²² Zob. J. Sobczak, *Zawody zaufania publicznego. Regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje* [w:] *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy* (J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak red.), Poznań 2015, s. 39-40.

się na „powołanie lekarza”, jakim jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. E. Zielińska zwraca uwagę, że zawód lekarza wyróżnia się na tle innych zawodów również tym, że lekarzowi człowiek powierza najważniejsze, najbardziej osobiste dobra jakimi są życie i zdrowie.²³ Lekarz staje się powiernikiem najintymniejszych tajemnic pacjenta. Pacjent w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych nawiązuje z lekarzem szczególną relację.²⁴ W literaturze przedmiotu zauważa się, że lekarz, aby prawidłowo wykonywać swój zawód powinien nie tylko posiadać stosowne kwalifikacje i wiedzę, ale również powinien darzyć szczególną życzliwością, a wręcz „miłością” każdego pacjenta.²⁵ Współcześnie pacjent od lekarza oczekuje nie tylko „leczenia”, ale także wsparcia w trakcie całego procesu terapeutycznego.²⁶ W związku z powyższym lekarzom stawia się bardzo wysokie wymagania merytoryczne i etyczne.

Konsekwencją zaliczenia zawodów lekarza i lekarza dentystry do grupy zawodów zaufania publicznego jest wyjątkowy sposób ich uregulowania – oparty na zaufaniu do osób, które je wykonują, na co zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny w Wyroku z dnia 2 lipca 2007 r. w sprawie o sygnaturze K 41/05.²⁷ Wyrok ten odnosi się do zawodu radcy prawnego, jednakże w odpowiednim zakresie można go zastosować do zawodu lekarza, jako zawodu zaufania publicznego. W związku z powyższym uprawnionym jest wskazanie, że wymiar „zaufania publicznego” odnosi się również do relacji państwo – lekarz/lekarz dentysta. Przejawia się to w tym, że osobom wykonującym zawody zaufania publicznego ustawodawca umożliwił kształtowanie w obrębie samorządów zawodowych samodzielnej regulacji i egzekwowania zasad deontologii zawodowej. W dalszej części wyroku Trybunał Konstytucyjny podkreśla, że tego rodzaju unormowanie możliwe jest jedynie na gruncie zaufania ustawodawcy do osób wykonujących zawody zaufania publicznego, w szczególności należytego i odpowiedzialnego korzystania z przyznanej im szerokiej sfery autonomii. Pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry sprawuje samorząd

²³ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 27.

²⁴ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 29.

²⁵ K. Osińska, *Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa 1990, s. 22-24.

²⁶ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005, s. 398-399.

²⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2007 r., sygn. akt K 41/05.

zawodowy. Do jego obowiązków należy podejmowanie działań w przypadku nieetycznego postępowania, postępowania niezgodnego z przepisami prawa.

Podstawowym instrumentem pozwalającym na sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu jest właśnie odpowiedzialność zawodowa.

Przez określenie odpowiedzialność zawodowa należy rozumieć odpowiedzialność prawną ponoszoną przez członków korporacji zawodowej za naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lub etyki zawodowej. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prowadzone jest przez organy danego samorządu zawodowego.²⁸

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na powagę i doniosłość każdego postępowania prowadzonego przeciwko lekarzowi – w tym postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej – podkreślając nawet, że każde postępowanie, niezależnie od jego wyniku „jest jednym z najgorszych przeżyć, jakie może zdarzyć się lekarzowi”.²⁹

Osoby wykonujące zawody zaufania publicznego podlegają odpowiedzialności za naruszenie zasad etyki zawodowej i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. W przypadku niektórych zawodów zaufania publicznego ustawodawca posługuje się sformułowaniem „odpowiedzialność zawodowa”, a w innych „odpowiedzialność dyscyplinarna”.

Przykładowo, odpowiedzialności zawodowej podlegają: farmaceuta, fizjoterapeuta, lekarz i lekarz dentysta, lekarz weterynarii, pielęgniarka i położna.

Odpowiedzialności dyscyplinarnej podlegają: adwokat, architekt, biegły rewident, diagnosta laboratoryjny, doradca podatkowy, inżynier budownictwa, komornik, kurator, notariusz, psycholog, radca prawny, rzecznik patentowy.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że lekarze na gruncie poprzednio obowiązujących przepisów odnoszących się do odpowiedzialności ponoszonej w ramach samorządu zawodowego podlegali „odpowiedzialności dyscyplinarnej”. Tak było w przypadku obowiązywania ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o *ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich*³⁰ – tutaj w art. 28 a wskazywano, że sąd lekarski jest organem

²⁸ Zob. J. Skrzypczak, *Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce* [w:] *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy* (J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak red.).

²⁹ J. L. Kurkowski, *Medycyna. Bioetyka i polityka*, 2002, s. 99.

³⁰ Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. o *ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich*, Dz.U.1921.105.763 ze zm.

dyscyplinarnym (sądem zawodowym) dla wszystkich członków właściwej Izby Lekarskiej. W ustawie z dnia 15 marca 1934 r. o *Izbach Lekarskich*³¹ wprowadzono rozdział V pt. „odpowiedzialność dyscyplinarna” – zgodnie z art. 19 ustawy członkowie izby za naruszenie swych obowiązków podlegali karze dyscyplinarnej. Obowiązki, których powinni przestrzegać lekarze wskazane były w art. 10 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym członkowie okręgowych izb lekarskich obowiązani byli przestrzegać zasad etyki, godnie zachowywać się i sumiennie wykonywać swoje obowiązki zawodowe. Podkreślić zatem należy, że na gruncie ww. przepisu odpowiedzialności dyscyplinarnej podlegał lekarz, który nie przestrzegał zasad etyki, nie wykonywał swoich obowiązków zawodowych albo dopuszczał się „niegodnego zachowania” – mogło zatem chodzić nie tylko o czynności związane z wykonywaniem zawodu lekarza ale również o czynności życia codziennego. Postępowanie prowadzone było przez rzecznika dyscyplinarnego³², a kary dyscyplinarne (upomnienie, nagana, zawieszenie w prawach członka izby na ściśle określony przeciąg czasu, skreślenie z listy członków izby lekarskiej)³³ wymierzane były przez sąd dyscyplinarny. Podobnie, w ustawie z dnia 11 stycznia 1938 r. o *izbach lekarsko-dentystycznych*³⁴ wskazano, że członkowie izby podlegali odpowiedzialności dyscyplinarnej w przypadku nieprzestrzegania zasad etyki, niegodnego zachowywania się i niewykonywania swoich obowiązków służbowych.³⁵ Następnie w ustawie z dnia 18 lipca 1950 r. o *odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia*³⁶ pojęcie odpowiedzialności dyscyplinarnej zastąpiono pojęciem odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Zgodnie art. 3 ust. 1 tej ustawy lekarz lub lekarz dentysta, który naruszył zasady etyki, godności bądź sumienności zawodowej przez działanie, zaniechanie lub zaniedbanie, popełniał wykroczenie zawodowe, za które ponosił odpowiedzialność zawodową według ustawy niezależnie od odpowiedzialności, wynikającej z innych przepisów. Tu, podobnie jak na gruncie ustaw z 1921 r., 1934 r. i 1938 r. ustawodawca w ramach podstaw odpowiedzialności wskazał trzy elementy: zasady etyki, godne zachowanie się

³¹ Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o *Izbach Lekarskich*, Dz.U.1934.31.275 ze zm.

³² Art. 25 ww. ustawy.

³³ Por. art. 21 ustawy z dnia 15 marca 1934 r. o *Izbach Lekarskich*.

³⁴ Ustawa z dnia 11 stycznia 1938 r. o *izbach lekarsko-dentystycznych*, Dz.U.1938.6.33 ze zm.

³⁵ Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 11 stycznia 1938 r. o *izbach lekarsko-dentystycznych* ustawy członkowie izby za naruszenie swych obowiązków wymienionych w art. 10 ust. 1 podlegali karze dyscyplinarnej. W świetle art. 10 ust. 1 członkowie okręgowych izb lekarskich obowiązani byli przestrzegać zasad etyki, godnie zachowywać się i sumiennie wykonywać swoje obowiązki zawodowe.

³⁶ Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o *odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia* Dz.U.1950.36.332 ze zm.

i sumienne wykonywanie zawodu. Jak zauważa E. Zielińska zmiana terminu „odpowiedzialność dyscyplinarna” na „odpowiedzialność zawodową” związana była ze zlikwidowaniem w 1950 r. izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych³⁷ – uważano, że odpowiedzialność „dyscyplinarna” związana jest z funkcjonowaniem określonej organizacji, a skoro zlikwidowano organizację w postaci samorządu lekarskiego taka nazwa nie była już właściwa.³⁸

Mimo utworzenia w drodze ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów*, w rozdziale 6 ustawy utrzymano sformułowanie „odpowiedzialność zawodowa lekarzy”. Zgodnie z art. 41 ustawy członkowie samorządu lekarzy podlegali odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. Termin „odpowiedzialność zawodowa” utrzymany został w obecnie obowiązującej ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*. Zgodnie z art. 53 ustawy członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

Jak wskazuje E. Zielińska nie można podać racjonalnego powodu utrzymania sformułowania „odpowiedzialności zawodowej” w przepisach obowiązujących już po odrodzeniu się samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów – można jednak przypuszczać, że było to uzasadnione dążeniem do odróżnienia tej formy odpowiedzialności od innej, opartej na stosunku służbowym.³⁹ Takie samo stanowisko reprezentuje A. Daniluk-Jarmoniuk, według której utrzymanie sformułowania „odpowiedzialności zawodowej” było dążeniem do odróżnienia odpowiedzialności zawodowej od innej, której może podlegać lekarz.⁴⁰

Podzielam ocenę E. Zielińskiej, zgodnie z którą sformułowanie odpowiedzialność zawodowa w sposób bardziej precyzyjny, niż odpowiedzialność dyscyplinarna, określa zakres podmiotowo-przedmiotowy odpowiedzialności.⁴¹ Odpowiedzialności dyscyplinarnej bowiem podlegają również osoby, które niekoniecznie wykonują zawód zaufania publicznego np.: nauczyciele akademicy,

³⁷ Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o *zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych*, Dz.U.1950.36.326.

³⁸ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 25.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 88.

⁴¹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 26.

studenci, doktoranci,⁴² wychowankowie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, a także członkowie różnych organizacji np. kół łowieckich.⁴³ Sformułowanie odpowiedzialność zawodowa, wiąże ten rodzaj odpowiedzialności z wykonywanym zawodem.

Pojawia się w tym miejscu pytanie, czemu służyła zmiana dokonana w zakresie wewnątrz korporacyjnej odpowiedzialności lekarzy polegająca na zastąpieniu pojęcia „odpowiedzialność dyscyplinarna” pojęciem „odpowiedzialność zawodowa”.

W dniu 6 lutego 2020 r. miałam zaszczyt uczestniczyć w spotkaniu z twórcami ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich*: dr Bożeną Pietrzykowską-Bodnar, dr Jackiem Piątkiewiczem, mec. Witoldem Preissem, zorganizowanym w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie.⁴⁴ Tematem spotkania była m.in. intencja towarzysząca pracom nad projektem ustawy o *izbach lekarskich* z 1989 r., w szczególności w zakresie wprowadzenia do ustawy pojęcia „odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów”. Uczestnicy spotkania zwrócili uwagę, że użycie terminu „odpowiedzialność zawodowa” zamiast „odpowiedzialność dyscyplinarna” miało służyć m.in. odróżnieniu tego rodzaju odpowiedzialności od odpowiedzialności, której podlegali lekarze w związku przynależnością wojskową (a takich było wielu), albo lekarze, którzy byli jednocześnie nauczycielami akademickimi. Ponadto, chodziło także o odróżnienie grupy zawodowej lekarzy od prawników, w szczególności adwokatów, którzy podlegali „odpowiedzialności dyscyplinarnej”.

Z punktu widzenia wykładni językowej odpowiedzialność dyscyplinarna podkreśla przede wszystkim „wartości porządkowe”.⁴⁵ Słowo dyscyplinarny wywodzi się od łac. słowa *disciplina*, co oznacza porządek, zasady.⁴⁶ Użycie sformułowania odpowiedzialność dyscyplinarna może sugerować, że chodzi o naruszenie pewnej dyscypliny, porządku, a tymczasem istota odpowiedzialności wewnątrz korporacyjnej

⁴² D. Mucha, *Odpowiedzialność dyscyplinarna nauczycieli akademickich, studentów i doktorantów – Zbiór aktów prawnych i orzecznictwa*, Opole 2018.

⁴³ A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 88.

⁴⁴ Informacja o spotkaniu dostępna jest na stronie internetowej: <https://nil.org.pl/izba/naczelny-rzecznicz-odpowiedzialnosci-zawodowej/aktualnosci/4363-spotkanie-nroz-ze-wspoltworcami-ustawy-o-izbach-lekarskich>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁵ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 26.

⁴⁶ K. Kumaniecki, *Słownik łacińsko-polski*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, s. 165.

lekarzy sprowadza się przede wszystkim do ukarania za nienależyte wykonywanie zawodu lub naruszenie etyki zawodowej.⁴⁷

Przechodząc do terminologii stosowanej przez sądy i trybunały⁴⁸ można wskazać, że pojęcia „odpowiedzialność zawodowa” i „odpowiedzialność dyscyplinarna” lekarzy używane są zamiennie. Także Sąd Najwyższy pojęcie odpowiedzialności dyscyplinarnej odnosi do lekarzy, chociażby w Roczniku Orzecznictwa Sądu Najwyższego w sprawach dyscyplinarnych – Zbiór urzędowy istotnych orzeczeń w sprawach dyscyplinarnych sędziów, adwokatów, notariuszy, prokuratorów, radców prawnych, lekarzy, lekarzy weterynarii, rzeczników patentowych, farmaceutów, pielęgniarek i położnych.⁴⁹

Warto przeanalizować przepisy odnoszące się do osób wykonujących wybrane medyczne i prawnicze zawody zaufania publicznego w zakresie „odpowiedzialności zawodowej” i „odpowiedzialności dyscyplinarnej” w celu udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy ustawodawca różnicuje zakres „odpowiedzialności zawodowej” i „odpowiedzialności dyscyplinarnej”.

Tabela 1 Zakres odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących wybrane medyczne zawody zaufania publicznego

Zawód	Lekarz i lekarz dentysta	Pielęgniarka i położna	Lekarz weterynarii	Farmaceuta	Fizjoterapeuta
treść przepisu	członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za: - naruszenie zasad etyki lekarskiej	członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za: -naruszenie zasad etyki zawodowej	członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności i zawodowej za: -postępowanie sprzeczne	członkowie samorządu aptekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej za: -postępowanie sprzeczne	członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności i zawodowej za: -naruszenie zasad etyki zawodowej

⁴⁷ Por. M. Kozik, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy* [w:] *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych* (Marta Figuła red.), Warszawa 2013, s. 8.

⁴⁸ Przykładowo, Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 29 czerwca 2010 r. w sprawie o sygn. P 28/09 użył naprzemiennie pojęcia „odpowiedzialność zawodowa” i „odpowiedzialność dyscyplinarna”.

⁴⁹ Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dyscyplinarnych 2016 – Zbiór urzędowy istotnych orzeczeń w sprawach dyscyplinarnych adwokatów, notariuszy, prokuratorów, radców prawnych, lekarzy, lekarzy weterynarii, rzeczników patentowych, farmaceutów, pielęgniarek i położnych oraz skarg na przewlekłość postępowania, Biuro Studiów i Analiz Sądu Najwyższego, Warszawa 2017.

	oraz -przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza	lub -przepisów dotyczących wykonywania zawodu	z zasadami etyki i deontologii weterynaryjnej oraz - naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza weterynarii	z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz -przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu <i>aptekarza</i>	lub -przepisów dotyczących wykonywania zawodu
podstawa prawna	art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. <i>o izbach lekarskich</i>	art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. <i>o samorządzie pielęgniarek i położnych</i> ⁵⁰	art. 45 ustawy z dnia 21 grudnia 1990 r. <i>o zawodzie lekarza a weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych</i> ⁵¹	art. 45 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. <i>o izbach aptekarskich</i> ⁵²	art. 85 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. <i>o zawodzie fizjoterapeuty</i> ⁵³

*opracowanie własne

Tabela 2 Zakres odpowiedzialności dyscyplinarnej osób wykonujących wybrane prawnicze i medyczne zawody zaufania publicznego

Zawód	Diagnosta laboratoryjny	Adwokat	Radca prawny	Notariusz
treść przepisu	diagności laboratoryjni podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za: -zawinione, nienależyte wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz -czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej	adwokaci i aplikanci adwokaccy podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za: -postępowanie sprzeczne z prawem, zasadami etyki lub godnością zawodu bądź -za naruszenie swych obowiązków zawodowych	radcowie prawni i aplikanci radcowscy podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za: -postępowanie sprzeczne z prawem, zasadami etyki lub godnością zawodu bądź -za naruszenie swych obowiązków zawodowych	notariusz odpowiada dyscyplinarnie za przewinienia zawodowe, w tym za: -oczywistą i rażącą obrazę przepisów prawnych, uchybienia powadze lub godności zawodu, jak również -za niespełnienie obowiązku zawarcia

⁵⁰ Dz.U.2018.916 t.j.

⁵¹ Dz.U.2019.1140 t.j.

⁵² Dz.U.2019.1419 t.j.

⁵³ Dz.U.2019.952 t.j. ze zm.

	lub -przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej	a adwokaci również za niespełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia (...)		umowy ubezpieczenia (...)
podstawa prawna	art. 56 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o <i>diagnostyce laboratoryjnej</i> ⁵⁴	art. 80 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. <i>Prawo o adwokaturze</i> ⁵⁵	art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o <i>radcach prawnych</i> ⁵⁶	art. 50 ustawy z dnia z dnia 14 lutego 1991 r. <i>Prawo o notariacie</i> ⁵⁷

*opracowanie własne

Wnioski z dokonanej analizy są następujące: przy odpowiedzialności zawodowej w każdym przypadku akcentuje się obowiązek przestrzegania zasad etyki zawodowej, przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. Ustawodawca wskazał na obowiązek przestrzegania zasad etyki, a dalej mowa jest o przepisach związanych z wykonywaniem zawodu – w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, lekarzy weterynarii i farmaceutów ustawodawca posługuje się spójnikiem „oraz” (zasady etyki zawodowej oraz przepisy związane z wykonywaniem zawodu), natomiast w przypadku zawodów pielęgniarki i położnej a także fizjoterapeutów użyto spójnika „lub” (zasady etyki zawodowej lub przepisy związane z wykonywaniem zawodu).

W przypadku odpowiedzialności dyscyplinarnej akcentuje się na pierwszym miejscu postępowanie sprzeczne z prawem, następnie zasadami etyki, dalej naruszenie obowiązków służbowych (w przypadku adwokata i radcy prawnego). W sytuacji adwokata i notariusza wskazuje się również na obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia – niezawarcie umowy ubezpieczenia może być podstawą odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Warto szczególną uwagę zwrócić na zawód diagnosty laboratoryjnego, jest to bowiem jedyny medyczny zawód zaufania publicznego, w przypadku którego mowa jest o odpowiedzialności dyscyplinarnej, a nie zawodowej. Czy to oznacza, że zakres odpowiedzialności wewnątrz korporacyjnej diagnosty laboratoryjnego jest inny, niż w przypadku pozostałych medycznych zawodów zaufania publicznego? Diagnosta laboratoryjny podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za: zawinione, nienależyte wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej, czyny sprzeczne z zasadami etyki

⁵⁴ Dz.U.2019.849 t.j. ze zm.

⁵⁵ Dz.U.2019.1513 t.j.ze zm.

⁵⁶ Dz.U.2020.75 t.j.ze zm.

⁵⁷ Dz.U.2019.540 t.j. ze zm.

zawodowej, przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej – co *de facto* sprowadza się do obowiązku postępowania zgodnie z zasadami etyki i przepisami dotyczącymi wykonywania zawodu – tak samo jak w przypadku lekarzy i lekarzy dentyków, podlegających odpowiedzialności zawodowej. Analiza powyższych przepisów nie daje podstaw na jednoznaczne sformułowanie wniosków w zakresie tego, jakie są różnice pomiędzy odpowiedzialnością zawodową a odpowiedzialnością dyscyplinarną w przypadku osób wykonujących zawody zaufania publicznego, w zakresie odpowiedzialności wewnątrz korporacyjnej. Wydaje się jednak, że skoro ustawodawca używa różnych pojęć w zakresie odpowiedzialności poszczególnych grup zawodowych, to czyni to świadomie i pewne różnice powinny istnieć.

Dalsze różnice terminologiczne ujawniać się będą przy organach zajmujących się odpowiedzialnością zawodową i dyscyplinarną. W przypadku lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, lekarzy weterynarii, postępowania prowadzi rzecznik odpowiedzialności zawodowej, u adwokatów, radców prawnych, diagnostów laboratoryjnych będzie to rzecznik dyscyplinarny.

W powyższych przypadkach, niezależnie od tego, czy mowa jest o „odpowiedzialności zawodowej”, czy „odpowiedzialności dyscyplinarnej”, chodzi o postępowania prowadzone przez osoby wykonujące ten sam zawód zaufania publicznego – postępowania prowadzonych w obrębie samorządu zawodowego w ramach sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu zaufania publicznego.

W mojej ocenie wprowadzenie przez ustawodawcę różnych pojęć w zakresie odpowiedzialności, której podlegają osoby wykonujące poszczególne zawody zaufania publicznego w ramach samorządu może implikować wątpliwości. Mimo przedstawianego w doktrynie poglądu, że „odpowiedzialność zawodowa” powinna być traktowana jako synonim „odpowiedzialności dyscyplinarnej” i pojęcia te mogą być używane zamiennie,⁵⁸ w mojej ocenie należy zachować ostrożność i w przypadku odpowiedzialności sprawowanej przez organy samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków, posługiwać się pojęciem „odpowiedzialności zawodowej”. Dlatego też

⁵⁸ I. Wrześniewska-Wal, *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018, s. 24, P. Czarnecki, *Postępowanie dyscyplinarne wobec osób wykonujących prawnicze zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2013, s. 82-83.

w dalszej części pracy w zakresie odpowiedzialności wewnątrz korporacyjnej lekarzy używam pojęcia „odpowiedzialność zawodowa”.

Należy w tym miejscu podkreślić, że w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* ustawodawca wskazał, że postępowanie w przedmiocie **odpowiedzialności zawodowej** lekarzy może być zawieszane do czasu ukończenia postępowania karnego lub postępowania **dyscyplinarnego** dotyczącego tego samego czynu. Skoro więc w jednym zdaniu ustawodawca odnosi się do „odpowiedzialności zawodowej” i „odpowiedzialności dyscyplinarnej”, w mojej ocenie rozróżnia te dwa pojęcia, tak więc stwierdzenie, że „odpowiedzialność zawodowa” i „odpowiedzialność dyscyplinarna” mogą być używane jako synonimy, byłoby zbyt dużym uproszczeniem.

Lekarz za popełnienie jednego czynu może podlegać odpowiedzialności cywilnej, karnej, dyscyplinarnej i zawodowej.

Odpowiedzialność cywilna lekarza związana jest z odpowiedzialnością majątkową i zmierza do naprawienia szkody bądź krzywdy wyrządzonej pacjentowi.⁵⁹ Może ona wynikać z istniejącego między pacjentem a lekarzem stosunku cywilnoprawnego i wtedy stanowi konsekwencję niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania o których mowa w art. 471 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny (dalej: k.c.)*⁶⁰ chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności za które lekarz odpowiedzialności nie ponosi (odpowiedzialność *ex contractu*).⁶¹ Odpowiedzialność cywilna może także wynikać z wyrządzenia pacjentowi szkody w związku z czynem niedozwolonym – zgodnie bowiem z art. 415 k.c. lekarz, które ze swojej winy wyrządził pacjentowi szkodę jest zobowiązany do jej naprawienia (odpowiedzialność *ex delicto*).⁶² W toku postępowania cywilnego ustawodawca przewidział możliwość skierowania sprawy do mediacji. Co więcej, zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. *Kodeks postępowania cywilnego (dalej: k.p.c.)*⁶³ w sprawach, w których zawarcie ugody jest dopuszczalne, sąd

⁵⁹ Zob. P. Kowalski, *Postępowanie dowodowe w sprawach błędów medycznych* [w:] Dowody w postępowaniach sądowych (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2018, s. 47.

⁶⁰ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny*, Dz.U.2019.1145 t.j. ze zm.

⁶¹ Zgodnie z art. 471 k.c. dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

⁶² Zgodnie z art. 415 k.c. kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

⁶³ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. *Kodeks postępowania cywilnego*, Dz.U.2019.1460 t.j. ze zm.

dąży w każdym stanie postępowania do ich ugodowego załatwienia, w szczególności przez nakłaniania stron do mediacji.⁶⁴

Co istotne z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej – współczesne regulacje prawne nie przewidują odpowiedniego stosowania przepisów kodeksu postępowania cywilnego w przypadku przewinień zawodowych lekarzy. Warto jednak zauważyć, że na gruncie poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich*, zgodnie z nieobowiązującym już art. 58 do postępowania polubownego przed sądami lekarskimi w sporach z udziałem lekarzy stosowało się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o sądach polubownych.⁶⁵

Lekarze podlegają także odpowiedzialności dyscyplinarnej, o czym była mowa powyżej. Z punktu widzenia wykładni językowej odpowiedzialność dyscyplinarna podkreśla przede wszystkim „wartości porządkowe”.⁶⁶ Tak więc odpowiedzialność dyscyplinarna wiąże się z naruszeniem pewnej dyscypliny pracy, regulaminów, nieprzestrzeganiem przez lekarza-pracownika przepisów przeciwpożarowych, opuszczeniem miejsca pracy bez usprawiedliwienia. Co istotne z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej z art. 54 ust. 1 u.i.l. wynika, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się niezależnie od postępowania dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu.

Lekarze w przypadku dopuszczenia się czynu zabronionego pod groźbą kary przez ustawę, społecznie szkodliwego w stopniu wyższym, niż znikomy, bezprawnego i zawinionego podlegają odpowiedzialności karnej. Jeśli chodzi o czyny przeciwko życiu i zdrowiu człowieka, których może dopuścić się lekarz wskazać można: nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.), narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 k.k.), spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k.), spowodowanie średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 k.k.).⁶⁷

⁶⁴ Więcej na temat mediacji w postępowaniu cywilnym: K. Antolak-Szymanski, O. M. Piaskowska, *Mediacje w postępowaniu cywilnym. Komentarz*, Warszawa 2017.

⁶⁵ Zgodnie z nieobowiązującym już art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich* Okręgowe sądy lekarskie, za pisemną zgodą stron, mogły rozpatrywać - jako sądy polubowne - spory między lekarzami oraz między lekarzami a innymi pracownikami służby zdrowia, a także między lekarzami a innymi osobami lub instytucjami służby zdrowia, jeżeli spory te dotyczyły wykonywania zawodu lekarza. Zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy w przypadkach, o których mowa w ust. 1, sądy lekarskie stosowały odpowiednio przepisy *Kodeksu postępowania cywilnego* o sądach polubownych.

⁶⁶ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Liber Warszawa 2001, s. 26.

⁶⁷ A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa za błędy medyczne*, [w:] Meritum prawo medyczne (J. Zajdel red.), Warszawa 2016, s. 390.

Jak zauważa L. Gardocki wśród funkcji odpowiedzialności karnej wskazać można⁶⁸: funkcję ochronną (ochrona przed zamachem na pewne dobra podlegające prawnej ochronie, w przypadku przestępstw lekarzy będą to życie i zdrowie), funkcję sprawiedliwościową (jej istota opiera się na odpłacie i zadośćuczynieniu społecznemu poczuciu sprawiedliwości), funkcję gwarancyjną (czyny zabronione mają być wyraźnie określone i sądy mogą nakładać na lekarzy kary tylko za czyny określone w ustawie). W art. 23a k.p.k. ustawodawca przewidział możliwość skierowania sprawy, w tym także sprawy w której podejrzanym lub oskarżonym jest lekarz, do postępowania mediacyjnego.⁶⁹

Z powyższego wynika, że lekarz za popełnienie jednego czynu może jednocześnie podlegać odpowiedzialności cywilnej, dyscyplinarnej, karnej i zawodowej. Co istotne, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się niezależnie od postępowania dyscyplinarnego i karnego dotyczącego tego samego czynu, może ono jednak zostać zawieszona do czasu ukończenia postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile ich wpływ może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

3. Zasady odpowiedzialności zawodowej

Odpowiedzialność zawodowa jest szczególnym rodzajem odpowiedzialności prawnej, której podlegają osoby wykonujące zawody zaufania publicznego.⁷⁰ E. Zielińska podkreśla, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy ma charakter zbliżony do odpowiedzialności karnej (uznawana jest nawet za odpowiedzialność *quasi*-karną), chociażby w tym sensie, że zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku właściwe organy mogą nałożyć na daną osobę sankcję będącą formą przymusu państwowego.⁷¹ Sądy lekarskie mogą przecież orzec wobec lekarza bardzo dolegliwe sankcje, włącznie z pozbawieniem prawa wykonywania zawodu. Tak więc w trakcie postępowania przed sądami lekarskimi powinny zostać obwinionemu zapewnione pewne podstawowe

⁶⁸ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 7-8.

⁶⁹ Zgodnie z art. 23a k.p.k. § 1. sąd lub referendarz sądowy, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator lub inny organ prowadzący to postępowanie, może z inicjatywy lub za zgodą oskarżonego i pokrzywdzonego skierować sprawę do instytucji lub osoby do tego uprawnionej w celu przeprowadzenia postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i oskarżonym, o czym się ich poucza, informując o celach i zasadach postępowania mediacyjnego, w tym o treści art. 178a.

⁷⁰ Por. I. Wrześniewska-Wal, *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018, s. 22.

⁷¹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 9 i 91.

gwarancje i zasady zmierzające do zapewnienia lekarzowi poszanowania jego praw. Ustawodawca w art. 112 pkt 1 u.i.l. zdecydował, że w zakresie nieuregulowanym do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy *Kodeksu postępowania karnego* – zastosowanie znajdują także te przepisy, w których wskazane zostały naczelne, modelowe zasady procesu. T. Gardocka zauważa, że zasady modelowe (fundamentalne) to takie, które „określają model postępowania”.⁷² Należy podkreślić, że wprowadzane rozwiązania procesowe powinny być zgodne z zasadami modelowymi.⁷³ W zakresie odpowiedzialności zawodowej, część zasad modelowych wpisanych do *Kodeksu postępowania karnego* jak chociażby zasada domniemania niewinności, zasada *in dubio pro reo*, zasada swobodnej oceny dowodów została powtórzona w ustawie o *izbach lekarskich*. Mając powyższe na uwadze, należy zgodzić się z E. Zielińską, że zasady procesowe postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są podobne do zasad naczelnych procesu karnego.⁷⁴

Zasadą, która obowiązuje w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest zasada prawdy materialnej. Zgodnie z tą zasadą, wyrażoną w art. 2 § 2 k.p.k. podstawę wszelkich rozstrzygnięć powinny stanowić prawdziwe ustalenia faktyczne. S. Waltoś i Piotr Hofmański zwracają uwagę, że z tej zasady-dyrektywy wynikają dwie kolejne – bardziej szczegółowe.⁷⁵ Po pierwsze, organy procesowe – w przypadku odpowiedzialności zawodowej rzecznik odpowiedzialności zawodowej oraz sądy lekarskie – winny dołożyć wszelkich starań, aby dokonane ustalenia faktyczne były zgodne z prawdą. Nawet w przypadku przyznania się obwinionego lekarza do winy, czy też porozumienia się stron co do sposobu zakończenia sporu nie można mówić o zwolnieniu organu od wyjaśnienia sprawy, jeśli daną kwestię będzie uważał za niewyjaśnioną. Warto zauważyć, że zarówno w przypadku warunkowego umorzenia postępowania (art. 66 k.k.), skazania bez rozprawy (art. 335 k.p.k.), rozpatrzenia wniosku o wydanie wyroku skazującego bez przeprowadzenia postępowania dowodowego (art. 343a k.p.k.), dobrowolnego poddania się karze (art. 387 k.p.k.) wymaga się, aby okoliczności popełnienia przestępstwa nie budziły wątpliwości.⁷⁶

⁷² T. Gardocka, *Legalizm, prawda materialna i inne „fundamentalne” zasady procesu karnego w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego*, [w:] *Zasada legalizmu* (B. Dudzik, J. Kosowski, I. Nowikowski red.), Lublin 2015, s. 142.

⁷³ T. Gardocka, *Zasady postępowania dowodowego w polskim procesie karnym*, [w:] *Zagadnienia dowodowe w procesie karnym* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2017, s. 44.

⁷⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 167.

⁷⁵ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s. 225.

⁷⁶ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s. 225.

Po drugie, z zasady prawdy materialnej wynika obowiązek organu procesowego w instancji odwoławczej polegający na sprawdzeniu, czy organ, który wydał zaskarżone orzeczenie poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne – jeśli nie, to zgodnie z art. 438 pkt. 3 k.p.k. orzeczenie ulega uchyleniu lub zmianie w razie stwierdzenia błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, jeżeli mógł on mieć wpływ na treść tego orzeczenia. Przepis ten znajduje zastosowanie także w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Z powyższego wynika, że w przypadku porozumienia stron co do dalszego sposobu zakończenia sprawy w drodze mediacji, przyznanie się lekarza do popełnienia przewinienia zawodowego, nie powinno zwalniać organu z dalszego prowadzenia sprawy, jeżeli w jego ocenie pewne kwestie pozostają niewyjaśnione.

Kolejną zasadą, która znajdzie zastosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest zasada obiektywizmu. Zgodnie z tą zasadą wyrażoną w art. 4 k.p.k. organy prowadzące postępowanie są obowiązane badać oraz uwzględniać okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść oskarżonego. Jak zauważają S. Waltoś i P. Hofmański obiektywizm powinien być rozumiany szerzej, niż bezstronność, albowiem w obiektywizmie zawiera się brak jakiegokolwiek uprzedniego nastawienia do stron (bezstronność), ale także brak jakiegokolwiek uprzedniego nastawienia do samej sprawy.⁷⁷ Z zasadą tą bezpośrednio związane są przepisy pozwalające na wyłączenie sędziego (*iudex inhabilis i iudex suspectus*), znajdujące zastosowanie także wobec oskarżyciela – w przypadku odpowiedzialności zawodowej rzecznika odpowiedzialności zawodowej (art. 47 § 1 k.p.k.). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że zasada obiektywizmu rozciąga się także na mediatora – możliwość wyłączenia mediatora w razie okoliczności wskazanych w art. 40 i 41 § 1 k.p.k., przewidziana została w art. 23a § 3 k.p.k. stosowanym w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy wobec mediatorów odpowiednio. Dodatkowo, zgodnie z art. 113 ust. 4 u.i.l., jeżeli zachodzą okoliczności wskazane w art. 40-42 k.p.k., postępowanie jest prowadzone w izbie lekarskiej wskazanej przez organ kierujący sprawę do postępowania mediacyjnego. Szczegółowe uwagi w tym zakresie znajdują się w rozdziale „Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach

⁷⁷ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s. 229.

lekarskich”, w części dotyczącej wyłączenia sądu lekarskiego, rzecznika odpowiedzialności zawodowej i mediatora izby lekarskiej.

Zasada domniemania niewinności, wskazana w art. 5 k.p.k. powtórzona została w art. 61 ust. 1 u.i.l., zgodnie z którym nie można pociągnąć do odpowiedzialności zawodowej obwinionego, dopóki popełnienie przewinienia zawodowego nie zostało udowodnione i stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego. W mojej ocenie nawet w razie braku art. 61 ust. 1 u.i.l. w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obowiązywałaby zasada domniemania niewinności – właśnie ze względu na odpowiednie stosowanie przepisów *kodeksu postępowania karnego*, w tym art. 5 k.p.k. Zgodnie z tą dyrektywą lekarza należy traktować jak niewinnego, dopóki w należyty sposób nie zostanie wykazane, że dopuścił się czynu stanowiącego przewinienie zawodowe. Rzecznik musi wykazać winę obwinionego lekarza i podeprzeć ją dowodami. Z zasadą domniemania niewinności wiąże się zasada *in dubio pro reo*. Tutaj podobnie, zasada wskazana w art. 5 § 2 k.p.k. powtórzona została odpowiednio w art. 61 ust. 2 u.i.l., zgodnie z którym wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego. Jeśli zatem rzecznik odpowiedzialności zawodowej, czy sąd lekarski twierdzą – wbrew zasadzie domniemania niewinności, że lekarz popełnił przewinienie zawodowe to powinni wykazać to dowodami, a jeśli w sprawie zachodzą wątpliwości to należy tłumaczyć je zawsze na korzyść obwinionego lekarza.

Niesłuchanie istotną zasadą postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest zasada swobodnej oceny dowodów. Wynika ona bezpośrednio z art. 61 ust. 3 u.i.l., w świetle którego organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.⁷⁸ W świetle tej zasady warto odnieść się do wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego rzeczników odpowiedzialności zawodowej i członków sądów lekarskich. Są oni lekarzami i na co kilkakrotnie zwracał uwagę Sąd Najwyższy mogą korzystać

⁷⁸ Na gruncie postępowania karnego zasada ta została wyrażona w art. 7 k.p.k., zgodnie z którym organy postępowania kształtują swe przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.

z posiadanej przez siebie wiedzy medycznej chociażby w celu stwierdzenia, czy w sprawie został popełniony błąd medyczny, czy nie, w szczególności w sprawach, które wydają się dla każdego lekarza oczywiste np. dla stwierdzenia, czy prawidłowo zostało przeprowadzone rutynowe badanie.⁷⁹ Nie wyklucza to możliwości przeprowadzania dowodów z opinii biegłych. Jak bowiem wynika z art. 59 ust. 2 u.i.l. jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego lub specjalisty.⁸⁰ Jeżeli w sprawie zostanie wydana opinia biegłego (lub kilku biegłych) sąd lekarski ma obowiązek ustosunkowania się do niej i wskazania czy i dlaczego dał takiej opinii wiarę. Uzasadnienie orzeczenia sądu lekarskiego powinno zawierać wskazanie, jakie fakty sąd lekarski uznał za udowodnione lub nieudowodnione, na jakich w tej mierze oparł się dowodach i dlaczego nie uznał dowodów przeciwnych.⁸¹

Zgodnie z zasadą bezpośredniości (zasada ta nie jest prawnie zdefiniowana) rzecznik oraz sąd lekarski powinni zetknąć się z dowodami osobiście. Tylko w wyjątkowych sytuacjach – jeśli obwiniony lekarz nie stawia się na rozprawę, odmawia wyjaśnień, wyjaśnia odmiennie, niż poprzednio albo oświadcza, że pewnych okoliczności nie pamięta można odczytać na rozprawie w ograniczonym zakresie protokoły jego wyjaśnień.⁸² Podobna sytuacja będzie miała miejsce w przypadku świadka. Możliwe będzie odczytanie protokołów zeznań (w odpowiednim zakresie) jeżeli bezpodstawnie odmówi on zeznań, zezna odmiennie, niż poprzednio, oświadczy, że pewnych okoliczności nie pamięta, będzie przebywać za granicą lub nie będzie możliwe doręczenie mu wezwania, nie stawia się z powodu niedających się usunąć przeszkód, przewodniczący zaniecha jego wezwania na rozprawę na podstawie art. 350

⁷⁹ W uzasadnieniu wyroku z dnia 19 grudnia 2018 r. w sprawie o sygn. I KK 11/18 Sąd Najwyższy zauważył, że „z istoty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy wynika, że członkowie sądów lekarskich dysponują specjalistyczną wiedzą medyczną i mogą, odwołując się do niej, oceniać także opinie biegłych, czy ekspertów złożone w sprawie”. W ustnych motywach postanowienia o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej w dniu 24 października 2018 r. w sprawie o sygn. I KK 2/18 Sąd Najwyższy również zwrócił uwagę, że lekarze posiadają specjalistyczną wiedzę medyczną i w sprawach oczywistych nie ma potrzeby przeprowadzania opinii z dowodu biegłego.

⁸⁰ Więcej na temat roli biegłego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zob. M. Maśliński, G. Wrona, *Opinia biegłego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Dowód konieczny, czy zbyteczny?*, [w:] *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy* (J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak red.), Poznań 2015, s. 357-367.

⁸¹ Zob. art. 89 ust. 3 pkt 1 u.i.l.

⁸² Zob. art. 389 § 1 k.p.k., zgodnie z którym jeżeli oskarżony nie stawiał się na rozprawę, odmawia wyjaśnień lub wyjaśnia odmiennie niż poprzednio albo oświadcza, że pewnych okoliczności nie pamięta, wolno na rozprawie odczytywać tylko w odpowiednim zakresie protokoły jego wyjaśnień złożonych poprzednio w charakterze oskarżonego w tej lub innej sprawie w postępowaniu przygotowawczym lub przed sądem albo w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawę.

a k.p.k.⁸³ albo jeśli świadek zmarł.⁸⁴ Co więcej, w świetle art. 392 § 1 k.p.k. możliwe jest odczytywanie na rozprawie protokołów przesłuchań świadków i oskarżonych, ale w sytuacji, gdy bezpośrednie przeprowadzenie dowodu nie jest niezbędne i żadna ze stron się temu nie sprzeciwia.⁸⁵

W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zastosowanie znajduje także zasada skargowości, zarysowana w odpowiednio stosowanym art. 14 § 1 k.p.k., zgodnie z którym wszczęcie postępowania sądowego następuje na żądanie uprawnionego oskarżyciela lub innego uprawnionego podmiotu. Impulsem dla działań sądu lekarskiego jest wpływ wniosku o ukaranie sporządzonego przez rzecznika. Jak słusznie zauważa E. Zielińska wniosek o ukaranie wyznacza granice rozpoznania sprawy przez sąd lekarski w sensie pozytywnym – sąd jest zobowiązany do rozpoznania sprawy w pełnym zakresie wyznaczonym wnioskiem o ukaranie i negatywnym – sąd nie może wykraczać poza granice objęte wnioskiem o ukaranie.⁸⁶ Zgodnie z zasadą skargowości, skarga właściwego podmiotu jest potrzebna dla uruchomienia kolejnego etapu w ramach stadiów postępowania – stronom przysługuje możliwość złożenia odwołania od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego, które należy, zgodnie z art. 90 ust. 1 u.i.l. złożyć w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia za pośrednictwem sądu który wydał orzeczenie do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Dodatkowo, zgodnie z art. 95 ust. 1 u.i.l. od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego stronom, a także ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego w terminie 2 miesięcy od dnia doręczenia orzeczenia. Tak więc analogicznie do postępowania karnego, w przypadku odpowiedzialności zawodowej, postępowania sądowe – główne, odwoławcze, kasacyjne zdominowane jest przez zasadę skargowości.

Z kolei jeśli chodzi o postępowanie wyjaśniające prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej – tutaj dominuje zasada ścigania z urzędu. Zgodnie z art.

⁸³ Zgodnie z art. 350 a k.p.k. przewodniczący składu orzekającego może zaniechać wezwania na rozprawę świadków, którzy zostali przesłuchani, przebywających za granicą lub mających stwierdzić okoliczności, które nie są tak doniosłe, aby konieczne było bezpośrednie przesłuchanie świadków na rozprawie, w szczególności takie, którym oskarżony w wyjaśnieniach swych nie zaprzeczył. Nie dotyczy to osób wymienionych w art. 182.

⁸⁴ Por. art. 391 § 1 k.p.k.

⁸⁵ Zob. art. 392 § 1 k.p.k., zgodnie z którym wolno odczytywać na rozprawie głównej protokoły przesłuchania świadków i oskarżonych, sporządzone w postępowaniu przygotowawczym lub przed sądem albo w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawę, gdy bezpośrednie przeprowadzenie dowodu nie jest niezbędne, a żadna z obecnych stron temu się nie sprzeciwia.

⁸⁶ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 170.

9 § 1 k.p.k. stosowanym odpowiednio organy procesowe prowadzą postępowanie i dokonują czynności z urzędu, chyba że ustawa uzależnia je od wniosku określonej osoby, instytucji lub organu albo zezwolenia władzy. Tak więc rzecznik może wszczynać i prowadzić postępowanie, nawet w sytuacji, gdy nie wpłynęła do niego żadna skarga ale przykładowo dowiedziałyby się o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego z mediów.

Zgodnie z zasadą legalizmu, stosowaną w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, organ powołany do ścigania przestępstw jest zobowiązany do wszczęcia, prowadzenia postępowania, a także do wniesienia aktu oskarżenia o czyn ścigany z urzędu. Na gruncie postępowania karnego zasada legalizmu wynika bezpośrednio z art. 10 k.p.k, zgodnie z którym organ powołany do ścigania przestępstw **jest obowiązany do wszczęcia i przeprowadzenia postępowania** przygotowawczego, a oskarżyciel publiczny także do wniesienia i popierania oskarżenia - o czyn ścigany z urzędu.

Przeciwieństwem zasady legalizmu jest zasada oportunistu, z której wynika uprawnienie, a nie obowiązek organu procesowego w powyższym zakresie.

Odpowiednikiem art. 10 § 1 k.p.k. w ustawie *o izbach lekarskich* jest art. 67 ust. 1 u.i.l., zgodnie z którym rzecznik odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego **jest obowiązany** wydać postanowienie o **wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia** postępowania wyjaśniającego. Postanowienie doręcza się stronom. W ustawie *o izbach lekarskich* ustawodawca wskazuje na obowiązek podjęcia działania przez rzecznika – ma on wydać niezwłocznie postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania. W świetle art. 10 k.p.k. organ jest obowiązany wszcząć i prowadzić postępowanie o czyn ścigany z urzędu. Zakres odpowiedzialności zawodowej jest szerszy niż zakres odpowiedzialności karnej w tym kontekście, że chociażby na gruncie postępowania karnego mamy do czynienia z konkretnym katalogiem przestępstw ujętych w kodeksie karnym. Pierwszy przepis *Kodeksu karnego* brzmi następująco: odpowiedzialności karnej podlega ten tylko, kto popełnia czyn zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia. Żeby możliwe było zakwalifikowanie danego czynu jako przestępstwa musi on zostać ujęty w kodeksie karnym. Jeśli mowa o przewinieniu zawodowym – tutaj nie mamy do czynienia z katalogiem zamkniętym. Na bardzo szeroką interpretację przewinienia zawodowego pozwala chociażby przepis art. 1 ust. 3 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, zgodnie

z którym przewinieniem zawodowym jest **każde** postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Rolą rzecznika będzie każdorazowe zdecydowanie, czy dany czyn rzeczywiście może stanowić przewinienie zawodowe – wtedy należy wydać postanowienie o wszczęciu postępowania, czy też nie – wtedy należy wydać postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

Odpowiednikiem obecnie obowiązującego artykułu 67 ust. 1 u.i.l. na gruncie przepisów, które poprzednio regulowały odpowiedzialność zawodową lekarzy był § 19 rozporządzenia z dnia 26 września 1990 r. w *sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy*⁸⁷, zgodnie z którym rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczynał postępowanie wyjaśniające, jeżeli uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej. Podzielam argumentację E. Zielińskiej, że z tego przepisu wynikała zasada legalizmu w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.⁸⁸ Na rzeczniku spoczywał bezwzględny obowiązek ściągania przewinień zawodowych. Obecnie obowiązujący art. 67 ust. 1 u.i.l. nie ma już tak jednoznacznego charakteru – rzecznik jest obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W mojej ocenie przepis należy interpretować jednak tak, że rzecznik w przypadku, kiedy czyn narusza przepisy związane z wykonywaniem zawodu albo Kodeks Etyki Lekarskiej ma obowiązek wszczęcia i przeprowadzenia postępowania. Tym bardziej, obowiązek taki zaistnieje w sytuacji, gdy czyn wypełnia jednocześnie znamiona przestępstwa. Reasumując, zasada legalizmu obowiązuje w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Zasada legalizmu zakłada, że z wyjątkiem przypadków określonych w ustawie lub prawie międzynarodowym nikt nie może być zwolniony od odpowiedzialności za popełnione przestępstwo – w przypadku odpowiedzialności zawodowej, za przewinienie zawodowe.⁸⁹ S. Waltoś i P. Hofmański stawiają w takim razie bardzo ważne pytanie: „Czy jest odstępstwem od zasady legalizmu zawarcie porozumienia w toku procesu, na podstawie którego strony umawiają się w zamian za wzajemne koncesje, że odpowiedzialność karna i cywilna oskarżonego przybierze określone w porozumieniu wymiary i sąd akceptuje takie porozumienie?”⁹⁰ Wśród konsensualnych form

⁸⁷ Dz.U.1990.69.406.

⁸⁸ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 171.

⁸⁹ Zob. art. 10 § 2 k.p.k.

⁹⁰ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s. 301.

zakończenia procesu karnego S. Waltoś i P. Hofmański wyróżniają m.in. skazanie bez rozprawy (art. 335 k.p.k.), skróconą rozprawę tzw. dobrowolne poddanie się karze (art. 387 k.p.k.), porozumienie oskarżonego z pokrzywdzonym co do naprawienia szkody lub zadośćuczynienia uzasadniającego warunkowe umorzenie (art. 341 § 3 k.p.k.)⁹¹. Z powyższymi konsensualnymi formami zakończenia procesu wiąże się bezpośrednio mediacja. Przykładowo, porozumienie stron w drodze mediacji może bowiem zostać powołane przez prokuratora we wniosku składanym w trybie art. 335 k.p.k. o wydanie na posiedzeniu wyroku skazującego i orzeczenie uzgodnionej z oskarżonym kary.⁹² Kontynuując rozważania w powyższym zakresie S. Waltoś i P. Hofmański stwierdzają, że „przeгляд tych najbardziej wyrazistych możliwości konsensualnego wpływania na sposób zakończenia procesu prowadziłyby do wniosku, że w każdym wypadku mamy jednak do czynienia ze wszczynaniem postępowania i doprowadzaniem do materialnego orzeczenia je kończącego. Z tego punktu widzenia konsensualne zakończenie procesu nie stanowiłoby odstępstwa od zasady legalizmu”.⁹³ Z drugiej jednak strony wskazać należy, iż może dojść do sytuacji, w której ustalona kara będzie rażąco niska, nie będzie uwzględniać stopnia winy, dojdzie do naruszenia sprawiedliwości materialnej i, jak wskazują S. Waltoś i P. Hofmański trudno będzie mówić o nienaruszeniu zasady legalizmu.⁹⁴

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi, czy konsensualne formy zakończenia procesu karnego są zgodne z zasadą legalizmu, czy nie. Dlaczego, w takim razie zostały do *Kodeksu postępowania karnego* wprowadzone? T. Gardocka odnosi się do tej kwestii wskazując, że „(...) proces karny realizujący wszystkie modelowe zasady, jest procedurą trudną, długotrwałą, angażującą poważne środki publiczne. Często zrealizowanie podstawowego celu procesu tj. ustalenia prawdy, nie jest możliwe, nawet przy rzeczywistych staraniach oskarżycieli i sędziów, co pojawia się w bardzo wielu procesach poszlakowych. To właśnie stało się powodem poszukiwania innych rozwiązań procesowych, które prowadzą do akceptowalnych społecznie rozwiązań w zakresie odpowiedzialności karnej, które nie realizują wprawdzie wielu zasad procesowych, ale mają ważne zalety, głównie ekonomiczne i prakseologiczne, pozwalające uznać korzystanie z nich za dopuszczalne

⁹¹ *Ibidem*, s. 301-303.

⁹² S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s. 506.

⁹³ *Ibidem*, s. 304.

⁹⁴ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s. 304.

w państwie prawnym. Proces kontynentalny przejął te instytucje z prawa amerykańskiego, w którym instytucja przyznania się (*plea guilty*) i związana z nią pozakonstytucyjna procedura sądowa funkcjonuje od dziesięcioleci”.⁹⁵

Reasumując powyższe rozważania w kontekście mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, co do zasady poprzez mediację strony, poza rzecznikiem i poza sądem lekarskim, a więc organami realizującymi odpowiedzialność zawodową, mogą czynić pewne ustalenia i określać sposób naprawienia szkody. W świetle obecnie obowiązujących przepisów ustawy o *izbach lekarskich* nawet w przypadku mediacji zakończonej zawarciem ugody ustawodawca nie przewidział możliwości umorzenia postępowania. Innymi słowy, nawet jeśli doszło do zawarcia ugody w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, to sprawa i tak powinna zakończyć się wydaniem orzeczenia przez sąd lekarski (przy czym nie może to być orzeczenie umarzające postępowanie ze względu na zawartą ugodę), a pozytywnie zakończona mediacja może mieć wpływ na wymiar kary.

Przy konsensualnych formach rozwiązywania sporów, z którymi związana również jest mediacja, S. Waltoś zwraca uwagę na dwie zasadnicze zalety konsensualizmu takie jak: większe szanse dla pokrzywdzonego na uzyskanie zadośćuczynienia za wyrządzoną krzywdę, odszkodowania za wyrządzoną szkodę.⁹⁶ Istotne znaczenie odgrywa tu paremia do *ut des* (przykładowo mniejszy wymiar kary w zamian za naprawienie szkody). Druga zaleta jest taka, że tryb konsensualny pozwala na przyspieszenie postępowania – z punktu widzenia postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy ma to dość istotne znaczenie, ponieważ co do zasady przedawnienie karalności przewinienia zawodowego następuje po 5 latach.

W kontekście zasad naczelnych postępowania, zwrócić należy uwagę także na zasadę kontradiktoryjności i zasadę inkwizycyjności. Na gruncie postępowania przed okręgowym sądem lekarskim oraz Naczelnym Sądem Lekarskim dominuje zasada kontradiktoryjności.⁹⁷

Obwiniony lekarz, w przypadku złożenia wniosku o ukaranie do sądu lekarskiego, może w ciągu 7 dni od jego doręczenia wnieść odpowiedź na wniosek

⁹⁵ T. Gardocka, *Legalizm, prawda materialna i inne „fundamentalne” zasady procesu karnego w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego*, [w:] *Zasada legalizmu* (B. Dudzik, J. Kosowski, I. Nowikowski red.), Lublin 2015, s. 146.

⁹⁶ https://www.youtube.com/watch?time_continue=1597&v=OLgEULklO04, wywiad z prof. S. Waltosiem, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁹⁷ Zob. analogicznie do postępowania karnego, S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s. 289.

o ukaranie.⁹⁸ Strony powinny zostać w należyтым terminie zawiadomione o rozprawie głównej – zgodnie z art. 353 § 1 k.p.k., zawiadomienie powinno zostać doręczone na 7 dni przed terminem rozprawy, po to, aby mieć możliwość odpowiedniego przygotowania się. W razie niezachowania tego terminu, w stosunku do obwinionego lub jego obrońcy, rozprawa na ich wniosek zgłoszony przed rozpoczęciem przewodu sądowego, zgodnie z art. 353 § 2 k.p.k. ulega odroczeniu.

Co do zasady obwiniony lekarz, zgodnie z art. 374 § 1 k.p.k. ma prawo wziąć udział w rozprawie – może jednak z takiej możliwości nie skorzystać. Przewodniczący sądu lekarskiego, zgodnie z art. 367 § 1 k.p.k. musi umożliwić stronom wypowiedzenie się co do każdej kwestii, co więcej zgodnie z art. 367 § 2 k.p.k. jeśli jedna strona zabiera głos, to drugiej również należy zapewnić prawo do wypowiedzenia się. Obrońcy obwinionego i obwinionemu przysługuje ostatni głos. Podczas rozprawy po swobodnym wypowiedzeniu się osoby przesłuchiwanej, strony mogą zadawać jej pytania w następującej kolejności: rzecznik odpowiedzialności zawodowej, pełnomocnik pokrzywdzonego, pokrzywdzony, obrońca obwinionego, obwiniony,⁹⁹ jednakże strona, na której wniosek świadek został dopuszczony zadaje pytania przed pozostałymi.¹⁰⁰ Jeżeli dowód przeprowadzany jest z urzędu, jako pierwsi pytania zadają członkowie składu orzekającego.¹⁰¹ Warto w tym miejscu wspomnieć, że na mocy art. 59 ust. 1 u.i.l. organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przeprowadzają dowody na wniosek stron lub z urzędu – przepis ten ma zastosowanie zarówno do rzeczników odpowiedzialności zawodowej, jak i do sądów lekarskich.

Przejawem zasady kontradiktoryjności jest także możliwość złożenia odwołania od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego, odpowiedzi na odwołanie a także kasacji i odpowiedzi na kasację.

Strony, obrońcy lub pełnomocnicy mają prawo udziału w posiedzeniu sądu lekarskiego zarządanego w celu umorzenia bądź zawieszenia postępowania albo wydania postanowienia o niewłaściwości sądu i przekazaniu sprawy do sądu właściwego.¹⁰² Jeśli chodzi o sytuacje w których przewodniczący sądu uznałby, że zachodzi potrzeba rozważenia możliwości przekazania sprawy do postępowania

⁹⁸ Zgodnie z odpowiednio stosowanym art. 338 § 2 k.p.k. oskarżony ma prawo, w terminie 7 dni od doręczenia mu aktu oskarżenia, pisemnej odpowiedzi na akt oskarżenia, o czym należy go pouczyć.

⁹⁹ Por. art. 370 § 1 k.p.k.

¹⁰⁰ Por. art. 370 § 2 k.p.k.

¹⁰¹ Por. art. 370 § 3 k.p.k.

¹⁰² Por. § 11 ust. 1 i 2 *regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich* a także art. 339 § 5 k.p.k.

mediacyjnego i skierowania w tym celu sprawy na posiedzenie, zgodnie z art. 339 § 5 k.p.k. nie ma obowiązku informowania o nim stron.

Sąd lekarski kieruje zgodnie z art. 77 u.i.l. sprawę na posiedzenie także w przypadku, gdy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że lekarz, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony popełnił ciężkie przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez obwinionego zawodu lekarza zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego, sąd lekarski, na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej może na posiedzeniu wydać postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo ograniczeniu zakresu wykonywanych czynności – w posiedzeniu tym, w świetle art. 77 ust. 3 u.i.l. mają prawo wziąć udział obwiniony i jego obrońca, tak więc należy ich o tym powiadomić.

Powyżej wymienione przepisy wskazują, że z pewnością zasadą dominującą w postępowaniu przed sądami lekarskimi jest zasada kontrydktoryjności.

Jeśli zaś chodzi o postępowanie prowadzone przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, dominować będzie zasada inkwizycyjności – podobnie jak w przypadku postępowania przygotowawczego na gruncie postępowania karnego.¹⁰³ Zadaniem rzecznika odpowiedzialności zawodowej jest ustalenie, czy mogło dojść do popełnienia przewinienia zawodowego, wyjaśnienie okoliczności sprawy, zebranie i zabezpieczenie dowodów.¹⁰⁴ Co do zasady, gospodarzem postępowania wyjaśniającego jest rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Czynione są jednak pewne wyjątki na rzecz zasady kontrydktoryjności. Zacząć należy od tego, że pokrzywdzony, lekarz, którego dotyczy postępowanie i obwiniony są stronami postępowania wyjaśniającego. Przysługują im określone uprawnienia, w tym uprawnienie do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego (przez pokrzywdzonego i obwinionego). Szczegółowe uwagi dotyczące uprawnień pokrzywdzonego, lekarza, którego dotyczy postępowanie i obwinionego przedstawione zostały w rozdziale: „Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich”.

¹⁰³ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018, s. 287.

¹⁰⁴ Por. art. 55 ust. 2 i ust. 3 u.i.l.

Ze względu na treść art. 112 pkt 2 u.i.l. w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy stosuje się także zasady prawa karnego, z pewnymi wyjątkami.¹⁰⁵

L. Gardocki wśród zasad prawa karnego wymienia m.in.: zasadę odpowiedzialności karnej za czyn, zasadę winy, zasadę humanitaryzmu, zasadę *nullum crimen sine lege*.

W przypadku odpowiedzialności zawodowej zastosowanie znajdzie zasada odpowiedzialności zawodowej za czyn. Dopiero czyn lekarza, który może polegać na działaniu np. zaordynowanie niewłaściwego leku, pozostawienie ciała obcego w jamie brzusznej pacjenta, bądź na zaniechaniu np. niewykonanie wymaganego badania, nieudzielenie pomocy pacjentowi, aktualizuje odpowiedzialność zawodową. Taki czyn lekarza musi być sprzeczny z zasadami etyki oraz przepisami związanymi z wykonywaniem zawodu.

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy opiera się na zasadzie winy.¹⁰⁶ L. Gardocki wskazuje, że przez winę należy rozumieć stawiany sprawcy zarzut, że czyn jest niezgodny z prawem.¹⁰⁷ Nie popełnia przewinienia zawodowego lekarz, któremu w momencie popełnienia przewinienia zawodowego nie można przypisać winy.¹⁰⁸ Jak podkreśla L. Gardocki współcześnie nie można ponosić odpowiedzialności za samo spowodowanie skutku – nie zawsze tak jednak było, na gruncie Kodeksu Hammurabiego lekarz ponosił karę za niepomyślny wynik operacji (tzw. odpowiedzialność obiektywna, niezależna od jego winy).¹⁰⁹

Skoro odpowiedzialność zawodowa oparta jest na zasadzie winy, warto przyjrzeć się znamionom strony podmiotowej przewinienia zawodowego. Przewinienia zawodowe mogą zostać popełnione zarówno umyślnie, jak i nieumyślnie.

Przykładowo, umyślnym przewinieniem zawodowym popełnionym w zamiarze bezpośrednim byłoby przerwanie ciąży przez lekarza za zgodą kobiety z naruszeniem

¹⁰⁵ Zgodnie z art. 112 pkt 2 u.i.l. w sprawach nieuregulowanych w ustawie o izbach lekarskich stosuje się odpowiednio przepisy rozdziałów III i art. 53 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*. W rozdziale I k.k. uregulowane zostały zasady odpowiedzialności karnej (przepisy 1 -12).

¹⁰⁶ P. Józwiak, *Odpowiednie stosowanie w postępowaniu zawodowym lekarzy przepisów Kodeksu karnego* [w:] *Medyczne prawo karne* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2016, s. 166., E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 161.

¹⁰⁷ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 55.

¹⁰⁸ Zgodnie z art. 1 § 3 k.k. nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie czynu.

¹⁰⁹ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 10.

przepisów ustawy.¹¹⁰ Jest to sytuacja, w której lekarz miałby zamiar popełnienia przewinienia zawodowego i miał świadomość, że jest to zachowanie niezgodne z prawem.

Jako przykład umyślnego przewinienia zawodowego popełnionego w zamiarze ewentualnym G. Rejman wskazuje sytuację, w której lekarz bada schorzenie i sposób jego leczenia, a dla rozwiania swoich wątpliwości zostawia pacjenta w szpitalu na dłuższy pobyt i bez jego wiedzy, zgody, wbrew warunkom dopuszczającym eksperyment, poddaje go badaniom o charakterze eksperymentu.¹¹¹ W wyniku eksperymentu stan zdrowia pacjenta ulega pogorszeniu. Lekarz nie chciał doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, chciał zebrać materiał badawczy, który następnie mógłby przedstawić na sympozjum. Nie chciał pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, ale godził się na to, dlatego można mówić o umyślnym przewinieniu zawodowym popełnionym w zamiarze ewentualnym.

Najczęściej w praktyce lekarskiej spotyka się przewinienia zawodowe popełnione nieumyślnie.¹¹² Lekarz podejmując działania nie zdaje sobie sprawy, że są one obarczone wadami.

Nawiązując do powyższego przypadku, w przypadku, gdyby lekarz nie tyle godził się na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, ale zakładał, że go uniknie w jego zachowaniu można wyróżnić winę nieumyślną w formie lekkomyślności.¹¹³

Jako przykład niedbalstwa można podać niezachowanie należytej staranności przez lekarza poprzez nieskierowanie na dodatkowe badania, które pozwoliłyby na postawienie prawidłowej diagnozy. Lekarz w takiej sytuacji nie chciałby popełnić przewinienia zawodowego, ale powinien przewidzieć negatywne skutki swojego postępowania.

O ile w przypadku odpowiedzialności karnej każdorazowo należy wskazać, czy sprawca działał umyślnie, czy nieumyślnie (niektóre przestępstwa mogą być popełnione tylko umyślnie), po to, żeby wskazać dokładnie który przepis ustawy został naruszony, o tyle na gruncie odpowiedzialności zawodowej nie ma to tak doniosłego znaczenia. Praktyka pokazuje, że w zasadzie rzecznicy odpowiedzialności zawodowej konstruując zarzuty nie odnoszą się do umyślności bądź nieumyślności. Należy podkreślić,

¹¹⁰ Zgodnie z art. 152 § 1 k.k. kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

¹¹¹ G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 219.

¹¹² *Ibidem*, s. 223.

¹¹³ G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 221.

że w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie znajdzie się odniesienia do znamienia strony podmiotowej. W kodeksie tym wskazane zostały pewne wzorce postępowania i ich niezrealizowanie może skutkować odpowiedzialnością zawodową, przy czym nie jest wskazane, czy lekarz ma działać umyślnie, czy nieumyślnie. Podkreślając różnice między odpowiedzialnością zawodową, a odpowiedzialnością karną powtórzyć należy, że regulacje prawne dotyczące odpowiedzialności zawodowej nie przewidują zamkniętego katalogu przewinień zawodowych ze wskazaniem, które z nich mogą być popełnione umyślnie, a które nieumyślnie.¹¹⁴

W związku z tym, że przewinienie zawodowe jest czynem zawinionym, w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy znajdują zastosowanie przepisy wyłączające winę.¹¹⁵ Wśród okoliczności wyłączających winę w przypadku przewinienia zawodowego wymieniać należy: niepoczytalność (art. 31 k.k.¹¹⁶), stan wyższej konieczności (art. 26 k.k.¹¹⁷) oraz błędy uregulowane w art. 28 k.k.¹¹⁸ oraz 30 k.k.¹¹⁹

Jeśli chodzi o niepoczytalność, teoretycznie lekarz, który ze względu na stan zdrowia nie jest zdolny do wykonywania zawodu powinien zgodnie z art. 12 u.z.l. zostać zawieszony bądź ograniczony w prawie wykonywania zawodu przez radę lekarską.¹²⁰ Jeżeli jednak taki lekarz nadal wykonywałby zawód i dopuściłby się czynu wyczerpującego znamiona przewinienia zawodowego, a w chwili popełnienia czynu z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia

¹¹⁴ P. Józwiak, *Odpowiednie stosowanie w postępowaniu zawodowym lekarzy przepisów Kodeksu karnego* [w:] Medyczne prawo karne (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2016, s. 168, 169.

¹¹⁵ P. Józwiak, *Odpowiednie stosowanie w postępowaniu zawodowym lekarzy przepisów Kodeksu karnego* [w:] Medyczne prawo karne (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2016, s. 166.

¹¹⁶ Zgodnie z art. 31 § 1 k.k. nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.

¹¹⁷ Zgodnie z art. 26 § 1 k.k. nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylecia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego.

¹¹⁸ Zgodnie z art. Art. 28 § 1. nie popełnia przestępstwa, kto pozostaje w usprawiedliwionym błędzie co do okoliczności stanowiącej znamię czynu zabronionego.

¹¹⁹ Zgodnie z art. 30 k.k. Nie popełnia przestępstwa, kto dopuszcza się czynu zabronionego w usprawiedliwionej nieświadomości jego bezprawności; jeżeli błąd sprawcy jest nieusprawiedliwiony, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.

¹²⁰ Zgodnie z art. 12 ust. 1 u.z.l. jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu lekarza, powołuje komisję złożoną z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny. Komisja ta wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych.

czynności psychicznych nie mógł rozpoznać znaczenia czynu lub pokierować swoim postępowaniem nie popełniłby przewinienia zawodowego.

Przechodząc do stanu wyższej konieczności w przypadku lekarzy w szczególności zastosowanie znajduje art. 26 § 5 k.k., zgodnie z którym nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego – przepis stosuje się odpowiednio w przypadku, gdy z ciążących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony. Jeżeli więc lekarz zajmowałby się kilkoma pacjentami i w tym samym momencie mógł udzielić pomocy, uratować życie tylko jednego z nich (kolizja obowiązków), nie popełnia przewinienia zawodowego, polegającego na nieudzieleniu pomocy pozostałym pacjentom, ponieważ nie byłoby to możliwe, nie można mu z tego powodu przypisać winy.

Odnosząc się do błędów, jako okoliczności wyłączających winę wskazać można błąd lekarza co do faktu (art. 21 § 1 k.k.) – lekarz pozostający w usprawiedliwionym błędzie co do okoliczności stanowiącej znamię przewinienia zawodowego nie popełni przewinienia zawodowego. I tak przykładowo, lekarz, dokonujący transfuzji krwi pacjentowi z grupą A, podłącza woreczek z krwią na którym widnieje napis grupa krwi A. Dopiero później okazuje się, że pielęgniarka, która oznaczała woreczki błędnie przykleiła naklejkę z napisem grupa krwi A, zamiast grupa krwi B. Lekarzowi nie można przypisać winy za to, że podał pacjentowi niewłaściwą krew, ponieważ pozostawał w usprawiedliwionym błędzie, że w woreczku znajduje się krew o grupie A.

Przechodząc do zasady humanitaryzmu, zgodnie z którą prawo nie powinno poniżać oskarżonego, powodować nadmiernych dolegliwości i cierpień, należy zauważyć, że znajduje ona zastosowanie także w przypadku odpowiedzialności zawodowej. Ogólny cel postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy sprowadza się do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu. Najsurowsza z przewidzianych w ramach postępowania kara, nazywana „śmiercią zawodową”, a więc kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu została dotychczas (od 1989 r.) orzeczona wobec 13 lekarzy.¹²¹

Zasadą, która nie znajdzie zastosowania w przypadku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest natomiast zasada *nullum crimen sine*

¹²¹ Dane uzyskane z Naczelnego Sądu Lekarskiego.

lege. Zgodnie z tą zasadą „nie ma przestępstwa bez ustawy”. W przypadku odpowiedzialności zawodowej nie ma zamkniętego katalogu przewinień zawodowych. Zgodnie bowiem z art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej naruszeniem godności zawodu jest każde zachowanie, które podważa zaufanie do zawodu.

Omówione powyżej w kontekście odpowiedzialności zawodowej zasady procesu karnego i zasady prawa karnego pokazują, że odpowiedzialność ponoszona przed organami izb lekarskich jest zbliżona do odpowiedzialności karnej, jednakże różni się od niej.

Warto w tym miejscu odnieść się także do strony przedmiotowej przewinienia zawodowego w zakresie skutku czynu. Z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej nie jest istotnym, aby czyn lekarza doprowadził do określonego skutku. Wystarczy, że lekarz nie zachował należytej staranności w podejmowanych działaniach, nawet jeśli nie miało to żadnego wpływu na stan zdrowia pacjenta. Z tego punktu widzenia zakres odpowiedzialności zawodowej lekarza jest dużo szerszy, niż odpowiedzialność karna. Jeśli bowiem chodzi o odpowiedzialność karną lekarza, to w zasadzie w każdym przypadku wymagane jest zaistnienie określonego skutku (przestępstwa materialne). Skutkiem tym może być śmierć, uszczerbek na zdrowiu, narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.¹²² Z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej wystarczającym jest samo niezastosowanie się lekarza do pewnych standardów, nawet jeśli nie wynikają z tego żadne skutki. Tak więc często zdarza się, że dany czyn może stanowić przewinienie zawodowe, a nie będzie przestępstwem, ponieważ czyn lekarza nie doprowadził do powstania skutku.

4. Zakres podmiotowy odpowiedzialności zawodowej

W art. 53 u.i.l. ustawodawca przewidział, że odpowiedzialności zawodowej podlegają tylko członkowie izb lekarskich. W świetle art. 6 ust. 1 u.i.l. członkiem izby lekarskiej jest lekarz wpisany na listę członków izby lekarskiej, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu.

Prawo wykonywania zawodu lekarza – na wniosek zainteresowanego wydaje okręgowa rada lekarska właściwa ze względu na miejsce, w którym lekarz zamierza

¹²² A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa za błędy medyczne* [w:] Meritum prawo medyczne (J. Zajdel red.), Warszawa 2016, s. 407.

wykonywać zawód. Prawo wykonywania zawodu lekarza jest przyznawane osobie, która spełnia ustawowe wymagania związane z: posiadaniem odpowiednich kwalifikacji zawodowych, posiadaniem pełnej zdolności do czynności prawnych, posiadaniem odpowiedniego stanu zdrowia, nienaganną postawą etyczną.

Posiadacz polskiego dyplomu lekarza, w celu uzyskania w Polsce prawa wykonywania zawodu lekarza powinien dodatkowo odbyć staż podyplomowy oraz złożyć z wynikiem pozytywnym Lekarski Egzamin Końcowy (bądź zdać z wynikiem pozytywnym Lekarski Egzamin Państwowy, który odbywał się do roku 2012).¹²³

Wszyscy lekarze będący członkami izb lekarskich wpisani są do publicznie dostępnego Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej.¹²⁴ Każdy lekarz, który posiada w Polsce prawo wykonywania zawodu musi być członkiem izby lekarskiej. Odpowiedzialności zawodowej podlegają tylko członkowie izb lekarskich.

E. Zielińska sygnalizowała, że taka regulacja może napotykać pewne problemy. Można bowiem wyobrazić sobie sytuację, że lekarz, po popełnieniu przewinienia zawodowego, występuje do okręgowej rady lekarskiej z wnioskiem o skreślenie z rejestru. Przestaje być członkiem izby lekarskiej, a co za tym idzie nie podlega odpowiedzialności zawodowej.¹²⁵ W celu zablokowania takiej możliwości do ustawy o *izbach lekarskich* z dnia 2 grudnia 2009 r. wprowadzony został art. 7 ust. 1 pkt 2 u.i.l. z którego wynika, że w przypadku, kiedy przeciwko lekarzowi toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w sytuacji złożenia przez lekarza oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu nie nastąpi skreślenie z listy członków okręgowej izby lekarskiej.¹²⁶ W literaturze przedmiotu zwracano jednak uwagę że nie jest to w pełni skuteczne rozwiązanie.¹²⁷

Należy w tym miejscu podkreślić, że przepis dotyczy sytuacji, kiedy postępowanie toczy się już przeciwko konkretnemu lekarzowi. Zgodnie z art. 67 ust. 1 u.i.l. rzecznik odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego jest zobowiązany wydać postanowienie o wszczęciu, bądź o odmowie wszczęcia postępowania.

¹²³ Por. art. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentysty*.

¹²⁴ <http://rejestr.nil.org.pl/xml/nil/rejlek/hurtd>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

¹²⁵ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 113.

¹²⁶ Takie rozwiązanie nie było przewidziane na gruncie poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich*.

¹²⁷ A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 91.

Trzeba zadać sobie pytanie, czy lekarz może skutecznie zrzec się prawa wykonywania zawodu po popełnieniu przewinienia zawodowego, a przed otrzymaniem skargi przez rzecznika? W mojej ocenie odpowiedź jest pozytywna. Taka sytuacja może mieć miejsce.

Obecne uregulowanie art. 7 ust. 1 pkt 2 u.i.l. implikuje kolejne wątpliwości. Mianowicie, czy w sytuacji gdyby rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego w sprawie, ale nie określił jeszcze w postępowaniu obwinionego, to czy lekarz (potencjalny późniejszy obwiniony) mógłby skutecznie zrzec się prawa wykonywania zawodu?

W tym przedmiocie wypowiedział się Sąd Najwyższy rozpatrując w 2018 r. kasację obrońcy obwinionego lekarza.¹²⁸ Przebieg sprawy o której mowa był następujący:

1. Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o wszczęciu postępowania w sprawie w dniu 31 marca 2014 r.
2. W dniu 23 kwietnia 2014 r. okręgowy rzecznik wezwał lekarza na przesłuchanie w charakterze obwinionego.
3. W dniu 8 maja 2014 r. lekarz złożył oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu.
4. W dniu 12 maja 2014 r. prezes rady lekarskiej wydał zarządzenie w sprawie skreślenia lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej z powodu zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*.
5. Mimo powyższego, okręgowy rzecznik wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów datowane na dzień 23 kwietnia 2014 r., które zostało ogłoszone i wręczone lekarzowi w dniu 5 czerwca 2014 r.
6. W dniu 24 czerwca 2015 r. okręgowy rzecznik złożył wniosek o ukaranie w sprawie lekarza.
7. Okręgowy sąd lekarski wymierzył karę nagany, Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy zaskarżone przez obrońcę obwinionego lekarza orzeczenie.

¹²⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2018 r., sygn. SDI 12/18.

8. Kasację od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył obrońca obwinionego lekarza.

Sąd Najwyższy na podstawie art. 439 § 1 pkt 9 k.p.k.¹²⁹ w zw. z art. 17 § 1 pkt 11 k.p.k.¹³⁰ uchylił zaskarżone orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz utrzymane nim w mocy orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego i postępowanie w sprawie umorzył. W uzasadnieniu wyroku Sąd zauważył, że negatywna przesłanka skreślenia lekarza z listy członków izby występuje dopiero w momencie zainicjowania fazy *in personam* postępowania prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Unormowanie to, jak zauważył Sąd, koresponduje z art. 58 ust. 1 u.i.l., zgodnie z którym za obwinionego uważa się lekarza, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko któremu skierował do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie. W tej sprawie wydanie postanowienia o przedstawieniu zarzutów nastąpiło dopiero w dniu 5 czerwca 2014 r., a więc już prawie po miesiącu od dnia w którym lekarz przestał być członkiem izby lekarskiej. Badać bowiem należy nie datę samego sporządzenia postanowienia o przedstawieniu zarzutów – w tej sprawie postanowienie datowane było na dzień 23 kwietnia 2014 r., lecz datę, kiedy to zarzuty zostały obwinionemu ogłoszone i wręczone – nastąpiło to dopiero w dniu 5 czerwca 2014 r.

W ocenie Sądu Najwyższego bowiem lekarz skutecznie zrzekł się prawa wykonywania zawodu i w związku z tym nie podlegał odpowiedzialności zawodowej określonej w art. 53 u.i.l.

Co istotne, w końcowej części wyroku Sąd Najwyższy wskazał, że taka wykładnia art. 7 ust. 1 pkt 2 u.i.l. nie będzie powodować ryzyka dla efektywności postępowań prowadzonych przez organy izb lekarskich. Lekarz, który zrzekł się prawa wykonywania zawodu i starałby się o ponowny wpis na listę członków izby lekarskiej musi w świetle art. 5 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹³¹(dalej: u.z.l.) wykazywać się nienaganną postawą etyczną. Postawa

¹²⁹ Zgodnie z art. 439 § 1 pkt 9 k.p.k. niezależnie od granic zaskarżenia i podniesionych zarzutów oraz wpływu uchybienia na treść orzeczenia sąd odwoławczy na posiedzeniu uchyla zaskarżone orzeczenie, jeżeli zachodzi jedna z okoliczności wyłączających postępowanie, określonych w art. 17 § 1 pkt 5, 6 i 8-11.

¹³⁰ Zgodnie z art. 17 § 1 pkt 11 k.p.k. nie wszczyna się postępowania, a wszczęte umarza, gdy zachodzi inna okoliczność wyłączająca ściganie.

¹³¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U.2020.514 t.j. ze zm. Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 5 u.z.l. okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza osobie, która wykazuje nienaganną postawę etyczną.

lekarza zaprezentowana w tej sprawie – zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu, mimo świadomości czynności podejmowanych przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej mogłaby zostać uznana za okoliczność podważającą nienaganną postawę etyczną lekarza.

Odpowiedzialności zawodowej podlegają także osoby zasiadające w organach izb lekarskich¹³² – rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, członkowie sądów lekarskich, członkowie okręgowej rady lekarskiej, mediatorzy okręgowej izby lekarskiej. W art. 65 ust. 1 u.i.l. wskazano enumeratywnie podmioty, przeciwko którym postępowanie w celu zachowania bezstronności nie będzie prowadzone przez rzecznika tej izby, której lekarz jest członkiem i w której jest osoba funkcyjną, ale przez rzecznika wybranego przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Do tych podmiotów należą: członkowie okręgowej rady lekarskiej, członkowie okręgowej komisji rewizyjnej, członkowie okręgowego sądu lekarskiego, okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej, członkowie Naczelnej Komisji Rewizyjnej, członkowie Naczelnego Sądu Lekarskiego. W sprawach Naczelnego Rzecznika i jego zastępców postępowanie prowadzone jest przez okręgowego rzecznika wyznaczonego przez Naczelny Sąd Lekarski. W mojej ocenie w katalogu tym zabrakło mediatora okręgowej izby lekarskiej.

Jaki powinien być tryb postępowania w sytuacji, kiedy lekarzem, którego dotyczy postępowanie jest mediator okręgowej izby lekarskiej?

Zgodnie z art. 65 u.i.l. w sprawach odpowiedzialności zawodowej członków organów izb lekarskich wymienionych w art. 21 pkt 2-5 u.i.l. (okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej) i w art. 35 pkt 2-4 (Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego) oraz zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej postępowanie prowadzi okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej wyznaczony przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W powyższym katalogu nie wskazano mediatora.

Zgodnie z art. 113 ust. 3 u.i.l. rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza, który pełni w izbie lekarskiej funkcję mediatora. Co dzieje

¹³² Por. M. Kozik, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy* [w:] *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych* (Marta Figuła red.), Warszawa 2013, s. 17-18.

się w przypadku, kiedy postępowanie dotyczy właśnie mediatora? Czy postępowanie takie może prowadzić okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej izby lekarskiej, której członkiem jest mediator? W mojej ocenie, nie.

Taka sytuacja nie powinna być dopuszczalna, ponieważ można wyobrazić sobie przypadek w którym w toku postępowania między obwinionym lekarzem (będącym mediatorem izby), a pokrzywdzonym zaistnieje wola skierowania sprawy do mediacji. Jak wynika z informacji przekazanych przez okręgowe izby lekarskie, najczęściej w izbie powoływany jest jeden mediator – tak jest w przypadku piętnastu izb lekarskich. Kto w takim razie miałby prowadzić mediację? Zgodnie z art. 113 ust. 4 u.i.l. w przypadku gdyby pokrzywdzony lub obwiniony wnioskuje o wyznaczenie innego mediatora, postępowanie mediacyjne mogłoby być prowadzone w izbie lekarskiej wskazanej przez organ kierujący sprawę do mediacji. W opisywanej jednak sytuacji mamy do czynienia z przypadkiem, kiedy w izbie, której członkiem jest obwiniony lekarz nie ma żadnego mediatora. Ponadto, uważam, że w sytuacji, gdy obwinionym byłby mediator izby lekarskiej, rzecznik odpowiedzialności zawodowej, czy też sąd lekarski mogłyby nie zachować pełnej bezstronności i neutralności przy rozpatrywaniu sprawy mediatora, do którego kierowane były sprawy do mediacji w innych postępowaniach. W takiej sprawie, w mojej ocenie, pomimo braku wskazania mediatora w wykazie organów w art. 65 u.i.l. należałoby wyznaczyć innego rzecznika do poprowadzenia takiego postępowania. Mając powyższe na uwadze, *de lege ferenda* uważam, że do katalogu osób pełniących funkcję w samorządzie zawodowym, w art. 65 u.i.l. należałoby dopisać także mediatora.

5. Kodeks Etyki Lekarskiej i przepisy związane z wykonywaniem zawodu jako podstawa odpowiedzialności zawodowej

Na specyfikę odpowiedzialności zawodowej lekarzy uwagę zwrócił Sąd Najwyższy w ustnych motywach postanowienia o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej w sprawie o sygn. akt SDI 24/17.¹³³ Sąd Najwyższy wskazał, że deontologia w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest nieco inna, niż w postępowaniu karnym. W postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej dba się o dobro wykonywanego zawodu. Dlatego może być tak, że czyn w postępowaniu przed organami izb lekarskich będzie przewinieniem zawodowym, a nie będzie stanowić przestępstwa w świetle prawa karnego. Odpowiednie stosowanie przepisów *Kodeksu*

¹³³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2017 r. o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej, sygn. akt SDI 24/17.

postępowania karnego, nie oznacza, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy staje się odpowiedzialnością karną.

Zgodnie z art. 53 u.i.l. członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej przewinieniem zawodowym. Ustawodawca przewidział, że lekarze - jako osoby wykonujące zawód zaufania publicznego podlegają odpowiedzialności nie tylko za naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu, ale także zasad etycznych. W orzecznictwie Sądu Najwyższego zwraca się nawet uwagę, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki potraktowana została w ustawie o *izbach lekarskich* na równi z odpowiedzialnością za naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu.¹³⁴

Podstawowym źródłem zasad etyki lekarskiej jest Kodeks Etyki Lekarskiej. Kodeks Etyki Lekarskiej ma szczególne znaczenie z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej lekarzy, ponieważ tylko i wyłącznie lekarz i lekarz dentyista może zostać pociągnięty do odpowiedzialności za niestosowanie się do przepisów wskazanych w kodeksie. W doktrynie zwraca się uwagę na doniosłość i znaczenie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Jak podkreśla S. Olejnik „ludziom medycyny, i w ogóle w Polsce, naszemu społeczeństwu, potrzebna jest etyka – i to etyka obiektywna, bezkompromisowa, wskazująca lekarzom jasne zasady i obowiązujące wszystkich, bez wyjątku, normy postępowania”.¹³⁵

T. Brzeziński wyróżnia dwa modele kształtowania się postaw etycznych lekarzy. Pierwszy z nich opierał się na systemie nagród i kar. Dobrym przykładem takiego modelu jest Kodeks Hammurabiego (ok. 1728-1686 r.p.n.e.), znany z bardzo surowych kar dla lekarzy, którym nie udało się wyleczyć pacjenta. Jeden z fragmentów kodeksu wskazywał, że „jeżeli lekarz zada komuś ciężką ranę nożem brązowym i śmierć jego spowodzi, albo otworzy obrzmiałość i zniszczy jego oko, należy mu ręce obciąć”.¹³⁶ Z kolei za pomyślne leczenie lekarzowi przyznawano bardzo wysokie honorarium wynoszące nawet do 10 szekli – jeśli pacjentem był wyzwoleniec 5 szekli, a niewolnik – 2 szekle.¹³⁷ Odpowiedzialność lekarza oparta była na rezultacie leczenia. Lekarz

¹³⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. akt. SDI 71/15.

¹³⁵ S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 37.

¹³⁶ Więcej na ten temat T. Brzeziński, *Dawna medycyna i lekarze. Studium kształtowania zawodu* [w:] Historia medycyny (T. Brzeziński red.), Warszawa 2016, s. 31.

¹³⁷ T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 22.

ponosił karę, nawet jeśli zachował należyłą staranność i postępował zgodnie z zasadami sztuki i ze swoim sumieniem. Odpowiedzialność lekarza uzależniona była także od statusu społecznego pacjenta – im wyższy status społeczny, tym wyższa kara dla lekarza.

Drugi model kształtowania się postaw lekarzy oparty był na poczuciu odpowiedzialności moralnej lekarza za jego czyny, przekonaniem o szczególnym posłannictwie i godności zawodu.¹³⁸ Za niepowodzenie w leczeniu nie była przewidziana żadna sankcja. Tak częściowo było w starożytnej Grecji i Rzymie. W przysiędze Hipokratesa (460-377 r p.n.e.) lekarz zobowiązywał się do postępowania zgodnie ze sztuką medyczną, dbania o dobro pacjenta, szanowania swoich mistrzów, zachowania tajemnicy. Przestrzeganie zasad z przysięgi Hipokratesa oparte było na przekonaniu o posłannictwie, a nie wiązało się z systemem kar. Warto jednak już w tym miejscu wskazać, że sam Hipokrates był przeciwnikiem całkowitego braku sankcji dla lekarzy. Zauważył, że: „sztuka lekarska jest najdostojniejszą ze wszystkich, lecz wskutek nieuctwa uprawiających ją, jak również wskutek powierzchownych zapatrywań ogółu, pozostała w tyle za wszelkimi innymi. Przyczyna tego jej upośledzenia jest, według mego zdania, następująca: nie istnieje w państwach żadne kara za nadużywanie sztuki lekarskiej, prócz niesławy, ta zaś nie rani tych, których dotknie”.¹³⁹

Współcześnie, w zmienionej treści, lekarze składają przyrzeczenie lekarskie oparte na przysiędze Hipokratesa w którym przyrzekają sumiennie spełniać swoje obowiązki, służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, przeciwdziałać cierpieniu i chorobom, nieść pomoc wszystkim chorym bez względu na rasę, religię, narodowość, poglądy polityczne, dochować tajemnicy lekarskiej, strzec godności stanu lekarskiego, odnosić się z życzliwością do innych lekarzy, poszerzać swą wiedzę lekarską.¹⁴⁰ Nie ulega wątpliwości, że współcześnie każdy lekarz za naruszenie norm określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej ponosi odpowiedzialność zawodową – tak jak postulował to Hipokrates.

¹³⁸ T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 21, 22.

¹³⁹ T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 21.

¹⁴⁰ Naczelna Rada Lekarska w dniu 23 czerwca 1990 r. podjęła uchwałę ustalającą tekst Przyrzeczenia Lekarskiego, a w dniu 30 listopada 1991 r. zdecydowała o włączeniu tekstu przyrzeczenia do projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej. Więcej na temat przyrzeczenia lekarskiego: M. Hamankiewicz, *Przyrzeczenie lekarskie jako Preambula do Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 23-32.

Uchwalenie współcześnie obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej poprzedzone było innymi dokumentami. Skąd wzięła się w Europie potrzeba ujęcia zasad etyki w jednym dokumencie? Z czasem środowisko lekarskie zwiększało swoją liczebność. Coraz więcej osób, bardzo często bez należytego przygotowania przystępowała do wykonywania zawodu lekarza. W 1823 r. w języku polskim i niemieckim, w Warszawie wydana została bardzo kontrowersyjna praca Jakuba Fryderyka Hoffmana (1758-1830): „*Doctrina perversa*, czyli nauki doświadczonego praktyka dane synowi który w stopniu doktora medycyny z zagranicy wraca ”.¹⁴¹ W pracy tej autor na 72 stronach udziela swemu synowi wskazówek, w jaki sposób powinien postępować jako młody lekarz i jakimi zasadami powinien się kierować: „Krótkie kuracje mało przynoszą zysku. Długo trwające choroby traktując, daleko lepiej i zyskowniej wychodzimy. Dobry rzemieślnik stara się o to, aby roboty jego i końca nie miały. Wizyt można sobie samemu napłodzić”. „Nie uwodź się mniemaniem aby umiejętność, doświadczenie, zdatność i sztuka, stanowią u nas miały Lekarzowi podstawę do dalszego jego wyniesienia. Bez ostentacji, pretensji i przebiegów nie dojdzie on daleko, chyba Bóg cuda dla niego wznowił” (s. 71). „Hypochondryki i histeryczne Damy, tak się mają do praktyki naszej, jak się mają osady pańszczyźnianie do folwarku. Tu dla nas żniwo. Podobne lękliwe pacjenty” (s. 68).¹⁴² Hoffman w bardzo negatywnym świetle przedstawiał środowisko lekarskie, a do zawodu lekarza podchodził jak do rzemiosła, pozbawiając go jakichkolwiek przymiotów etycznych. Według niego lekarz powinien być nastawiony na zysk i na pierwszym miejscu stawiać swoje korzyści materialne, kosztem niepotrzebnego leczenia pacjentów. Jak zauważa T. Brzeziński, wobec coraz częściej tak sformułowanych negatywnych ocen dotyczących postaw lekarza zaczęto rozmyślać nad koniecznością utworzenia kodeksów etycznych, które określałyby zasady wykonywania zawodu i powinności lekarskie.¹⁴³

Środowiska lekarskie liczące coraz więcej członków zaczęły łączyć się w kolegia – początkowo lekarze zrzeszali się w miastach uniwersyteckich na wydziałach lekarskich. Według T. Brzezińskiego były to załóżki samorządów lekarskich, które w XIX w. przekształciły się w izby lekarskie.¹⁴⁴ Zaczęto tworzyć

¹⁴¹ Por. T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 30.

¹⁴² J.F. Hoffman, *Doctrina Perversa czyli nauki doświadczonego praktyka dane synowi, który w stopniu doktora medycyny z zagranicy wraca*, 1822. (książka wydana pod pseudonimem Jakub Eirenophilos Elpenor).

¹⁴³ Por. T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 31.

¹⁴⁴ Por. T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 31.

zbiory reguł i zasad – to, co dziś nazwalibyśmy etyką zawodową, które odnosiły się do wszystkich osób wykonujących zawód lekarza. Przez całe wieki kształtował się sposób bycia, a nawet sposób ubierania się grupy zawodowej jaką stanowią lekarze. Stawiano im coraz wyższe wymogi moralne.¹⁴⁵ W końcu, wymogi te zostały zebrane w jednym dokumencie – w kodeksie etyki, który współcześnie stanowi podstawę odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Pierwszym kodeksem deontologii lekarskiej na ziemiach polskich była Uchwała Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle wydana w 1876 r. na terenie zaboru austriackiego.¹⁴⁶ Drugim polskim kodeksem deontologicznym, składającym się z 88 artykułów, który tym razem pojawił się na terenach zaboru rosyjskiego były przyjęte w dniu 29 kwietnia 1884 r. Zasady obowiązków i praw lekarzy ogłoszone drukiem w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.¹⁴⁷ W grudniu 1901 r. na terenie zaboru pruskiego Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu zatwierdziło kodeks deontologiczny Ustawy etyczne Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu – zbiór obejmował 29 paragrafów.¹⁴⁸ Wreszcie, w 1907 r. podczas X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie uchwalono Kodeks Deontologii Lekarskiej, składający się z 53 paragrafów wspólny dla lekarzy ze wszystkich trzech zaborów.¹⁴⁹ Po odzyskaniu niepodległości, w dniu 16 marca 1935 r. uchwalono Kodeks Deontologii Lekarskiej o zasięgu ogólnopolskim,¹⁵⁰ a w roku 1948 Izba Lekarsko-Dentystyczna uchwaliła Kodeks Deontologii Lekarsko-Dentystycznej.¹⁵¹ Oba kodeksy obowiązywały do 1950 r., kiedy to na mocy ustawy z dnia 18 lipca 1950 r. zlikwidowano izby lekarskie.¹⁵²

Następnie, dopiero w dniu 3 czerwca 1967 r. Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego przyjęło Zasady etyczno-deontologiczne PTL, zmienione 10

¹⁴⁵ E. Rużyło, *Etyka i medycyna*, 1999, s. 81.

¹⁴⁶ Por. T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 32.

¹⁴⁷ A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych* [w:] *Etyka i deontologia lekarska* (T. Kielanowski red.), Warszawa 1985, s. 198.

¹⁴⁸ A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska* (T. Kielanowski red.), Warszawa 1985, s. 198-199.

¹⁴⁹ A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska* (T. Kielanowski red.), Warszawa 1985, s. 199.

¹⁵⁰ J. Antczak, J. Hornowski *Jak powstawał nasz samorząd*, [w:] *Odrodzony stan lekarski 25-lecie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza*, Warszawa 2014, s. 26.

¹⁵¹ Por. T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 38.

¹⁵² Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych, Dz.U.1950.36.326.

lat później z nowym tytułem – Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza.¹⁵³

Szczególnie ważnym momentem w zakresie formowania się brzmienia obecnie obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej, a także ukształtowania w obecnej formie zasad odpowiedzialności zawodowej był rok 1989. Na mocy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich* utworzono samorząd lekarzy i lekarzy dentystów. Jako jedno z zadań samorządu zawodowego w art. 4 ust. 1 pkt 2 (w obecnie obowiązującej ustawie o *izbach lekarskich* art. 5 pkt 1) wskazano ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie. Z kolei w art. 33 pkt 1 obowiązującej ówczesnej ustawy (obecnie art. 38 pkt 1) upoważniono Krajowy Zjazd Lekarzy do uchwalania zasad etyki i deontologii zawodowej. W konsekwencji, podczas Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Izb Lekarskich w 1991 r. przyjęty został Kodeks Etyki Lekarskiej. Dwukrotnie znowelizowany, obowiązuje aż do dziś. Kodeks Etyki Lekarskiej składa się z części ogólnej zawierającej 5 artykułów i części szczególnej składającej się z VI rozdziałów: na pierwszym miejscu postępowanie lekarza wobec pacjenta, a następnie badania naukowe i eksperymenty biomedyczne, stosunki wzajemne między lekarzami, zasady postępowania w praktyce lekarskiej, lekarz a społeczeństwo, zasady końcowe. W sumie, cały kodeks składa się z 78 artykułów.

Od początku uchwalenia Kodeksu były z nim związane różne kontrowersje, począwszy od nazwy. Użycie sformułowania „kodeks” – zamiast tak jak było to poprzednio „zbiór zasad etyczno-deontologicznych” mogło sugerować, że w poszczególnych artykułach zostały ujęte wszystkie możliwe przypadki naruszenia etyki.¹⁵⁴ Oczywiście nie byłoby to możliwe. Nie da się przewidzieć wszystkich możliwych naruszeń zasad etyki chociażby dlatego, że w praktyce lekarskiej codziennie zdarzają się nowe sytuacje, również w związku z ciągłym rozwojem medycyny. Jak słusznie podkreśla się w komentarzach do Kodeksów Etyki Lekarskiej „Kodeks, rzecz jasna, nie wymienia wszystkich naruszeń etycznych, których może dopuścić się lekarz. Byłoby to zresztą niewykonalne. Najdalej posunięta kazuistyka nie mogłaby wyczerpać zagadnienia”.¹⁵⁵ Do powyższej kwestii odniósł się również Sąd Najwyższy, który

¹⁵³ A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] Etyka i deontologia lekarska (T. Kielanowski red.), Warszawa 1985, s. 202-203.

¹⁵⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 120.

¹⁵⁵ A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu etyki lekarskiej*, Warszawa 1993, s. 7.

w motywach ustnych wydanego postanowienia o oddaleniu kasacji jako bezzasadnej¹⁵⁶ zauważył, że „Kodeks Etyki Lekarskiej wskazuje na minimum etyki w zawodzie. Istnieją również zasady nieskodyfikowane, a na taką interpretację pozwala art. 53 ustawy *o izbach lekarskich*”. Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi syntezę pewnych wartości i nie można oczekiwać, że będzie regulować każdą sytuację. Przykładowo, nie ma normy określającej sytuację, w której stażysta popycha i szturcha w ramię ordynatora, a takie zachowanie mogłoby zostać uznane za niezgodne z zasadami etyki.¹⁵⁷

Ponadto użycie sformułowania kodeks, mogłoby sugerować, że do poszczególnych przypadków naruszeń zostały przypisane konkretne sankcje – tak jak ma to miejsce w kodeksie karnym. Tymczasem w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie zostały określone konkretne kary za poszczególne przewinienia zawodowe. Warto zauważyć, że we wszystkich medycznych zawodach zaufania publicznego normy etyczne obowiązujące osoby wykonujące określone zawody ujęte zostały w „kodeksach”: Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, Kodeksie Etyki Diagnosty Laboratoryjnego, Kodeksie Etyki Aptekarza RP, Kodeksie Etyki Lekarza Weterynarii, Kodeksie Etyczny Fizjoterapeuty RP. Jednolitości takiej nie ma w przypadku zawodów prawniczych – tu zasady etyki u adwokatów określone zostały w Zbiorze Zasad Etyki Adwokackiej i Godności Zawodu, u radców prawnych – podobnie, jak w przypadku zawodów medycznych w kodeksie etyki radcy prawnego.

Kolejne wątpliwości dotyczyły charakteru prawnego Kodeksu Etyki Lekarskiej. W tym zakresie stanowisko zajął Trybunał Konstytucyjny m.in. w:

- Postanowieniu z dnia 7 października 1992 r. w sprawie o sygn. U 1/92,
- Wyroku z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie o sygn. SK 16/07,
- Wyroku z dnia z dnia 7 października 2015 r. w sprawie o sygn. K 12/14.

W uzasadnieniu postanowienia z dnia 7 października 1992 r. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że normy deontologiczne zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej same w sobie nie posiadają charakteru prawnego. Należą bowiem do niezależnego od prawa zbioru norm etycznych. Normy etyczne zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie są ani uchwalane ani uchylane w trybie przewidzianym dla norm prawnych. Jednakże normy etyczne mogą zostać inkorporowane przez akt prawny

¹⁵⁶ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. akt SDI 71/15.

¹⁵⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. akt SDI 71/15.

do systemu obowiązującego prawa. Takiej inkorporacji norm Kodeksu Etyki Lekarskiej dokonała ustawa *o izbach lekarskich*.¹⁵⁸ Normy tego kodeksu dookreśliły treść norm prawnych zawartych w ustawie *o izbach lekarskich*.

Podobnie w uzasadnieniu wyroku z dnia 23 kwietnia 2008 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że normy Kodeksu Etyki Lekarskiej, ujęte w izolacji od właściwych przepisów ustawowych, zaliczyć należy do odrębnego porządku normatywnego (deontologicznego). Normy te uzyskują walor prawny w obszarze prawa powszechnie obowiązującego właśnie ze względu na ustawę *o izbach lekarskich* i w zakresie określonym przez jej przepisy. To samo zapatrywanie powtórzone zostało w Wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r. - Kodeks Etyki Lekarskiej – nie będąc aktem prawa obowiązującego – ustanawia niezależny od prawa zbiór norm etycznych, które mogą być inkorporowane do systemu prawa i stanowić obowiązujące lekarzy normy postępowania.

Podsumowując rozważania Trybunału Konstytucyjnego w powyższym zakresie z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów wskazać należy, że normy deontologiczne zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej na skutek ich inkorporacji do systemu obowiązującego prawa dokonanej w ustawie *o izbach lekarskich* stanowią element systemu prawnego.

Lekarz podlega odpowiedzialności zawodowej także za naruszenie zasad etyki i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. Przepisy związane z wykonywaniem zawodu zostały przez polskiego ustawodawcę uregulowane w różnych aktach prawnych. Zakres odpowiedzialności zawodowej lekarza jest bardzo szeroki – lekarz może ponosić odpowiedzialność zawodową za popełnienie błędu medycznego, niestaranne prowadzenie dokumentacji medycznej, nieudostępnienie pacjentowi jego dokumentacji medycznej, przeprowadzenie eksperymentu medycznego na osobie ubezwłasnowolnionej, nieudzielenie pacjentowi informacji na temat jego

¹⁵⁸ W art. 15 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich* wskazano, że członkowie samorządu lekarzy obowiązani są przestrzegać zasad etyki i deontologii oraz innych przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, uchwał władz i organów samorządu lekarzy. Z art. 41 tej ustawy wynikało, że członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. W art. 42 przewidziane były kary, które mogły zostać orzeczone przez sąd lekarski. W obecnie obowiązującej ustawie *o izbach lekarskich* obowiązek przestrzegania zasad etyki lekarskiej i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza przewidziany został w art. 8 zaś art. 53 tej ustawy stanowi, że członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

stanu zdrowia, niezachowanie tajemnicy lekarskiej, nieodebranie zgody pacjenta na zabieg, nieposzanowanie intymności i godności pacjenta, nielegalne przerwanie ciąży, stosowanie środków i metod dopingowych w celach nielecniczych.¹⁵⁹ Ze względu na tak szeroki zakres odpowiedzialności wśród przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza znaleźć możemy ustawy i rozporządzenia odnoszące się bezpośrednio do czynności podejmowanych przez lekarzy podczas leczenia, obowiązków w postaci zachowania tajemnicy lekarskiej, poszanowania godności pacjenta, jak i przepisy związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej, przedstawienie fałszywej opinii mającej służyć jako dowód w toku postępowania prowadzonego na podstawie ustawy¹⁶⁰. Wśród aktów prawnych najczęściej powoływanych przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej w treści zarzutów wyróżnić można:

- Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry*,¹⁶¹
- Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (dalej: u.d.l.),¹⁶²
- Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (dalej: u.p.p.),¹⁶³
- Ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*,¹⁶⁴
- Ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*,¹⁶⁵
- Ustawę z dnia 7 stycznia 1993 r. o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*,¹⁶⁶
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.¹⁶⁷

¹⁵⁹ Zob. P. Józwiak, *Zbieg różnego rodzaju sankcji represyjnych orzekanych wobec lekarza za udział w praktykach dopingowych* [w:] Problemy prawne na styku sportu i medycyny (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2015, s. 22.

¹⁶⁰ Zgodnie z art. 233 § 4 k.k. kto jako biegły przedstawia fałszywą opinię mającą służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

¹⁶¹ Dz.U.2020.514 t.j. ze zm.

¹⁶² Dz.U.2020.295 t.j. ze zm.

¹⁶³ Dz.U.2020.849 t.j. ze zm.

¹⁶⁴ Dz.U.2019.1239 t.j. ze zm.

¹⁶⁵ Dz.U.2020.685 t.j.

¹⁶⁶ Dz.U.1993.17.78 ze zm.

¹⁶⁷ Dz.U.2020.666.

Jako przepisy związane z wykonywaniem zawodu, które mogą być podstawą pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności zawodowej wskazać należy także przepisy *Kodeksu karnego*. Przykładowo, biegły lekarz może ponieść odpowiedzialność zawodową za przedstawienie fałszywej opinii mającej służyć za dowód w postępowaniu sądowym. Jest to przestępstwo stypizowane w art. 233 § 4 k.k. Wśród innych przepisów mogących stanowić podstawę odpowiedzialności lekarza wskazać należy m.in. art. 150 k.k. dotyczący zabicia człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, art. 152 k.k. – udzielenie pomocy w przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy, art. 155 k.k. dotyczący nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka, art. 156 k.k. – spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, art. 157 k.k. – spowodowanie lekkiego i średniego uszczerbku na zdrowiu. Co do zasady w zarzutach formułowanych przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej naruszenie regulacji rangi ustawowej uzupełnione jest naruszeniem norm określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Najczęściej w zarzutach pojawia się art. 1 ust. 3 KEL, zgodnie z którym lekarz odpowiada za każde zachowanie podważające zaufanie do zawodu. Kolejną istotną kwestią z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej lekarza jest możliwość ponoszenia odpowiedzialności zawodowej za naruszenie samych przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, bez naruszenia przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zgodnie bowiem z art. 53 u.i.l. członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Spójnik „oraz” stanowi koniunkcję, tak więc dla stwierdzenia, że lekarz ponosi odpowiedzialność zawodową mogłoby się wydawać, że powinny zostać spełnione obie przesłanki tj. lekarz swoim czynem musi naruszyć zasady etyki lekarskiej oraz przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza. Warto zauważyć, że w pozostałych medycznych zawodach zaufania publicznego nie ma jednolitości w zakresie sposobu formułowania zarzutów, co zostało przedstawione poniżej:

Tabela 3 Podstawy odpowiedzialności

Lekarz i lekarz dentysta	naruszenie zasad etyki lekarskiej <u>oraz</u> przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza
Lekarz weterynarii	postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii weterynaryjnej <u>oraz</u> naruszenie

	przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza weterynarii
Farmaceuta	postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu <i>aptekarza</i>
Diagnosta laboratoryjny	zawinione, nienależyte wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej (...)
Pielęgniarka i Położna	naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu
Fizjoterapeuta	naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu

*opracowanie własne

Ustawodawca w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy, lekarzy weterynarii, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych używa spójnika „oraz” będącego koniunkcją, odnosząc się do zasad etyki oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. W przypadku pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów ustawodawca posługuje się spójnikiem „lub” stanowiącym alternatywę. Czy takie zróżnicowanie dokonane zostało przez ustawodawcę celowo?

Z praktyki orzeczniczej sądów lekarskich wynika, że bardzo często jako podstawa prawna przypisania przewinienia zawodowego wskazywany jest tylko przepis Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Do kwestii tej odniósł się także Sąd Najwyższy w toku rozpoznawania kasacji. Przykładowo w postanowieniu z dnia 11 lutego 2016 r. o oddaleniu kasacji jako bezzasadnej w sprawie o sygn. akt SDI 71/15¹⁶⁸ Sąd Najwyższy zauważył, że: z treści art. 53 u.i.l. wynika, iż zachowania, które wypełniają znamiona deliktu dyscyplinarnego, zostały wskazane ogólnie jako przewinienie zawodowe mogące polegać na naruszeniu „zasad etyki lekarskiej” **lub** naruszeniu „przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, względnie łącznym naruszeniu tych zasad oraz przepisów. Sąd Najwyższy zauważa więc, że dla uznania, że lekarz dopuścił się przewinienia zawodowego wystarczające jest stwierdzenie, że lekarz naruszył zasady etyki lekarskiej. Jednocześnie Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że kwalifikacja prawna czynu powinna

¹⁶⁸ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r. o oddaleniu kasacji, sygn. akt SDI 71/15.

wskazywać ustawową normę, która przewiduje odpowiedzialność za dany czyn lub zawiera odniesienie do normy zawartej w innych przepisach – dlatego jak wynika z uzasadnienia sądu – powołując się na naruszenie zasad etyki należy wymienić art. 53 u.i.l.

W powyższym zakresie należy również odnieść się do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r. sprawie o sygn. SDI 70/15.¹⁶⁹ W przedmiotowej sprawie lekarz został przez sądy lekarskie uznany winnym naruszenia § 8 rozporządzenia MZiOS z dnia 30 maja 1996 r. w *sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy* oraz art. 1 pkt 3 KEL.¹⁷⁰ Wymierzono karę upomnienia. W złożonej od orzeczenia kasacji, obrońca podniósł, że doszło do rażącego naruszenia prawa, ponieważ nie został zrealizowany wymóg oparcia odpowiedzialności zawodowej na przepisie rangi ustawowej. W ocenie obrońcy obwinionego, podstawowe elementy czynu, jak i kary muszą być określone w samej ustawie – nie mogą być w sposób blankietowy – pozostawione do unormowania w akcie wykonawczym. Wymóg ten odnosi się do wszystkich przepisów o charakterze represyjnym (sankcjonująco -dyscyplinującym) – również do przepisów stanowiących podstawę odpowiedzialności zawodowej lekarza. Sąd Najwyższy rozpoznając kasację obrońcy obwinionego zauważył, że z orzeczenia sądów lekarskich wynika, iż podstawę odpowiedzialności zawodowej lekarza stanowił art. 53 u.i.l., powiązany z przepisami kodeksu etyki lekarskiej i rozporządzenia, tak więc został zrealizowany wymóg oparcia odpowiedzialności zawodowej na przepisie rangi ustawowej.

Warto w tym miejscu zwrócić także uwagę na ustne motywy postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 1 marca 2017 r. w sprawie o sygn. SDI 1/17, w którym to sąd w celu kształtowania właściwej podstawy orzeczniczej wskazał, że w opisie każdego zarzutu, jeżeli za jego podstawę podaje się przepis Kodeksu Etyki Lekarskiej, należy powołać art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *ustawy o izbach lekarskich*.¹⁷¹

Bardzo istotną kwestią dotyczącą zagadnienia odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest ustalenie, czy w sytuacji, w której lekarz dopuści się popełnienia czynu

¹⁶⁹ Postanowienie o oddaleniu kasacji z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. akt SDI 70/15.

¹⁷⁰ Sprawa o sygn. Naczelnego Sądu Lekarskiego: NSL Rep. 149/OWU/14, niepubl.

¹⁷¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 1 marca 2017 r. w sprawie o sygn. SDI 1/17 – kasacja została oddalona jako oczywiście bezzasadna, nie zostało sporządzone uzasadnienie postanowienia na piśmie.

niezgodnego z zasadami określonymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej, a zgodnego z przepisami prawa powszechnie obowiązującego (związanymi z wykonywaniem zawodu) będzie można mówić o popełnieniu przewinienia zawodowego przez lekarza? Chodzi tu o przypadki, w których zachodzi kolizja norm prawych z normami etycznymi. Tego rodzaju sytuacja mogłaby mieć miejsce w przypadku regulacji odnoszących się np. do telemedycyny. Zgodnie z art. 9 KEL lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość. Z kolei zgodnie z obowiązującym od 2015 r. art. 2 ust. 4 u.z.l.¹⁷² lekarz może wykonywać czynności (...) także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w 2015 r. do art. 3 ust. 2 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*¹⁷³, działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Analizując przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej i przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza wskazać należy, że z Kodeksu Etyki Lekarskiej wynika, że podejmowanie leczenia „na odległość” jest sytuacją wyjątkową, zaś za zasadę należy uznać podejmowanie leczenia po osobistym zbadaniu pacjenta. W związku z powyższym należy zadać sobie pytanie, czy lekarz, który podejmuje leczenie bez uprzedniego badania, a porada lekarska nie musi być udzielana na odległość, może podlegać odpowiedzialności zawodowej? W tym konkretnym przypadku, w mojej ocenie przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej (kodeks uchwalony został w 1991 r.) nie przystają do zmian w medycynie, które pozwalają na leczenie z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Wydaje się, że art. 9 KEL powinien zostać zmodyfikowany w taki sposób, aby badanie za pośrednictwem systemów

¹⁷² Zgodnie z art. 2 ust. 4 u.z.l. lekarz, lekarz dentyista może wykonywać czynności, o których mowa w ust. 1 (wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich) i ust. 2 (wykonywanie zawodu lekarza dentyisty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń określonych w ust. 1, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych), także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

¹⁷³ Zgodnie z art. 3 ust. 2 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*, czynności, o których mowa w ust. 2 (promocja zdrowia, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia), mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

teleinformatycznych było możliwe nie tylko w sytuacjach, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość.

Powyższe rozważania pozostają aktualne, ponieważ jak wynika z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego normy etyczne nie muszą pokrywać się z normami prawnymi. Zwrócił na to uwagę Trybunał Konstytucyjny w przywołanym już postanowieniu z dnia 7 października 1992 r. w sprawie o sygn. U 1/92, wskazując, że zbiory norm prawnych i norm etycznych nie pokrywają się jednak i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Trybunał zauważył, że nieuprawnione jest twierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi, a to raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną. W doktrynie zwraca się uwagę na szczególną rolę etyki zawodowej – może ona nakładać nakazy i zakazy na osoby wykonujące dany zawód także w sytuacji, gdy „nie wypada” tego czynić ustawodawcy, a wymaga tego sprawowanie pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu.¹⁷⁴

Zgadzam się z oceną T. Brzezińskiego, zgodnie z którą normy prawne powinny wynikać z norm etycznych i nie powinny być z nimi sprzeczne – w zakresie norm elementarnych.¹⁷⁵ W przeciwnym razie możemy mieć do czynienia z prawem, które dopuszcza czyny nieetyczne. Poza tym sytuacja w której normy etyczne nie są zgodne z normami prawnymi może budzić spore wątpliwości dla osób, które im podlegają. Jeżeli pewne zachowanie byłoby w normie prawa powszechnie obowiązującego nakazane, a norma etyczna tego samego zachowania zabraniałaby lekarz stawałby przed bardzo trudnym dylematem – czy postąpić zgodnie z prawem powszechnie obowiązującym nie narażając się na odpowiedzialność karną, czy też postąpić zgodnie z przepisami Kodeksu Etyki Lekarskiej?

Warto w tym miejscu zauważyć, że w kasacjach składanych przez obrońców obwinionych lekarzy od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego, pojawia się co jakiś czas zarzut naruszenia przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, poprzez ich niewłaściwe zastosowanie a to dlatego, że nie odpowiadają one precyzyjnie postępowaniu, którego dopuścił się obwiniony. Przykładowo do takiego zakwestionowania przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej doszło w sprawie o sygn. SDI 69/17.¹⁷⁶ Lekarz obwiniony został o to,

¹⁷⁴ P. Łabieniec, *O statusie etyki zawodowej i kodeksów etyki zawodowej* [w:] *Etyka prawnicza. Stanowiska i perspektywy*, (H. Izdebski, P. Skuczyński red.), Warszawa 2008, s. 50.

¹⁷⁵ T. Brzeziński, *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002, s. 7.

¹⁷⁶ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2017 r. o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej, sygn. akt SDI 69/17.

że pełniąc dyżur w oddziale neurologicznym szpitala specjalistycznego na podstawie skierowania do szpitala nie zbadał i nie zlecił badania obrazowego u pacjenta, czym naruszył art. 2 ust. 2 KEL w zw. z art. 8 KEL. Zgodnie z art. 2 ust. 2 KEL największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Z kolei w świetle art. 8 KEL lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędną czas.

W ocenie obrońcy obwinionego lekarza, żaden z tych przepisów nie odnosił się wprost do przypadku lekarza pełniącego dyżur, który nie przeprowadza, ani nie zleca przeprowadzenia badania obrazowego u pacjenta. Argumentacji takiej nie podzielił Sąd Najwyższy, który w ustnych motywach postanowienia wskazał, że w tej sprawie chodziło przede wszystkim o to, że lekarz nie zachował staranności, nie sprostał pewnemu wzorcowi zachowania. W kwestii tego wzorca wypowiedziało się w sumie 8 lekarzy – trzech członków okręgowego sądu lekarskiego i pięciu członków Naczelnego Sądu Lekarskiego. Wzorzec postępowania, który powinien być przez lekarza zachowany nie zawsze musi wynikać z przepisów. Często taki wzorzec wynika z norm ogólnych, praktyki. Nie wolno lekceważyć takich wzorców. Obwiniony w tej sprawie powinien przeprowadzić badania, albo zlecić ich wykonanie innemu lekarzowi. Nie zrobił tego. Nie sprostał pewnym wzorcom. Dlatego sądy lekarskie miały prawo orzec o winie lekarza i wymierzyć karę upomnienia. Co więcej, normy etyki zawodowej są normami niedookreślonymi – nie da się w nich określić wszystkich możliwych wydarzeń w czasie pełnionego przez lekarza dyżuru.

Przewinienie zawodowe jest to czyn lekarza, bezprawny, społecznie szkodliwy i zawiniony.

Sprawcą przewinienia zawodowego, o którym mowa w ustawie o *izbach lekarskich* może być tylko lekarz lub lekarz dentysta. Jego czyn, aby został zakwalifikowany jako przewinienia zawodowe musi być bezprawny, przy czym chodzi tutaj o „bezprawność dyscyplinarną”.¹⁷⁷ Dany czyn musi naruszać przepisy związane z wykonywaniem zawodu oraz Kodeks Etyki Lekarskiej. Powtórzyć należy, że zakres

¹⁷⁷ P. Józwiak, *Odpowiednie stosowanie w postępowaniu zawodowym lekarzy przepisów Kodeksu karnego* [w:] *Medyczne prawo karne* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2016, s. 166.

odpowiedzialności może być bardzo szeroki, ponieważ zgodnie z art. 1 ust. 3 KEL przewinieniem zawodowym może być każde zachowanie naruszające godność wykonywanego zawodu. Skoro przewinienie zawodowe ma charakter bezprawny to w odpowiedzialności zawodowej lekarzy zastosowanie znajdują kontraty, a więc okoliczności wyłączające bezprawność czynu. Do takich kontratypów można zaliczyć: obronę konieczną (art. 25 k.k.), stan wyższej konieczności (art. 26 k.k.), ryzyko nowatorstwa (art. 27 k.k.), zgodę pokrzywdzonego, czynności lecznicze. W szczególności należy zwrócić uwagę na tzw. „ryzyko nowatorstwa”, które odnosi się do działalności lekarzy.¹⁷⁸ Zgodnie z art. 27 k.k. nie popełni przestępstwa lekarz, który działa w celu przeprowadzenia eksperymentu medycznego jeżeli spodziewana korzyść ma istotne znaczenie poznawcze, medyczne lub gospodarcze, a oczekiwanie jej osiągnięcia, celowość oraz sposób przeprowadzenia eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy. Zgodę na eksperyment musi wyrazić uczestnik eksperymentu, należycie poinformowany o spodziewanych korzyściach i grożących mu ujemnych skutkach oraz prawdopodobieństwie ich powstania, jak również o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie na każdym jego etapie.¹⁷⁹Warto spostrzec, że cały rozdział II Kodeksu Etyki Lekarskiej odnosi się do badań naukowych i eksperymentów biomedycznych.

Istotną rolę z punktu widzenia odpowiedzialności lekarzy odgrywa kontraty zgody pokrzywdzonego. Jak zauważa L. Gardocki nie można mówić o przestępstwie, jeżeli naruszenie lub zagrożenie dobra prawnego nastąpiło za zgodą dysponenta dobra, jednakże zgoda taka musi dotyczyć dobra, którym dana osoba może skutecznie dysponować, jest dobrowolna, istnieje w chwili czynu.¹⁸⁰L. Gardocki podkreśla, że nawet ciężkie uszkodzenie ciała może być usprawiedliwione, jeżeli dokonywane jest w ważnym społecznie celu np. w przypadku pobrania nerki do przeszczepu od dorosłego dawcy, po jego zgodzie oraz zaistnieniu przesłanek określonych w ustawie

¹⁷⁸ Kwestia eksperymentu medycznego bardziej szczegółowo uregulowana została w art. 21-29 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentysty*.

¹⁷⁹ Zgodnie z art. 27 § 2. k.k. eksperyment jest niedopuszczalny bez zgody uczestnika, na którym jest przeprowadzany, należycie poinformowanego o spodziewanych korzyściach i grożących mu ujemnych skutkach oraz prawdopodobieństwie ich powstania, jak również o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie na każdym jego etapie.

¹⁸⁰ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 131-134. Na temat zgody w zakresie zabiegów medycyny estetycznej zob. T. Gardocka, *Stosunki lekarz – pacjent i psycholog – klient. Możliwe analogie* [w:] Aktualne problemy prawne w psychologii i medycynie, Warszawa 2018, s. 6.

z dnia 1 lipca 2005 r. o *pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*.¹⁸¹

T. Gardocka wskazuje, że co prawda kontratyp czynności leczniczych nie został ujęty w Kodeksie karnym, jednak również uznany jest za okoliczność wyłączającą odpowiedzialność lekarza.¹⁸² L. Gardocki zwraca uwagę, że podejmowane czynności lecznicze mogą wiązać się z ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia, a nawet śmiercią pacjenta, jednakże w przypadku spełnienia określonych warunków nie będą one miały charakteru przestępnego.¹⁸³ Wśród tych warunków należy wymienić: działanie podjęte w celu leczniczym (chodzi o działanie podjęte w celu diagnostycznym lub terapeutycznym), działanie zgodne z zasadami sztuki medycznej.¹⁸⁴ Niezwykle istotnym jest aby pacjent wyraził zgodę na leczenie, ponieważ w przeciwnym wypadku może dojść do naruszenia art. 192 k.k., zgodnie z którym kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Również w art. 15 ust. 1 KEL wskazuje się, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Nie ulega więc wątpliwości, że lekarz, który wykonałby zabieg leczniczy bez zgody pacjenta mógłby podlegać zarówno odpowiedzialności karnej, jak i zawodowej. W przypadku kontratypu czynności leczniczych należy badać, czy zostały zachowane przez lekarza standardy zgodne z zasadami sztuki medycznej, nie można koncentrować się na samym skutku, ponieważ może się okazać, że mimo zachowania należytej staranności przez lekarza i postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenie nie spowoduje poprawy stanu zdrowia pacjenta, nie można jednak wtedy mówić o przewinieniu zawodowym.

W literaturze przedmiotu rozważa się możliwość objęcia lekarza odpowiedzialnością zawodową nie tylko za czyny związane z wykonywaniem zawodu, ale także za inne nieetyczne zachowania, w tym zachowania w jego życiu prywatnym.¹⁸⁵

¹⁸¹ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 133.

¹⁸² T. Gardocka, *Nowe procedury medyczne a prawo* [w:] *Medyczne prawo karne* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2016, s. 120.

¹⁸³ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 134.

¹⁸⁴ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 134.

¹⁸⁵ Por E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej* Warszawa 2001, s. 136 – uwaga dotycząca art. 41 ustawy z 1989 r. o *izbach lekarskich*, zgodnie z którym członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu, pozostaje aktualna ze względu na analogiczne brzmienie obecnie obowiązującego art. 53 ustawy z 2009 r. o *izbach lekarskich* oraz A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 102, 103.

W obecnie obowiązującym stanie prawnym z art. 53 u.i.l. wynika, że członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Podobnie zakres odpowiedzialności zawodowej kształtował się w czasie obowiązywania ustawy o *izbach lekarskich* z 1989 r., gdzie w art. 41 przewidziano, że lekarz podlegał odpowiedzialności zawodowej za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu. Na gruncie ustawy z 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia pracownik medyczny podlegał odpowiedzialności zawodowej i ponosił karę, jeżeli w związku z wykonywaniem zawodu popełnił wykroczenie zawodowe polegające na naruszeniu zasad etyk, godności bądź sumienności zawodowej. Jak zauważyła E. Zielińska pominięcie w ustawie z 1989 r. określenia „w związku z wykonywaniem zawodu, mogło skłaniać do interpretacji, że ustawodawca poszerzył zakres odpowiedzialności zawodowej lekarza o zachowania nieetyczne, niekoniecznie związane z wykonywaniem zawodu ale również nieetyczne zachowania w życiu prywatnym.¹⁸⁶

Podkreślić w tym miejscu trzeba, że zgodnie z art. 1 ust. 3 KEL: „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”.

A. Gubiński komentując art. 1 ust. 3 KEL zauważa, że: „(...) powstaje jednak kwestia, czy naruszenie godności powinno mieć związek z wykonywaniem zawodu, czy też może dotyczyć zachowań z zakresu życia prywatnego, które nie wiążą się ściśle z wykonywaniem zawodu. Można sądzić, że sformułowanie w kodeksie o podważaniu zaufaniu do zawodu przemawiałoby za pierwszym stanowiskiem. Skłaniałbym się jednak do szerszej wykładni. Sądzę, że naruszałby godność zawodu lekarskiego również ten, kto jest wysoko oceniony od strony zawodowej, ale postępuje niegodnie np. mimo istnienia możliwości finansowych nie płaci alimentów na dzieci doprowadzając rodzinę do niedostatku. Uważam, że naruszeniem godności zawodowej jest każde zachowanie się, które może przynosić ujmę korporacji lekarskiej bez względu na jego związek z wykonywaniem zawodu”.¹⁸⁷

Warto w tym zakresie odnieść się do orzeczeń sądów lekarskich. Jedna z takich spraw dotyczyła przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, których

¹⁸⁶ Por E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 136.

¹⁸⁷ A. Gubiński, *Komentarz do Etyki Lekarskiej*, Warszawa 1993, s. 40.

dopuszczył się obwiniony lekarz w stosunku do kilku małoletnich chłopców. Chłopcy ci nie byli pacjentami obwinionego lekarza – kontakt z nimi nawiązany został za pośrednictwem internetu, a przestępstwa, których lekarz się dopuścił nie były związane z wykonywaniem zawodu.

W toku prowadzonego niezależnie postępowania karnego lekarzowi postawiono szereg zarzutów:

1. kilkakrotnie obcowanie płciowe z 13-letnim chłopcem,
2. usiłowanie doprowadzenia do obcowania płciowego i poddania się innym czynnościom seksualnym kolejnego 13-letniego chłopca w zamian za korzyść majątkową – kwotę 200 zł,
3. za pomocą sieci teleinformatycznej doprowadzenie 13-letniego chłopca do wykonania innej czynności seksualnej przy włączonej kamerze internetowej, którą to czynność oglądał na swoim komputerze, w zamian za uzyskanie korzyści majątkowej – doładowanie telefonu kwotą 50 zł,
4. doprowadzenie 14-letniego chłopca do wykonania innej czynności seksualnej przy włączonej kamerze internetowej, którą to czynność oglądał na swoim komputerze,
5. doprowadzenie kilkakrotnie 14-letniego chłopca do wykonania innej czynności seksualnej przy włączonej kamerze internetowej, którą to czynność oglądał na swoim komputerze,
6. złożenie za pomocą sieci teleinformatycznej 14-letniemu chłopcu propozycji obcowania płciowego i poddania się innym czynnościom seksualnym oraz zmierzanie do ich realizacji, przyjeżdżając do miejscowości, w której chłopiec mieszkał, przy czym zamierzonego celu nie osiągnął,
7. posiadanie na elektronicznych nośnikach danych tj. na komputerze z dyskiem, karcie pamięci, karcie telefonu, treści pornograficznych z udziałem małoletnich w postaci filmów oraz zdjęć.

Dodatkowo obwinionemu zarzucono przerwanie ciąży z naruszeniem przepisów u czterech kobiet.

W wyniku postępowania karnego lekarz został skazany na 6 lat pozbawienia wolności. Sąd karny w żaden sposób nie ograniczył obwinionemu prawa wykonywania zawodu.

W tej samej sprawie zostało wszczęte postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej przez okręgowego rzecznika. Nadużycia seksualne, których dopuścił się lekarz wobec osób małoletnich, zostały zakwalifikowane jako

naruszenie art. 1 ust. 3 KEL. Pokrzywdzeni nie byli pacjentami obwinionego. Przyjęto jednak, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy, nie dotyczy jedynie czynów, których lekarz może dopuścić się w relacji lekarz-pacjent. W toku prowadzonego postępowania okręgowy sąd lekarski orzekł karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu.¹⁸⁸

Tabela 4 Podstawy prawne ukarania

	Sąd karny	Sąd lekarski
Kwalifikacja prawna	art. 200 § 1 k.k. art. 200a § 2 k.k. art. 202 § 4a k.k.	art. 1 ust. 3 KEL
Wymierzona kara	6 lat pozbawienia wolności	Pozbawienie prawa wykonywania zawodu

*opracowanie własne

W powyżej opisanym stanie faktycznym rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego mimo tego, że czynności podejmowane przez obwinionego nie były związane z wykonywaniem zawodu, ponieważ pokrzywdzeni nie byli pacjentami lekarza.

W mojej ocenie oceniając zakres odpowiedzialności zawodowej lekarzy trzeba mieć na uwadze treść art. 53 u.i.l., zgodnie z którym przewinienie zawodowe obejmuje przypadki naruszenia zasad etyki lekarskiej i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Warto również pamiętać, że samo określenie "odpowiedzialność zawodowa" wiąże się przede wszystkim z wykonywaniem zawodu, a nie z postępowaniem lekarza w życiu prywatnym. Z drugiej strony treść art. 1 ust. 3 KEL, zgodnie z którym naruszeniem godności zawodu jest **każde** postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu może skłaniać do oceny, że chodzi o „każde postępowanie lekarza” – nie tylko takie, które związane jest z wykonywaniem zawodu. Takiej rozszerzającej wykładni dokonuje A. Gubiński, który wskazuje: „uważam, że naruszeniem godności zawodowej jest każde zachowanie się, które może przynosić ujmę korporacji lekarskiej bez względu na jego związek z wykonywaniem zawodu”.¹⁸⁹

¹⁸⁸ P. Tomaszewska, *Nadużycia seksualne i ich kwalifikacja prawna w praktyce sądów lekarskich*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9, s. 179-190.

¹⁸⁹ A. Gubiński, *Komentarz do Etyki Lekarskiej*, Warszawa 1993, s. 40.

6. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy a uchwały i stanowiska organów izb lekarskich

Zgodnie z art. 53 u.i.l. lekarze i lekarze dentyści podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

Zasady etyki lekarskiej ujęte zostały przede wszystkim w Kodeksie Etyki Lekarskiej, a przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza rozsiiane zostały w licznych ustawach i rozporządzeniach.

E. Zielińska postawiła pytanie, czy podstawę odpowiedzialności zawodowej lekarza może w takim razie stanowić niestosowanie się lekarza do uchwał samorządu zawodowego?¹⁹⁰ Jak wynika z art. 18 u.i.l. organy samorządu zawodowego lekarzy mogą podejmować uchwały – uchwały podejmowane są zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej połowy członków danego organu. Każda uchwała może być zaskarżona przez Ministra właściwego do spraw zdrowia do Sądu Najwyższego pod zarzutem niezgodności z prawem w terminie 6 miesięcy od dnia jej otrzymania.¹⁹¹

Z art. 8 pkt 3 u.i.l. wynika wprost, że członkowie izby lekarskiej są obowiązani stosować się do uchwał organów izb lekarskich. Obowiązek stosowania się do uchwał nie został jednak ujęty w art. 53 u.i.l. obejmującym zakres odpowiedzialności zawodowej:

Tabela 5 Zestawienie treści art. 8 u.i.l. oraz art. 53 u.i.l.

Art. 8 u.i.l.	Art. 53 u.i.l.
Członkowie izby lekarskiej są obowiązani: - przestrzegać zasad etyki lekarskiej; - przestrzegać przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza; - stosować się do uchwał organów izb lekarskich	Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za: - naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz - przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej "przewinieniem zawodowym"

*opracowanie własne

Pojawia się w związku z powyższym pytanie, czy lekarz za niezastosowanie się do uchwał organów izb lekarskich może podlegać odpowiedzialności zawodowej?

¹⁹⁰ A. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 124.

¹⁹¹ Por. art. 18 i 19 u.i.l.

Analiza powyższych przepisów prowadzi do wniosku, że podstawę odpowiedzialności zawodowej lekarza może stanowić tylko naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Wskazać jednakże trzeba, że jeden z przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej odnosi się wprost do obowiązku kierowania się zasadami określonymi w uchwałach władz samorządu. Jak wynika z art. 76 KEL¹⁹² w sytuacjach nieprzewidzianych w KEL należy kierować się zasadami wynikającymi z uchwał organów samorządu zawodowego, orzecznictwem sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie.

Podsumowując, wskazać należy, że w art. 53 u.i.l. określającym zakres przedmiotowy odpowiedzialności zawodowej nie wskazano wprost obowiązku lekarza przestrzegania zasad wynikających z uchwał organów izb lekarskich. Trzeba jednakże pamiętać, że obowiązek ten wynika z Kodeksu Etyki Lekarskiej. Tak więc lekarz niestosujący się do zasad określonych w uchwałach – w sytuacji gdy materia objęta uchwałą nie jest uregulowana w innych przepisach kodeksu – może podlegać odpowiedzialności zawodowej.

Odnosząc się do zagadnienia obowiązku stosowania się lekarzy do uchwał samorządu zawodowego, należy także nawiązać do kwestii obowiązku stosowania się do stanowisk organów izb lekarskich.

Zgodnie z art. 5 pkt 15 u.i.l. do zadań samorządu lekarzy należy zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia. Uchwały i stanowiska organów izb lekarskich są publikowane na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej, dzięki czemu każdy lekarz i lekarz dentyista ma możliwość zapoznania się z ich treścią.¹⁹³

Na znaczenie stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w kontekście odpowiedzialności zawodowej lekarzy zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia z dnia 8 lutego 2018 r. w sprawie o sygn. SDI 114/17.¹⁹⁴ W przedmiotowej sprawie lekarzowi został postawiony zarzut naruszenia art. 57 ust. 1 KEL w zw. z art. 4 u.z.l. poprzez stosowanie w leczeniu pacjentów terapii z użyciem preparatu Na-EDTA podanym dożylnie (chelatacja), jako metody niezwyfikowanej naukowo m.in. w celu leczenia chorych ze zmianami miażdżycowymi. Sąd Najwyższy

¹⁹² Zgodnie z art. 76 KEL w wypadkach nie przewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie.

¹⁹³ <https://www.nil.org.pl>.

¹⁹⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2018 r., sygn. akt SDI 114/17.

oddalając kasację obrońcy obwinionego w uzasadnieniu postanowienia wskazał, że wina obwinionego lekarza w świetle Stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2009 r. w sprawie stosowania chelatonów przez lekarzy¹⁹⁵ „rysowała się jako oczywista”. Z art. 57 ust. 1 KEL wynika, że lekarz nie może posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo. Z przywołanego Stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej, włączonej w poczet materiału dowodowego wynikało, że nie ma dowodów naukowych na skuteczność stosowania chelatacji w innych przypadkach, niż ostre zatrucia metalami ciężkimi. Wręcz przeciwnie, notowane są ciężkie działania niepożądane, w tym zgony po zastosowaniu chelatacji w innych przypadkach.

Reasumując powyższe rozważania, wskazać należy, że podstawę odpowiedzialności zawodowej w omawianym przypadku stanowiły przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej i ustawy o *zawodach lekarza i lekarza dentysty*, jednakże Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej, obok opinii biegłych powołanych w sprawie było podstawą dla uznania, że obwiniona posługiwała się metodami niezwyfikowanymi naukowo, a tym samym naruszyła art. 57 ust. 1 KEL. Powyższy przykład wskazuje, że stanowiska NRL mają istotne znaczenie z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej lekarzy, ponieważ mogą stanowić dowód w sprawie.

7. Odpowiedzialność zawodowa za czyny popełnione przez lekarzy i lekarzy dentystów poza granicami Polski

Coraz częściej członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza także poza granicami Polski. Istnienie rynku wewnętrznego ułatwiło obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej wykonywanie pracy zarobkowej na obszarze wszystkich państw Wspólnoty, a nie tylko w granicach państwa, w którym uzyskali pierwotne uprawnienia. Jest to możliwe dzięki wprowadzonej zasadzie automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych przez każde państwo członkowskie Unii Europejskiej. Zgodnie z tą zasadą, uzyskane w Polsce kwalifikacje zawodowe podlegają automatycznemu uznaniu w innych państwach członkowskich na zasadach określonych przepisami dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w *sprawie uznawania*

¹⁹⁵ Stanowisko Nr 15/09/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2009 r. w *sprawie stosowania chelatonów przez lekarzy*.

*kwalfikacji zawodowych*¹⁹⁶ oraz dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w *sprawie uznawania kwalfikacji zawodowych*.¹⁹⁷ W związku z powyższymi ułatwieniami, członkowie polskich izb lekarskich coraz częściej wykonują zawód równolegle w kilku państwach członkowskich. Zdarzają się więc sytuacje, że lekarz posiadający polskie prawo wykonywania zawodu dopuszcza się na terenie Wielkiej Brytanii przewinienia zawodowego, które skutkuje pozbawieniem go prawa wykonywania zawodu na terenie Wielkiej Brytanii.¹⁹⁸ Źródłem informacji o przewinieniach zawodowych, których dopuścili się polscy lekarze za granicą jest funkcjonujące od 2016 r. elektroniczne narzędzie - System Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (dalej: System IMI), które w ramach tzw. mechanizmu ostrzegania, umożliwia współpracę administracyjną i bezpieczne przekazywanie informacji pomiędzy organami z różnych państw członkowskich o każdym przypadku pozbawienia i ograniczenia prawa wykonywania zawodu.¹⁹⁹ Zgodnie z art. 56a ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w *sprawę uznawania kwalfikacji zawodowych* właściwe organy państwa członkowskiego informują organy wszystkich pozostałych państw członkowskich o specjalistcie, wobec którego organy lub sądy krajowe wydały zakaz lub ograniczenie, nawet tymczasowo, prowadzenia na terytorium tego państwa członkowskiego działalności zawodowej. Współpraca międzynarodowa w zakresie uznawania kwalfikacji zawodowych, a także konsekwencji powzięcia informacji o przypadkach ukarania lekarza w poszczególnych państwach członkowskich, odbywa się w dużej mierze na forum cyklicznych spotkań Europejskiej Sieci Organów Właściwych w zakresie uznawania kwalfikacji zawodowych lekarzy (European Network of Medical Competent Authorities, ENMCA). W spotkaniach uczestniczą przedstawiciele instytucji sprawujących pieczę nad właściwym wykonywaniem zawodu lekarza oraz prowadzące rejestry lekarzy. Polska reprezentowana jest przez

¹⁹⁶ Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w *sprawie uznawania kwalfikacji zawodowych*, Dz.U.UE.L.2005.255.22.

¹⁹⁷ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w *sprawie uznawania kwalfikacji zawodowych*, Dz.U.UE.L.2013.354.132. Wskazana zasada wynika z art. 21 dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r.

¹⁹⁸ Więcej na temat odpowiedzialności zawodowej lekarzy za czyny popełnione na terenie Wielkiej Brytanii, M. Zamroczyńska, *Odpowiedzialność dyscyplinarna polskiego lekarza za delikty zawodowe popełnione na terytorium Wielkiej Brytanii*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10, s. 29.

¹⁹⁹ Więcej na temat funkcjonowania Systemu IMI: M. Szewczyński, P. Tomaszewska, *System IMI*, „Gazeta Lekarska” 2017, nr 3, s. 30- 31 oraz M. Szewczyński, P. Tomaszewska, *IMI – mechanizm ostrzegania*, „Gazeta Lekarska” 2017, nr 4, s. 32- 33.

przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej. Podczas spotkania ENMCA w dniu 22 listopada 2019 r. w Kopenhadze, którego byłem uczestnikiem zauważono, że kwestia ukarania lekarzy poza granicami nadal wzbudza szeroką dyskusję. W niektórych państwach kwestia ta została uregulowana w przepisach krajowych, w innych państwach, nie. Polskimi organami, które otrzymują informacje o ukaraniu lekarzy poza granicami Polski są okręgowe rady lekarskie. Z jednej strony okręgowe rady lekarskie są beneficjentami takich informacji, ale z drugiej mają obowiązek powiadamiania pozostałych państw członkowskich o lekarzach i lekarzach dentyście ukaranych na terenie Polski. Co ciekawe, przepis regulujący obowiązek okręgowych rad lekarskich w powyższym zakresie doprecyzowany został w art. 113a u.i.l. w rozdziale 6 pt. „postępowanie mediacyjne.” Zgodnie z tym przepisem okręgowe rady lekarskie informują w trybie ostrzeżenia w Systemie IMI o lekarzu lub lekarzu dentyście wobec którego:

- rada lekarska podjęła uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub ograniczeniu w wykonywaniu zawodu,
- sąd lekarski wydał orzeczenie o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, zawieszeniu albo pozbawieniu prawa wykonywania zawodu,
- sąd powszechny orzekł zakaz wykonywania zawodu tytułem środka karnego bądź sąd powszechny albo prokurator tytułem środka zapobiegawczego zastosował zawieszenie w wykonywaniu zawodu.

Powyższe informacje powinny zostać zamieszczone w Systemie IMI w terminie 3 dni od dnia uprawomocnienia się albo wykonalności uchwały, orzeczenia albo postanowienia o zastosowaniu środka zapobiegawczego.

Należy zauważyć, że komentowany przepis nie ma związku z postępowaniem mediacyjnym, tak więc w mojej ocenie błędnie został włączony przez ustawodawcę do rozdziału ustawy o *izbach lekarskich* dotyczącego postępowania mediacyjnego.

Podkreślić w tym miejscu należy, że żaden przepis ustawy o *izbach lekarskich* nie odnosi się wprost do kwestii odpowiedzialności zawodowej lekarzy za granicą. Na brak regulacji prawnych w tym zakresie zwrócono uwagę w interpelacji nr 18939

do Ministra Zdrowia w sprawie nieuregulowania uznania orzeczenia sądu lekarskiego państwa obcego oraz przyjęcia go do wykonania w *ustawie o izbach lekarskich*.²⁰⁰

Projekt zmian ustawy o *izbach lekarskich* w zakresie przyjęcia do wykonania kary orzeczonej za granicą opracowany przez dr hab. Teresę Gardocką, prof. Uniwersytetu SWPS przyjęty został uchwałą Nr 8/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r.²⁰¹ i w tym samym dniu złożony w Ministerstwie Zdrowia.

Niestety, do dziś wspomniane regulacje nie zostały wprowadzone do ustawy, tak więc słusznym wydaje się odpowiednie stosowanie przepisów *Kodeksu postępowania karnego*. Zgodnie bowiem z art. 112 pkt 1 u.i.l. w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, co do zasady stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*.²⁰² Procedura przejścia do wykonania w Polsce orzeczeń zagranicznych sądów lekarskich w drodze odpowiedniego stosowania przepisów *Kodeksu postępowania karnego* opisana została szerzej przez M. Urbaniak w artykule „Przejęcie do wykonania w RP orzeczeń zagranicznych sądów dyscyplinarnych w sprawach odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy”.²⁰³

Do komentowanej problematyki odniósł się także P. Kowalski w artykule *Zawieszenie i pozbawienie prawa wykonywania zawodu lekarza przez sądy karne i sądy lekarskie w oparciu o orzeczenia wydane za granicą*.²⁰⁴ Kwestia odpowiedzialności zawodowej lekarzy za czyny popełnione poza granicami Polski jest istotna, ponieważ z roku na rok pojawia się coraz więcej takich przypadków. Obecnie samorząd zawodowy lekarzy posiada informację o 81 polskich lekarzach ukaranych za granicą.²⁰⁵ W większości przypadków lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu ukarani zostali przez właściwe organy w Wielkiej Brytanii, Danii lub Szwecji. Trzeba w tym miejscu

²⁰⁰ Interpelacja nr 18939 do Ministra Zdrowia w sprawie nieuregulowania uznania orzeczenia sądu lekarskiego państwa obcego oraz przyjęcia go do wykonania w *ustawie o izbach lekarskich*, dostępna na stronie internetowej: <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=019B3502>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

²⁰¹ <https://sip.lex.pl/akty-prawne/akty-korporacyjne/przyjecie-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-izbach-lekarskich-287259595>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

²⁰² W przepisie wskazano na ograniczenia w zakresie odpowiedniego stosowania przepisów *Kodeksu postępowania karnego*, nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej.

²⁰³ M. Urbaniak, *Przejęcie do wykonania w RP orzeczeń zagranicznych sądów dyscyplinarnych w sprawach odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy*, „Medyczna Wokanda”, 2018, nr 11, s. 25.

²⁰⁴ P. Kowalski, *Zawieszenie i pozbawienie prawa wykonywania zawodu lekarza przez sądy karne i sądy lekarskie w oparciu o orzeczenia wydane za granicą*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9, s. 291.

²⁰⁵ Informacje uzyskane w wyniku analizy modułu „mechanizm ostrzegania” działającego w ramach Systemu Wymiany Informacji Na Rynku Wewnętrznym.

podkreślić, że w poszczególnych państwach odpowiedzialnością zawodową zajmuje się albo samorząd lekarski – tak jak ma to miejsce w Polsce – albo organy administracji rządowej. Wśród państw, w których odpowiedzialnością zawodową lekarzy zajmują się samorządy lekarskie można wskazać: Austrię, Belgię, Bułgarię, Chorwację, Czechy, Francję, Niemcy, Włochy, Portugalię, Rumunię, Słowenię, Hiszpanię. Do państw w których rozstrzygnięcie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy należy do organów administracji rządowej zaliczyć należy: Cypr, Danię, Estonię, Finlandię, Irlandię, Maltę, Holandię, Norwegię, Szwecję, Wielką Brytanię, Islandię.²⁰⁶ Warto jednocześnie zdawać sobie sprawę, że odpowiedzialność zawodowa lekarza na terenie poszczególnych państw członkowskich może zdecydowanie różnić się od siebie. Czyn, który w jednym państwie członkowskim stanowi przewinienie zawodowe, w innym państwie przewinieniem zawodowym nie będzie. Jako przykład można wskazać eutanazję, która w określonych przypadkach jest dopuszczalna w Belgii. Nie ma wątpliwości, że eutanazja w Polsce nie jest dopuszczalna. Warto zauważyć, że w poszczególnych państwach lekarzom w ramach odpowiedzialności zawodowej wymierzane są różne kary. Przykładowo, brytyjski organ Medical Practitioners Tribunal Service może orzec wobec lekarza tzw. conditions. Ten rodzaj sankcji można w pewnym stopniu porównać do polskiego ograniczenia prawa wykonywania zawodu. Lekarz taki przykładowo, musi wykonywać pracę pod nadzorem innego lekarza, zobowiązany jest do przedstawiania raportu ze swojej pracy lekarzowi nadzorującemu. Należy podkreślić, że najsurowszą sankcją grożącą lekarzowi na terenie Wielkiej Brytanii jest tzw. erasure, skreślenie z rejestru lekarzy. Taki lekarz nie może wykonywać zawodu. Warto jednak spostrzec, że lekarz, po upływie 5 lat od dnia skreślenia z rejestru może ubiegać się o ponowny wpis do rejestru.²⁰⁷ W Polsce, w przypadku orzeczenia najsurowszej kary – utraty prawa wykonywania zawodu – nie jest możliwe ponowne ubieganie się o przyznanie tego prawa.

Podsumowując rozważania w powyższym zakresie, należy podkreślić, że odpowiedzialność zawodowa lekarza nie jest ograniczona granicami Rzeczypospolitej Polskiej.²⁰⁸

²⁰⁶ Opracowanie przygotowane przez M. Szewczyńskiego, Kierownika Ośrodka Uznawania Kwalifikacji Naczelnej Izby Lekarskiej.

²⁰⁷ Zob. Medical Act 1983, pkt 41(2)a.

²⁰⁸ Por. P. Tomaszewska, *Przewinienia zawodowe polskich lekarzy za granicą. Jak powinien reagować samorząd lekarski* [w:] *Prawo i Medycyna. Wybrane zagadnienia* (S. Hoc, D. Mucha red.), Opole 2019, s. 161-179.

8. Podsumowanie

Pojęcie odpowiedzialności związane jest z uprawnieniami.²⁰⁹ Lekarzowi przysługuje szereg uprawnień pozwalających na ochronę życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, niesienie ulgi w cierpieniu. E. Zielińska zwraca uwagę, że zawód lekarza wyróżnia się na tle innych zawodów tym, że lekarzowi człowiek powierza najważniejsze, najbardziej osobiste dobra jakimi są życie i zdrowie.²¹⁰ Lekarze ze względu na bardzo szeroki wachlarz uprawnień podlegają odpowiedzialności cywilnej, karnej, dyscyplinarnej i zawodowej. W art. 54 u.i.l. ustawodawca podkreśla, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy toczy się niezależnie od postępowania karnego lub dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu. Należy podkreślić, że w jednym przepisie ustawodawca używa sformułowania: „odpowiedzialność zawodowa” i „odpowiedzialność dyscyplinarna”, co przemawia za stwierdzeniem, że są to różne rodzaje odpowiedzialności i w celu uniknięcia wątpliwości nie powinno się używać tych pojęć zamiennie. Z punktu widzenia wykładni językowej odpowiedzialność dyscyplinarna podkreśla głównie „wartości porządkowe”.²¹¹ Słowo dyscyplinarny wywodzi się od łac. słowa *disciplina*, co oznacza porządek, zasady.²¹² Użycie sformułowania odpowiedzialność dyscyplinarna może sugerować, że chodzi o naruszenie pewnej dyscypliny, porządku, określonego w regulaminie, a tymczasem istota odpowiedzialności wewnątrz korporacyjnej lekarzy sprowadza się do ukarania za nienależyte wykonywanie zawodu lub naruszenie etyki zawodowej.²¹³

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy ma charakter zbliżony do odpowiedzialności karnej (uznawana jest nawet za odpowiedzialność *quasi-karną*).²¹⁴ Powyższe wynika z tego, że do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio w określonym ustawą o *izbach lekarskich* zakresie przepisy *Kodeksu postępowania karnego* i *Kodeksu karnego*. Ze względu na zbliżony charakter odpowiedzialności zawodowej do odpowiedzialności

²⁰⁹ G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 9.

²¹⁰ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 27.

²¹¹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 26.

²¹² K. Kumaniecki, *Słownik łacińsko-polski*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, s. 165.

²¹³ Por. M. Kozik, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy* [w:] *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych* (Marta Figuła red.), Warszawa 2013, s. 8.

²¹⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 9 i 91.

karnej w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zastosowanie znajdują więc zasady: prawdy materialnej, obiektywizmu, domniemania niewinności, *in dubio pro reo*, swobodnej oceny dowodów, bezpośredniości, odpowiedzialności zawodowej za czyn, winy, humanitaryzmu. Podkreślić natomiast należy, że w odpowiedzialności zawodowej nie znajdzie zastosowania fundamentalna dla postępowania karnego zasada *nullum crimen sine lege*. W przypadku odpowiedzialności zawodowej bowiem nie ma zamkniętego katalogu przewinień zawodowych. Zgodnie z art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej naruszeniem godności zawodu jest każde zachowanie, które podważa zaufanie do zawodu.

Zgodnie z art. 53 u.i.l. członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zasady etyki lekarskiej zostały określone w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Trybunał Konstytucyjny przyznał przepisom Kodeksu Etyki Lekarskiej bardzo wysoką rangę, wskazując, że normy etyczne zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie są co prawda ani uchwalane ani uchylane w trybie przewidzianym dla norm prawnych, jednakże normy etyczne mogą zostać inkorporowane przez akt prawny do systemu obowiązującego prawa. Takiej inkorporacji norm Kodeksu Etyki Lekarskiej dokonała ustawa o *izbach lekarskich*. Normy tego kodeksu dookreśliły treść norm prawnych zawartych w ustawie. Z analizy orzeczeń sądów lekarskich wynika, że co do zasady w każdym zarzucie konstruowanym przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej wskazuje się na naruszenie przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej – najczęściej art. 1 ust. 3 KEL, zgodnie z którym naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Coraz częściej w kontekście odpowiedzialności zawodowej lekarzy mówi się o odpowiedzialności ponoszonej za czyny popełnione poza granicami Polski. Warto podkreślić, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy nie ma granic w tym sensie, że lekarz posiadający polskie prawo wykonywania zawodu może podlegać odpowiedzialności zawodowej także za czyny popełnione poza granicami Polski.²¹⁵

²¹⁵ Zob. M. Urbaniak, *Przejęcie do wykonania w RP orzeczeń zagranicznych sądów dyscyplinarnych w sprawach odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy*, „Medyczna Wokanda”, 2018, nr 11, s. 25. oraz P. Kowalski, *Zawieszenie i pozbawienie prawa wykonywania zawodu lekarza przez sądy karne i sądy lekarskie w oparciu o orzeczenia wydane za granicą*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9, s. 291.

Rozdział II

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*

1. Zagadnienia wstępne

Tryb i zasady prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy uregulowane zostały w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, w rozdziale 5 pt. Odpowiedzialność zawodowa.²¹⁶ Na szczególną uwagę zasługuje umiejscowienie postępowania mediacyjnego w ustawie, albowiem przepis odnoszący się do mediacji – art. 113 – znajduje się w kolejnym rozdziale ustawy – rozdział 6 – Postępowanie mediacyjne. W sprawach nieuregulowanych w ustawie, w tym w szczególności w zakresie mediacji,²¹⁷ odpowiednie zastosowanie znajdują przepisy *Kodeksu postępowania karnego*.²¹⁸ Szczegóły związane z organizacją i funkcjonowaniem organów prowadzących postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej uregulowane zostały w regulaminie *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*²¹⁹ oraz w regulaminie *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*.²²⁰

W podrozdziale „Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej” scharakteryzowałam sposób powoływania lekarzy na stanowisko rzecznika, uprawnienia rzeczników, relację pomiędzy okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej a Naczelnym Rzecznikiem.

Podrozdział „Strony postępowania” koncentruje się na scharakteryzowaniu praw i obowiązków pokrzywdzonego, obwinionego oraz lekarza, którego dotyczy postępowanie. W postępowaniu mediacyjnym może uczestniczyć tylko pokrzywdzony oraz obwiniony.

W podrozdziałach „Czynności sprawdzające” oraz „Postępowanie wyjaśniające” opisałam procedurę postępowania przed rzecznikiem z uwzględnieniem celów

²¹⁶ Poprzednio tryb i zasady postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej uregulowane były w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich* oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w *sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy* składające się z 67 paragrafów.

²¹⁷ Zgodnie z art. 113 ust. 6 u.i.l. do postępowania mediacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy *Kodeksu postępowania karnego*.

²¹⁸ Zgodnie z art. 112 pkt 1 u.i.l. w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks postępowania karnego*; nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, o postępowaniu przygotowawczym oraz środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej.

²¹⁹ Załącznik do Uchwały nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.

²²⁰ Załącznik do Uchwały Nr 4 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016r.

poszczególnych etapów postępowania, źródeł informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego, negatywnych przesłanek procesowych, czynności dowodowych, w szczególności przesłuchań, możliwości zasięgnięcia opinii biegłego lub specjalisty, przedstawienia zarzutów i skierowania do sądu lekarskiego wniosku o ukaranie.

W podrozdziale „Postępowanie przed sądem lekarskim” omówiłam sposób powoływania lekarzy na stanowisko członka sądu lekarskiego, tryb postępowania przed sądem lekarskim z rozróżnieniem postępowania przed sądem I instancji, czyli okręgowym sądem lekarskim i sądem II instancji, czyli Naczelnym Sądem Lekarskim.

W celu pokazania specyfiki postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i scharakteryzowania tego postępowania od strony praktycznej, opis postępowania przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej i sądami lekarskimi uzupełniłam o orzecznictwo Sądu Najwyższego²²¹ dotyczące m.in.: negatywnych przesłanek procesowych postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, konstrukcji zarzutów formułowanych przez rzeczników, możliwości stwierdzenia, że przewinienie zawodowe stanowi równocześnie przestępstwo (ma to istotne znaczenie z punktu widzenia przedawnienia karalności czynu), możliwości zasięgnięcia opinii biegłych lekarzy, składu orzekającego sądu lekarskiego, wyłączenia członka sądu lekarskiego, zawiadamiania stron postępowania o planowanych terminach czynności, postępowania dowodowego, rozpoznawania środków odwoławczych wnoszonych przez strony, zawieszenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej na czas toczącego się postępowania karnego dotyczącego tego samego czynu, możliwości wniesienia kasacji od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego tylko w zakresie niewspółmierności kary.

Od 2010 r., od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego.²²² Kontrola sprawowana przez Sąd Najwyższy ma bardzo istotne znaczenie dla odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Odpowiedzialność zawodowa sprawowana jest bowiem w obrębie społeczności

²²¹ Od 2015 r., jako pracownik biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczyłam we wszystkich rozprawach przed Sądem Najwyższym, w których rozpoznawane były kasacje od orzeczeń sądów lekarskich. W sytuacji, kiedy Sąd Najwyższy oddalał kasację jako oczywiście bezzasadną, co zgodnie z art. 535 § 3 k.p.k. nie wymaga pisemnego uzasadnienia, sporządzałam na podstawie ustnego uzasadnienia postanowienia notatki, które wykorzystałam w pracy.

²²² Por art. 95 u.i.l.

tworzącej określoną grupę zawodową – lekarzy. Możliwość wniesienia kasacji, pozwala na kontrolę orzecznictwa wewnątrz korporacyjnego przez Sąd Najwyższy, który sprawuje wymiar sprawiedliwości w Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej

2.1 Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej jest organem okręgowej izby lekarskiej,²²³ wybieranym na 4-letnią kadencję,²²⁴ przy czym funkcji tej nie można sprawować dłużej, niż przez dwie następujące po sobie kadencje.²²⁵ Rzecznikiem może zostać tylko doświadczony lekarz, który wykaże, że wykonywał zawód przez co najmniej 10 lat.²²⁶ Ustawodawca wymaga zatem, aby rzecznikiem została osoba posiadająca duże doświadczenie zawodowe, z pewnością pomocne w prowadzeniu postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej innych lekarzy. Wyboru okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej dokonuje okręgowy zjazd lekarzy²²⁷ bezwzględną większością głosów.²²⁸

Bierne prawo wyborcze na stanowisko okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej przysługuje wszystkim członkom izb lekarskich z wyjątkiem lekarzy, którym uchwałą okręgowej rady lekarskiej zawieszono prawo wykonywania zawodu, wobec których sąd wydał prawomocne orzeczenie o zastosowaniu środka karnego w postaci pozbawienia praw publicznych, zakazu zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej, zakazu prowadzenia działalności

²²³ Zgodnie z art. 21 u.i.l. organami okręgowej izby lekarskiej są: okręgowy zjazd lekarzy, okręgowa rada lekarska, okręgowa komisja rewizyjna, okręgowy sąd lekarski, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej.

²²⁴ Zgodnie z art. 14 ust. 1 u.i.l. kadencja organów izb lekarskich trwa 4 lata (...)

²²⁵ Zgodnie z art. 14 ust. 3 u.i.l. funkcje prezesa, wiceprezesa, sekretarza, skarbnika rady lekarskiej, rzecznika odpowiedzialności zawodowej, przewodniczącego sądu lekarskiego, przewodniczącego komisji rewizyjnej można nieprzerwanie pełnić nie dłużej niż przez 2 następujące po sobie kadencje. Jeżeli wyboru dokonano na skutek wygaśnięcia mandatu przed upływem 24 miesięcy danej kadencji, pełnienie funkcji do końca tej kadencji przyjmuje się za pełnienie jej przez pełną kadencję.

²²⁶ Zgodnie z art. 14 ust. 6 u.i.l. do pełnienia funkcji rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jego zastępcy oraz członka sądu lekarskiego mogą kandydować lekarze wykonujący zawód przez co najmniej 10 lat.

²²⁷ Zgodnie z art. 24 pkt 7 u.i.l. okręgowy zjazd lekarzy dokonuje spośród delegatów na zjazd wyboru prezesa i członków okręgowej rady lekarskiej, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, członków okręgowej komisji rewizyjnej, członków okręgowej komisji wyborczej oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

²²⁸ Zgodnie z art. 32 u.i.l. wyboru prezesa okręgowej rady lekarskiej, okręgowego rzecznika i jego zastępcy, wiceprezesów, sekretarza, skarbnika i członków prezydium okręgowej rady lekarskiej, przewodniczącego okręgowego sądu lekarskiego, przewodniczącego okręgowej komisji rewizyjnej dokonuje się bezwzględną większością głosów.

związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi albo postanowienie o zastosowaniu środka zapobiegawczego zawieszenia w wykonywaniu zawodu, skazanych prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, ukaranych w toku postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej.²²⁹

Co do zasady, mandat rzecznika wygasa z chwilą dokonania wyboru nowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.²³⁰ Jeżeli jednak przeciwko wybranemu rzecznikowi, toczyłoby się postępowanie karne lub postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, to jego mandat z mocy ustawy ulega zawieszeniu.²³¹ Co istotne, ustawa nie dopuszcza możliwości łączenia funkcji rzecznika z innymi funkcjami w izbie lekarskiej – rzecznik nie może być jednocześnie członkiem okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego. Może być natomiast członkiem okręgowego zjazdu lekarzy.²³² Wskazać w tym miejscu należy, że zgodnie z art. 23a § 3 k.p.k. stosowanym odpowiednio, rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie może jednocześnie pełnić funkcji mediatora izby lekarskiej.²³³

Zgodnie z art. 23a § 3 k.p.k. mediatorem nie może zostać m.in. czynny zawodowo prokurator. Rzecznik, pełni w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy funkcję prokuratora, tak więc nie mógłby piastować funkcji mediatora.

Każda skarga pacjenta, dotycząca postępowania lekarza trafia najpierw do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Rzecznik jest więc organem izby lekarskiej, który jako pierwszy dowiaduje się o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego. Rzecznicy w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pełnią funkcję, która w prawie karnym odpowiada funkcji ścigania.²³⁴ Oznacza to m.in, że wykonują czynności sprawdzające, prowadzą postępowanie wyjaśniające, sprawują funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi. Co istotne, są także uprawnieni do skierowania na etapie postępowania wyjaśniającego sprawy

²²⁹ Por. art. 14 ust. 5 u.i.l.

²³⁰ Por. art. 14 ust. 2 u.i.l.

²³¹ Por. art. 15 ust. 5 u.i.l.

²³² Por. art. 14 ust. 7 u.i.l.

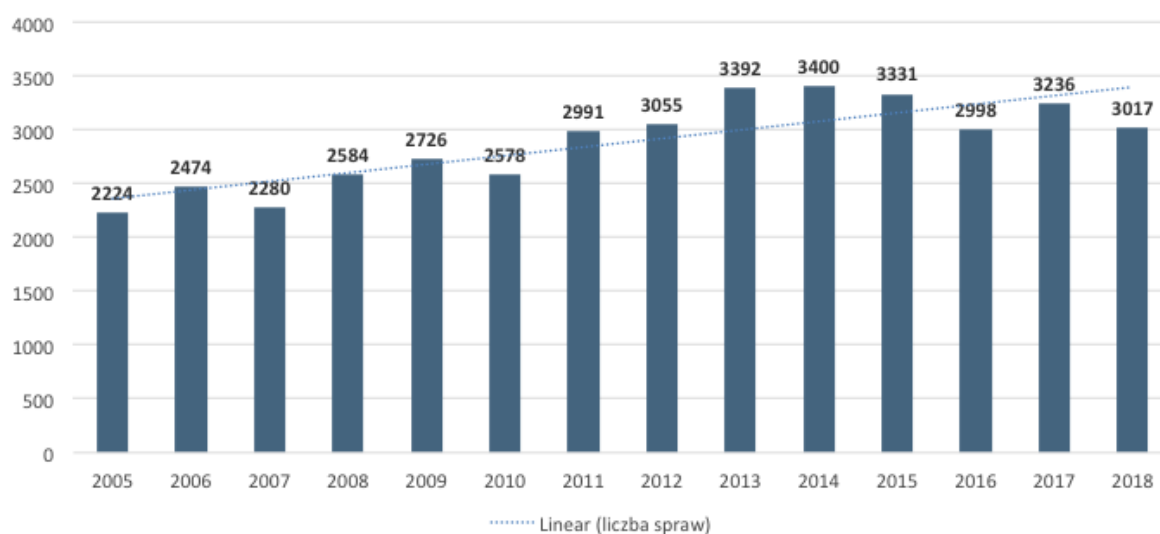
²³³ Zgodnie z art. 23a § 3 k.p.k. postępowania mediacyjnego nie może prowadzić m.in. prokurator – rzecznik odpowiedzialności zawodowej w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest odpowiednikiem prokuratora w postępowaniu karnym.

²³⁴ Por. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 210.

do postępowania mediacyjnego.²³⁵ Rzecznik przy wykonywaniu powyższych czynności wspierany jest przez swoich zastępców, działający w jego imieniu i na jego rzecz.²³⁶

W ciągu jednego roku do rzeczników w całej Polsce wpływa około 3 000 informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego. Liczba skarg wpływających do wszystkich 24 okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w następujących po sobie latach począwszy od 2005 r., została przedstawiona na poniższym wykresie:

Tabela 6 Liczba informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego



*opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych w Biurze Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Dane przedstawione na powyższym wykresie obrazują liczbę skarg wpływających w ciągu jednego roku do wszystkich rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Najwięcej skarg wpływa do największych izb lekarskich w Polsce tj. Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach. Każda informacja o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego powinna zostać przez rzecznika rozpoznana niezwłocznie i może zakończyć się wydaniem postanowienia o wszczęciu postępowania wyjaśniającego bądź postanowieniem o odmowie wszczęcia postępowania.

²³⁵ Por. art. 113 ust. 1 u.i.l.

²³⁶ Por. art. 31 ust. 2 u.i.l.

Zakres zadań okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej określony został m.in. w art. 31 u.i.l., zgodnie z którym rzecznik: wykonuje czynności sprawdzające i prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy będących członkami izby, której jest rzecznikiem,²³⁷ sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi, składa okręgowemu zjazdowi lekarzy roczne i kadencyjne sprawozdanie z działalności. Uszczegółowienie kompetencji i obowiązków rzeczników nastąpiło w § 6 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*. Do obowiązków rzecznika należy m.in.: nadzorowanie organizacji pracy jego biura, zapoznawanie się z wpływającą korespondencją, terminowe udzielanie odpowiedzi na pisma. Podstawowym zadaniem rzecznika wynikającym z ustawy i powtórzonym w regulaminie jest wykonywanie czynności sprawdzających i prowadzenie postępowania wyjaśniającego. Rzecznik może prowadzić postępowanie w sprawie osobiście lub też wydać zarządzenie o przydzieleniu sprawy swojemu zastępcy. Rzecznik jest także organem uprawnionym do podejmowania wszelkich decyzji związanych z dostępem do akt, wydawania z nich odpisów albo kopii, jak również decyzji związanych z wypłatą należności świadkom, biegłym, tłumaczom, rzecznikom. Podkreślić należy, że po skierowaniu wniosku o ukaranie do sądu lekarskiego, rzecznik pełni funkcję oskarżyciela i staje się stroną postępowania przed sądem lekarskim.²³⁸ Z § 42 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników* wynika, że udział rzecznika w każdej rozprawie jest obowiązkowy. Zadaniem rzecznika jest także organizowanie szkoleń i warsztatów dla swoich zastępców w celu ich merytorycznego przygotowania do prowadzonych postępowań. To bardzo istotny obowiązek, ponieważ trzeba pamiętać, że rzecznicy są lekarzami – a nie prawnikami. Dlatego też szkolenia z zakresu prawa są niesłychanie przydatne w codziennej pracy rzeczników.

²³⁷ Trzeba w tym miejscu wskazać na pewne wyjątki – z art. 65 u.i.l. wynika, że w sprawach, które dotyczą członków organów izb lekarskich: okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego, zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, postępowanie będzie prowadzonego przez okręgowego rzecznika wyznaczonego przez Naczelnego Rzecznika.

²³⁸ Por. art. 56 ust. 2 u.i.l.

2.2. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej jest organem Naczelnej Izby Lekarskiej.²³⁹ Funkcję Naczelnego Rzecznika w historii odrodzonego samorządu zawodowego pełniło dotychczas pięciu lekarzy. Jako pierwszy - prof. ndzw. n. med. Stanisław Leszczyński (1989-1997), a następnie prof. n. med. Krystyna Rowecka-Trzebicka (1997-2001), prof. n. med. Zbigniew Czernicki (2001-2006) oraz lek. Jolanta Orłowska-Heitzman w latach 2006-2014. Obecnie kolejna kadencja pełniona jest przez lek. Grzegorza Wronę. Procedura wyboru Naczelnego Rzecznika jest analogiczna do procedury wyboru okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, z tą różnicą, że wyboru dokonuje Krajowy Zjazd Lekarzy. Zadania Naczelnego Rzecznika określone zostały w art. 45 u.i.l. Należą do nich m.in: prowadzenie postępowania wyjaśniającego w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, sprawowanie nadzoru nad działalnością okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, sprawowanie funkcji oskarżyciela przed sądami lekarskimi, rozpatrywanie zażaleń w przypadkach przewidzianych w ustawie, rozstrzyganie sporów o właściwość między okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, coroczne przedstawianie Naczelnej Radzie Lekarskiej informacji o działalności, składanie Krajowemu Zjazdowi Lekarzy kadencyjnego sprawozdania z działalności. Należy zwrócić uwagę, że w art. 4 pkt 7 u.i.l. ustawodawca zaznaczył, że użyte w ustawie sformułowanie rzecznik odpowiedzialności zawodowej oznacza zarówno okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jak i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Przechodząc do ogólnie określonego zakresu obowiązków okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i Naczelnego Rzecznika wynikającego z ustawy o *izbach lekarskich* można powiedzieć, że na Naczelnego Rzecznika ustawodawca nałożył więcej obowiązków:

²³⁹ Zgodnie z art. 35 u.i.l. organami Naczelnej Izby Lekarskiej są: Krajowy Zjazd Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Komisja Rewizyjna, Naczelny Sąd Lekarski, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Tabela 7 Zestawienie treści art. 31 u.i.l. oraz art. 45 u.i.l.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (art. 31 u.i.l.)	Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (art. 45 u.i.l.)
<p>1) wykonuje czynności sprawdzające i prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy będących członkami izby, której jest rzecznikiem, z zastrzeżeniem art. 65;</p> <p>2) sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi;</p> <p>3) składa okręgowemu zjazdowi lekarzy roczne i kadencyjne sprawozdania z działalności.</p>	<p>1) prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy;</p> <p>2) sprawuje nadzór nad działalnością okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej;</p> <p>3) sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi;</p> <p>4) rozpatruje zażalenia w przypadkach przewidzianych w ustawie;</p> <p>5) rozstrzyga spory o właściwość między okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej;</p> <p>6) corocznie przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej informację o swojej działalności;</p> <p>7) składa Krajowemu Zjazdowi Lekarzy kadencyjne sprawozdania z działalności.</p>

*opracowanie własne

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, podobnie jak okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej prowadzi postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi. Podkreślić należy, że zgodnie z art. 113 ust. 1 u.i.l. Naczelnemu Rzecznikowi także przysługuje uprawnienie skierowania sprawy do postępowania medycznego.

Do obowiązków Naczelnego Rzecznika należy bardzo szeroko rozumiane sprawowanie nadzoru nad działalnością okręgowych rzeczników, rozstrzyganie sporów między okręgowymi rzecznikami, rozpatrywanie zażeń w przypadkach przewidzianych w ustawie.

Uszczegółowienie, a w części powtórzenie zadań Naczelnego Rzecznika nastąpiło w § 7 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*. Należą do nich m.in.: nadzorowanie pracy biura, zapoznawania się z wpływającą korespondencją, terminowe udzielanie odpowiedzi na wpływające pisma,

nadzór nad pracą zastępców, zarządzanie wypłaty należności świadkom, biegłym, tłumaczom, rzecznikom, podejmowanie decyzji w przedmiocie dostępu do akt, sprawowanie funkcji oskarżyciela przed Naczelnym Sądem Lekarskim, występowanie przed Sądem Najwyższym, organizacja warsztatów i szkoleń dla zastępców, sporządzanie rocznej analizy informacji uzyskanych od okręgowych rzeczników w przesłanych mu sprawozdaniach, wykonywanie działań związanych z mechanizmem ostrzegania.

Naczelny Rzecznik pełni funkcję oskarżyciela przed okręgowym sądem lekarskim w przypadku złożenia wniosku o ukaranie oraz występuje jako oskarżyciel na etapie postępowania przed Naczelnym Sądem Lekarskim. Warto zwrócić uwagę na obowiązek Naczelnego Rzecznika określony w § 7 pkt 23 regulaminu, a mianowicie wykonywanie zadań związanych z mechanizmem ostrzegania.

W styczniu 2016 r. do ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* został dodany art. 113a u.i.l. wprowadzający obowiązek informowania za pośrednictwem utworzonego przez Komisję Europejską Systemu IMI o przypadkach nałożenia na lekarzy określonych kar.²⁴⁰ Należy podkreślić, że przepis ten został dodany

²⁴⁰ Zgodnie z art. 113a. u.i.l. 1. Okręgowe rady lekarskie informują, w trybie ostrzeżenia w systemie IMI, właściwe organy pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej o lekarzu lub lekarzu dentyście, wobec których: 1) rada lekarska podjęła uchwałę o: a) zawieszeniu prawa wykonywania zawodu, b) ograniczeniu w wykonywaniu zawodu, 2) sąd lekarski wydał orzeczenie o: a) ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, b) zawieszeniu prawa wykonywania zawodu, c) pozbawieniu prawa wykonywania zawodu, 3) sąd powszechny orzekł zakaz wykonywania zawodu, 4) sąd powszechny albo prokurator tytułem środka zapobiegawczego zastosował zawieszenie w wykonywaniu zawodu w terminie 3 dni od dnia uprawomocnienia się albo wykonalności uchwały, orzeczenia albo postanowienia o zastosowaniu środka zapobiegawczego. 2. Ostrzeżenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje: 1) imię (imiona) i nazwisko lekarza lub lekarza dentystry oraz datę jego urodzenia; 2) tytuł zawodowy; 3) informacje o organie, który nałożył sankcję, o której mowa w ust. 1; 4) zakres i okres obowiązywania ograniczeń, o których mowa w ust. 1; 5) okres obowiązywania zawieszenia albo zakazu, o których mowa w ust. 1; 6) informację o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu. 3. Okręgowe rady lekarskie niezwłocznie informują właściwe organy pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej, w trybie ostrzeżenia w systemie IMI, o tożsamości lekarza lub lekarza dentystry, którzy w postępowaniu o uznanie kwalifikacji posłużyli się podrobionymi lub przerobionymi dokumentami potwierdzającymi posiadanie kwalifikacji zawodowych, w terminie 3 dni od dnia uprawomocnienia się orzeczenia sądowego w tej sprawie. 4. Okręgowe rady lekarskie niezwłocznie informują właściwe organy pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej, za pośrednictwem systemu IMI, o wygaśnięciu sankcji, o których mowa w ust. 1, oraz o wszelkich decyzjach wpływających na zmianę terminu ich wygaśnięcia. 5. Okręgowe rady lekarskie niezwłocznie zawiadamiają na piśmie lekarza lub lekarza dentystę, których dotyczą ostrzeżenia, o których mowa w ust. 1 lub 3, o ich przekazaniu za pośrednictwem systemu IMI właściwym organom pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej oraz o możliwości złożenia wniosku o ich sprostowanie albo usunięcie. 6. W wyniku rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 5, okręgowa rada lekarska niezwłocznie: 1) dokonuje sprostowania w systemie IMI informacji objętej wnioskiem i zawiadamia lekarza lub lekarza dentystę o sposobie jej sprostowania albo 2) usuwa informację objętą wnioskiem z systemu IMI i zawiadamia o tym lekarza lub lekarza dentystę, albo 3) odmawia sprostowania albo usunięcia z systemu IMI informacji objętej wnioskiem i zawiadamia o tym lekarza lub lekarza dentystę. 7. Informacje przekazane w trybie ostrzeżenia, o którym mowa w ust. 1, mogą być przetwarzane w systemie IMI wyłącznie przez okres obowiązywania sankcji, o których mowa

do rozdziału VI ustawy „Postępowanie mediacyjne”. Może budzić to uzasadnione zdziwienie, ponieważ przepis ten w żadnej mierze nie jest związany z mediacją. Zgodnie art. 113a u.i.l., okręgowe rady lekarskie informują właściwe organy państw członkowskich Unii Europejskiej o lekarzach wobec których orzeczono zakaz lub ograniczenie w wykonywaniu zawodu – nawet tymczasowo. Z drugiej strony izby lekarskie stały się beneficjentem takich informacji napływających codziennie z innych krajów. Jednym z zadań wykonywanych przez Naczelnego Rzecznika, jako organu Naczelnej Izby Lekarskiej, w związku z mechanizmem ostrzegania, o których mowa w regulaminie jest monitorowanie wpływających ostrzeżeń, które dotyczą ukaranych za granicą lekarzy, posiadających jednocześnie prawo wykonywania zawodu w Polsce. Naczelnny Rzecznik analizuje każdy taki przypadek pod kątem tego, czy czyn popełniony przez lekarza poza granicami Polski może mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza w Polsce. Więcej uwag w powyższym zakresie przedstawionych zostało w rozdziale I pracy – „Odpowiedzialność zawodowa lekarzy” w podrozdziale „Odpowiedzialność zawodowa za czyny popełnione przez lekarzy i lekarzy dentyków poza granicami Polski”.

2.3. Relacja między okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej a Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej

Przechodząc do relacji między okręgowymi rzecznikami a Naczelnym Rzecznikiem, wskazać należy, że na regulacje tego zagadnienia przeznaczony został cały rozdział regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej* pt. „Nadzór Naczelnego Rzecznika nad działalnością Okręgowych Rzeczników”. Sprawowany przez Naczelnego Rzecznika nadzór jest szeroki i obejmuje m.in. analizę i ocenę pracy okręgowych rzeczników i ich biur. Analiza taka jest możliwa podczas wizytacji biur rzeczników, po zapoznaniu się z aktami prowadzonych postępowań, do czego Naczelnny Rzecznik jest również uprawniony.²⁴¹ Taka analiza Naczelnego Rzecznika może także obejmować prawidłowość postępowania rzeczników okręgowych w przypadku skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego.

Naczelnny Rzecznik dokonuje także analizy danych statystycznych dotyczących postępowań na podstawie złożonych przez okręgowych rzeczników półrocznych

w ust. 1. Ostrzeżenia usuwa się z systemu IMI w terminie 3 dni od dnia wykonania albo uchylenia uchwały, orzeczenia albo postanowienia o zastosowaniu środka zapobiegawczego, o których mowa w ust. 1.

²⁴¹ Zob. § 55 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników*.

sprawozdań ze swojej działalności. W ramach swoich kompetencji z urzędu lub na uzasadniony wniosek strony postępowania Naczelny Rzecznik może objąć każde postępowanie nadzorem.²⁴² W dodatku na okręgowych rzeczników nałożony został obowiązek informowania Naczelnego Rzecznika o każdym prowadzonym postępowaniu, które może mieć istotne znaczenie dla samorządu lekarskiego, w szczególności w sprawach, które wywołują zainteresowanie opinii publicznej. Dodatkowym obowiązkiem Naczelnego Rzecznika jest organizowanie – co najmniej raz w roku narady wszystkich okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

Wśród najczęściej podejmowanych przez Naczelnego Rzecznika działań związanych z działalnością okręgowych rzeczników można wyróżnić:

- 1) wyznaczanie rzecznika do prowadzenia sprawy w sytuacji, gdy sprawa dotyczy członka organu izby lekarskiej (okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego) właściwej dla rzecznika bądź w sprawach przeciwko zastępcom okręgowego rzecznika;²⁴³
- 2) wyznaczenie rzecznika do prowadzenia sprawy w sytuacji, gdy postępowanie dotyczy lekarzy będących członkami różnych izb lekarskich;²⁴⁴
- 3) przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez rzecznika po upływie 6 miesięcy od dnia uzyskania informacji przez rzecznika o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego na dalszy czas określony, nie dłuższy, niż 6 miesięcy;²⁴⁵
- 4) rozpatrywanie zażaleń na przewlekłość postępowania okręgowego rzecznika, a w razie stwierdzenia przewlekłości postępowania, przejęcie postępowania wyjaśniającego do osobistego prowadzenia, przekazanie postępowania do dalszego prowadzenia przez tego samego okręgowego rzecznika z ustaleniem wytycznych co do sposobu jego załatwienia i terminem załatwienia sprawy, przekazanie postępowania do dalszego prowadzenia przez innego okręgowego rzecznika;²⁴⁶

²⁴² Zob. § 56 regulaminu *wewnętrzny urzędowania rzeczników*.

²⁴³ Por. art. 65 ust. 1 u.i.l.

²⁴⁴ Zgodnie z art. 66 ust. 1 u.i.l. jeżeli postępowanie wyjaśniające dotyczy lekarzy będących członkami różnych izb lekarskich, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wyznacza okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, właściwego do prowadzenia tego postępowania.

²⁴⁵ Por. art. 76 ust. 1 u.i.l.

²⁴⁶ Por. art. 76 ust. 5 u.i.l.

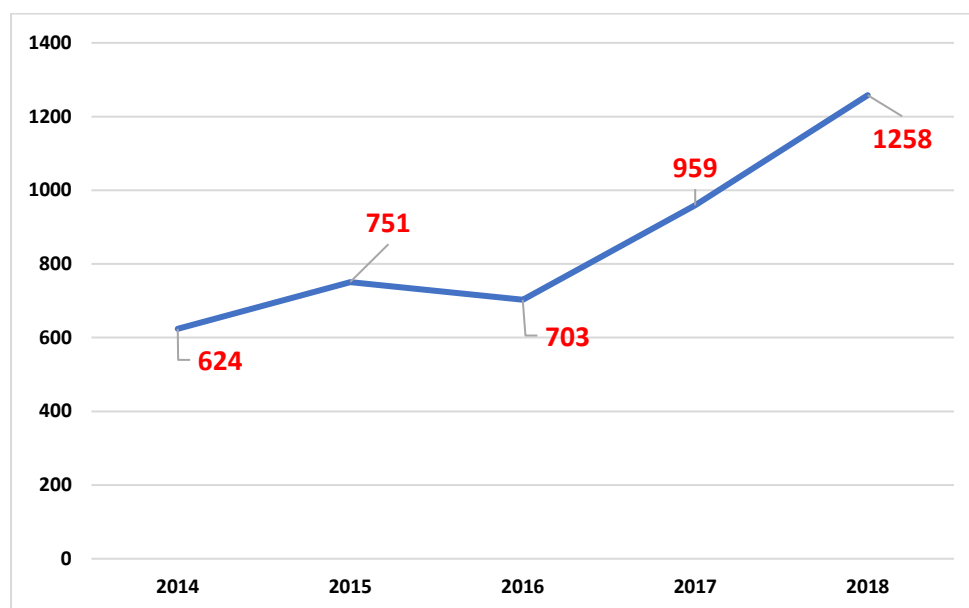
- 5) wyznaczenie innego rzecznika do prowadzenia postępowania, jeżeli z powodu wyłączenia okręgowego rzecznika na zasadach określonych odpowiednio w art. 40 i 41 k.p.k. prowadzenie sprawy w danej okręgowej izbie lekarskiej jest niemożliwe.

Należy w tym miejscu zasygnalizować, że co do zasady przedawnienie karalności przewinienia zawodowego następuje z upływem 5 lat od chwili popełnienia czynu. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej składa się z etapu prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej i przez sąd lekarski. W celu uniknięcia przedawnienia karalności niezwykle istotne jest terminowe podejmowanie czynności przez organy prowadzące postępowanie – w szczególności przez rzeczników, którzy rozpoczynają postępowanie. W celu zagwarantowania terminowego przebiegu czynności ustawodawca przyznał Naczelnemu Rzecznikowi kompetencje związane z nadzorem nad pracą okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Warto poczynić szersze rozważania w tym zakresie, ponieważ przedawnienia karalności czynu implikuje konieczność umorzenia postępowania i niweczy odpowiedzialność zawodową lekarza.

W celu zapewnienia terminowego wykonywania czynności, ustawodawca przewidział, że postępowanie wyjaśniające powinno zostać zakończone w ciągu 6 miesięcy od dnia uzyskania przez rzecznika informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego.²⁴⁷ Tylko w uzasadnionych przypadkach Naczelny Rzecznik na wniosek okręgowego rzecznika może przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dalszy czas nieokreślony ale nie dłuższy, niż 6 miesięcy. Do Naczelnego Rzecznika w ciągu jednego roku trafia stosunkowo duża liczba wniosków o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego od okręgowych rzeczników z całej Polski, co przedstawione zostało na poniższym wykresie:

²⁴⁷ Por. Art. 76 ust. 1 u.i.l.

Tabela 8 Liczba wniosków o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego w latach 2014-2018



* opracowanie własne na podstawie danych ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej

W mojej ocenie tak duża liczba wniosków o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego spowodowana jest bardzo krótkim czasem przewidzianym na tę część postępowania. W toku postępowania wyjaśniającego zgodnie z art. 71 u.i.l. rzecznik może: przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, a także przeprowadzać cały szereg innych dowodów w szczególności gromadzić dokumentację medyczną, może przeprowadzić dowód z opinii biegłego. Również strony postępowania zgłaszają swoje wnioski dowodowe. Wydaje się, że 6 miesięcy na przeprowadzenie tych wszystkich czynności to niewiele. Zwłaszcza w kontekście konieczności oczekiwania na opinię biegłego.

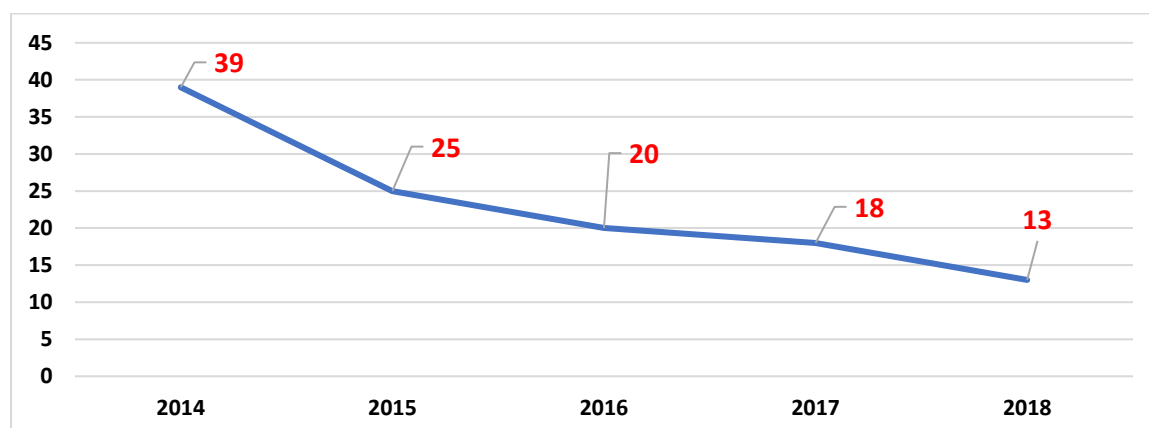
Do każdego wniosku o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego kierowanego do Naczelnego Rzecznika, okręgowi rzecznicy dodają załącznik, w którym wskazują: datę wpływu skargi (otrzymanie informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego), dane skarżącego, dane lekarza, którego dotyczy postępowanie, datę postanowienia o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, dotychczas dokonane czynności, poprzednio uzyskane prolongaty (jeśli były), planowane dalsze czynności, wnioskowany termin zakończenia postępowania wyjaśniającego.

Jeżeli postępowanie wyjaśniające prowadzone jest przez Naczelnego Rzecznika, zgodnie z § 30 ust. 4 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*, występuje on z wnioskiem o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Analiza wniosków o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego udostępnionych w Biurze Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej skłania do stwierdzenia, że do przyczyn mających wpływ na przewlekłość postępowania należą w szczególności: długi okres oczekiwania na dokumentację medyczną – często w toku postępowania istnieje konieczność zgromadzenia dokumentacji medycznej pacjentów z kilku placówek medycznych, długi czas oczekiwania na opinie biegłych. Bardzo często, zwłaszcza jeśli sprawa dotyczy takiej dziedziny medycyny, w której jest mało specjalistów, rzecznik ma ogromne trudności ze znalezieniem biegłego, który wyrazi gotowość na wydanie opinii w sprawie. Często bowiem dochodzi do sytuacji, w której lekarze danej specjalizacji znajdują się, współpracują ze sobą w związku z czym zachodzą okoliczności mogące wywołać uzasadnioną wątpliwość co do bezstronności biegłego w danej sprawie.

Jeżeli w ocenie strony postępowania okręgowy rzecznik nie podejmuje czynności w terminie, może ona skierować do Naczelnego Rzecznika w trybie art. 76 ust. 4 u.i.l. zażalenie na przewlekłość postępowania. Okazuje się, że takich zażeń wpływa niewiele, a ich liczba regularnie spada, co przedstawia poniższy wykres:

Tabela 9 Liczba skarg na przewlekłość postępowania



* opracowanie własne na podstawie danych ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej

Wyraźnie można wskazać na tendencję spadkową w zakresie liczby kierowanych skarg na przewlekłość postępowań. W 2014 r. skierowanych zostało 39 skarg, natomiast w 2018 r. tych skarg było tylko 13.

Na zakończenie rozważań odnoszących się do terminowości podejmowania działań przez rzeczników, warto już w tym miejscu zwrócić uwagę na szczegółowe regulacje dotyczące postępowania mediacyjnego. W art. 113 ust. 2 u.i.l. ustawodawca wskazał, że okresu postępowania mediacyjnego **nie wlicza się** do czasu trwania postępowania wyjaśniającego. Dzięki takiemu rozwiązaniu rzecznicy kierujący sprawę do postępowania mediacyjnego nie wliczają czasu jej trwania do postępowania wyjaśniającego – jest to wyraźna zachęta, dzięki której rzecznik kierujący sprawę do mediacji, nie będzie obawiać się, że taka decyzja może wpłynąć na przewlekłość postępowania.

3. Strony postępowania

3.1. Pokrzywdzony

Pokrzywdzony to osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe.²⁴⁸ Warto zauważyć, że na gruncie nieobowiązującego już rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w *sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, w § 1 pkt 8 wskazywano, że pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, prawna lub inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której dobro zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone działaniem lub zaniechaniem lekarza i która wniosła skargę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Warunkiem przyznania statusu pokrzywdzonego było więc wniesienie skargi. Osoba, która nie wniosła skargi do rzecznika nie mogła korzystać z praw przysługujących pokrzywdzonemu. Regulacja ta spotykała się z krytyką,²⁴⁹ co ostatecznie doprowadziło do zmiany regulacji w tym zakresie.

Pokrzywdzony, jako strona postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, może ustanowić nie więcej, niż dwóch pełnomocników spośród lekarzy,

²⁴⁸ Zob. art. 57 ust. 1 u.i.l.

²⁴⁹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 188.

adwokatów, radców prawnych.²⁵⁰ W przypadku śmierci pokrzywdzonego jego prawa, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

Jako strona postępowania może zgłaszać wnioski dowodowe, a także kwestionować decyzje podejmowane przez rzecznika w toku postępowania. Zgodnie z art. 68 ust. 1 u.i.l. przysługuje mu zażalenie na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego oraz na postanowienie o jego umorzeniu. Może on przeglądać akta sprawy. Dodatkowo, pokrzywdzonemu przyznana została możliwość wniesienia odwołania od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego²⁵¹ a także wniesienia do Sądu Najwyższego kasacji od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, oraz złożenia wniosku o wznowienie postępowania.²⁵²

Rzecznik, praktycznie w każdym prowadzonym przez siebie postępowaniu – o ile to możliwe przesłuchuje pokrzywdzonego pouczając go o przysługujących mu uprawnieniach.²⁵³ Pokrzywdzony jest na bieżąco informowany przez rzecznika o podejmowanych czynnościach w sprawie, w tym o złożeniu do sądu lekarskiego wniosku o ukaranie.²⁵⁴ Pokrzywdzony jest stroną postępowania zarówno na etapie postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, jak i na etapie postępowania przed sądem lekarskim.

Zgodnie z art. 113 ust. 1 u.i.l. pokrzywdzony jest stroną postępowania, której przysługuje uprawnienie wystąpienia do rzecznika z wnioskiem o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego.²⁵⁵ Również na etapie postępowania przed sądem lekarskim, pokrzywdzony może złożyć taki wniosek, ale wtedy zostanie on rozpoznany przez sąd lekarski. Należy także podkreślić, że do mediacji może dojść tylko w sprawach o takie przewinienia zawodowe, w których ze względu na ich charakter występuje pokrzywdzony. Postępowanie mediacyjne przeprowadzane jest bowiem pomiędzy pokrzywdzonym a obwinionym. Tak więc jeśli nie ma podmiotu mogącego uczestniczyć w mediacji, do mediacji nie może dojść. Taka sytuacja mogłaby np. mieć miejsce

²⁵⁰ Zob. art. 56 ust. 1 u.i.l., art. 57 ust. 2 u.i.l.

²⁵¹ Zob. art. 90 u.i.l.

²⁵² Por. art. 95 u.i.l. oraz 102 u.i.l.

²⁵³ Zob. art. 71 u.i.l.

²⁵⁴ Zob. art. 75 ust. 2 u.i.l.

²⁵⁵ Zob. art. 113 ust. 1 u.i.l.

w postępowaniu, które dotyczyłoby podrobienia lub przerobienia przez lekarza dokumentu prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty w celu użycia za autentyczny.²⁵⁶

3.2. Obwiniony

Kolejną stroną postępowania jest obwiniony, czyli lekarz, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko któremu skierował do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie.²⁵⁷ W toku postępowania obwiniony może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych.²⁵⁸ Jeśli zachodzą ku temu przesłanki, sąd może na uzasadniony wniosek lekarza ustanowić mu obrońcę z urzędu – przykładowo, jeżeli obwiniony w należyty sposób wykaże, że nie jest w stanie ponieść kosztów obrony bez uszczerbku dla niezbędnego utrzymania siebie i rodziny.²⁵⁹ W razie gdyby zachodziła uzasadniona wątpliwość co do poczytalności obwinionego lekarza, który nie ma obrońcy z wyboru, właściwy sąd lekarski ustanawia mu obrońcę z urzędu – w postępowaniu wyjaśniającym sąd ustanawia obrońcę na wniosek rzecznika.²⁶⁰ W celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego obwinionego, powołuje się dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. W art. 61 ust. 1 u.i.l. została określona zasada domniemania niewinności, zgodnie z którą nie można pociągnąć do odpowiedzialności zawodowej obwinionego, dopóki popełnienie przewinienia zawodowego nie zostało udowodnione i stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego. Wszelkie wątpliwości pojawiające się w toku postępowania powinny być tłumaczone na korzyść obwinionego. Przepis ten koresponduje z art. 5 § 2 k.p.k., zgodnie z którym niedające się usunąć wątpliwości rozstrzyga się na korzyść obwinionego. Obwiniony uprawniony jest do składania wyjaśnień, o czym powinien zostać pouczony przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, co wynika wprost z art. 72 ust. 2 u.i.l. Stosownie do art. 175 § 1 k.p.k. stosowanego na mocy art. 112 u.i.l. odpowiednio może bez podania powodów odmówić odpowiedzi na poszczególne pytania lub odmówić składania wyjaśnień, o czym również powinien zostać pouczony przez rzecznika. T. Gardocka podkreśla, że niezłożenie przez

²⁵⁶ Por. art. 270 k.k.

²⁵⁷ Zob. art. 58 ust 1 u.i.l.

²⁵⁸ Zob. art. 58 ust. 2.

²⁵⁹ Zob. art. 78 § 1 k.p.k. stosowany odpowiednio.

²⁶⁰ Zob. art. 58 ust. 4 u.i.l.

oskarżonego wyjaśnień nie może stanowić okoliczności niekorzystnej dla oskarżonego.²⁶¹ Art. 72 k.p.k. zgodnie z którym oskarżony ma prawo do korzystania z bezpłatnej pomocy tłumacza, jeżeli nie włada w wystarczającym stopniu językiem polskim nie znajdzie raczej zastosowania w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry* prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry może zostać przyznane osobie, która włada językiem polskim w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu. Osoba, która nie włada w wystarczającym stopniu językiem polskim – co do zasady nie powinna uzyskać prawa wykonywania zawodu. Z kolei zastosowanie do postępowania zawodowego znajdzie art. 74 § 1 k.p.k., w świetle którego oskarżony nie ma obowiązku dowodzenia swej niewinności, ani obowiązku dostarczania dowodów na swoją niekorzyść.

Z kolei wątpliwości budzi możliwość zastosowania wobec obwinionego lekarza art. 74 § 2 pkt 1 k.p.k., który odnosi się m.in. do: oględzin zewnętrznych ciała, innych badań niepołączonych z naruszeniem integralności ciała (np. pobranie próbek zapachu do badań osmologicznych, czy też próbek pisma do badań grafologicznych), pobierania odcisków, fotografii, okazania w celach rozpoznawczych innym osobom. Dodatkowo w art. 74 § 2 pkt 2 k.p.k. wskazano na obowiązek oskarżonego poddania się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym, pobrania krwi, włosów lub wydzielin organizmu. Jak wynika z art. 74 § 3 a k.p.k. oskarżony (w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obwiniony) „wzywany jest do poddania się obowiązkom” wynikającym z powyższego przepisu, a w razie odmowy można go zatrzymać i przymusowo doprowadzić, a także stosować siłę fizyczną.²⁶²

Zgodnie z tym przepisem oskarżony zobowiązany jest do poddania się powyższym czynnościom, a w razie odmowy, można zatrzymać oskarżonego i przymusowo ich dokonać, włącznie z zastosowaniem siły fizycznej lub środków technicznych służących obezwładnieniu. Ustawa o *izbach lekarskich* nie przewiduje możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego, tak więc nie można w tym przypadku odpowiednio stosować *Kodeksu postępowania karnego*. Obwiniony jest

²⁶¹ T. Gardocka, *Oskarżony jako źródło dowodu w postępowaniu karnym*, [w:] Dowody w postępowaniach sądowych (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2018, s. 63.

²⁶² Na temat obowiązków poddania się czynnościom dowodowym na różnych etapach postępowania T. Gardocka, *Oskarżony jako źródło dowodu w postępowaniu karnym*, [w:] Dowody w postępowaniach sądowych, (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2018, s. 61-72.

stroną postępowania zarówno na etapie postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, jak i na etapie postępowania przed sądem lekarskim.

Podkreślić należy, że zgodnie z art. 113 ust. 1 u.i.l. obwiniony może wystąpić z wnioskiem o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego. Na etapie postępowania wyjaśniającego wniosek taki kieruje do rzecznika, natomiast na etapie postępowania przed sądem lekarskim, do sądu.

3.3. Lekarz, którego dotyczy postępowanie

Zgodnie z art. 56 ust. 1 u.i.l. lekarz, którego dotyczy postępowanie, jest stroną postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Ustawodawca nie wskazuje definicji legalnej „lekarza, którego dotyczy postępowanie”, ani też nie sygnalizuje od kiedy lekarz może w postępowaniu taki status uzyskać. Wiadomym jest, że lekarz, którego dotyczy postępowanie to nie lekarz, któremu rzecznik przedstawił zarzuty – wtedy mielibyśmy do czynienia z obwinionym. Również przepisy *Kodeksu postępowania karnego* nie okazują się pomocne przy ustaleniu statusu lekarza, którego dotyczy postępowanie. W świetle procedury karnej lekarz oskarżony o popełnienie przestępstwa mógłby posiadać status podejrzanego lub oskarżonego. Za podejrzanego, zgodnie z art. 71 k.p.k. uważa się osobę, co do której wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów albo której bez wydania takiego postanowienia postawiono zarzut w związku z przystąpieniem do przesłuchania w charakterze podejrzanego. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoba, której zostały przedstawione zarzuty uważana jest za obwinionego, tak więc nieuzasadnione byłoby porównanie „lekarza, którego dotyczy postępowanie” do podejrzanego w postępowaniu karnym.

W ocenie J. Skrzypczaka zakończenie czynności sprawdzających i wszczęcie postępowania wyjaśniającego jest momentem, w którym w postępowaniu pojawia się lekarz, którego dotyczy postępowanie.²⁶³ Na potwierdzenie tej tezy wskazuje się na § 19 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*, zgodnie z którym postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego powinno zawierać zwięzły opis czynu lub czynów będących przedmiotem postępowania oraz ich kwalifikację prawną i wskazywać strony postępowania, jeśli takie występują. Stroną postępowania jest właśnie lekarz, którego dotyczy postępowanie. W ocenie

²⁶³ J. Skrzypczak, *Lekarz jako strona postępowania dyscyplinarnego*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10, s. 20.

J. Skrzypczaka niepodanie legalnej definicji „lekarza, którego dotyczy postępowanie” uważać należy za poważny błąd.²⁶⁴ W pełni podzielam powyższą ocenę, tym bardziej, że w obowiązującym do 2010 r. rozporządzeniu w *sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy* taka definicja funkcjonowała. Za lekarza, którego dotyczy postępowanie uważano lekarza, w sprawie którego prowadzone było postępowanie wyjaśniające (§ 1 pkt 6), zaś obwiniony to lekarz przeciwko któremu został sporządzony wniosek o ukaranie lub wydane zostało nieprawomocne orzeczenie (§ 1 pkt 7). W mojej ocenie niewskazanie legalnej definicji „lekarza, którego dotyczy postępowanie” w obecnym stanie prawnym implikuje wiele wątpliwości w zakresie przysługujących mu praw. Pojawia się pytanie, czy lekarz, którego dotyczy postępowanie może ustanowić obrońcę? W praktyce postępowania rzeczników często zdarza się, że na przesłuchanie z lekarzem, którego dotyczy postępowanie stawia się obrońca i domaga się dopuszczenia do udziału w czynności. W nieobowiązującym już rozporządzeniu w *sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, przyznano lekarzowi, którego dotyczy postępowanie szereg uprawnień, takich jak: prawo odmowy złożenia wyjaśnień lub udzielenia odpowiedzi na pytania (§ 14), prawo do ustanowienia obrońcy (§ 15 ust. 1), możliwość uzyskania obrońcy z urzędu (§ 15 ust. 3), prawo zgłaszania wniosków dotyczących przesłuchania świadków, powołania biegłych oraz przeprowadzenia innych dowodów (§ 24 ust. 2). Jak wynika z udostępnionych w Biurze Naczelnego Rzecznika pouczeń o uprawnieniach i obowiązkach w obecnym stanie prawnym lekarz, którego dotyczy postępowanie, posiada następujące uprawnienia: prawo do składania wyjaśnień w zakresie okoliczności objętych postępowaniem w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, odmowy składania wyjaśnień bądź udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania bez podawania powodów, prawo składania wniosków dowodowych, prawo przeglądania akt sprawy po wydaniu postanowienia o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, wniesienia zażalenia na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego. Nie przyznaje się uprawnienia do ustanowienia obrońcy w sprawie. Wśród obowiązków lekarza, którego dotyczy postępowanie należy wskazać: podanie rzecznikowi adresu na który ma być kierowana korespondencja – w przeciwnym razie korespondencja kierowana jest na adres do korespondencji przekazany przez lekarza właściwej okręgowej izbie lekarskiej i wskazany w okręgowym rejestrze lekarzy,

²⁶⁴ *Ibidem*, s. 19.

a każde pismo wysłane na ten adres uznane zostanie za doręczone, podanie nowego adresu w przypadku zmiany miejsca zamieszkania lub pobytu – w przeciwnym wypadku pismo wysłane na ostatnio znany adres w kraju uznane zostanie za skutecznie doręczone, stawienie się na każde wezwanie organu w toku postępowania wyjaśniającego, w celu usprawiedliwienia niestawiennictwa z powodu choroby przedstawić zaświadczenie wystawione przez lekarza sądowego, potwierdzające niemożność stawienia się na wezwanie.

Reasumując powyższe rozważania, za J. Skrzypczakiem można wskazać, że lekarz, którego dotyczy postępowanie to strona postępowania od momentu zakończenia czynności sprawdzających i wszczęcia postępowania wyjaśniającego, wobec której istnieje podejrzenie, że popełniła przewinienie zawodowe i wobec której rzecznik podjął czynności procesowe.²⁶⁵

Przeprowadzone przeze mnie badania aktowe wskazują, że w niektórych izbach lekarskich mediacja odbyła się pomiędzy pokrzywdzony a lekarzem, którego dotyczy postępowanie. Postępowanie takie uznać należy za nieprawidłowe, gdyż w świetle obecnie obowiązujących przepisów do mediacji może być skierowany tylko pokrzywdzony i obwiniony. W mojej ocenie kierowanie do postępowania mediacyjnego lekarza którego dotyczy postępowanie może wynikać z niejasnego statusu tej strony postępowania, braku wyraźnego wyodrębnienia jego uprawnień i obowiązków.

4. Czynności sprawdzające

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (prowadzone zarówno przez okręgowego, jak i Naczelnego Rzecznika) składa się z czterech etapów:

- 1) czynności sprawdzające;
- 2) postępowanie wyjaśniające;
- 3) postępowanie przed sądem lekarskim;
- 4) postępowanie wykonawcze.²⁶⁶

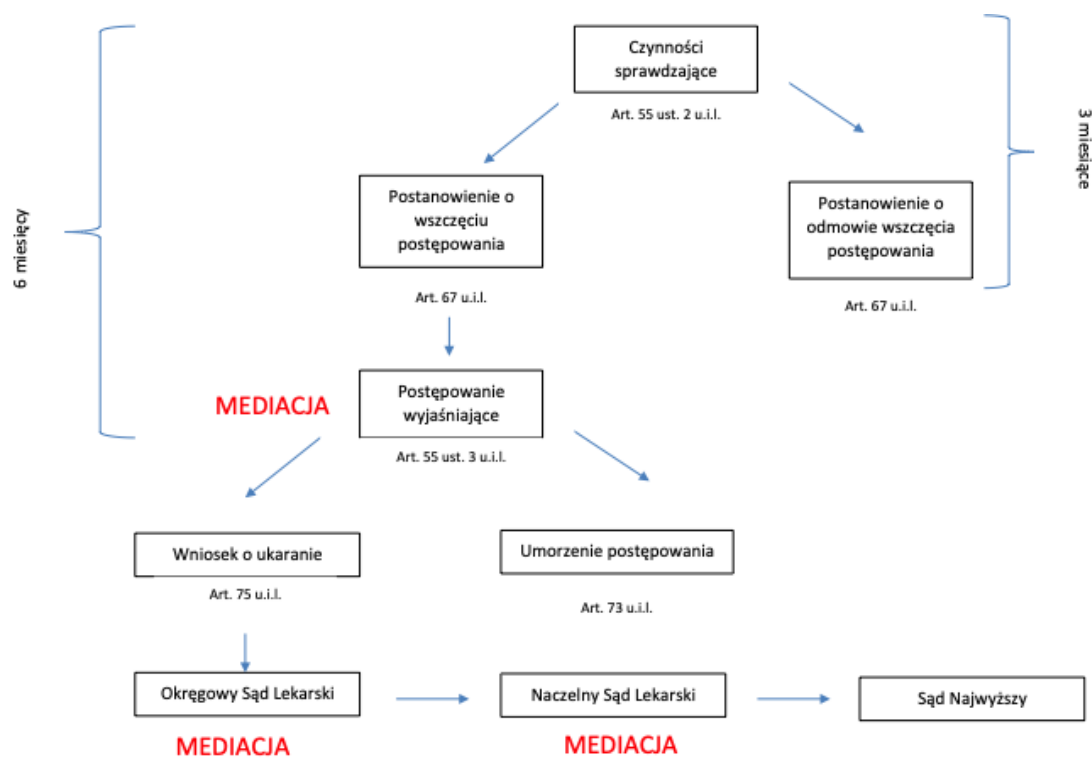
Czynności sprawdzające i postępowanie wyjaśniające odbywają się w ramach postępowania prowadzonego przed rzecznikiem. Po złożeniu przez rzecznika wniosku o ukaranie, gospodarzem postępowania zostaje sąd lekarski.

²⁶⁵ *Ibidem* s. 20

²⁶⁶ Zob. Art. 55 u.i.l.

Opis postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, dla zwiększenia czytelności, można przedstawić na następującym schemacie:

Tabela 10 Schemat postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów



*opracowanie własne

Mediacja możliwa jest na etapie postępowania wyjaśniającego, kiedy to organem kierującym do mediacji jest rzecznik odpowiedzialności zawodowej, przy czym powtórzyć należy, że sprawę do mediacji może skierować zarówno okręgowy, jak i Naczelny Rzecznik. Nie ma możliwości przeprowadzenia mediacji na etapie czynności sprawdzających, gdyż nie są jeszcze wyodrębnione strony postępowania – pokrzywdzony i obwiniony.

Na etapie postępowania przed sądami lekarskim – zarówno w I instancji, a więc przed okręgowym sądem lekarskim, jaki i na etapie postępowania przed sądem II instancji, a więc Naczelnym Sądem Lekarskim ustawodawca również przewidział możliwość prowadzenia postępowania mediacyjnego.

Czynności sprawdzające, których celem jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania

wyjaśniającego,²⁶⁷ rozpoczynają się w momencie, kiedy rzecznik otrzymuje informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego. Jakie może być źródło informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego? Wśród takich źródeł należy z pewnością wyróżnić: osobowe źródła informacji – przykładowo, skarga pacjenta, lekarza, informacja od prokuratora prowadzącego postępowanie w sprawie przeciwko lekarzowi oraz czynności urzędnicze – sytuacje, kiedy rzecznik poweźmie informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego w związku z prowadzeniem innego postępowania, ale też doniesienia medialne.²⁶⁸

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na obowiązek prokuratora, wynikający z art. 21 § 1 pkt 2 k.p.k., zgodnie z którym prokurator informuje właściwy organ samorządu zawodowego o wszczęciu i ukończeniu postępowania toczącego się przeciwko lekarzowi.²⁶⁹ Coraz częściej zdarza się, że rzecznicy dowiadują się o możliwości popełnienia przez lekarza przewinienia zawodowego od prokuratorów. Wprowadzone rozwiązanie uważam za w pełni uzasadnione, ponieważ pokrzywdzony może złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa jedynie na prokuraturze, nie posiadając wiedzy, że skarga na lekarza może zostać jednocześnie niezależnie skierowana do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. W § 27 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. regulamin *wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury*²⁷⁰ przewidziano, że w prokuraturze regionalnej mogą być utworzone działy obejmujące zakresem swojej właściwości prowadzenie i nadzorowanie spraw dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest śmierć człowieka.

Odrębnym zagadnieniem wartym szerszego omówienia są źródła informacji w postaci anonimowych skarg. Pojawia się w tym miejscu istotne pytanie – czy na skutek anonimowej skargi rzecznik powinien podejmować czynności? E. Zielińska zauważa, że wiele argumentów przemawia przeciwko uznaniu anonimu jako wiarygodnej informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego.²⁷¹ O ile

²⁶⁷Zob. art. 55 ust. 2 u.i.l.

²⁶⁸ Zob. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 253-255.

²⁶⁹ Zgodnie z art. 21 § 1 pkt. 2 k.p.k. o wszczęciu i ukończeniu postępowania toczącego się z urzędu przeciw osobom będącym członkami samorządu zawodowego - należy bezzwłocznie zawiadomić właściwy organ tego samorządu.

²⁷⁰ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. regulamin *wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury*, Dz.U.2017.1206 t.j. ze zm.

²⁷¹ Zob. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 254.

bowiem organy prowadzące postępowanie karne dysponują większymi możliwościami ustalenia wiarygodności zarzutu, o tyle możliwości rzecznika są dużo mniejsze. Dodatkowo E. Zielińska wskazuje, że przyjęcie anonimu za źródło informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego mogłoby sprzyjać wytworzeniu się praktyki podawania nieprawdziwych informacji i tworzeniu się „atmosfery środowiskowej podejrzliwości, nieufności”.²⁷² Warto przywołać także argumentację A. Daniluk-Jaromoniuk w powyższym zakresie, która z kolei uważa, że w przypadku otrzymaniu anonimu rzecznik powinien mimo wszystko dokonać w ramach przysługujących mu uprawnień weryfikacji prawdziwości anonimowej skargi i dopiero w przypadku niemożności poczynienia ustaleń pozostawić sprawę bez dalszego biegu.²⁷³

W mojej ocenie kwestia uznania anonimu za źródło informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego jest trudna i rodzi dużo wątpliwości zarówno natury etycznej, jak i praktycznej. Skoro zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, a jednym z zadań samorządu zawodowego lekarzy jest sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu wydaje się słuszne przeprowadzenie czynności sprawdzających w przypadku każdego wpływającego do rzecznika pisma, nawet anonimu. Dopiero w przypadku wyczerpania możliwości zmierzających do ustalenia wiarygodności skargi, pismo można pozostawić bez dalszego biegu.

Rzecznik po otrzymaniu skargi powinien w pierwszej kolejności zbadać swoją właściwość – zweryfikować, czy skarga dotyczy lekarza, będącego członkiem okręgowej izby lekarskiej w zasięgu której działa rzecznik.²⁷⁴ Jeśli nie, powinien on przekazać skargę właściwemu rzecznikowi.²⁷⁵ W przypadku, kiedy skarga dotyczy członków organów izb lekarskich – okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego, samego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej bądź jego zastępców powinien on przekazać skargę Naczelnemu Rzecznikowi. W mojej ocenie, jeżeli skarga dotyczyłaby mediatora izby lekarskiej, rzecznik również powinien przekazać taką skargę Naczelnemu Rzecznikowi celem wyboru innego rzecznika do poprowadzenia sprawy. Zachodziłaby bowiem sytuacja w której istniałaby okoliczność mogąca wywołać uzasadnioną wątpliwość co

²⁷² Zob. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 255.

²⁷³ A. Daniluk-Jaromoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 318.

²⁷⁴ Zob. § 13 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*.

²⁷⁵ Zob. § 15 ust. 1 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*.

do bezstronności rzecznika w sprawie.²⁷⁶Z przeprowadzonych na terenie okręgowych izb lekarskich ankiet wynika, że aż w 15 izbach wybrany został tylko jeden mediator. Skoro w izbie funkcjonuje tylko jeden mediator, do którego rzecznik wcześniej mógł kierować sprawy do postępowania mediacyjnego, pozostawać z nim w stałym kontakcie służbowym, prowadzenie przez tego samego rzecznika postępowania w sprawie mediatora wzbudzałoby w mojej ocenie wątpliwości.

Jeżeli rzecznik ustali już swoją właściwość do prowadzenia postępowania, powinien zweryfikować, czy nie zachodzą w sprawie okoliczności, które odgórnie przesądzają, że postępowania nie wszczyna się, a wszczęte umarza – chodzi tu o przesłanki określone w art. 63 u.i.l.:

- 1) czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia;
- 2) czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego;
- 3) obwiniony zmarł;
- 4) nastąpiło ustanie karalności;
- 5) postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się.²⁷⁷

W razie wystąpienia powyższych przesłanek, rzecznik powinien wydać postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.²⁷⁸

W ustawie o *izbach lekarskich* wymieniono negatywne przesłanki procesowe, chociaż wydaje się, że w świetle art. 112 pkt 1 u.i.l., odsyłającego do odpowiedniego stosowania przepisów *Kodeksu postępowania karnego* w zakresie nieuregulowanym ustawą i tak powyższe przesłanki znalazłyby zastosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Przechodząc do omówienia pierwszej negatywnej przesłanki procesowej wymienionej w art. 63 pkt 1 u.i.l.: czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia należy wskazać, że na gruncie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej będzie

²⁷⁶ Zob. art. 41 § 1 k.p.k. w zw. z art. 47 k.p.k. stosowane odpowiednio w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

²⁷⁷ Zob. Art. 63 u.i.l.

²⁷⁸ Zob. 67 ust. 1 u.i.l.

chodziło o takie przypadki w których rzeczywiście wskazywane w informacji zdarzenie nie miało miejsca, innymi słowy jak zauważają S. Waltoś i P. Hofmański do czynu w znaczeniu działania lub zaniechania nie doszło, zdarzenie nie miało cech czynu w rozumieniu prawa karnego materialnego.²⁷⁹ Brak danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie popełnienia przewinienia zawodowego zachodzi w sytuacji, w której mimo dokonania przez rzecznika czynności sprawdzających nie uda się uzyskać żadnych dowodów potwierdzających, że mogło dojść do przewinienia zawodowego. Należy pamiętać, że w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zastosowanie znajduje zasada domniemania niewinności, tak więc nie ma znaczenia czy zachodzi całkowita pewność co do powyższych sytuacji, czy też brak dostatecznych dowodów przemawiających za tym, że nie popełniono przewinienia zawodowego.²⁸⁰

Druga przesłanka dotyczy sytuacji w której czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego. Czyn nie stanowi przewinienia zawodowego, jeżeli lekarz nie naruszył zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu – szczegółowe rozważania w tym zakresie przedstawione zostały w podrozdziale pt. „Kodeks Etyki Lekarskiej i przepisy związane z wykonywaniem zawodu jako podstawa odpowiedzialności zawodowej”. Dalsza część przepisu: „ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego” odnosi się do okoliczności wyłączających przestępność czynu²⁸¹ – w przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarza będą to okoliczności wyłączające bezprawność czynu, czyli tzw. kontratypy oraz okoliczności wyłączające winę – szczegółowe rozważania w tym zakresie przedstawione zostały w podrozdziale pt. „Zasady odpowiedzialności zawodowej”.

Trzecia negatywna przesłanka stanowiąca podstawę do umorzenia postępowania – śmierć obwinionego – została wprowadzona dopiero w nowej ustawie o *izbach lekarskich*. W ustawie o *izbach lekarskich* z 1989 r. w razie śmierci obwinionego przed ukończeniem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, toczyło się ono nadal, jeżeli zażądał tego - w terminie dwumiesięcznym od dnia zgonu obwinionego - jego małżonek, krewny w linii prostej, brat lub siostra.²⁸²

²⁷⁹ Zob. S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2018, s. 475.

²⁸⁰ *Ibidem*.

²⁸¹ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 116-117.

²⁸² Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich*.

Jako czwartą negatywną przesłankę procesową, ustawodawca wskazał ustanie karalności czynu. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wskazuje się, że zgodnie z art. 64 ust. 3 u.i.l. karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat.²⁸³ Przedawnienie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej sprowadza się do tego, że po określonym czasie nie będzie możliwe zrealizowanie odpowiedzialności zawodowej lekarza.²⁸⁴ Ustawodawca przewidział bardzo krótki termin przedawnienia karalności przewinienia zawodowego lekarza, wynoszący 5 lat liczony od chwili popełnienia czynu. Po upływie tego czasu nie może zostać zrealizowana odpowiedzialność zawodowa. Jeżeli czyn stanowi równocześnie przestępstwo ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej, niż ustanie karalności przestępstwa. Z orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że tylko prawomocny wyrok sądu powszechnego skazujący za przestępstwo, którego znamiona zawarte są w zarzucanym przewinieniu zawodowym jest podstawą ustaleń w postępowaniu dyscyplinarnym, że przewinienie takie zawiera znamiona przestępstwa.²⁸⁵ W przypadku stwierdzenia, że czyn stanowi równocześnie przestępstwo w zakresie liczenia przedawnienia karalności czynu zastosowanie znajdują przepisy art. 101, 102 k.k.

Jako piąta negatywna przesłanka procesowa w art. 63 pkt 5 u.i.l. wskazana została sytuacja w której postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone (*res iudicata*) albo wcześniej wszczęte toczy się (*lis pendens*).²⁸⁶ Dla stwierdzenia powyższej przesłanki musi zachodzić tożsamość podmiotowo-przedmiotowa, co oznacza, że postępowanie prawomocnie zakończone lub wcześniej wszczęte dotyczy tej samej osoby i tego samego zdarzenia. Należy podkreślić, że chodzi o postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza, ponieważ postępowanie karne dotyczące tego samego czynu toczy się niezależnie. Tylko na marginesie wskazać można, że szczególnie w sprawach dotyczących lekarzy dentyistów zdarzają się przypadki, w których przeciwko jednemu lekarzowi dentyście prowadzonych jest kilkanaście a nawet kilkadziesiąt postępowań równocześnie – lekarz dentysta, który na mocy orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 30 września 2016 r. został

²⁸³ Por. art. 64 ust. 3 u.i.l.

²⁸⁴ Por. L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2019, s. 219.

²⁸⁵ Zob. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2013 r. w sprawie o sygn. SDI 26/13, Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2006 r., I KZP 8/06.

²⁸⁶ Zob. A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 321.

pozbawiony prawa wykonywania zawodu²⁸⁷ był wcześniej ukarany przez sądy lekarskie 16 razy. Sprawy te dotyczyły tej samej osoby, jednakże różnych zdarzeń – chodziło o leczenie innych pacjentów, w odmiennych terminach.

Z orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że do katalogu negatywnych przesłanek procesowych w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy należy także włączyć „inne okoliczności uniemożliwiające ściganie”, a więc przesłankę wskazaną w art. 17 § 1 pkt 11 k.p.k.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2018 r.,²⁸⁸ uchylono orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego i Naczelnego Sądu Lekarskiego i postępowanie w sprawie umorzono opierając się właśnie na art. 439 § 1 pkt 9 k.p.k. w zw. z art. **17 § 1 pkt 11 k.p.k.** w zw. z art. 112 pkt 1 u.i.l.. W sprawie zachodziła „inna okoliczność wyłączająca ściganie”, polegająca na tym, że lekarz osądzony przez sądy lekarskie skutecznie zrzekł się prawa wykonywania zawodu przed wszczęciem przeciwko niemu postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Skreślenie z listy członków izb lekarskiej przed wszczęciem postępowania zostało potraktowane przez Sąd Najwyższy jako „inna okoliczność wyłączająca ściganie”. Zgodnie bowiem z art. 53 u.i.l. tylko członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej, tak więc postępowanie w sprawie, należało umorzyć powołując się właśnie na art. 17 § 1 pkt 11 k.p.k.

W toku prowadzonych czynności sprawdzających, rzecznik może: zażądać od osoby od której pochodzi informacja przekazania dodatkowych informacji, czy dokumentów, zwrócić się do właściwej osoby lub instytucji o potwierdzenie pewnych faktów, zażądać przekazania dokumentacji medycznej, przesłuchać w charakterze świadka osobę składającą skargę na lekarza.²⁸⁹ Ustawodawca wyznaczył rzecznikowi ramy czasowe na dokonanie wszystkich powyższych czynności – co do zasady powinien on niezwłocznie wydać decyzję o wszczęciu bądź odmowie wszczęcia postępowania, jednakże jeśli zachodzi potrzeba wykonania wyżej wymienionych czynności sprawdzających to decyzja może zostać podjęta najpóźniej w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania skargi. Taki termin na przeprowadzenie czynności jest w mojej ocenie uzasadniony. Decyzja o wszczęciu postępowania winna być podjęta bez zbędnej

²⁸⁷ Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 30 września 2016 r., sygn. NSL Rep. 107/OWU/16, niepublikowane.

²⁸⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2018 r. w sprawie o sygn. SDI 12/18.

²⁸⁹ Zob. § 14 ust. 1 pkt 1 - 4 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*.

zwłoki dla sprawności postępowania, tym bardziej, że termin przedawnienia karalności czynów w postępowaniu zawodowym lekarzy wynosi tylko pięć lat.

Czynności sprawdzające mogą zakończyć się na dwa sposoby – wydaniem postanowienia o wszczęciu postępowania wyjaśniającego lub wydaniem postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania. Na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie, które może zostać wniesione w terminie 14 dni od dnia otrzymania odpisu postanowienia. Zażalenie wnosi się do właściwego okręgowego sądu lekarskiego. Jeśli postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego wydaje Naczelny Rzecznik, zażalenie wnosi się do Naczelnego Sądu Lekarskiego.²⁹⁰ W razie uwzględnienia zażalenia przez sąd lekarski, postępowanie przekazuje się do dalszego prowadzenia rzecznikowi.²⁹¹

W regulaminie *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej* przewidziano, że o odmowie wszczęcia postępowania decyduje okręgowy rzecznik osobiście – nie może scedować tego uprawnienia na zastępcę.²⁹² Nie ma natomiast żadnych przeciwwskazań dla powierzenia zastępcy wykonania poszczególnych czynności sprawdzających.

Podkreślić należy, że na etapie czynności sprawdzających nie ma możliwości prowadzenia postępowania mediacyjnego. W tej części postępowania podejmowane są przez rzecznika jedynie wstępne czynności, nie są wyodrębnione strony, które mogłyby przystąpić do postępowania mediacyjnego, a więc pokrzywdzony i obwiniony. Ustawodawca przewidział w art. 113 ust. 1 u.i.l. wprost, że postępowanie mediacyjne na etapie postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej może mieć miejsce tylko w czasie postępowania wyjaśniającego.

5. Postępowanie wyjaśniające

Kolejnym etapem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest postępowanie wyjaśniające. Jego celem jest ustalenie, czy został popełniony czyn wypełniający znamiona przewinienia zawodowego, a jeśli tak, ustalenie czasu i okoliczności jego popełnienia a także sprawcy.²⁹³ Na tym etapie postępowania rzecznik powinien zgromadzić materiał dowodowy niezbędny dla dalszego

²⁹⁰ Zob. art. 68 ust. 2 u.i.l.

²⁹¹ Zob. art. 70 ust. 4 u.i.l.

²⁹² Zob. § 14 ust. 2 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*.

²⁹³ Por. art. 55 ust. 3 u.i.l.

procedowania przed sądem lekarskim. Dowody w toku postępowania wyjaśniającego są przeprowadzane i gromadzone z urzędu lub na wniosek stron postępowania. W postanowieniu o wszczęciu postępowania wyjaśniającego rzecznik powinien wskazać: zwięzły opis czynu lub czynów będących przedmiotem postępowania oraz ich kwalifikację prawną a także strony postępowania, o ile występują.

Postępowanie wyjaśniające powinno zostać zakończone w ciągu 6 miesięcy od dnia uzyskania przez rzecznika informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego.²⁹⁴ Możliwe są dwa sposoby zakończenia tego etapu postępowania – skierowanie wniosku o ukaranie do sądu lekarskiego lub wydanie postanowienia o umorzeniu postępowania wyjaśniającego.

Jeśli chodzi o regulacje prawne odnoszące się do postępowania wyjaśniającego wskazać należy, że zastosowanie znajdują zarówno przepisy ustawy o *izbach lekarskich*, jak i odpowiednio stosowane przepisy *Kodeksu karnego* i *kodeksu postępowania karnego* w zakresie zarysowanym w art. 112 u.i.l.

W toku postępowania wyjaśniającego rzecznik może w szczególności: przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, przesłuchiwać obwinionego, powoływać i przesłuchiwać biegłych i specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody.

W każdym prowadzonym przez rzecznika postępowaniu obwinionym może być tylko lekarz albo lekarz dentyista. W sprawach dotyczących konfliktów między lekarzami, lekarz może posiadać status pokrzywdzonego. Lekarze, uczestniczący w tym samym zabiegu mogą być przesłuchiwani w charakterze świadków. Co istotne, zgodnie z art. 59 ust. 4 u.i.l., nie stanowi naruszenia tajemnicy lekarskiej składanie przez lekarza zeznań i wyjaśnień w zakresie okoliczności objętych postępowaniem w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. To bardzo istotne, ponieważ lekarze przesłuchiwani w jakimkolwiek charakterze przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej nie naruszają tajemnicy lekarskiej.

Przesłuchania odbywają się w biurze rzecznika odpowiedzialności zawodowej. W każdym wezwana na przesłuchanie należy podać w jakiej sprawie dana osoba została wzywana, w jakim charakterze, na kiedy i gdzie została zaplanowana czynność. Należy także zaznaczyć, czy jej stawiennictwo jest obowiązkowe.²⁹⁵ Wezwanie powinno zostać

²⁹⁴ Por. Art. 76 ust. 1 u.i.l.

²⁹⁵ Zob. § 90 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników*.

doręczenie nie później, niż na 14 dni przed dniem zaplanowanej czynności.²⁹⁶ Przesłuchanie jest czynnością wymagającą sporządzenia protokołu, który najczęściej spisywany jest przez pracownika biura. Do czynności protokolanta w postępowaniu zawodowym lekarzy znajdują odpowiednie zastosowanie przepisy *Kodeksu postępowania karnego* - zgodnie z art. 146 § 1 k.p.k. protokolant ulega wyłączeniu z tych samych powodów, co sędzia.

W pouczeniach Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wręczanych obwinionemu lekarzowi przed przesłuchaniem widnieje punkt, z którego wynika, że „obwiniony lekarz ma prawo do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym a obwinionym albo wyrażenia zgody na jego przeprowadzenie – pozytywne wyniki mediacji są brane pod uwagę przez sąd lekarski przy ewentualnym wymiarze kary”. Analogiczna informacja zawarta jest w pouczeniu pokrzywdzonego o uprawnieniach i obowiązkach w toku postępowania wyjaśniającego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Przeprowadzone przeze mnie badania aktowe na terenie izb lekarskich pokazały, że rzecznicy korzystali z możliwości informowania stron o mediacji podczas przesłuchań.

Istotne jest, że rzecznik w toku postępowania wyjaśniającego nie może przesłuchiwać jako świadka mediatora co do faktów, o których dowiedział się w związku z prowadzonym postępowaniem mediacyjnym od obwinionego lub pokrzywdzonego, z wyjątkiem przestępstw o których mowa w art. 240 § 1 k.k.²⁹⁷ Taki zakaz wynika z art. 178 a k.p.k., stosowanym na podstawie art. 112 pkt 1 u.i.l. w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej odpowiednio.²⁹⁸

Przepis ten dotyczyłby sytuacji, w której rzecznik po skierowaniu stron do mediacji wezwałby na przesłuchanie w charakterze świadka mediatora izby

²⁹⁶ Zob. § 91 regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników*.

²⁹⁷ W art. 240 § 1 k.k. zostały wskazane: ludobójstwo (art. 118 k.k.), zbrodnie przeciwko ludzkości (art. 118 a k.k.), stosowanie środków masowej zagłady (art. 120 k.k.), wytwarzanie, gromadzenie lub obrót zakazanymi środkami (art. 121 k.k.), Niedopuszczalne sposoby lub środki walki (art. 122 k.k.), Zamach na życie lub zdrowie jeńców wojennych lub ludności cywilnej (art. 124 k.k.), Zamach na konstytucyjny organ RP (art. 128 k.k.), szpiegostwo (art. 130 k.k.), zamach na życie Prezydenta RP (art. 134 k.k.), Zamach na jednostkę sił zbrojnych RP (art. 140 k.k.), zabójstwo (art. 148 k.k.), ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 156 k.k.), Sprowadzenie zdarzenia powszechnie niebezpiecznego (art. 163 k.k.), Zawładnięcie statkiem wodnym lub powietrznym (art. 166 k.k.), bezprawne pozbawienie wolności (art. 189 k.k.), zgwałcenie i wymuszenie czynności seksualnej (art. 197 § 3 i 4 k.k.), Seksualne wykorzystanie niepoczytalności lub bezradności (art. 198 k.k.), Seksualne wykorzystanie małoletniego (art. 200 k.k.), wzięcie zakładnika (art. 252 k.k.)

²⁹⁸ Zgodnie z art. 178a k.p.k. nie wolno przesłuchiwać jako świadka mediatora co do faktów, o których dowiedział się od oskarżonego lub pokrzywdzonego prowadząc postępowanie mediacyjne, z wyłączeniem informacji o przestępstwach, o których mowa w art. 240 § 1 *Kodeksu karnego*.

lekarskiej, który prowadził mediację. Byłoby to niedopuszczalne. W mojej ocenie, zakaz ten odnosi się także do mediatora, który prowadziłby mediację w postępowaniu karnym – rzecznik nie mógłby przesłuchać go w charakterze świadka. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zakaz wynikający z art. 178 a k.p.k. ma charakter bezwzględny tzn. nawet gdyby strony zgodziły się na przesłuchanie mediatora to jego zeznania nie mogłyby stanowić dowodu w sprawie – w przeciwieństwie do postępowania cywilnego. Zgodnie bowiem z art. 259(1) k.p.c. mediator nie może być świadkiem co do faktów, o których dowiedział się w związku z prowadzeniem mediacji, chyba że strony zwolnią go z obowiązku zachowania tajemnicy mediacji.

Podkreślić w tym miejscu należy, że zakaz przesłuchania mediatora jako świadka co do okoliczności związanych z mediacją realizuje jedną z podstawowych zasad mediacji – zasadę poufności. Przebieg mediacji pomiędzy obwinionym lekarzem a pokrzywdzonym objęty jest całkowitą poufnością. Zakaz przesłuchiwanie mediatora w charakterze świadka ma służyć realizacji tej zasady. Warto podkreślić, że zakaz dowodowy odnoszący się do mediatora – w tym do mediatora izby lekarskiej – ma analogiczny zakres do zakazu dowodowego odnoszącego się do obrońcy, co do faktów o których dowiedział się udzielając poradę prawną lub prowadząc sprawę i duchownego, co do faktów o których dowiedział się przy spowiedzi.²⁹⁹Różnica między zakazem dowodowym odnoszącym się do mediatora a zakazami odnoszącymi się do obrońcy i duchownego sprowadzać się będzie do przestępstw wskazanych w art. 240 k.k. – informacje dotyczące popełnienia tych przestępstw nie są objęte tajemnicą mediacji. Dalsze rozważania w powyższym zakresie znajdują się w podrozdziale „Definicja i podstawowe zasady mediacji”.

Kontynuując rozważania w zakresie przepisów znajdujących zastosowanie w postępowaniu wyjaśniającym prowadzonym przez rzeczników, wskazać należy, że w toku postępowania prawo do odmowy składania zeznań przed rzecznikiem przysługuje osobie najbliższej dla obwinionego, a także osobie, która w innej toczącej się sprawie jest obwiniona o współudział w przewinieniu zawodowym objętym postępowaniem.³⁰⁰ Świadek może uchylić się od udzielenia odpowiedzi, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę najbliższą na odpowiedzialność

²⁹⁹ Zgodnie z art. 178 k.p.k. Nie wolno przesłuchiwać jako świadków: 1) obrońcy albo adwokata lub radcy prawnego działającego na podstawie art. 245 § 1, co do faktów, o których dowiedział się udzielając porady prawnej lub prowadząc sprawę; 2) duchownego co do faktów, o których dowiedział się przy spowiedzi.

³⁰⁰ Zob. art. 182 k.p.k.

za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.³⁰¹ Przesłuchanie przez rzecznika pokrzywdzonego, czy też świadka w wieku poniżej lat 15 również powinno odbywać się na szczególnych zasadach.³⁰² W sytuacji, gdyby świadek mieszkał poza obszarem działania rzecznika, na wniosek rzecznika może być przesłuchany przez właściwy dla miejsca zamieszkania sąd lekarski.³⁰³

Na świadka w razie jego nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na wezwanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej może zostać nałożona kara pieniężna³⁰⁴ lub też może on zostać przymusowo sprowadzony na przesłuchanie.³⁰⁵

W toku prowadzonego postępowania wyjaśniającego, rzecznik oprócz przesłuchiwanie świadków, powoływania biegłych może także przeprowadzać „inne dowody”, przy czym ani w ustawie o *izbach lekarskich*, ani w regulaminie *wewnętrznego urzędowania rzeczników* nie wskazano na czym inne dowody miałyby polegać. Jak zauważa T. Gardocka „katalog środków dowodowych w polskim procesie karnym jest otwarty”.³⁰⁶ Uwaga ta pozostaje aktualna również na gruncie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Z praktyki postępowania rzeczników wynika, że „innymi dowodami” w sprawie mogą być m.in.: dokumentacja medyczna pacjenta, płyta CD z nagraniem reportażem, artykuł prasowy w którym lekarz reklamuje swoje usługi,³⁰⁷ informacje, opinia z zakładu pracy lekarza.

Przy gromadzeniu wspomnianych dowodów rzecznika obowiązują przepisy *Kodeksu postępowania karnego* i ograniczenia z niego wynikające – przykładowo, zgodnie z art. 168 k.p.k. fakty powszechnie znane albo znane z urzędu nie wymagają dowodu.³⁰⁸

Istotnym uprawnieniem rzecznika w toku postępowania wyjaśniającego jest możliwość zasięgnięcia opinii biegłego lub specjalisty. Zgodnie z art. 59 ust. 2 u.i.l.

³⁰¹ Zob. art. 183 k.p.k.

³⁰² zob. art. 185 a i 185 b k.p.k., więcej na temat przesłuchania dziecka D. Jagiełło, „*Medyczna Wokanda*” 2013, nr 5, s. 141-150.

³⁰³ Zob. art. 60 ust. 3 u.i.l.

³⁰⁴ Zgodnie z art. 285 § 1 k.p.k. stosowanym na mocy art. 112 pkt 1 u.i.l. odpowiednio na świadka, biegłego, tłumacza lub specjalistę, który bez należytego usprawiedliwienia nie stawił się na wezwanie organu prowadzącego postępowanie albo bez zezwolenia tego organu wydalil się z miejsca czynności przed jej zakończeniem, można nałożyć karę pieniężną w wysokości do 3000 złotych.

³⁰⁵ Zgodnie z art. 285 § 2 k.p.k. w wypadkach określonych w § 1 można ponadto zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie świadka.

³⁰⁶ T. Gardocka, *Oskarżony jako źródło dowodu w postępowaniu karnym*, [w:] Dowody w postępowaniach sądowych (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2018, s. 61.

³⁰⁷ Zgodnie z art. 63 ust. 1 KEL Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione.

³⁰⁸ Por. A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 326.

jeżeli stwierdzenie okoliczności mających znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego lub specjalisty. Przepis ten koresponduje z art. 193 § 1 k.p.k., zgodnie z którym jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego lub biegłych. Kwestia powołania biegłego lub specjalisty w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jawi się jako niezwykle interesująca. Podkreślić bowiem należy, że organami prowadzącymi postępowanie są lekarze z co najmniej 10-cio letnim stażem zawodowym. Sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy dotyczą najczęściej niezachowania należytej staranności w podejmowanym leczeniu, błędów medycznych – znacznie rzadziej postępowania dotyczą np. konfliktów między lekarzami. Czy skoro postępowanie prowadzone jest przez lekarzy, to zachodzi potrzeba przeprowadzania dowodu z opinii biegłego lekarza? Czy też, można przyjąć, że lekarze, prowadzący postępowanie mogą skorzystać ze swojej wiedzy medycznej i prowadzić postępowanie bez konieczności powoływania biegłego.³⁰⁹

Kwestia ta pozostaje nadal przedmiotem licznych rozważań. E. Zielińska zauważa, że organ procesowy nie powinien występować w podwójnej roli: organu prowadzącego postępowanie i biegłego.³¹⁰ Autorka prezentuje w tym miejscu tezę z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 maja 1982 r. w sprawie o sygn. IKR 319/81, zgodnie z którym gdyby nawet sąd posiadał wiadomości specjalne to i tak powinien korzystać z opinii biegłego. Z drugiej strony w pewnych przypadkach, kiedy okoliczności sprawy wydają się być oczywiste dla przeciętnego lekarza, E. Zielińska wskazuje, że nie będzie konieczności powoływania biegłego i wystarczające może okazać się wydanie orzeczenia w oparciu o dokumentację medyczną zgromadzoną w toku postępowania.³¹¹

Do kwestii zasięgnięcia opinii biegłego lub specjalisty w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odniósł się Sąd Najwyższy.

³⁰⁹ Więcej na temat roli biegłego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zob. M. Maśliński, G. Wrona, *Opinia biegłego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Dowód konieczny, czy zbyteczny?*, [w:] *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy* (J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak red.), Poznań 2015, s. 357-367.

³¹⁰ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 245-246.

³¹¹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 246.

W uzasadnieniu Wyroku z dnia 19 grudnia 2018 r. w sprawie o sygn. I KK 11/18³¹² Sąd Najwyższy zauważył, że „z istoty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy wynika, że członkowie sądów lekarskich dysponują specjalistyczną wiedzą medyczną i mogą, odwołując się do niej, oceniać także opinie biegłych, czy ekspertów złożone w sprawie”. Z uzasadnienia Wyroku można odczytać uprawnienie członków sądów lekarskich do korzystania ze swej specjalistycznej wiedzy medycznej w rozpoznawanych sprawach. W mojej ocenie wydaje się to w pełni uzasadnione. Należy pamiętać, że odpowiedzialność zawodowa charakteryzuje się tym, że to lekarze – będący rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, członkami sądów lekarskich oceniają działalność zawodową innych lekarzy. Dodatkowo, ustawodawca przewidział, że rzecznicy i członkowie sądów powinni wykazać się co najmniej 10 –cio letnim doświadczeniem zawodowym. Wspomniane doświadczenie zawodowe potrzebne jest właśnie po to, aby móc wykorzystać swoją wiedzę lekarską w prowadzonych postępowaniach.

W ustnym uzasadnieniu motywów postanowienia o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej w dniu 24 października 2018 r. w sprawie o sygn. I KK 2/18³¹³ Sąd Najwyższy również zwrócił uwagę, że lekarze posiadają specjalistyczną wiedzę medyczną i w sprawach oczywistych nie zachodzi potrzeba przeprowadzania opinii z dowodu biegłego. Omawiana sprawa dotyczyła niezachowania przez lekarza należytej staranności przy badaniu pacjenta. Jak zauważył w uzasadnieniu postanowienia Sąd Najwyższy, każdy lekarz posiada wiedzę w zakresie tego, w jaki sposób powinno zostać przeprowadzone rutynowe badanie i dla stwierdzenia takich okoliczności, nie ma potrzeby przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego.

Jeżeli w ocenie rzecznika, zebrany w toku postępowania materiał dowodowy wskazuje na fakt popełnienia przewinienia zawodowego, rzecznik wydaje postanowienie o przedstawieniu zarzutów (art. 72 ust. 1 u.i.l.). W art. 72 ust. 2 u.i.l. wskazano, że zarzuty przedstawia się lekarzowi osobiście lub doręcza się na piśmie, informując go o przysługujących mu prawach, w tym o prawie do złożenia wyjaśnień. Ten etap postępowania wyjaśniającego jest szczególnie istotny z punktu widzenia mediacji, albowiem mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności

³¹² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2018 r., sygn. I KK 11/18.

³¹³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2018 r. o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej

zawodowej może odbywać się tylko między obwinionym lekarzem – a więc lekarzem, któremu rzecznik przedstawił zarzuty – a pokrzywdzonym.

Obowiązek „doręczenia zarzutów na piśmie” budził wątpliwości doktryny. E. Zielińska zauważyła, że w praktyce zdarzało się często, że lekarz nie stawiał się na wezwania rzecznika, co uniemożliwiało ogłoszenie mu zarzutów i przesłuchanie na tą okoliczność albo nie podejmował przesyłek pocztowych.³¹⁴ Jak zauważa A. Daniluk-Jarmoniuk w takiej sytuacji zastosowanie znajdzie art. 133 § 1-2 k.p.k., zgodnie z którym w razie ponownego awizowania pismo uważa się za doręczone.³¹⁵ Tak więc jeśli lekarz nie stawia się na wezwania rzecznika, zarzuty powinno przekazać się lekarzowi pocztą.

Przedstawiając zarzuty, rzecznik powinien poinformować obwinionego lekarza o przysługujących mu prawach, w szczególności: o możliwości ustanowienia nie więcej, niż dwóch obrońców spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych,³¹⁶ składania wniosków dowodowych,³¹⁷ prawie do składania wyjaśnień,³¹⁸ prawie do odmowy składania wyjaśnień^{319a} także możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego na wniosek stron lub z urzędu. Kierując sprawę do postępowania mediacyjnego, rzecznik powinien wziąć pod uwagę charakter sprawy, postawę obwinionego i pokrzywdzonego, możliwy sposób zakończenia sprawy. Jak pokazały przeprowadzone przeze mnie na terenie izb lekarskich badania aktowe, liczba mediacji w poszczególnych izbach uzależniona była w dużej mierze od aktywności rzeczników. W izbach, w których rzecznicy informowali o możliwości skierowania sprawy do mediacji, zapoznawali strony postępowania – w tym lekarza w momencie przedstawiania zarzutów – o zasadach mediacji, ich przebiegu, a także konsekwencjach ewentualnego zawarcia ugody przed mediatorem, mediacji było więcej. Informacja o możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego powinna zostać zawarta w pouczeniu o prawach obwinionego, przysługujących mu w toku postępowania wyjaśniającego.

Jeżeli w ocenie rzecznika istnieją podstawy do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik zawiadamia obwinionego i jego obrońców o terminie końcowego

³¹⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 277.

³¹⁵ A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 329.

³¹⁶ Zob. art. 58 ust. 2 u.i.l.

³¹⁷ Zob. art. 59 ust. 1 u.i.l.

³¹⁸ Zob. art. 72 ust. 2 u.i.l.

³¹⁹ Zob. art. 175 § 1 k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 u.i.l.

zaznajomienia z materiałami postępowania wyjaśniającego – w taki sposób, aby od doręczenia zawiadomienia do samej czynności upłynęło co najmniej 14 dni – wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzania akt sprawy.³²⁰ Czynność końcowego zaznajomienia z materiałami postępowania wymaga obecności rzecznika oraz sporządzenia protokołu. Ewentualne niestawiennictwo obwinionego lub jego obrońców nie wstrzymuje dalszego toku czynności. W terminie 14 dni od dnia zaznajomienia z materiałami postępowania, obwiniony ma możliwość składania wniosków o uzupełnienie postępowania. Obwiniony również na tym etapie postępowania może złożyć wniosek o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego. Następnie, jeśli rzecznik dojdzie do przekonania, że nie istnieje potrzeba uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, wydaje postanowienie o zamknięciu postępowania. W terminie 14 dni od dnia wydania postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego rzecznik składa do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie.³²¹

We wniosku o ukaranie rzecznik powinien wskazać: imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza, dokładne określenie zarzucanego przewinienia zawodowego – ze wskazaniem czasu, miejsca, sposobu, okoliczności oraz skutków wynikających z popełnienia przewinienia zawodowego, imiona, nazwiska i adresy świadków, którzy mają być wezwani na rozprawę, wszelkie inne dowody przeprowadzone w sprawie – zebrana dokumentacja medyczna, opinie biegłych i specjalistów, uzasadnienie wniosku.³²² Wniosek o ukaranie powinien zawierać także informację o tym do którego okręgowego sądu lekarskiego zostanie skierowany.³²³

Wniosek o ukaranie przekazuje się właściwemu sądowi lekarskiemu wraz z aktami postępowania. O skierowaniu wniosku o ukaranie do sądu rzecznik zawiadamia: pokrzywdzonego, obwinionego i właściwą okręgową radę lekarską.

Co istotne, we wniosku o ukaranie powinna także zostać zawarta informacja o postępowaniu mediacyjnym, jeśli takie miałyby miejsce. Jeżeli w toku mediacji doszłoby do zawarcia ugody, to mogłoby mieć to wpływ na wymiar kary. W części zbadanych przeze mnie akt postępowania w których doszło do mediacji między obwinionym a pokrzywdzonym, rzecznik konstruując wniosek o ukaranie wskazywał,

³²⁰ Zob. art. 74 u.i.l.

³²¹ Zob. art. 74 ust. 6 u.i.l.

³²² Zob. art. 75 u.i.

³²³ Zob. § 37 ust. 1

że w toku postępowania mediacyjnego doszło do zawarcia ugody między stronami. Rzecznik odnosił się jednocześnie do art. 53 § 3 k.k, stosowanego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej odpowiednio, zgodnie z którym wymierzając karę sąd bierze także pod uwagę pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji pomiędzy pokrzywdzonym a sprawcą. Rzecznik zauważył potrzebę uwzględnienia faktu pojednania się pokrzywdzonego z obwinionym i uwzględnienie tej okoliczności na korzyść lekarza przy wymierzaniu kary. W mojej ocenie, takie postępowanie w obecnym stanie prawnym uznać należy za prawidłowe. Podkreślić należy, że przepisy nie umożliwiają umorzenia postępowania wyjaśniającego przez rzecznika w przypadku zawarcia ugody w wyniku mediacji. Jeśli czyn, którego dopuścił się lekarz wypełnia znamiona przewinienia zawodowego, nawet jeśli strony zawarły ugody, rzecznik powinien skierować do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie. W tym wniosku powołując się na art. 53 § 3 k.k. może wnosić o niższy wymiar kary dla sprawcy przewinienia zawodowego.

Jeżeli jednak okazałoby się, że postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania (bez konieczności uprzedniego zaznajomienia obwinionego z materiałami postępowania i bez postanowienia o zamknięciu postępowania).³²⁴ Jeżeli do umorzenia postępowania wyjaśniającego dochodzi przed przedstawieniem zarzutów rzecznik, powinien wskazać podstawy umorzenia. Jeśli do umorzenia postępowania dochodzi po przedstawieniu zarzutów, rzecznik w postanowieniu musi zawrzeć imię i nazwisko obwinionego oraz określenie zarzucanego mu czynu. Zażalenie na postanowienie o umorzeniu postępowania przysługuje stronom w ciągu 14 dni od dnia otrzymania jego odpisu. Jeśli postanowienie wydał okręgowy rzecznik, zażalenie wnosi się do właściwego okręgowego sądu lekarskiego. Jeśli postanowienie wydał Naczelny Rzecznik, zażalenie wnosi się do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Uprawnionym do wniesienia zażalenia przysługuje prawo do przejrzenia akt.³²⁵ Właściwy sąd lekarski rozpatrujący zażalenie w razie uchylecia postanowienia ma dwie możliwości: przekazać postępowanie do dalszego prowadzenia przez tego samego rzecznika lub wskazać innego rzecznika do prowadzenia sprawy. Jeżeli zażalenie wnoszone jest na postanowienie Naczelnego Rzecznika, Naczelny Sąd Lekarski

³²⁴ Zob. art. 73 ust. 1 u.i.l.

³²⁵ Zob. art. 68 u.i.l.

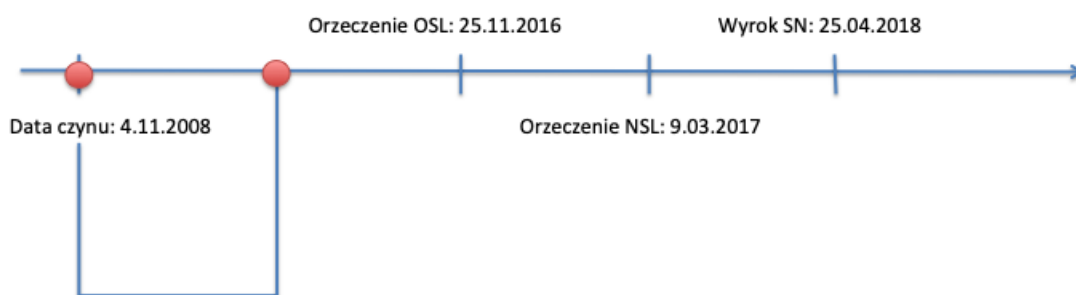
rozpatruje je w składzie trzyosobowym³²⁶ – jest to wyjątek od zasady zgodnie z którą Naczelny Sąd Lekarski orzeka w składzie pięcioosobowym. Uchylając postanowienie sąd lekarski powinien wskazać motywy swojej decyzji, a w razie potrzeby zasygnalizować jakie okoliczności powinny zostać wyjaśnione lub jakie czynności powinny zostać przeprowadzone.³²⁷

Na zakończenie rozważań dotyczących możliwych sposobów zakończenia postępowania wyjaśniającego, należy ponownie przywołać treść art. 63 pkt 4 u.i.l. w zw. z art. 64 ust. 3 u.i.l., zgodnie z którymi wszczęte postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej umarza się, jeżeli nastąpiło ustanie karalności, a więc upłynęło 5 lat od czasu popełnienia przewinienia zawodowego. Tylko stwierdzenie, że przewinienie zawodowe stanowi jednocześnie przestępstwo uprawnia do wydłużenia okresu przedawnienia karalności – zgodnie z art. 64 ust. 4 u.i.l. ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej, niż ustanie karalności przestępstwa.

Ze względu na bardzo restrykcyjne konsekwencje upływu terminu przedawnienia karalności przewinień zawodowych, warto tej kwestii poświęcić więcej uwagi. Z praktyki sądów lekarskich oraz linii orzeczniczej Sądu Najwyższego wynika bowiem, że ustalenie, iż przewinienie zawodowe stanowi jednocześnie przestępstwo może napotykać liczne trudności, na co dowodem jest przywołana w trzech poniżej omówionych wyrokach argumentacja Sądu Najwyższego.

Przebieg postępowania w sprawie, w której Sąd Najwyższy w dniu 25 kwietnia 2018 r.³²⁸ rozpoznał kasację przedstawiał się następująco:

Tabela 11 Przebieg postępowania w sprawie o sygn. akt SDI 120/17



Upływ 5 lat od dnia popełnienia czynu

*opracowanie własne

³²⁶ Zob. art. 70 ust. 1 u.i.l.

³²⁷ Zob. art. 70 ust. 4 u.i.l.

³²⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 kwietnia 2018 r., sygn. akt SDI 120/17.

Sądy lekarskie prowadzące postępowanie w sprawie doszły do przekonania, że zarzucane obwinionej przewinienie zawodowe stanowi jednocześnie przestępstwo za które została skazana prawomocnym wyrokiem sądu karnego. Z tego powodu przyjęły, że ustanie karalności czynu nie będzie wynosiło 5 lat, tylko zostanie wydłużone zgodnie z terminem wskazanym w *Kodeksie karnym* właściwym dla zarzucanego przestępstwa. Zarzut postawiony obwinionej w postępowaniu karnym i dyscyplinarnym przedstawiony został w tabeli poniżej:

Tabela 12 Zestawienie zarzutów w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej z zarzutami w postępowaniu karnym

Zarzut w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej	Zarzut w postępowaniu karnym
Obwiniona w dniu 4 listopada 2008 r. nie dołożyła należytej staranności w postępowaniu lekarskim wobec pacjenta E.S., co polegało na nieprzeprowadzeniu dokładnego badania podmiotowego i przedmiotowego pokrzywdzonego, co stanowiło naruszenie art. 4 u.z.l. w zw. z art. 8 KEL w zw. z art. 53 u.i.l.	Oskarżona w dniu 4 listopada 2008 r. dopuściła się czynu polegającego na tym, że będąc lekarzem rodzinnym w Poradni Zdrowia „S”, na którym ciążył szczególny obowiązek opieki nad pacjentem E.S. poprzez nieprawidłowe postępowanie polegające na braku prawidłowo przeprowadzonych badań podmiotowego i przedmiotowego oraz nieposzerzeniu diagnostyki mającej na celu ustalenie faktycznej przyczyny dolegliwości zgłaszanych przez pokrzywdzonego nieumyślnie naraziła pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu tj. przestępstwa z art. 160 § 1 i 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k.

*opracowanie własne

Postępowanie karne i postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej dotyczyły tego samego lekarza, tej samej wizyty lekarskiej, czynności wobec tego samego pacjenta w tym samym dniu – wizyta pacjenta miała miejsce w dniu 4 listopada 2008 r. Różnica sprowadzała się jednak do tego, że w postępowaniu karnym zarzucono obwinionej spowodowanie skutku w postaci nieumyślnego narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W wyniku postępowania karnego, na skutek wyroku sądu rejonowego, utrzymanego w mocy wyrokiem sądu okręgowego warunkowo umorzono postępowanie

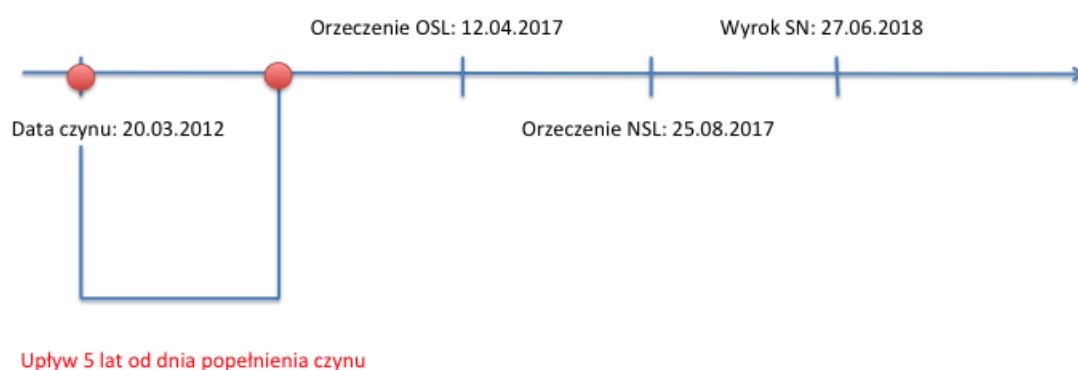
karne wobec lekarza, stwierdzając, że oskarżona dopuściła się popełnienia ww. czynu. Sądy lekarskie obu instancji słusznie doszły do przekonania, że warunkowe umorzenie postępowania karnego jest możliwe jedynie wówczas, gdy dana osoba dopuściła się przestępstwa. Innymi słowy, aby mogło dojść do warunkowego umorzenia postępowania, konieczne jest orzeczenie o winie. W ocenie okręgowego sądu lekarskiego i Naczelnego Sądu Lekarskiego analiza zarzutów postawionych przez rzecznika w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i zarzutów przedstawionych w postępowaniu karnym, prowadziła do wniosku, że chodziło o tożsamy czyn i dlatego należało zastosować art. 64 ust. 4 u.i.l., pozwalający na wydłużenie terminu karalności czynu. Okręgowy Sąd Lekarski w dniu 25 listopada 2016 r. orzekł wobec lekarza karę upomnienia, a Naczelny Sąd Lekarski w dniu 9 marca 2017 r. utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie. Kasację od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego na korzyść lekarza złożył obrońca. Sąd Najwyższy rozpoznając sprawę na podstawie art. 439 § 1 pkt 9 k.p.k. w zw. z art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k. i art. 112 pkt 1 u.i.l. uchylił zaskarżone orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz utrzymane nim w mocy orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego i na podstawie art. 63 pkt 4 w zw. z art. 64 ust. 3 u.i.l. umorzył postępowanie. W ocenie Sądu Najwyższego w sprawie nastąpiło przedawnienie karalności czynu już na etapie wydania orzeczenia przez okręgowy sąd lekarski. W ocenie Sądu, czyn będący przedmiotem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie stanowił jednocześnie przestępstwa stwierdzonego przez sąd karny. Z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego wynikało, że „przedmiotem ocen prawnych w obu odrębnych samodzielnych jurysdykcyjnie postępowaniach było to samo zdarzenie w ujęciu historycznym”, jednakże przestępstwo określone w art. 160 § 1 i 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k. jest przestępstwem materialnym z narażenia, co zostało wyrażone w opisie czynu przez wskazanie skutku polegającego na spowodowaniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pokrzywdzonej. Z kolei przewinienie zawodowe przypisane lekarzowi miało charakter formalny, ponieważ nie został określony skutek – lekarz został obwiniony o niezachowanie należytej staranności ale w zarzucie nie wskazano, ażeby takie zachowanie doprowadziło do powstania określonego skutku.

Podsumowując powyższe rozważania, z omawianego Wyroku Sądu Najwyższego wynika, że aby stwierdzić tożsamość czynów w postępowaniu karnym i postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w obu przypadkach zarzut powinien obejmować określony skutek. Jeżeli natomiast skutek został określony

tylko w zarzucie w postępowaniu karnym, zaś w zarzucie przedstawionym przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej nie, to wtedy nie mamy do czynienia z tożsamością czynów i przedawnienie przewinienia zawodowego następuje po 5 latach. W omawianej sprawie przedawnienie nastąpiłoby w listopadzie 2013 r.

Powyższe stanowisko zaprezentowane zostało także w Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 2018 r.³²⁹ Przebieg postępowania w sprawie kształtował się następująco:

Tabela 13 Przebieg postępowania w sprawie o sygn. akt SDI 26/18



*opracowanie własne

Podobnie, jak w wyżej przedstawionej sprawie, sądy lekarskie prowadzące postępowanie ustaliły, że zarzucane obwinionej przewinienie zawodowe stanowi jednocześnie przestępstwo za które została skazana prawomocnym wyrokiem sądu karnego. Z tego powodu przyjęły, że ustanie karalności czynu nastąpi po czasie wskazanym w przepisach *Kodeksu karnego*. Zarzut postawiony obwinionej w postępowaniu karnym i postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przedstawiony został w tabeli poniżej:

Tabela 14 Zestawienie zarzutów w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej z zarzutami w postępowaniu karnym

Zarzut w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej	Zarzut w postępowaniu karnym
Obwiniona o popełnienie przewinienia zawodowego z art. 4 u.z.l. polegającego	Winna tego, że realizując zlecenia lekarskie leczenia onkohematologicznego pacjenta zgodnie z protokołem Interfant 99/06, wbrew

³²⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 2018 r., sygn. akt SDI 26/18.

<p>na niezgodnym ze wskazaniami wiedzy medycznej podaniu (...) leku Winkrystyna</p>	<p>indywidualnej karcie zleceń lekarskich, nie zachowując reguł ostrożności podała lek Winkrystyna do płynu mózgowo-rdzeniowego, w następstwie czego u pacjenta wystąpiły: utrata przytomności, niedowład wiotki czterokończynowy, postępujące wodogłowie i zaniki korowe, co w konsekwencji spowodowało śmierć pacjenta, to jest popełnienie przestępstwa z art. 155 k.k.</p>
---	---

*opracowanie własne

W postępowaniu karnym, lekarz został skazany na karę 2 lat pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem wykonania na okres 3 lat próby oraz orzeczono wobec niego środek karny w postaci zakazu wykonywania zawodu na okres roku.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej na podstawie art. 82 ust. 2 u.i.l. zostało umorzone. Kasacja od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego została wniesiona przez pełnomocnika pokrzywdzonych. W wyniku rozpoznania kasacji, Sąd Najwyższy zauważył, co następuje:

„Porównanie opisów czynów przypisanych w postępowaniach dyscyplinarnym i karnym wskazuje, że nie są one tożsame. Przestępstwo określone w art. 155 k.k. przypisane prawomocnym wyrokiem sądu karnego polega na nieumyślnym spowodowaniu śmierci. Zatem śmierć człowieka jest tu niezamierzonym skutkiem działania. Natomiast przypisany obwinionej delikt dyscyplinarny polega na niezgodnym ze wskazaniami wiedzy medycznej podaniu leku, czyli ogranicza się do niedotrzymania należytej staranności w postępowaniu lekarskim. Uprawnia to do stwierdzenia, że w rozpoznanej sprawie nie można było zastosować terminu przedawnienia dla przestępstwa określonego w wyroku sądu karnego (...) albowiem czyn nie stanowi jednocześnie przestępstwa stwierdzonego w wyroku Sądu Rejonowego (...). Bez znaczenia pozostaje, że przedmiotem ocen prawnych w obu odrębnych i samodzielnych jurysdykcyjnie postępowaniach było to samo zdarzenie w ujęciu historycznym”.

Mając powyższe na uwadze Sąd Najwyższy na podstawie art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k. w zw. z art. 64 ust. 3 i art. 112 pkt 1 u.i.l. uchylił zaskarżone orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz utrzymane nim w mocy orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego i umorzył postępowanie.

Również powyższy wyrok Sądu Najwyższego pokazuje, że dla przyjęcia, iż czyn stanowi jednocześnie przewinienie zawodowe i przestępstwo, w przypadku kiedy mamy do czynienia z przestępstwem skutkowym, przewinienie zawodowe również powinno dotyczyć zachowania, którym lekarz doprowadził do powstania określonego skutku. Przy liczeniu 5-cio letniego terminu przedawnienia karalności, przewinienie zawodowe uległoby w tej sprawie przedawnieniu w dniu 20 marca 2017 r., a więc jeszcze przed wydaniem orzeczenia przez okręgowy sąd lekarski (orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego wydane zostało w dniu 12 kwietnia 2017 r.).

Linia orzecznicza Sądu Najwyższego zaprezentowana w zakresie przedawnienia karalności czynów, utrzymana została także w sprawie rozpoznawanej przez Sąd Najwyższy w dniu 16 maja 2018 r.³³⁰ Zarzuty postawione lekarzowi w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i w postępowaniu karnym przedstawiały się następująco:

Tabela 15 Zestawienie zarzutów w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów z zarzutami w postępowaniu karnym

Zarzut w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej	Zarzut w postępowaniu karnym
Obwiniony w dniu 8 sierpnia 2012 r. będąc operatorem podczas wykonania zabiegu u pacjenta dopuścił się niestaranności w postępowaniu z pacjentem w ten sposób, że pozostawił w jamie brzusznej dwie serwety operacyjne, tj. o przewinienie zawodowe określone w art. 4 u.z.l. w zw. z art. 8 KEL	(...) będąc głównym operatorem zaniedbał dokładnej kontroli jamy otrzewnowej przed zaszcyciem powłok brzucha, co skutkowało pozostawieniem w ciele pacjenta dwóch serwet chirurgicznych i naraziło pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia (...)

*opracowanie własne

Z analizy uzasadnienia Wyroku Sądu Najwyższego wynika, że w rozpoznawanej sprawie nie można byłoby zastosować terminu przedawnienia określonego odpowiednio przepisami *Kodeksu karnego* bowiem czyn będący przedmiotem postępowania dyscyplinarnego nie stanowiłby jednocześnie przestępstwa, przy czym – w tej sprawie Sąd Najwyższy również podkreślił, że nie miałyby znaczenia, iż przedmiotem ocen prawnych w obu postępowaniach było to samo zdarzenie w ujęciu historycznym. Przyczyną takiego stanowiska Sądu była okoliczność polegająca na tym,

³³⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2018 r., sygn. akt SDI 4/18.

że w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej – w przeciwieństwie do postępowania karnego – nie został w zarzucie określony skutek.

Powyższe orzeczenia – przeanalizowane pod kątem przedawnienia karalności czynów – mogą mieć bardzo istotne konsekwencje dla prowadzonych przez rzeczników postępowań. Podkreślić należy, że istotą przewinienia zawodowego lekarza jest często naruszenie pewnych standardów, niezachowanie należytej staranności. Dla stwierdzenia, że doszło do popełnienia przewinienia zawodowego nie jest potrzebne wystąpienie skutku. Wręcz przeciwnie, analiza orzeczeń sądów lekarskich prowadzi do wniosku, że stosunkowo rzadko w zarzutach formułowanych przez rzeczników wskazuje się skutek. Jest to duża różnica w stosunku do postępowania karnego, w którym to przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu obejmują skutek, przykładowo: nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.), narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 k.k.), spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k.), spowodowanie średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 k.k.).

6. Postępowanie przed sądem lekarskim

6.1. Skład orzekający sądu lekarskiego

Wśród sądów lekarskich należy wyróżnić: okręgowe sądy lekarskie³³¹ i Naczelny Sąd Lekarski³³². Okręgowy sąd lekarski, będący sądem I instancji, stanowi organ okręgowej izby lekarskiej.³³³ Członkiem sądu lekarskiego może zostać tylko lekarz, który wykonywał zawód przez co najmniej 10 lat.³³⁴ Ustawodawca wymaga tu od osoby zasiadającej w sądzie lekarskim pewnego doświadczenia zawodowego – podobnie, jak w przypadku rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Co istotne, nie można łączyć funkcji członka sądu lekarskiego z innymi funkcjami w obrębie samorządu zawodowego – członek sądu lekarskiego może jedynie wchodzić w skład

³³¹ W ramach samorządu zawodowego lekarzy funkcjonują 24 okręgowe sądy lekarskie następujących izb lekarskich: OIL w Białymstoku, OIL w Bielsku-Białej, OIL w Bydgoszczy, OIL w Gdańsku, OIL w Gorzowie Wielkopolskim, OIL w Katowicach, OIL w Kielcach, OIL w Krakowie, OIL w Lublinie, OIL w Łodzi, OIL w Olsztynie, OIL w Opolu, OIL w Płocku, OIL w Poznaniu, OIL w Rzeszowie, OIL w Szczecinie, OIL w Tarnowie, OIL w Toruniu, OIL w Warszawie, OIL we Wrocławiu, Wojskowej Izby Lekarskiej, OIL w Zielonej Górze, OIL w Koszalinie, OIL w Częstochowie.

³³² Naczelny Sąd Lekarski rozpatruje jako sąd II instancji odwołań od orzeczeń wszystkich okręgowych sądów lekarskich. Jego siedziba znajduje się w Warszawie przy ulicy Sobieskiego 110 w tym samym budynku, co biura Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

³³³ Zob. art. 21 pkt 4 u.i.l.

³³⁴ Zob. art. 14 ust. 6 u.i.l.

Krajowego Zjazdu Lekarzy, bądź okręgowego zjazdu lekarzy.³³⁵ Członek sądu lekarskiego nie może jednocześnie pełnić funkcji mediatora izby lekarskiej. Zgodnie bowiem z art. 23a § 3 k.p.k. stosowanym odpowiednio w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej czynny zawodowo sędzia nie może prowadzić postępowania mediacyjnego.

Członkowie sądów lekarskich są wybierani przez okręgowy zjazd lekarzy – w przypadku członków okręgowych sądów lekarskich, zjazd dokonuje wyboru spośród delegatów lub spośród lekarzy wskazanych przez ustępujący okręgowy sąd lekarski.³³⁶ Następnie, wybrani już przez zjazd członkowie sądu lekarskiego wybierają spośród siebie przewodniczącego i jego zastępców, z tym zastrzeżeniem, że jeden z zastępców musi być lekarzem dentystą.³³⁷ Taka regulacja uzasadniona jest rodzajem spraw trafiających do sądów lekarskich i specyfiką postępowań dotyczących spraw dentystrycznych. Dzięki powyższej regulacji w każdym sądzie lekarskim zastępcą przewodniczącego będzie lekarz dentysta, którego wiedza medyczna i doświadczenie zawodowe będą przydatne w toku prowadzonych postępowań.

Jeśli chodzi o wybór członków Naczelnego Sądu Lekarskiego, wskazać należy, że są oni wybierani przez Krajowy Zjazd Lekarzy spośród delegatów lub lekarzy wskazanych przez ustępujący Naczelny Sąd Lekarski.³³⁸ Następnie, spośród swoich członków, Naczelny Sąd Lekarski – analogicznie jak okręgowe sądy lekarskie – wybiera przewodniczącego i jego zastępców, również z tym zastrzeżeniem, że jeden z zastępców musi być lekarzem dentystą.³³⁹ Wyboru przewodniczącego sądu oraz jego zastępców dokonuje się na pierwszym posiedzeniu po wyborach, które zwoływane jest przez odpowiednio Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej lub Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w porozumieniu z ustępującym przewodniczącym w terminie 30 dni od dnia wyboru członków sądu.³⁴⁰

Wybory do organów izb lekarskich, w tym do sądów lekarskich są równe, powszechne i odbywają się w głosowaniu tajnym, przy nieograniczonej liczbie kandydatów.³⁴¹ Liczba osób wchodzących w skład organów – przy organach kolegialnych – jest proporcjonalna do liczebności lekarzy wchodzących w skład danej

³³⁵ Zob. art. 14 ust. 7 u.i.l.

³³⁶ Zob. art. 24 pkt 8 u.i.l.

³³⁷ Zob. art. 30 ust. 1 u.i.l.

³³⁸ Zob. art. 38 pkt 8 u.i.l.

³³⁹ Zob. art. 44 ust. 1 u.i.l.

³⁴⁰ Zob. § 3 regulaminu *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*.

³⁴¹ Zob. art. 12 ust. 2 u.i.l.

izby lekarskiej.³⁴² Przykładowo, w skład Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie – a więc sądu działającego w ramach bardzo licznej okręgowej izby lekarskiej wchodzi obecnie 37 członków, natomiast w dużo mniejszej pod względem liczebności lekarzy okręgowej izbie lekarskiej w Tarnowie obecnie działa 7 członków sądu lekarskiego.³⁴³ Kadencja członków sądów lekarskich wynosi 4 lata.³⁴⁴ Funkcje Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego i Naczelnego Sądu Lekarskiego można pełnić nieprzerwanie nie dłużej, niż przez dwie następujące po sobie kadencje.³⁴⁵ Kadencja organów izb lekarskich, w tym członków sądów lekarskich trwa aż do czasu pierwszego posiedzenia nowo wybranych organów.³⁴⁶

W skład członków sądu lekarskiego wchodzi tylko i wyłącznie lekarze i lekarze dentyści. Zaznaczyć warto, że ta regulacja różni się znacznie od poprzednio obowiązującej ustawy o *izbach lekarskich z 1989 r.* Zgodnie bowiem z nieobowiązującym już art. 56 tego aktu prawnego w skład Naczelnego Sądu Lekarskiego orzekającego w II instancji wchodziłi sędziowie Sądu Najwyższego wskazani przez Prezesa Sądu Najwyższego. Tak było do 2003 r., kiedy to na mocy ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o *Sądzie Najwyższym*³⁴⁷ uchylona została możliwość włączenia do składu orzekającego Naczelnego Sądu Lekarskiego sędziów Sądu Najwyższego. Zaznaczyć jednak należy, że obecnie możliwość wniesienia do Sądu Najwyższego kasacji od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego pozwala na sprawowanie przez Sąd Najwyższy kontroli nad orzecnictwem sądów lekarskich.

Co do zasady, kadencja członków sądów lekarskich trwa do pierwszego posiedzenia nowo wybranego sądu lekarskiego. Mogą jednak zaistnieć sytuacje, w których nastąpi wcześniejsze wygaśnięcie mandatu albo jego zawieszenie. Wygaśnięcie mandatu przed wskazanym terminem następuje w przypadku: zrzeczenia się mandatu, skreślenia z listy członków izby lekarskiej, odwołania przez zgromadzenie wyborcze, które dokonało wyboru, ukarania prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego lub prawomocnym orzeczeniem przez sąd środka karnego określonego w art. 39 pkt 1-2a k.p.k., skazania prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo

³⁴² Zob. art. 12 ust. 4 u.i.l.

³⁴³ Dane ze strony internetowej OIL w Warszawie oraz OIL w Tarnowie, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

³⁴⁴ Zob. art. 14 u.i.l.

³⁴⁵ Por. art. 14 ust. 3 u.i.l.

³⁴⁶ Zob. art. 14 ust. 1 u.i.l.

³⁴⁷ Art. 56 został uchylony przez art. 77 pkt 3 ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o *Sądzie Najwyższym* (Dz.U.02.240.2052) z dniem 1 stycznia 2003 r.

lub przestępstwo skarbowe, zawieszenia prawa wykonywania zawodu uchwałą okręgowej rady lekarskiej, śmierci lekarza, stwierdzenia wygaśnięcia mandatu przez sąd lekarski.³⁴⁸ W razie wygaśnięcia mandatu z powyższych przyczyn na miejsce członka organu wstępuje kandydat, który w wyborach dostał kolejną najwyższą liczbę głosów i nie utracił prawa wybieralności. Jeśli przed upływem kadencji wygasłby mandat przewodniczącego sądu lekarskiego do czasu wyboru nowego przewodniczącego, funkcję tę pełni jeden z zastępców.³⁴⁹ Tak więc ustawodawca przewidział rozwiązanie, które zapobiegałoby sytuacji, w której w razie przedwczesnego wygaśnięcia mandatu nikt nie pełniłby obowiązków m.in. rzecznika, czy członka sądu lekarskiego, co jest bardzo istotne z punktu widzenia terminowości czynności i sprawności postępowania.

Możliwe jest także zawieszenie mandatu członka sądu lekarskiego. Co istotne, w momencie, w którym przeciwko członkowi sądu lekarskiego toczyłoby się postępowanie karne bądź postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej – podobnie jak w przypadku rzeczników odpowiedzialności zawodowej – jego mandat automatycznie ulega zawieszeniu.³⁵⁰ Takie rozwiązanie ustawodawca przewidział tylko w stosunku do członków sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

Przewodniczący sądu lekarskiego pełni szczególnie odpowiedzialną funkcję w obrębie samorządu zawodowego lekarzy – kieruje pracą sądu, reprezentuje go na zewnątrz, podejmuje czynności mające na celu sprawne funkcjonowanie sądu. Funkcje przewodniczącego zostały szczegółowo określone w § 4 wewnętrznego regulaminu *urzędowania sądów lekarskich*. Można wśród nich wskazać m.in.: zaznajamianie się z każdą sprawą wpływającą do sądu i wyznaczanie terminów posiedzeń, ustalanie dat orzekania i wyznaczanie składów orzekających i ich przewodniczących, zwoływanie narady w celach szkoleniowych, stwierdzanie prawomocności orzeczeń i wydawanie stosownych zarządzeń dla ich wykonania, odpowiadanie na pisma wpływające, nadzór organizacji i pracy kancelarii sądu, ustalanie w drodze zarządzenia osoby lub podmiotu pokrzywdzonego w sprawie. Do obowiązków przewodniczących sądów należy dbałość o merytoryczne przygotowanie członków sądu do pracy w składach orzekających. Najczęściej realizacja tego obowiązku następuje w drodze szkoleń i warsztatów.

³⁴⁸ Zob. art. 15 ust. 1 u.i.l.

³⁴⁹ Zob. art. 14 ust. 10 u.i.l. oraz art. 14 ust. 11 u.i.l.

³⁵⁰ Zob. art. 15 ust. 5 u.i.l.

Co roku, przewodniczący przedstawia radzie lekarskiej informację o działalności sądu.³⁵¹ Na członków sądów lekarskich i pracowników kancelarii sądów lekarskich nałożony został obowiązek wykonywania czynności bez zbędnej zwłoki, z zachowaniem obowiązujących terminów.³⁵² Terminowe wykonywanie czynności jest bardzo istotne ze względu na 5-cio letni termin ustania karalności czynów liczony od dnia popełnienia przewinienia zawodowego. Rozprawy przed sądami lekarskimi odbywają się w lokalu, który powinien spełniać wymogi niezbędne dla zachowania powagi sądu.³⁵³ W sali musi zostać wyodrębnione miejsce dla składu orzekającego, rzecznika, obwinionego lekarza i jego obrońców, pokrzywdzonego i jego pełnomocników, świadków. Powinno znaleźć się również miejsce dla publiczności, ponieważ rozprawy przed sądami lekarskimi są jawne. Od tego roku na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej publikowana jest publicznie dostępna wokanda.³⁵⁴ Członkowie składu orzekającego zobowiązani są dbać o zachowanie powagi sądu. Wymóg ten odnosi się do sposobu prowadzenia rozprawy, ale także do ubioru członków sądów lekarskich. Warto spostrzec, że skład orzekający sądu lekarskiego obraduje w togi, tylko w ubraniach cywilnych.

Co do zasady, okręgowy sąd lekarski, jako sąd I instancji orzeka w składzie trzyposobowym,³⁵⁵ zaś Naczelny Sąd Lekarski w składzie pięciosobowym.³⁵⁶

Należy tutaj zwrócić uwagę, że naruszenie przepisów dotyczących liczebności składu orzekającego może skutkować uchynieniem orzeczenia wydanego w nieprawidłowo obsadzonym składzie na podstawie przepisu art. 439 § 1 pkt 2 k.p.k., co miało miejsce m.in. w sprawie rozpoznanej przez Sąd Najwyższy w dniu 29 sierpnia 2017 r.³⁵⁷

W sprawie tej, pod orzeczeniem okręgowego sądu lekarskiego podpis złożył dodatkowy członek składu sądującego - sędzia rezerwowi. Tak więc pod orzeczeniem sądu I instancji podpis złożyło 4 sędziów. W uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego wskazano, że: „Poza sporem pozostaje, że pierwszoinstancyjne orzeczenie zostało wydane w składzie 4-osobowym, zamiast przewidzianym w art. 80 ust. 1 u.i.l. 3-

³⁵¹ Zob. § 4 ust. 6 *regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*.

³⁵² Zob. § 5 *regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*.

³⁵³ Zob. § 6 *regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*.

³⁵⁴ <https://nil.org.pl/izba/naczelny-sad-lekarski/wokandy-naczelnego-sadu-lekarskiego/4421-na-dzien-13-marca-2020-r>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

³⁵⁵ Zob. art. 80 ust. 1 u.i.l.

³⁵⁶ Zob. art. 80 ust. 2 u.i.l.

³⁵⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 2017 r. w sprawie o sygn. akt SDI 46/ 17.

osobowym. (...) Art. 439 § 1 pkt 2 k.p.k., który stosuje się bez istotnych zmian w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, nakazuje, że bez względu na zakres przedmiotowy i – co do zasady – zakres podmiotowy oraz wpływ uchybienia na treść rozstrzygnięcia zaskarżone orzeczenie musi być uchylone, jeżeli sąd lekarski był nienależycie obsadzony”. Taka sytuacja zaistniała w omawianym orzeczeniu.

W dalszej części uzasadnienia wskazano, że skoro dodatkowy członek składu orzekającego brał udział w naradzie, sporządzeniu, ogłoszeniu i podpisaniu orzeczenia sądu I instancji, to sąd był nienależycie obsadzony, a tym samym orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego było dotknięte bezwzględną przyczyną odwoławczą wskazaną w art. 439 § 1 pkt 2 k.p.k., tak więc należało uchylić orzeczenia sądów obu instancji i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania.

Pewnym wyjątkiem od orzekania przez Naczelny Sąd Lekarski w składzie 5-osobowym jest rozpoznanie zażalenia na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego złożone przez pokrzywdzonego bądź zażalenia na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego złożonego przez strony postępowania w przypadku kiedy postanowienie wydał Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – wtedy zażalenie kieruje się do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który rozpoznaje je w składzie 3-osobowym.³⁵⁸ Również w przypadku wniosku o wskazanie innego sądu właściwego oraz wniosku rzecznika w przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w terminie roku o przedłużenie postępowania na dalszy czas określony, Naczelny Sąd Lekarski orzeka w składzie 3-osobowym.³⁵⁹

Zgodnie z § 16 regulaminu *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*, członek składu orzekającego podlega wyłączeniu od orzekania na zasadach określonych w *Kodeksie postępowania karnego*. W mojej ocenie powyższa regulaminowa zasada wydaje się być zbędna ze względu na treść art. 112 pkt 1 u.i.l. odsyłającego do odpowiedniego stosowania przepisów postępowania karnego, również w zakresie instytucji wyłączenia członka sądu lekarskiego – chodzi w szczególności o rozdział 2 *Kodeksu postępowania karnego* „wyłączenie sędziego” i o przepisy: art. 40 (*Iudex inhabilis*), art. 41 (*Iudex suspectus*), art. 41 a, art. 42, art. 43 k.p.k. Odpowiedniego

³⁵⁸ Zob. art. 70 ust. 1 u.i.l.

³⁵⁹ Zob. § 8 ust. 2 *regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*.

zastosowania do odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie znajdzie art. 44 k.p.k., odnoszący się do referendarzy sądowych i ławników, którzy przecież nie biorą udziału w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Zgodnie z art. 40 k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 u.i.l., członek sądu lekarskiego będzie z mocy prawa wyłączony od udziału w sprawie jeśli sprawa jego dotyczy, jest małżonkiem strony postępowania albo obrońcy, pełnomocnika, przedstawiciela ustawowego bądź pozostaje z jedną z tych osób we wspólnym pożyciu, jest krewnym lub powinowatym w linii prostej, a w linii bocznej aż do stopnia pomiędzy dziećmi rodzeństwa osób wymienionych powyżej albo jest związany z jedną z tych osób węzłem przysposobienia, opieki lub kurateli, był świadkiem przewinienia zawodowego, był przesłuchiwany w charakterze świadka w sprawie bądź występował jako biegły, brał udział w sprawie jako rzecznik odpowiedzialności zawodowej, obrońca, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy strony, brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia, lub wydał zaskarżone zarządzenie, brał udział w wydaniu orzeczenia, które zostało uchylone, prowadził mediację. Jeśli chodzi o ostatni element – prowadzenie mediacji – chodziłoby o sytuację, w której obecny członek sądu lekarskiego, przed rozpoczęciem kadencji pełniłby funkcję mediatora izby lekarskiej i prowadził mediację w sprawie, w której teraz miałby orzekać jako sędzia. W takiej sytuacji sędzia jest wyłączony z mocy prawa od udziału w sprawie.

W świetle odpowiednio stosowanego art. 41 k.p.k. członek sądu lekarskiego ulega także wyłączeniu jeśli w sprawie zachodzi jakakolwiek okoliczność mogąca wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie. Zgodnie z art. 41 § 2 k.p.k. jeżeli wniosek zostanie zgłoszony po rozpoczęciu przewodu sądowego pozostawia się go bez rozpoznania, chyba że przyczyna wyłączenia nastąpiła już po rozpoczęciu przewodu, lub stała się wiadoma dopiero po rozpoczęciu przewodu.

Warto w tym miejscu zauważyć, że w przypadku art. 40 k.p.k. wyłączenie sędziego następuje poprzez złożenie przez sędziego oświadczenia na piśmie do akt – sędzia wyłącza się, a na jego miejsce wstępuje nowy.³⁶⁰

Z inną sytuacją mamy do czynienia w przypadku art. 41 k.p.k. W tym przypadku, nawet jeśli sędzia sądu lekarskiego złoży oświadczenie wskazując, że istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego

³⁶⁰ Zob. art. 42 § 3 k.p.k. oraz art. 42 § 4 k.p.k.

bezstronności w sprawie, to i tak o jego wyłączeniu zdecyduje sąd przed którym toczy się postępowanie.³⁶¹

Należy w tym miejscu zasygnalizować, że zgodnie z art. 113 ust. 4 jeżeli zachodzą w stosunku do mediatora okoliczności wskazane w art. 40 – 42 k.p.k., postępowanie jest prowadzone w izbie lekarskiej wskazanej przez organ kierujący sprawę do postępowania mediacyjnego. W przypadkach o którym mowa w art. 40 k.p.k. wyłączenie mediatora izby lekarskiej nastąpi poprzez złożenie przez niego oświadczenia na piśmie. W przypadku, o którym mowa w art. 41 k.p.k., o odwołaniu mediatora decyduje organ, który skierował sprawę do mediacji.

Na doniosłość kwestii wyłączenia członków sądów lekarskich w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w sprawie o sygn. I KK 4/18, rozpoznanej w dniu 24 października 2018 r.³⁶² W przedmiotowej sprawie z treści protokołu rozprawy odwoławczej wynikało, że pełnomocnik pokrzywdzonego złożył oświadczenie odnoszące się do członka składu orzekającego, który w trakcie rozprawy komentował możliwości ewentualnego rozstrzygnięcia Naczelnego Sądu Lekarskiego w sprawie i na tej podstawie pełnomocnik zasugerował poddanie analizie kwestii wyłączenia tego członka składu od orzekania. Po przerwie członek składu orzekającego sam wyłączył się od orzekania i w jego miejsce zasiadł sędzia rezerwowi, który nie był obecny na początkowej części rozprawy i który nie był sędzią dodatkowym, o którym mowa w § 8 ust. 3 regulaminu *wewnętrzny urzędowania sądów lekarskich*. Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że nawet jeśli członek sądu lekarskiego składa do akt postępowania stosowne oświadczenie o wyłączeniu od orzekania w sprawie (*iudex suspectus*), to i tak w przedmiocie wniosku o wyłączenie orzeka sąd, przed którym toczy się postępowanie, ale przy jego rozpatrywaniu nie może brać udziału sędzia, którego on dotyczy. Jak w dalszej części uzasadnienia zauważył Sąd Najwyższy: „W sprawie niniejszej decyzję w tym zakresie podjął sam zainteresowany lekarz, występujący jako sędzia sądu korporacyjnego i członek składu orzekającego. Takie postąpienie w sposób rażąco naruszało przepis art. 42 k.p.k. w zw. art. 112 pkt 1 u.i.l.”

Należy podkreślić, że w kwestii wyłączenia nie może orzekać członek sądu lekarskiego, którego wniosek dotyczy. Zwrócił na to uwagę Sąd Najwyższy

³⁶¹ M. Błoński, M. Kurowski, *Organy procesowe*, [w:] Meritum postępowanie karne (D. Świecki red.), Warszawa 2019, s. 246.

³⁶² Wyrok z dnia 24 października 2018 r., sygn. akt I KK 4/18.

w uzasadnieniu wyroku z dnia 24 stycznia 2017 r. w sprawie o sygn. akt SDI 83/16.³⁶³ w treści, którego odnosząc się do argumentacji obrońcy obwinionego lekarza zawartej w kasacji zauważył, iż: „Na płaszczyźnie formalnej doszło także do akceptacji przez sąd II instancji uchybienia w postaci rozpoznania wniosku obwinionej o wyłączenie sędziów sądu I instancji przez tych samych sędziów. Wydali oni postanowienie we własnej sprawie, pomimo, że zgodnie z art. 42 § 4 k.p.k. w zw. z art. 112 pkt 1 u.i.l. wniosek ten winien być procedowany przez sąd w innym składzie. Taki sposób procedowania stanowi dla stron istotną gwarancję kontroli bezstronności sądu, a uchybienia w tym zakresie winny być przedmiotem szczególnie wnikliwych rozważań”.

Warto w tym miejscu odnieść się także do obowiązku sędziego sądu lekarskiego w zakresie wyłączenia się.³⁶⁴ Sąd Najwyższy uwzględnił kasację obrońcy obwinionego lekarza, w której wskazano rażące naruszenie art. 41 § 1 k.p.k., mające wpływ na treść orzeczenia poprzez zachowanie jednego z członków składu orzekającego, które powinno skutkować natychmiastowym wyłączeniem się sędziego od dalszego orzekania. Jak wynika z uzasadnienia orzeczenia: „Przewodniczący składu orzekającego nie tylko jednoznacznie dał wyraz temu, że nie daje wiary linii obrony obwinionego, dyskwalifikując jeszcze przed udaniem się do pokoju narad wiarygodność wyjaśnień obwinionego (cyt.: „Zebranie wywiadu, badanie chorej, co by obwiniony zrobił, co zamierzał, wszelkie elementy wywiadu, nie znajdują umocowania w dokumentacji”), ale – co tym bardziej niedopuszczalne – równie jednoznacznie wypowiedział się jednoznacznie wypowiedział się w kwestii zasadności zarzutu, pod którym stanął obwiniony i w kwestii jego zawinienia”. Zarzut przedstawiony obwinionemu lekarzowi dotyczył tego, że jako lekarz Zakładu Opieki Zdrowotnej w B. w trakcie leczenia pacjentki popełnił błąd diagnostyczny, polegający na niewłaściwym doborze badań w diagnostyce różnicowej silnych bólów w klatce piersiowej z towarzyszącymi im dusznościami (naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Podczas rozprawy jeden z członków składu orzekającego, powiedział: cyt. „Brak było w postępowaniu obwinionego wstępnej elementarnej diagnostyki.” W ocenie Sądu Najwyższego takie słowa członka sądu lekarskiego należało ocenić jako wypowiedanie się, i to publicznie, co do winy lekarza, jeszcze przed naradą sędziowską. Takie zachowanie zostało

³⁶³ Pełne uzasadnienie Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2017 r. w sprawie o sygn. SDI 83/16 dostępne w internetowej bazie orzeczeń Sądu Najwyższego.

³⁶⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2015 r., w sprawie o sygn. akt SDI 16/15.

ocenione przez Sąd Najwyższy jako klasyczna okoliczność wywołująca uzasadnione wątpliwości co do bezstronności sędziego w rozumieniu art. 41 § 1 k.p.k., a w konsekwencji orzeczenie wydane z udziałem takiej osoby nie mogło się ostać.

6.2. Postępowanie przed okręgowym sądem lekarskim

Przed wejściem w życie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, tryb postępowania przed sądami lekarskimi szczegółowo uregulowany był w uchylonym już rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w *sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, w rozdziale V postępowanie przed sądem lekarskim I instancji. Obecnie ze względu na nieliczne przepisy ustawy o *izbach lekarskich* dotyczące postępowania przed sądami lekarskimi, do tego postępowania stosuje się odpowiednio przepisy *Kodeksu postępowania karnego*, na co pozwala przepis art. 112 u.i.l. Postępowanie przed sądami lekarskimi prowadzone jest także w oparciu o regulamin *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*.

W Polsce, w ciągu jednego roku do wszystkich okręgowych sądów lekarskich – a więc do sądów I instancji wpływa około 1 000 spraw. Poniższa tabela ilustruje wpływ spraw od 2010 r., a więc odkąd zaczęła obowiązywać ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, która do dziś reguluje postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.³⁶⁵

Tabela 15 Liczba spraw wpływających do okręgowych sądów lekarskich w latach 2010-2017

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2016	2017
Liczba spraw	608	704	811	1079	1102	1175	1023	1066

*opracowanie własne na podstawie danych ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej <http://www.nil.org.pl>, dostęp w dniu 10 czerwca 2020 r.

Warto zauważyć, że przez pierwszych sześć lat funkcjonowania ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* można było mówić o wzroście liczby spraw

³⁶⁵ Przed wejściem w życie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym postępowanie przed sądami lekarskimi uregulowane było w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich* oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w *sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy*.

kierowanych do sądów lekarskich. W 2016 r. liczba spraw, które wpłynęły do sądów lekarskich zmniejszyła się o 152 sprawy w stosunku do roku poprzedniego. Obecnie utrzymuje się na poziomie około 1000 spraw rocznie.

Od momentu wpłynięcia wniosku o ukaranie sporządzonego przez rzecznika, gospodarzem postępowania staje się sąd lekarski. Na samym początku sąd lekarski bada, czy wniosek o ukaranie odpowiada warunkom formalnym określonym w art. 75 u.i.l.,³⁶⁶ weryfikuje, czy nie zachodzą okoliczności wymagające umorzenia postępowania, czy też postępowanie nie powinno zostać zawieszono. Sąd lekarski na samym początku może m.in.:

- 1). wydać zarządzenie o zwrocie rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej wniosku o ukaranie w celu usunięcia braków formalnych w terminie 7 dni od jego doręczenia wraz z pouczeniem o prawie wniesienia zażalenia;³⁶⁷
- 2). wydać zarządzenie o skierowaniu sprawy na posiedzenie jawne, jeżeli zachodzą podstawy do umorzenia postępowania lub jego zawieszenia albo zachodzi konieczność wydania postanowienia o niewłaściwości sądu;³⁶⁸
- 3). wydać zarządzenie o skierowaniu sprawy na posiedzenie jawne gdy zachodzi potrzeba rozważenia możliwości przekazania jej do postępowania mediacyjnego;³⁶⁹
- 4). wydać zarządzenie o skierowaniu sprawy na posiedzenie jawne gdy obwiniony złoży wniosek o wydanie wyroku skazującego i wymierzenie mu określonej kary bez przeprowadzenia postępowania dowodowego a przewodniczący sądu uzna, że cele postępowania nie sprzeciwiają się rozpoznaniu sprawy na posiedzeniu;³⁷⁰

³⁶⁶ Zgodnie z art. 75 u.i.l., wniosek o ukaranie powinien zawierać: imię, nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza, dokładne określenie zarzucanego przewinienia zawodowego ze wskazaniem czasu, miejsca, sposobu i okoliczności jego popełnienia oraz skutków z niego wynikających, imiona i nazwiska oraz adresy świadków, którzy mają być wezwani na rozprawę, jak również inne dowody, uzasadnienie wniosku.

³⁶⁷ Zgodnie z § 11 ust. 4 regulaminu *wewnętrzny urzędowania sądów lekarskich* przewodniczący sądu w drodze zarządzenia zwraca wniosek o ukaranie rzecznikowi w celu usunięcia braków formalnych w terminie 7 dni od jego doręczenia wraz z pouczeniem o prawie wniesienia zażalenia. Na powyższe zarządzenie przysługuje zażalenie do sądu właściwego do rozpoznania sprawy. Rzecznik, który nie wnosi zażalenia jest obowiązany wnieść w powyższym terminie poprawiony wniosek o ukaranie. Powyższa regulacja jest powtórzeniem art. 337 § 1 k.p.k. stosowanego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odpowiednio.

³⁶⁸ Por. § 11 regulaminu *wewnętrzny urzędowania sądów lekarskich* – zgodnie z § 11 ust. 2 pkt 1-3 na posiedzeniu jawnym sąd wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania, o zawieszeniu postępowania, o niewłaściwości sądu i przekazaniu sprawy do sądu właściwego.

³⁶⁹ Zgodnie z art. 339 § 4 k.p.k. prezes sądu kieruje sprawę na posiedzenie ponadto, gdy zachodzi potrzeba rozważenia możliwości przekazania jej do postępowania mediacyjnego; przepis art. 23a kpk stosuje się odpowiednio.

³⁷⁰ Zob. art. 339 § 3 a k.p.k., zgodnie z którym prezes sądu może skierować sprawę na posiedzenie, jeżeli oskarżony, któremu zarzucono przestępstwo zagrożone karą nieprzekraczającą 15 lat pozbawienia wolności, przed doręczeniem mu zawiadomienia o wyznaczeniu rozprawy złożył wniosek, o którym

5). wydać zarządzenie o skierowaniu sprawy do rozpoznania na rozprawie.

Należy zaznaczyć, że przewodniczący sądu lekarskiego, zaraz po otrzymaniu wniosku o ukaranie, zgodnie z treścią art. 339 § 4 k.p.k., stosowanym na mocy art. 112 u.i.l. odpowiednio w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, powinien każdorazowo rozważyć, czy zachodzi możliwość przekazania sprawy do postępowania mediacyjnego. Jeśli tak, powinien wydać zarządzenie o skierowaniu sprawy na posiedzenie jawne. Strony, obrońcy i pełnomocnicy mają prawo wzięcia udziału w posiedzeniu. Z przeprowadzonych na terenie izb lekarskich badań aktowych wynika, że przewodniczący sądów lekarskich nie korzystają z możliwości, które daje ten przepis i nie kierują spraw na posiedzenie, jeśli zachodzi możliwość skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. Jeśli chodzi o możliwość skierowania sprawy na posiedzenie, w § 11 ust. 2 regulaminu *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich* zostały przewidziane jedynie trzy sytuacje: istnienie podstaw do umorzenia postępowania, jego zawieszenia bądź wydania postanowienia o niewłaściwości sądu. Nie ma tu mowy o skierowaniu sprawy na posiedzenie w celu rozważenia przystąpienia do mediacji. Na marginesie warto zauważyć, że w obecnym regulaminie *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej* oraz w regulaminie *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich* nie poświęcono instytucji mediacji ani jednego przepisu. Może się zdarzyć, że potrzeba skierowania sprawy do mediacji zostanie dostrzeżona dopiero na etapie postępowania przed sądem lekarskim. W takiej sytuacji warto od razu rozważyć wydanie zarządzenia o skierowaniu sprawy na posiedzenie jawne, co przyspieszy postępowanie.

Zgodnie z § 12 regulaminu *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*, jeżeli wniosek o ukaranie spełnia wszystkie wymogi formalne i sprawa podlega skierowaniu na rozprawę, przewodniczący sądu zarządza doręczenie odpisu wniosku o ukaranie lekarzowi oraz jego obrońcom wraz z pouczeniem o prawach i obowiązkach, wzywając go jednocześnie do złożenia wniosków dowodowych w terminie 7 dni od daty doręczenia mu odpisu wniosku o ukaranie, a ponadto poucza go o prawie wniesienia w tym terminie odpowiedzi na wniosek o ukaranie.

Rozprawę przed sądem lekarskim, w świetle odpowiednio stosowanego art. 348 k.p.k. należy wyznaczyć i przeprowadzić bez nieuzasadnionej zwłoki. Jak wynika z § 7

mowa w art. 338 a, a prezes sądu uzna, że cele postępowania nie sprzeciwiają się rozpoznaniu sprawy na posiedzeniu.

wewnętrznego regulaminu *urzędowania sądów lekarskich*, sprawy rozpoznawane są według kolejności wpływu z tym zastrzeżeniem, że sprawy, w których zastosowano tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu albo ograniczenie zakresu czynności zawodowych w trybie art. 77 u.i.l., oraz sprawy zagrożone upływem terminu przedawnienia karalności przewinienia zawodowego, powinny być rozpoznawane poza kolejnością wpływu. Pomiędzy doręczeniem obwinionemu lekarzowi zawiadomienia o terminie rozprawy przed sądem lekarskim, a terminem rozprawy powinno upłynąć co najmniej 7 dni, co wynika z art. 353 § 1 k.p.k., stosowanym odpowiednio oraz z § 15 ust. 1 regulaminu *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*. W przypadku niezachowania tego terminu sąd odracza rozprawę na wniosek obwinionego lub jego obrońcy.

W jednej ze spraw, w których od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego złożona została kasacja przez obrońcę obwinionego, powyższe terminy nie zostały zachowane, co skutkowało uchynieniem orzeczenia i skierowaniem sprawy do ponownego rozpoznania.³⁷¹

W sprawie tej, lekarz został uznany winnym tego, że „przeprowadzając zabieg operacyjny uwolnienia zrostów po liposukcji nie dopełnił należytej staranności w diagnostyce i leczeniu pacjentki K. J., co skutkowało powikłaniem w postaci olbrzymiego krwaka powłok jamy brzusznej”, tj. popełnienia przewinienia zawodowego z art. 8 KEL w zb. z art. 4 u.z.l. Za tak opisany czyn, okręgowy sąd lekarski wymierzył karę nagany. Po rozpoznaniu odwołania pełnomocnika pokrzywdzonej i obrońcy obwinionego, Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie. Kasację na korzyść obwinionego złożył jego obrońca, podnosząc m.in. zarzut rażącego naruszenia prawa do obrony poprzez przeprowadzenie rozprawy odwoławczej pod nieobecność obrońcy, który nie był o jej terminie poinformowany, o czym wiedział skład orzekający, co uniemożliwiło obrońcy wzięcie w niej udziału i popieranie odwołania (rażąca obraza art. 450 § 3 k.p.k. w zw. z art. 117 § 2 k.p.k. w zw. z art. 6 k.p.k. w zw. z art. 112 u.i.l.).

W kasacji podniesiony został także drugi zarzut – rażące naruszenie art. 450 § 3 k.p.k. w zw. z art. art. 117 § 2 k.p.k. w zw. z art. 353 § 1 i 2 k.p.k. w zw. z art. 6 k.p.k. w zw. z art. 112 ust. 1 u.i.l. polegające na przeprowadzeniu rozprawy odwoławczej pod nieobecność obwinionego, w sytuacji, gdy jak wynika z dokumentacji zgromadzonej

³⁷¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2016 r., sygn. akt SDI 30/16.

w aktach sprawy obwiniony złożył wniosek o odroczenie rozprawy z uwagi na odebranie zawiadomienia przez jego żonę w dzień poprzedzający rozprawę, która przekazała mu informację o rozprawie bezpośrednio przed jej rozpoczęciem, a tym samym nie miał on możliwości wzięcia w niej udziału. Rozprawa przed Naczelnym Sądem Lekarskim zaplanowana została na dzień 25 czerwca 2015 r. Jak wynikało ze sporządzonej notatki urzędowej załączonej do akt sprawy, w tym dniu z kancelarią sądu odwoławczego telefonicznie skontaktował się obwiniony i podał, że dzień wcześniej, a więc w dniu 24 czerwca 2015 r. jego żona odebrała korespondencję zawierającą zawiadomienie o terminie rozprawy. Dodał, że jego obrońca przebywa teraz poza granicami kraju i w związku z tym, również nie został prawidłowo zawiadomiony o terminie rozprawy. Jednocześnie obwiniony wyraził chęć uczestnictwa w rozprawie. Ponadto, w notatce urzędowej wskazano również, że obwiniony w trakcie rozmowy „powziął informację, iż sugestia o chęci jego uczestnictwa w rozprawie zostanie przekazana Składowi Orzekającemu, który podejmie decyzję o ewentualnym odroczeniu rozprawy”. Sąd Najwyższy powtórzył, że zgodnie z art. 353 § 1 i 2 k.p.k. pomiędzy doręczeniem zawiadomienia a terminem rozprawy głównej powinno upłynąć co najmniej 7 dni. W tym przypadku wskazany termin nie został zachowany. Obwiniony odebrał zawiadomienie na dzień przed rozprawą, zaś jego obrońca w dniu rozprawy. W świetle art. 353 § 2 k.p.k. w razie niezachowania powyższego terminu rozprawa w stosunku do obwinionego lub jego obrońcy ulega odroczeniu na ich wniosek. Z notatki urzędowej wynika, że taki wniosek został złożony. Art. 353 § 1 i 2 k.p.k., na mocy art. 458 k.p.k. znajduje zastosowanie także w postępowaniu odwoławczym.

Odnosnie uczestnictwa stron w rozprawie Sąd Najwyższy przywołał także art. 450 § 3 k.p.k., zgodnie z którym tylko niestawiennictwo należycie zawiadomionych o terminie rozprawy stron, obrońców lub pełnomocników nie tamuje rozpoznania sprawy. Przepis ten należy powiązać także z art. 117 § 2 k.p.k., zgodnie z którym czynności nie przeprowadza się, jeżeli osoba uprawniona nie stawiła się, a brak dowodu, że została o niej powiadomiona, oraz jeżeli zachodzi uzasadnione przypuszczenie, że niestawiennictwo wynikło z powodu przeszkód żywiołowych lub innych wyjątkowych przyczyn, a także wtedy, gdy osoba ta usprawiedliwiła należycie niestawiennictwo i wnosi o nieprzeprowadzenie czynności bez jej obecności (...). W tej sprawie strony nie były należycie poinformowane o terminie rozprawy, obwiniony wniósł o odroczenie jej terminu. Pomimo tego rozprawa odbyła się, a za przyczynę wskazano zbliżający się termin przedawnienia karalności czynu. Jak wskazano

w uzasadnieniu Wyroku: „taka praktyka nie mogła zostać przez Sąd Najwyższy zaakceptowana, jako jaskrawo naruszająca standardy rzetelnego procesu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej”.

Co do zasady, zgodnie z art. 79 ust. 1 u.i.l. postępowanie przed sądem lekarskim odbywa się na rozprawie jawnej. Wyłączenie jawności rozprawy możliwe jest w przypadkach określonych w art. 79 ust. 2 u.i.l. tj.: jawność rozprawy mogłaby naruszyć tajemnicę lekarską, wywołać zakłócenie spokoju publicznego, obrażać dobre obyczaje, ujawniać okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy, naruszać ważny interes prywatny. Przewód sądowy, zgodnie z § 26 regulaminu *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich* rozpoczyna się od odczytania przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej wniosku o ukaranie. Co istotne, udział rzecznika w rozprawie przed sądem lekarskim jest obowiązkowy – w przypadku niestawiennictwa rzecznika, rozprawa ulega odroczeniu.³⁷² Obwiniony lekarz ma prawo a nie obowiązek udziału w rozprawie.³⁷³ Jeżeli obwiniony lekarz zdecyduje się na wzięcie udziału w rozprawie przed sądem lekarskim, po odczytaniu wniosku o ukaranie przez rzecznika, przewodniczący sądu poucza go o przysługujących mu prawach, po czym pyta, czy zrozumiał treść zarzutu i, czy przyznaje się do zarzucanego mu czynu oraz czy chce złożyć wyjaśnienia i jakie.³⁷⁴

W toku postępowania przed sądem lekarskim, zgodnie z art. 59 ust. 1 u.i.l. przeprowadza się dowody na wniosek stron lub z urzędu.

W praktyce orzecniczej sądów lekarskich pojawił się problem dotyczący możliwości prowadzenia postępowania dowodowego przez Naczelnny Sąd Lekarski, działający jako sąd II instancji. Wątpliwości te zostały rozstrzygnięte w orzecznictwie Sądu Najwyższego. W sprawie o sygn. akt I KS 1/18³⁷⁵, Sąd Najwyższy zauważył,

³⁷² Zgodnie z § 17 ust. 1 *regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich* udział rzecznika w rozprawie jest obowiązkowy. W świetle § 2 w przypadku niestawiennictwa rzecznika rozprawa ulega odroczeniu.

³⁷³ Zgodnie z art. 374 § 1 zd. 1 k.p.k. oskarżony ma prawo brać udział w rozprawie. Zgodnie z § 17 ust. 3 *regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*, nieusprawiedliwione niestawiennictwo obwinionego lub obrońcy nie stanowi przeszkody do rozpoznania sprawy, chyba że sąd uzna ich obecność za konieczną. Zgodnie z § 17 ust. 5 jeżeli obwiniony lekarz nie stawił się na rozprawę bez usprawiedliwienia, sąd może uznać za wystarczające odczytanie jego poprzednio złożonych wyjaśnień w tej sprawie lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie innych ustaw. W takim wypadku odczytuje się uprzednio złożone przez niego wyjaśnienia.

³⁷⁴ Zgodnie z § 27 ust. 1 *regulaminu wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich* po odczytaniu wniosku o ukaranie przewodniczący składu orzekającego poucza obwinionego lekarza o prawie składania wyjaśnień, odmowy wyjaśnień lub odpowiedzi na pytania, po czym pyta go, czy zrozumiał treść zarzutu i, czy przyznaje się do zarzucanego mu czynu oraz czy chce złożyć wyjaśnienia i jakie.

³⁷⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2019 r., sygn. akt I KS 1/18.

że: „na skutek zmian, których ustawodawca dokonywał w przepisach *Kodeksu postępowania karnego* w latach 2015-2016 (...) sąd odwoławczy w znacznym zakresie utracił swój wyłącznie kontrolny charakter, a stał się sądem merytorycznym.” W dalszej części uzasadnienia wskazano, że: „podnoszona w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia potrzeba przesłuchania lekarza, zasięgnięcia opinii biegłego z zakresu urologii nie wskazuje, aby zgromadzony przez sąd pierwszej instancji materiał dowodowy był dotknięty tego rodzaju brakami, których Sąd odwoławczy nie mógłby uzupełnić w ramach swoich kompetencji (...)”. Tak więc wskazać należy, że w obecnym stanie prawnym istnieje możliwość przeprowadzania postępowania dowodowego na etapie postępowania przed Naczelnym Sądem Lekarskim.

W zakresie postępowania dowodowego prowadzonego przed sądami lekarskimi warto odnieść się również do Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2015 r. w sprawie o sygn. SDI 16/15.³⁷⁶ W wyroku tym, Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że w przypadku zgłaszania przez strony wniosków dowodowych, sądy lekarskie na każdym etapie postępowania mają obowiązek odniesienia się do wszystkich wniosków. Nierozstrzygnięcie zgłaszanych wniosków dowodowych rażąco narusza prawo do obrony obwinionego i może skutkować uchYLENIEM orzeczenia sądu lekarskiego przez Sąd Najwyższy. W dalszej części uzasadnienia, Sąd Najwyższy wskazał, że: „Zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia podjętego przez sąd kasacyjny miało także uznanie zasadności zarzutu podniesionego przez obrońcę w pkt II części wstępnej kasacji, (...) które równie dobrze można było (i należało sprowadzić do rażącego naruszenia art. 170 § 3 k.p.k. i art. 452 § 2 k.p.k. Niezależnie od tego, na jakim etapie postępowania strona zgłasza określony wniosek dowodowy, sąd (a w związku z treścią art. 112 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich także i sąd funkcjonujący w ramach organizacji samorządu lekarskiego) ma wręcz obowiązek ten wniosek rozstrzygnąć. W przeciwnym wypadku rażąco narusza prawo do obrony i – szerzej zagadnienie ujmując – reguły rzetelnego procesu”. W tej sprawie obwiniony w odwołaniu zgłaszał szereg zastrzeżeń do wydanej opinii biegłego, zarzucając naruszenie art. 201 k.p.k., czyli oparcie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia na niepełnej, niejasnej i sprzecznej opinii. W konsekwencji, obwiniony złożył wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu naukowego, w celu wyjaśnienia wątpliwości.

³⁷⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2015 r. w sprawie o sygn. SDI 16/15.

Ponadto, jak wynika z protokołu rozprawy przed Naczelnym Sądem Lekarskim wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego został podczas rozprawy powtórzony przez obrońcę obwinionego. Mimo tego, sąd nie odniósł się do wniosków, co należy uznać za rażące naruszenie prawa do obrony obwinionego lekarza, mające wpływ na treść orzeczenia.

Reasumując, niewątpliwie nieodniesienie się przez sądy lekarskie do wniosków dowodowych stron stanowi naruszenie prawa. Jeśli takie naruszenie prawa skutkować ma uchynieniem orzeczenia sądu lekarskiego przez Sąd Najwyższy wykazać trzeba, że miał ono wpływ na treść orzeczenia.

Przechodząc do dalszych rozważań dotyczących postępowania przed sądami lekarskimi, szczególną uwagę zwrócić należy na art. 59 ust. 4 u.i.l., zgodnie z którym składanie przez lekarza zeznań i wyjaśnień w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie stanowi naruszenia tajemnicy lekarskiej. Dotyczy to zeznań i wyjaśnień składanych zarówno na etapie postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, jaki i sądem lekarskim.

Zgodnie z art. 89 ust. 1 u.i.l. orzeczenie sądu lekarskiego powinno zawierać: oznaczenie sądu lekarskiego, który je wydał, sędziów, rzecznika, protokolanta, datę oraz miejsce rozpoznania sprawy i wydania orzeczenia, imię, nazwisko, inne dane określające tożsamość obwinionego, przytoczenie opisu i kwalifikacji prawnej czynu, rozstrzygnięcie sądu, uzasadnienie. W art. 89 ust. 2 u.i.l. doprecyzowano, że w orzeczeniu należy zawrzeć dokładne określenie przypisanego obwinionemu czynu oraz jego kwalifikację prawną, rozstrzygnięcie co do kary. W powyższym kontekście warto wskazać na jedną ze spraw rozpoznawaną przez Sąd Najwyższy, w której to na skutek niespełnienia wszystkich wymogów określonych powyżej, Sąd Najwyższy uchylił orzeczenie sądu odwoławczego i sprawę skierował do ponownego rozpoznania, stwierdzając, że doszło do rażącego naruszenia art. 89 ust. 2 pkt 1 u.i.l. – niedokładnie określono przypisany obwinionemu czyn.³⁷⁷

W sprawie tej sądy lekarskie uznały lekarza za winnego tego, że mimo ciężącego na nim obowiązku opłacania składki członkowskiej i wezwania do uregulowania zaległości nie wywiązał się z tego obowiązku, tj. przewinienia zawodowego stanowiącego naruszenie art. 8 pkt. 1 i 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* w związku z Uchwałą Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4

³⁷⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 2018 r., w sprawie o sygn. akt SDI 124/17.

kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej i Uchwałą Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz art. 59 zd. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Jak zauważył Sąd Najwyższy, w opisie czynu zabrakło wskazania okresu niepłacenia składek oraz łącznej wysokości zaległości wynikających z tego tytułu. W ocenie Sądu Najwyższego tak „kadłubowy” opis czynu nie mógł się ostać. Sądy lekarskie, jak zauważył Sąd Najwyższy, powinny wskazać w opisie czynu dokładny czas niepłacenia składek oraz ich wysokość. Sprawa ta pokazuje, że błędnie skonstruowany przez rzecznika zarzut, który następnie nie zostanie doprecyzowany na etapie postępowania przed sądem lekarskim może stanowić przyczynę uchylenia orzeczenia sądu lekarskiego przez Sąd Najwyższy.

Orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego powinno wraz z pouczeniem o terminie i sposobie wniesienia odwołania zostać doręczone stronom postępowania w terminie 30 dni od dnia jego ogłoszenia.

6.3. Postępowanie przed Naczelny Sąd Lekarskim

Od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego stronom postępowania przysługuje odwołanie do Naczelny Sąd Lekarski, które zgodnie z art. 90 ust. 1 u.i.l. powinno zostać złożone, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

W poniższej tabeli przedstawiłam liczbę spraw wpływających do Naczelny Sąd Lekarski, a więc sądu odwoławczego od 2010 r. – od daty wejścia w życie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*.

Tabela 16 Liczba spraw wpływających do Naczelny Sąd Lekarski w latach 2010-2018

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Liczba spraw	115	177	177	185	212	247	243	221	198

*opracowanie własne

Na podstawie analizy liczby spraw wpływających do Naczelny Sąd Lekarski można powiedzieć, że od 2010 r. do 2015 r. obserwowany był wzrost spraw wpływających do instancji odwoławczej. Od 2016 r. obserwowany jest spadek spraw trafiających do Naczelny Sąd Lekarski. Pokrywa się to ze spadkiem liczby spraw kierowanych do sądów lekarskich w I instancji. Zestawienie liczby spraw wpływających

do okręgowych sądów lekarskich ze sprawami wpływającymi do Naczelnego Sądu Lekarskiego prowadzi do wniosku, że odwołania do Naczelnego Sądu Lekarskiego wpływają od około 20% spraw rozpoznawanych w I instancji.

Sprawa wpływa do Naczelnego Sądu Lekarskiego na skutek złożenia przez stronę postępowania odwołania od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego. Naczelny Sąd Lekarski, analizując odwołania składane od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich powinien odnieść się do wszystkich podniesionych zarzutów. Obowiązek ten wynika z art. 457 § 3 k.p.k.³⁷⁸ oraz art. 433 § 2 k.p.k.³⁷⁹ stosowanych w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy na mocy art. 112 u.i.l. odpowiednio. Niespełnienie tego obowiązku może skutkować uchyleniem orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego przez Sąd Najwyższy. Sąd Najwyższy wydając w dniu 21 kwietnia 2017 r. wyrok w sprawie o sygn. akt SDI 2/17³⁸⁰ uchylił orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego i skierował sprawę do ponownego rozpoznania ze względu na rażące naruszenie art. 433 § 2 k.p.k. i art. 457 § 3 k.p.k. w zw. z art. 410 k.p.k. w zw. z art. 112 oraz art. 61 ust 3 u.i.l. Zgodnie z art. 433 § 2 k.p.k. Naczelny Sąd Lekarski miał obowiązek rozważenia wszystkich wniosków i zarzutów wskazanych w środku odwoławczym – w tej sprawie sąd odwoławczy w ocenie Sądu Najwyższego nie odniósł się do wszystkich zarzutów. Ponadto doszło do rażącego naruszenia art. 457 § 3 k.p.k., w świetle którego w uzasadnieniu należy podać czym kierował się sąd wydając orzeczenie oraz dlaczego zarzuty i wnioski odwołania sąd uznał za zasadne albo niezasadne. Sądy lekarskie w świetle art. 410 k.p.k., powtórnego w art. 61 ust. 3 u.i.l., zgodnie z zasadą obiektywizmu, powinny kształtować swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów. Dowody powinny być oceniane swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. W tej sprawie sądy lekarskie nie odniosły się do wszystkich dowodów zgromadzonych w sprawie, co przyczyniło się do uchylenia orzeczenia przez Sąd Najwyższy.

Co istotne, zarówno w postępowaniu przed sądem lekarskim I instancji, jak i przed sądem odwoławczym, wprowadzona została możliwość zawieszenia postępowania do czasu zakończenia postępowania karnego. Takie uprawnienie sądów

³⁷⁸ Zgodnie z art. 457 § 3 k.p.k. w uzasadnieniu należy podać, czym kierował się sąd wydając wyrok oraz dlaczego zarzuty i wnioski apelacji sąd uznał za zasadne albo niezasadne.

³⁷⁹ Zgodnie z art. 433 § 2 k.p.k. sąd odwoławczy jest obowiązany rozważyć wszystkie wnioski i zarzuty wskazane w środku odwoławczym, chyba że ustawa stanowi inaczej.

³⁸⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2017 r., sygn. akt. SDI 2/17.

wynika z art. 54 ust. 2 u.i.l., zgodnie z którym postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być zawieszona do czasu ukończenia postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakultatywność w zakresie zawieszenia postępowania. Tylko w sytuacji, gdy organ uzna, że wynik postępowania może mieć wpływ na treść orzeczenia ma możliwość zawieszenia postępowania. W jednej z kasacji złożonych od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, obrońca obwinionego zarzucił, że sądy lekarskie rażąco naruszyły art. 54 ust. 2 u.i.l. poprzez niepodjęcie decyzji o zawieszeniu postępowania do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego dotyczącego tego samego czynu.³⁸¹ Sprawa dotyczyła tego, że obwiniony, jako zastępca kierownika kliniki przez brak właściwego nadzoru ordynatorskiego nad personelem lekarskim i personelem średnim, brak właściwej reakcji na zgłaszane przez lekarzy dyżurnych objawy, świadczące o zagrożeniu ciąży bliźniaczej pacjentki doprowadził do zgonu bliźniąt i naraził pacjentkę na bezpośrednie niebezpieczeństwo zagrożenia życia. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w stanowisku zaprezentowanym przed Sądem Najwyższym wnosił o oddalenie kasacji jako oczywiście bezzasadnej, ponieważ w jego ocenie w tej konkretnej sprawie, organy prowadzące postępowanie słusznie nie oczekiwały na rozstrzygnięcie sądu karnego, ponieważ nie zachodziła przesłanka z art. 54 ust. 2 u.i.l. Podkreślił przy tym, że zawieszenie postępowania przez sądy lekarskie w związku z toczącym się postępowaniem karnym ma charakter fakultatywny. Do zawieszenia postępowania może dojść w sytuacji, kiedy organy rzeczywiście dochodzą do przekonania, że wynik postępowania karnego może mieć wpływ na postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Sąd Najwyższy w ustnych motywach uzasadnienia postanowienia o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej zauważył, że co do zasady, jeżeli przepis art. 54 ust. 2 u.i.l. wskazuje na fakultatywność zawieszenia postępowania nie można skutecznie czynić zarzutu z samego faktu, że postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej nie zostało zawieszona mimo że przeciwko lekarzowi w zakresie tego samego czynu toczyło się postępowanie karne.

³⁸¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 lipca 2017 r. o oddaleniu kasacji jako oczywiście bezzasadnej, sygn. akt SDI 31/17.

6.4. Katalog kar orzekanych przez sądy lekarskie

Sądy lekarskie mogą orzekać kary określone w art. 83 u.i.l. do których należą:

- 1) upomnienie;
- 2) nagana;
- 3) kara pieniężna;
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat;
- 5) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat;
- 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat;
- 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

W uzasadnieniu Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2016 r. wskazano, że³⁸²: „kolejność w jakiej ustawodawca wymienia w art. 83 ust. 1 ustawy o *izbach lekarskich* kary przewidziane jako sankcje orzekane w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie jest przypadkowa. Kary te bowiem zostały w tym przepisie wymienione w kolejności od najłagodniejszej do najsurowszej”.

Wymierzając karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza lub zawieszenie prawa wykonywania zawodu sąd może dodatkowo orzec karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia.³⁸³ Z kolei kara pieniężna może zostać orzeczona samoistnie lub też obok kar określonych w punktach 4-6.³⁸⁴

Dodatkowo, w przypadku orzeczenia kar wymienionych w punktach 4-7, sąd lekarski może zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest obwiniony lekarz.³⁸⁵ W poniższej tabeli przedstawiłam liczbę poszczególnych kar orzekanych przez sądy lekarskie w ciągu jednego roku (okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski) od 2010 r.

³⁸² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2016 r., sygn. akt SDI 31/16.

³⁸³ Zob. art. 83 ust. 2 u.i.l.

³⁸⁴ Zob. art. 85 ust. 2 u.i.l.

³⁸⁵ Zob. art. 84 u.i.l.

Tabela 17 Kary orzekane przez sądy lekarskie w latach 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (II inst.)
Upomnienie	139	196	195	163	227	188	201	194	25
Nagana	66	53	74	90	83	105	111	103	16
Kara pieniężna	4	7	30	20	39	64	40	31	13
zakaz pełnienia funkcji kierowniczych	3	2	2	3	2	8	12	7	1
Ograniczenie zakresu czynności w wykonywania zawodu	4	8	8	12	25	29	32	24	7
Zawieszenie prawa wykonywania zawodu	8	4	6	9	15	24	19	19	4
Pozbawienie prawa wykonywania zawodu	0	1	0	1	1	1	5	3	0

*Opracowanie własne, dokonane w oparciu o informacje uzyskane w Naczelnym Sądzie Lekarskim

Z analizy liczby kar orzekanych w poszczególnych latach wynika, że sądy lekarskie najczęściej orzekają wobec obwinionych lekarzy najłagodniejsze kary, a więc upomnienie i naganą.

Najsurowsza z kar, nazywana śmiercią zawodową, a więc pozbawienie prawa wykonywania zawodu orzekana jest najrzadziej. Podkreślić należy, że lekarz pozbawiony prawa wykonywania zawodu, nie ma możliwości starania się o jego ponowne przywrócenie. Ta najsurowsza kara została dotychczas orzeczona wobec 13 lekarzy. Z analizy wymierzanych przez sądy lekarskie kar wynika, że najczęściej

postępowanie wobec lekarza kończy się wymierzeniem jednej z najłagodniejszych kar. Nie można więc powiedzieć, że sądy lekarskie wymierzają surowe kary wobec członków samorządu zawodowego. Szczegółowe opracowanie spraw, w których wymierzona została kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu, dokonana została przez G. Wronę i M. Reshef w artykule „Orzekanie o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu przez sądy lekarskie” – w wydaniu ósmym *Medycznej Wokandy*.³⁸⁶

W zakresie rozważań odnoszących się do wymiaru kary, warto zasygnalizować, że zgodnie z art. 96 ust. 1 zd. 2 u.i.l. od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego może zostać wniesiona kasacja jedynie w zakresie niewspółmierności kary. Jest to cecha charakterystyczna dla odpowiedzialności zawodowej lekarzy, ponieważ na gruncie odpowiedzialności karnej – zgodnie z art. 523 § 1 zd. 2 k.p.k. kasacja nie może być wniesiona wyłącznie z powodu niewspółmierności kary³⁸⁷. Analiza kasacji składanych od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego wskazuje, że strony postępowania decydują się na skorzystanie z przysługującego uprawnienia i wnoszą kasacje, w których podnosi się jako jedyny zarzut niewspółmierności kary.

W kilku sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy Sąd Najwyższy uchylił zaskarżone orzeczenie tylko w zakresie rozstrzygnięcia o karze i sprawę skierował do ponownego rozpoznania przez Naczelny Sąd Lekarski. Tak było w sprawie o sygn. SDI 38/15 rozpoznanej przez Sąd Najwyższy w dniu 29 września 2015 r.³⁸⁸ Obwiniony lekarz został uznany za winnego, tego, że w ramach specjalistycznej praktyki lekarskiej w miejscu wezwania wykorzystując stan zdrowia pacjentki M. W. i swój wpływ na niego, podjął działanie na szkodę pacjentki poprzez: doprowadzenie pacjentki do stanu wyłączającego możliwość podjęcia świadomej decyzji pod pozorem udzielania pomocy lekarskiej, a następnie doprowadził pacjentkę do obcowania płciowego: tj. czynu z art. 14 i art. 2 ust. 1 KEL. Sąd lekarski uznał lekarza winnym popełnienia zarzucanego mu czynu i orzekł karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Odwołanie od orzeczenia złożył obrońca obwinionego lekarza. Naczelny Sąd Lekarski zmienił zaskarżone orzeczenie i wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 5 lat. Orzeczenie to zaskarżone zostało kasacją przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, w której podniesiono

³⁸⁶ Por. M. Reshef, G. Wrona, *Orzekanie o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu przez sądy lekarskie. Część I*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 113-159.

³⁸⁷ Zgodnie z art. 523 § 1 a k.p.k. ograniczenia tego nie stosuje się do kasacji wniesionej przez Prokuratora Generalnego w sprawach o zbrodnie.

³⁸⁸ Wyrok z dnia 29 września 2015 r. w sprawie o sygn. akt SDI 38/15.

zarzut rażącego naruszenia art. 83 ust. 1 pkt 6 u.i.l. w zw. z art. 53 § 1 i 2 k.k. w zw. z art. 112 pkt 2 u.i.l. polegającego na wymierzeniu kary rażąco niewspółmiernej do przypisanego obwinionemu przewinienia zawodowego. Sąd Najwyższy podzielił argumentację podniesioną w kasacji Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, uchylił zaskarżone orzeczenie i skierował sprawę do ponownego rozpoznania przez Naczelny Sąd Lekarski. W uzasadnieniu wyroku, Sąd Najwyższy wskazał, że podstawową okolicznością na którą należało zwrócić uwagę rozpatrując sprawę była argumentacja okręgowego sądu lekarskiego, który ocenił zachowanie obwinionego lekarza jako szczególnie naganne, podkreślając bardzo wysoki stopień naruszenia obowiązków zawodowych przez obwinionego. Okręgowy sąd lekarski w uzasadnieniu swojego orzeczenia podkreślił, że obwiniony drastycznie naruszył stosunek zaufania jaki winien łączyć lekarza i pacjenta. Stopień społecznej szkodliwości przypisanego czynu ocenił jako bardzo wysoki. Dalej okręgowy sąd lekarski zauważył, że takie szczególne naruszenie norm w relacji lekarz - pacjent przez obwinionego, kładzie się "ponurym cieniem na całej korporacji lekarskiej". W związku z tym, obwiniony nie powinien być dopuszczony do dalszego wykonywania zawodu. Naczelny Sąd Lekarski rozpatrując odwołanie obwinionego lekarza w istocie nie zakwestionował prawidłowości ustalenia przez sąd I instancji stopnia zawinienia obwinionego, ani przyjętego stopnia społecznej szkodliwości przypisanego przewinienia zawodowego. Podzielił ocenę sądu I instancji, że tak drastyczne naruszenie przepisów przez obwinionego powinno spotkać się z adekwatną karą. Wskazał też, że szkodliwość czynu obwinionego pod względem moralnym była bardzo wysoka. Nie zostały zatem podniesione przez sąd odwoławczy żadne argumenty, które wskazywałyby na błędną ocenę okoliczności mających wpływ na wymiar kary, a mimo to Naczelny Sąd Lekarski dokonał zmiany orzeczenia wymierzając karę łagodniejszą. Jako jedyną okoliczność łagodzącą podniesiono wcześniejszą niekaralność lekarza. Sąd Najwyższy zwrócił jednak uwagę, że nie można przyjąć, iż była to okoliczność nieznaną okręgowemu sądowi lekarskiemu, a więc taka, której ten nie dostrzegł wymierzając karę. Ze względu na powyższe, kasacja Naczelnego Rzecznika została uwzględniona i skutkowałą uchynieniem orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego w zakresie rozstrzygnięcia o karze.

Podobnie jak w powyższej sprawie, również w sprawie o sygn. akt SDI 31/16.³⁸⁹ Sąd Najwyższy wydał wyrok podzielając słusność argumentacji zawartej w kasacji tylko w zakresie niewspółmierności kary.

W tej sprawie lekarz został uznany winnym tego, że jako lekarz specjalista chirurg wykonujący zabieg operacyjny apendektomii u pacjenta J. S. w w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Z., nie dochował należytej staranności w trakcie otwierania jamy otrzewnej co skutkowało uszkodzeniem tętnicy biodrowej zewnętrznej prawej, prawego moczowodu, prawego powrózka nasiennego z następową martwicą jądra prawego i tym samym naraził pacjenta na dalsze operacje naprawcze i znaczny uszczerbek na zdrowiu, tj. czynu z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej i za to na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 6 u.i.l. Okręgowy sąd lekarski za tak opisany czyn wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres jednego roku. Na skutek rozpoznania odwołania obrońcy obwinionego, Naczelny Sąd Lekarski zmienił zaskarżone orzeczenie wymierzając karę nagany.

Kasację od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w zakresie rozstrzygnięcia o karze na niekorzyść obwinionego i zarzucił mu, na podstawie art. 96 ust. 1 zd. drugie u.i.l. rażąco niewspółmierność kary wyrażającą się w wymierzeniu obwinionemu kary nadmiernie łagodnej w stosunku do przypisanego mu przewinienia zawodowego i wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w zakresie rozstrzygnięcia o karze i przekazanie sprawy w tym zakresie Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu do ponownego rozpoznania w postępowaniu odwoławczym.

Sąd Najwyższy przychylił się do kasacji Naczelnego Rzecznika przyjmując, że wymierzona kara jest niewspółmiernie łagodna. Jak zauważył Sąd Najwyższy, sąd odwoławczy odniósł się tylko do okoliczności przemawiających na korzyść obwinionego, zaś pominął całkowicie kwestie do których odniósł się okręgowy sąd lekarski przy wymiarze kary, takie jak: brak należytej reakcji obwinionego na krwawienie – wykonywanie czynności chirurgicznych „po omacku”, bez wglądu w pole operacyjne, co przyczyniło się do licznych i poważnych uszkodzeń narządów i naczyń u pacjenta, nierzetelna ocena stanu zdrowia pacjenta po operacji i w czasie wypisywania go do domu mimo zgłaszanych niepokojących objawów, zaniechanie dokonania dokładnego opisu przebiegu zabiegu, co mogłoby zwiększyć szanse pacjenta

³⁸⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2016 r.

na wdrożenie w krótkim czasie odpowiednich czynności diagnostyczno-terapeutycznych, poważne i długotrwałe skutki dla pacjenta będące następstwem działania obwinionego – ciężki uszczerbek na zdrowiu. Dodatkowo czyny lekarza zostały uznane za przestępstwo z art. 160 § 3 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k. i art. 156 § 2 k.k. w zw. z art. 156 § 1 pkt 2 k.k. i art. 11 § 2 k.k., za które to obwiniony został skazany przez sąd powszechny na karę jednego roku pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby trzech lat. Sąd Najwyższy zauważył, że przez brak odniesienia się do powyższych okoliczności zaistniała: „oczywista i jednoznaczna dysproporcja pomiędzy tym, co obwinionemu przypisano jako przewinienie zawodowe, a karą dyscyplinarną, którą za to przewinienie orzekł wobec niego sąd II instancji. Tym większa w sytuacji w której ten Sąd – o czym już wspomniano – zaniechał w ogóle oceny znaczenia dla wymiaru kary tych okoliczności przedmiotowych czynu, które określają jego rzeczywista rangę i charakter.”

Warto także w tym miejscu zaznaczyć, że sądy lekarskie nie zostały wyposażone w możliwość orzeczenia wobec lekarza obowiązku wypłaty odszkodowania na rzecz pokrzywdzonego. Okazuje się, że w wielu sprawach, w których doszło do popełnienia przez lekarza błędu medycznego – w szczególności w sprawach stomatologicznych – pacjentowi potrzebne są środki pieniężne na finansowanie dalszego leczenia. Należy w tym miejscu podkreślić, że dzięki mediacji możliwe byłoby zawarcie porozumienia, w wyniku którego lekarz zobowiązałby się do zapłaty określonej sumy pieniężnej na rzecz pacjenta.

Dalsze rozważania w tym zakresie przedstawione zostaną w rozdziale dotyczącym mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków.

6.5. Kontrola Sądu Najwyższego sprawowana nad orzecznictwem sądów lekarskich

Od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończącego postępowanie w sprawie zgodnie z art. 95 ust. 1 u.i.l. przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego. Kasacja jest nadzwyczajnym środkiem zaskarżenia i służy usunięciu z obiegu prawnego orzeczeń dotkniętych rażącymi uchybieniami, które naruszają podstawowe zasady i standardy postępowania, w tym postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Co istotne, Sąd Najwyższy jest sądem prawa,

a nie sądem faktu.³⁹⁰ Oznacza to, że Sąd Najwyższy rozpoznając kasacje od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego bada, czy nie doszło do rażącego naruszenia prawa mającego wpływ na treść orzeczenia. Podstawą kasacji nie mogą być błędy w ustaleniach faktycznych.

Kasacja od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończąca postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, zgodnie z art. 95 u.i.l. przysługuje: stronom, Ministrowi Zdrowia, Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej. Dotychczas Minister Zdrowia nie skorzystał z przysługującego uprawnienia i nie złożył żadnej kasacji. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wniósł dotychczas jedną kasację. Najczęściej kasacje składane są przez obrońców obwinionych lekarzy – przykładowo w 2017 roku na 28 kasacji, aż 22 kasacje złożone zostały przez obrońców lekarzy. Warto wskazać, że do 2003 r., zgodnie z treścią nieobowiązującego już art. 56 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach* w skład Naczelnego Sądu Lekarskiego orzekającego w II instancji wchodził Sędziowie Sądu Najwyższego wskazani przez Prezesa Sądu Najwyższego. Obecnie w skład Naczelnego Sądu Lekarskiego wchodzi sami lekarze, jednakże możliwość wniesienia do Sądu Najwyższego kasacji od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego pozwala na sprawowanie przez Sąd Najwyższy kontroli nad orzecznictwem sądów lekarskich. Kasacje od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego rozpoznawane są przez Izbę Karną Sądu Najwyższego.

W poniższej tabeli przedstawiłam liczbę kasacji rozpoznanych od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego od 2011 r.

Tabela 18 Liczba kasacji wniesionych od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego w latach 2011-2019

Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba wniesionych kasacji	5	6	7	9	11	18	28	36	9

*opracowanie własne

³⁹⁰ P. Misztal, *Nadzwyczajne środki zaskarżenia. Kasacja*, [w:] Meritum postępowanie karne (D. Świecki red.), Warszawa 2019, s. 1037.

Jeśli chodzi o liczbę rozpoznanych kasacji dotyczących osób wykonujących zawody zaufania publicznego w latach 2013-2017 Sąd Najwyższy rozpoznał w sumie 104 kasacje dotyczące radców prawnych, 72 sprawy dotyczące adwokatów, 39 spraw dotyczących notariuszy, 32 sprawy dotyczące prokuratorów, 9 spraw dotyczących farmaceutów i jedną sprawę dotyczącą pielęgniarki.³⁹¹ Z powyższego wynika, że liczba kasacji składanych w sprawach lekarzy jest największa spośród wszystkich medycznych zawodów zaufania publicznego. Zgodnie z art. 96 ust. 1 u.i.l. kasacja może zostać wniesiona z powodu uchybień wymienionych w art. 439 § 1 k.p.k. lub innego rażącego naruszenia prawa. W art. 439 § 1 k.p.k. wskazane zostały bezwzględne przesłanki odwoławcze, wśród których można wskazać m.in.: udział w wydaniu orzeczenia osoby nieuprawnionej, niezdolnej do orzekania bądź podlegającej wyłączeniu na podstawie art. 40 k.p.k., nienależytą obsadę sądu, orzeczenie kary nieznannej ustawie, niepodpisanie orzeczenia przez którąkolwiek z osób biorących udział w jego wydaniu, sprzeczność w treści orzeczenia uniemożliwiająca jego wykonanie, przedawnienie karalności. Przykłady orzeczeń sądów lekarskich, które zostały przez Sąd Najwyższy uchylone ze względu na zaistnienie powyższych bezwzględnych przesłanek odwoławczych zostały przedstawione w pracy przy okazji omawiania poszczególnych etapów postępowania. Charakterystyczna dla postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest możliwość wniesienia kasacji jedynie w zakresie niewspółmierności kary, na co pozwala art. 96.u.i.l. Jest to znacząca różnica w porównaniu do postępowania karnego, w którym zgodnie z art. 523 § 1 zd. 1 k.p.k. kasacja nie może zostać wniesiona jedynie ze względu na niewspółmierność kary.

Możliwość wniesienia kasacji od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego pozwala na sprawowanie nadzoru przez Sąd Najwyższy nad orzecznictwem sądów lekarskich. Podzielam stanowisko G. Wrony zgodnie z którym kontrola dokonywana przez Sąd Najwyższy stanowi doskonałe rozwiązanie prawne, a skutki tej kontroli powinny być szeroko omawiane na forum zawodów zaufania publicznego.³⁹²

Należy w tym miejscu zwrócić także uwagę na Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 czerwca 2010 r., sygn. P 28/09, w którym wskazano, że: „prawo do sądu powinno być zagwarantowane w ramach każdego postępowania

³⁹¹ G. Wrona, *Wstęp* [w:] *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami* (R. Tymiński red.), Kraków 2018, s. 14 i 15.

³⁹² G. Wrona, *Wstęp* [w:] *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami* (R. Tymiński red.), Kraków 2018, s. 17.

dyscyplinarnego, niezależnie od tego, czy chodzi o postępowanie egzekwujące odpowiedzialność dyscyplinarną względem osób wykonujących zawód zaufania publicznego, czy względem osób przynależących do innych grup zawodowych. Każde postępowanie dyscyplinarne jest bowiem postępowaniem represyjnym zmierzającym do ukarania osoby obwinionej o popełnienie przewinienia dyscyplinarnego. Sądowa kontrola prawidłowości postępowania dyscyplinarnego oraz rozstrzygnięć w nim wydawanych gwarantuje ochronę konstytucyjnych praw i wolności takiej osoby, a dodatkowo – jeżeli wykonuje ona zawód zaufania publicznego – stanowi element nadzoru państwa nad działalnością samorządu zawodowego. Z tego też względu w każdej sprawie dyscyplinarnej, która była przedmiotem rozstrzygnięcia w pozasądowym postępowaniu dyscyplinarnym, ustawodawca musi zapewnić prawo do wszczęcia sądowej kontroli postępowania dyscyplinarnego i zapadłego w jego wyniku orzeczenia”.³⁹³

Postępowanie prowadzone przed organami izb lekarskich ma charakter postępowania represyjnego – wobec lekarzy mogą zostać bardzo surowe sankcje, z karą dożywotniego pozbawienia prawa wykonywania zawodu włącznie. Dlatego niezwykle istotne jest, aby kontrolę nad orzecznictwem sądów lekarskich sprawował Sąd Najwyższy, który ma możliwość uchylecia orzeczeń wydawanych przez lekarzy, gdyby doszło do rażącego naruszenia prawa mającego wpływ na treść orzeczenia. Taki układ procesowy zwiększa zaufanie obywateli do wymiaru sprawiedliwości – istnieje bowiem środek zaskarżenia pozwalający na kontrolę orzecznictwa zawodowego sprawowanego wewnątrz korporacji.

Na marginesie warto zauważyć, że kontrola Sądu Najwyższego sprawowana nad orzecznictwem sądów lekarskich od 2016 r. może pojawić się także na etapie wnoszenia w trybie art. 539 a § 1 k.p.k.³⁹⁴ skargi na orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego uchylające orzeczenie sądu I instancji i przekazujące sprawę do ponownego rozpoznania.³⁹⁵ Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 14 września 2017 r. (sygn. akt I KZP 9/17)³⁹⁶ wskazał, że: „Przepisy rozdziału 55a *Kodeksu postępowania karnego* o skardze

³⁹³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 czerwca 2010 r., sygn. akt P 28/09.

³⁹⁴ Zgodnie z art. 539 a § 1 k.p.k. od wyroku sądu odwoławczego uchylającego wyrok sądu pierwszej instancji i przekazującego sprawę do ponownego rozpoznania stronom przysługuje skarga do Sądu Najwyższego.

³⁹⁵ Por. R. Tymiński, *SN w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej* [w:] *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami* (R. Tymiński red.), Kraków 2018, s. 26-31.

³⁹⁶ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 14 września 2017 r., sygn. I KZP 9/17.

na wyrok sądu odwoławczego, uchylający wyrok sądu pierwszej instancji i przekazujący sprawę do ponownego rozpoznania, znajdują odpowiednie zastosowanie (art. 74¹ pkt 1 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych, Dz.U. z 2016 r., poz. 233 ze zm.) w postępowaniu dyscyplinarnym uregulowanym przepisami ustawy o radcach prawnych, a wniesioną skargę rozpoznaje Sąd Najwyższy”. W związku z powyższym należy przyjąć, że skoro w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w zakresie nieuregulowanym odpowiednio stosuje się przepisy *Kodeksu postępowania karnego*, od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego uchylającego orzeczenie sądu I instancji i przekazującego sprawę do ponownego rozpoznania przysługuje skarga do Sądu Najwyższego określona w rozdziale 55 a kodeksu. Dotychczas w powyższym trybie zostało wniesionych 5 skarg na orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Reasumując, podkreślić należy, że piecza sprawowana przez Sąd Najwyższy nad orzecznictwem sądów lekarskich ma bardzo istotne znaczenie ze względu na charakter odpowiedzialności zawodowej. Odpowiedzialność zawodowa sprawowana jest bowiem w obrębie społeczności tworzącej określoną grupę zawodową – lekarzy. Możliwość wniesienia kasacji, skargi pozwala na kontrolę orzecznictwa wewnątrz korporacyjnego przez Sąd Najwyższy, który sprawuje wymiar sprawiedliwości w Rzeczypospolitej Polskiej.

7. Podsumowanie

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy prowadzone przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej składa się z etapu czynności sprawdzających i etapu postępowania wyjaśniającego.

Czynności sprawdzające rozpoczynają się w momencie, kiedy rzecznik otrzymuje informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego. Wśród źródeł informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego można wyróżnić: osobowe źródła informacji – przykładowo, skarga pacjenta, lekarza, informacja od prokuratora prowadzącego postępowanie w sprawie przeciwko lekarzowi oraz czynności urzędnicze – sytuacje, kiedy rzecznik poweźmie informację

o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego w związku z prowadzeniem innego postępowania, ale też doniesienia medialne.³⁹⁷

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na dążenia ustawodawcy związane z obowiązkiem współpracy pomiędzy organami prowadzącymi postępowania karne – prokuratorami a właściwymi organami samorządów zawodowych. Zgodnie z art. 21 § 1 pkt 2 k.p.k., prokurator informuje właściwy organ samorządu zawodowego o wszczęciu i ukończeniu postępowania toczącego się przeciwko lekarzowi.³⁹⁸ W praktyce, coraz częściej zdarza się, że rzecznicy dowiadują się o możliwości popełnienia przez lekarza przewinienia zawodowego od prokuratorów. Na etapie czynności sprawdzających nie jest możliwe skierowanie do postępowania mediacyjnego. Mediacja może odbyć się tylko między pokrzywdzonym a obwinionym, a na tym etapie postępowania obwiniony lekarz nie jest jeszcze wyodrębniony.

W ramach postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej uprawniony jest do przeprowadzenia szeregu czynności dowodowych – przesłuchiwanie świadków, przeprowadzenia dowodu z dokumentacji medycznej, zasięgnięcia opinii biegłych lekarzy. Pojawia się w tym miejscu pytanie, czy rzecznik, będący lekarzem z co najmniej 10- cioletnim doświadczeniem zawodowym, a także sąd lekarski, w skład którego również wchodzi lekarze z co najmniej 10-cioletnim doświadczeniem zawodowym mają obowiązek zasięgnięcia opinii biegłego, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych? Jak zauważa E. Zielińska organ procesowy nie powinien występować w podwójnej roli: organu prowadzącego postępowanie i biegłego.³⁹⁹ Z drugiej jednak strony w pewnych przypadkach, kiedy okoliczności sprawy wydają się być oczywiste dla przeciętnego lekarza, nie wydaje się konieczne powoływanie biegłego.⁴⁰⁰ Rzecznik odpowiedzialności zawodowej na etapie postępowania wyjaśniającego może z inicjatywy lub za zgodą stron (obwinionego i pokrzywdzonego) skierować sprawę do postępowania mediacyjnego. Jeżeli zgromadzony w toku postępowania wyjaśniającego materiał dowodowy wskazuje

³⁹⁷ Zob. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 253-255.

³⁹⁸ Zgodnie z art. 21 § 1 pkt. 2 o k.p.k. wszczęciu i ukończeniu postępowania toczącego się z urzędu przeciw osobom będącym członkami samorządu zawodowego - należy bezzwłocznie zawiadomić właściwy organ tego samorządu;

³⁹⁹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 245-246.

⁴⁰⁰ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 246.

na możliwość popełnienia przez lekarza przewinienia zawodowego, rzecznik wydaje postanowienie o przedstawieniu zarzutów, a następnie sporządza wniosek o ukaranie.

Od momentu wpłynięcia wniosku o ukaranie sporządzonego przez rzecznika, gospodarzem postępowania staje się sąd lekarski. Sądem lekarskim właściwym do rozpoznania sprawy w I instancji jest okręgowy sąd lekarski, w skład którego wchodzi trzech lekarzy lub lekarzy dentystów. Od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego przysługuje odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, w skład którego wchodzi pięciu lekarzy lub lekarzy dentystów. Sąd lekarski może skierować obwinionego i pokrzywdzonego do postępowania mediacyjnego.

Od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończącego postępowanie w sprawie zgodnie z art. 95 ust. 1 u.i.l. przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego, sprawującego wymiar sprawiedliwości w Rzeczypospolitej Polskiej.

Rozdział III

Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*.

1. Zagadnienia wstępne

Rozdział III pracy dotyczy „Mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*”. W tej części pracy przedstawiłam definicję oraz zasady mediacji, które znajdują zastosowanie także w postępowaniu mediacyjnym prowadzonym w izbach lekarskich. Odniosłam się w szczególności do kwestii pełnienia funkcji mediatora przez lekarza oraz przeprowadzania mediacji na terenie izb lekarskich w kontekście zasady bezstronności i neutralności. Powołałam się na przeprowadzony z mediatorem Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach dr n med. Zygfriedem Wawrzyńkiem wywiad, w którym podzielił się ze mną swoimi spostrzeżeniami z mediacji prowadzonych w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Przedstawiłam także prawa i obowiązki mediatora izby lekarskiej w zakresie: zapoznania się z aktami postępowania, informowania stron o mediacji, a także sporządzenia sprawozdania przekazywanego rzecznikowi izby lekarskiej lub sądowi lekarskiemu. Odniosłam się również do katalogu spraw, które w mojej ocenie w szczególności powinny być kierowane do postępowania mediacyjnego oraz konsekwencji zawarcia ugody przed mediatorem izby lekarskiej na bieg postępowania

w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Przedstawiłam także postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i dokonałam porównania postępowania przed komisją do postępowania mediacyjnego.

2. Definicja i podstawowe zasady mediacji

W obecnie obowiązujących aktach prawnych brak jest legalnej definicji mediacji. Takiej definicji na próżno szukać zarówno w *ustawie o izbach lekarskich*, jak i regulacjach ogólnych *Kodeksu postępowania karnego*, stosowanego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odpowiednio.

Formułując definicję mediacji, R. Morek nazywa ją „fenomenem społecznym” i „szczególnym rodzajem działalności człowieka”, który trudno jest jednoznacznie zdefiniować.⁴⁰¹ Autor ten w swoich publikacjach mówi, że „Mediacja jest procesem wymagającym udziału (interwencji) bezstronnej osoby trzeciej, która pomaga spierającym się stronom w osiągnięciu obustronnie akceptowalnego rozwiązania, godzącego różnice ich stanowisk.”⁴⁰²

Ch. W. Moore, definiując mediację, zaczyna od roli mediatora – jako osoby trzeciej biorącej udział w mediacji – wskazując, że mediacja to „Proces rozwiązywania konfliktu z udziałem strony trzeciej – akceptowanej przez wszystkich uczestników, lecz niemającej uprawnień do podejmowania za nich wiążących decyzji – która interweniuje w konflikcie, czy sporze, by pomóc stronom poprawić relacje i komunikację oraz wykorzystać skuteczne procedury rozwiązywania problemów i negocjacji, pozwalające zrozumieć się i osiągnąć dobrowolnie obopólnie akceptowane porozumienie w sprawach spornych”⁴⁰³.

Warto także przywołać definicję M. Bobrowicza, który zauważa, że „Mediacja to postępowanie: dobrowolne i nieformalne, w którym uczestniczy neutralny mediator, którego celem jest osiągnięcie akceptowalnego przez obie strony rozwiązania konfliktu.”⁴⁰⁴

⁴⁰¹ R. Morek, *Zasady mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 21.

⁴⁰² R. Morek, *ADR – Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach gospodarczych*, Warszawa 2004, s. 75.

⁴⁰³ Ch. W. Moore, *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*, Warszawa 2016, s. 30.

⁴⁰⁴ M. Bobrowicz, *Mediacja. Jestem za*, 2008, s. 18.

Po przeanalizowaniu powyżej przedstawionych definicji dotyczących mediacji stwierdzić można, że mediacja jest zorganizowanym, poufnym postępowaniem, do którego strony przystępują dobrowolnie z udziałem bezstronnego i neutralnego mediatora, który pomaga im w osiągnięciu akceptowalnego przez obie strony rozwiązania konfliktu.

Korzenie mediacji, jako formy rozwiązywania sporów sięgają czasów formowania się pierwszych grup społecznych. E. Gmurzyńska stwierdza nawet, że mediacje, jako metoda dochodzenia do porozumienia są „stare jak świat”⁴⁰⁵. Wraz z pojawieniem się pierwszych ludzi, zaczęły powstawać pierwsze konflikty. W jaki sposób je rozwiązywano? Zanim ukształtowały się jakiegokolwiek instytucje prawne, sądy, zwyczajowo starszyzna pośredniczyła w rozwiązywaniu sporów plemiennych. Już wtedy mieliśmy do czynienia z załączkiem mediacji. Jak zauważa W. Wołodkiewicz i M. Zabłocka prawo rzymskie przewidywało możliwość zawarcia nieformalnej umowy o powierzenie prywatnemu arbitrowi rozstrzygnięcia sporu między stronami (tzw. *compromissum*).⁴⁰⁶ Z kolei S. Kordasiewicz wskazuje, że mediacja stosowana była szeroko w Egipcie.⁴⁰⁷ Dzięki temu, że ugody spisywane były na bardzo trwałych zwojach papirusów, wiele z nich zachowało się aż do dziś – w szczególności liczne porozumienia z VI w. n.e., które w większości dotyczyły spraw rodzinnych, podziału majątku spadkowego.⁴⁰⁸ W powyższym kontekście wyróżniały się również Chiny i Japonia, ponieważ kultura i religia tych państw od zawsze przywiązywały duże znaczenie do harmonii, równowagi w relacjach społecznych, rozpatrzenie sprawy przez sąd traktując jako ostateczne wyjście z sytuacji konfliktowej.⁴⁰⁹

Rozwój alternatywnych metod rozwiązywania sporów⁴¹⁰, w tym mediacji, i ukształtowanie ich we współczesnej formie nastąpił w latach sześćdziesiątych XX

⁴⁰⁵ E. Gmurzyńska, *Rola prawników w alternatywnych metodach rozwiązywania sporów*, Warszawa 2014, s. 100.

⁴⁰⁶ W. Wołodkiewicz, M. Zabłocka, *Prawo rzymskie. Instytucje*, Warszawa 2010, s. 240.

⁴⁰⁷ S. Kordasiewicz, *Historyczna i międzynarodowa perspektywa mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 41

⁴⁰⁸ *Ibidem*.

⁴⁰⁹ *Ibidem* s. 44, 48.

⁴¹⁰ R. Morek, *ADR – Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach gospodarczych*, Warszawa 2004, s. 1 - 7. R. Morek definiuje pojęcie alternatywnych metod rozwiązywania sporów (*Alternative Dispute Resolution*) jako grupę procedur, zmierzających do polubownego rozwiązania sporu z pomocą neutralnego i bezstronnego podmiotu trzeciego, stanowiący alternatywę dla postępowania sądowego. Alternatywne metody rozwiązywania sporów – w takiej formie w jakiej znamy je współcześnie – narodziły się w latach siedemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych jako część programu *peaceful conflict resolution*. Celem ich wprowadzenia było dążenie do ugodowego rozwiązywania konfliktów przez obywateli, co miało pozwolić na poprawę stosunków społecznych. Sąd, w przypadku konfliktu miał być ostatecznością.

wieku w Stanach Zjednoczonych. Był odpowiedzią na kryzys sądownictwa amerykańskiego – postępowania sądowe były bowiem długie i kosztowne.⁴¹¹ Dynamiczny wzrost liczby spraw sądowych (tzw. *litigation explosion*), spowodował niewydolność systemu amerykańskiego sądownictwa. Postępowanie przed sądem było bardzo kosztowne. Zaczęto poszukiwać rozwiązań, które pozwoliłyby na odciążenie systemu, jak i na obniżenie kosztów postępowań. Odpowiedzią na powyższe potrzeby były alternatywne metody rozwiązywania sporów (Alternative Dispute Resolution, tzw. ADR), w tym mediacje, które pozwoliły na przyspieszenie postępowania, zredukowanie kosztów, większą autonomię jednostek w zakresie decydowania o sposobie zakończenia sporu. Alternatywne metody rozwiązywania sporów w systemie *common law*, w Stanach Zjednoczonych funkcjonują do dziś, gdzie większość konfliktów rozwiązywanych jest w tym właśnie trybie.

W Polsce mediacja, jako alternatywna metoda rozwiązywania sporów, może być współcześnie stosowana zarówno w prawie cywilnym – w tym, w sprawach dotyczących odpowiedzialności lekarzy za błędy medyczne (w 2005 r. wprowadzono mediację do ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. *Kodeks postępowania cywilnego*), jak i karnym (w 1997 r. wprowadzono mediację do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*) – w tym w sprawach dotyczących odpowiedzialności lekarzy. Mediacja w Polsce nie cieszy się taką popularnością, jak w Stanach Zjednoczonych.

Przykładowo, można wskazać, że w postępowaniach cywilnych, w drodze mediacji rozwiązywanych jest znacznie mniej niż 1% spraw trafiających do sądów w ciągu jednego roku. Na poniższym wykresie przedstawiłam liczbę spraw kierowanych do mediacji przez sądy cywilne od 2006 r.:

⁴¹¹ A. Jakubiak-Mirończuk, *Alternatywne a sądowe rozstrzyganie sporów sądowych*, Warszawa 2008, s. 22-23.

Tabela 19 Liczba spraw kierowanych do mediacji przez sądy cywilne w latach 2006 - I poł. 2019

Liczba spraw w których strony skierowano w toku postępowania cywilnego do mediacji			
Rok	W sumie	Sądy rejonowe	Sądy okręgowe
2006	1 448	395	1 053
2007	1 399	378	1 021
2008	1 455	394	1 061
2009	1 842	493	1 349
2010	2 196	661	1 535
2011	2 514	858	1 656
2012	2 844	929	1 915
2013	3 251	1 037	2 214
2014	3 272	1 098	2 174
2015	4 123	1 597	2 526
2016	6 438	2 987	3 451
2017	7 668	3 553	4 115
2018	8 351	3 685	4 666
I poł. 2019	4 616	2 098	2 518

*opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości:
<https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/>

Z analizy powyższych danych wynika, że rzeczywiście w kolejnych latach coraz więcej spraw kierowanych jest przez sądy cywilne do mediacji, nadal jednak jest to niewielki odsetek w skali wszystkich rozpoznawanych spraw – mniej niż 1%. Po roku 2015, można zaobserwować wzrost, związany z nowelizacją *Kodeksu postępowania cywilnego* z 2015 r. w zakresie mediacji, która miała przyczynić się do rozwoju tej alternatywnej metody rozwiązywania sporów.⁴¹²

Mediacja jest bardzo rzadko wykorzystywanym sposobem rozwiązywania sporów w postępowaniach karnych, co zostało przedstawione w poniższej tabeli. Z zestawionych danych wynika nawet, że w kolejnych latach coraz mniej spraw kierowanych jest do postępowania mediacyjnego.

⁴¹² K. Antolak-Szymanski, O. M. Piaskowska, *Mediacja w postępowaniu cywilnym. Komentarz*, Warszawa 2017.

Tabela 20 Liczba spraw w których strony skierowano w toku postępowania karnego do mediacji w latach 1998 - I poł. 2019

Liczba spraw w których strony skierowano w toku postępowania karnego do mediacji	
Rok	W sumie
1998	10
1999	3 66
2000	7 71
2001	7 86
2002	1 021
2003	1 858
2004	3 569
2005	4 440
2006	5 052
2007	4 178
2008	3 892
2009	3 714
2010	3 480
2011	3 254
2012	3 254
2013	3 696
2014	3 770
2015	4 046
2016	3 713
2017	4 100
2018	3 859
I poł. 2019	1 967

*opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości: <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/>

Analiza powyższych danych wskazuje, że mediacja w postępowaniach cywilnych i karnych jest bardzo rzadko stosowaną formą rozwiązywania sporów, w tym spraw z udziałem lekarzy.

W dalszej części pracy będę odnosić się do regulacji prawnych w zakresie mediacji w sprawach karnych. Jak bowiem wynika z art. 113 ust. 6 u.i.l. do postępowania mediacyjnego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*. Warto zauważyć, że generalne odesłanie

do odpowiedniego stosowania przepisów *Kodeksu karnego* i *Kodeksu postępowania karnego* w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej w zakresie nieuregulowanym ustawą o *izbach lekarskich* znajduje się także w art. 112 tej ustawy. Zgodnie z art. 112 pkt 1 u.i.l. zastosowanie w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy znajdują przepisy *Kodeksu postępowania karnego* z wyłączeniem przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, postępowaniu przygotowawczym, środkach przymusu z wyłączeniem przepisów o karze pieniężnej.

Podzielim stanowisko reprezentowane w literaturze przedmiotu przez A. Daniluk-Jarmoniuk⁴¹³ oraz I. Wrześniewską-Wal,⁴¹⁴ że do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy – w zakresie mediacji należy stosować także odpowiednio przepisy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych*, wydanego na podstawie odesłania ustawowego zawartego w art. 23a § 8 k.p.k.⁴¹⁵ W szczególności warto zwrócić uwagę na przepisy, w zakresie w jakim w rozporządzeniu tym zostały uregulowane kwestie: zakresu i warunków udostępniania akt sprawy oraz formy i zakresu sprawozdania z wyników postępowania mediacyjnego. Nie ulega natomiast wątpliwości, że nie znajdą w omawianym postępowaniu odpowiedniego zastosowania przepisy odnoszące się do warunków, jakim powinny odpowiadać instytucje uprawnione do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego oraz sposobu powoływania i odwoływania instytucji i uprawnionych do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego. Mediacja w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być bowiem prowadzona tylko przez godnych zaufania lekarzy, wybranych przez radę lekarską na okres jednej kadencji – trwającej 4 lata.

Mediacja, niezależnie od gałęzi prawa w której występuje, jest dalece mniej sformalizowaną formą rozwiązywania sporów niż postępowanie przed sądami powszechnymi, czy też przed sądami lekarskimi, jednak opiera się ona na kilku podstawowych i uniwersalnych zasadach. Zgodnie z literaturą przedmiotu do takich

⁴¹³ A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 389.

⁴¹⁴ I. Wrześniewska-Wal, *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018, s. 283.

⁴¹⁵ Zgodnie z art. 23a § 8 k.p.k. Minister Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb przeprowadzania postępowania mediacyjnego, warunki, jakim powinny odpowiadać instytucje i osoby uprawnione do jego przeprowadzenia, sposób ich powoływania i odwoływania, zakres i warunki udostępniania im akt sprawy oraz formę i zakres sprawozdania z wyników postępowania mediacyjnego, mając na uwadze potrzebę skutecznego przeprowadzenia tego postępowania.

zasad zalicza się: dobrowolność, bezstronność, neutralność, poufność.⁴¹⁶W dalszej części rozdziału przybliżę powyższe zasady.

- *Zasada dobrowolności*

Zgodnie z art. 113 ust. 1 u.i.l. rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego. W związku z tym, że w świetle art. 113 ust. 6 u.i.l. do postępowania mediacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy *Kodeksu postępowania karnego* dotyczące postępowania mediacyjnego, zastosowanie znajduje art. 23a § 4 k.p.k., zgodnie z którym udział pokrzywdzonego i obwinionego w mediacji jest dobrowolny.

Zasada dobrowolności mediacji odnosi się do kilku jej aspektów: przystąpienia do mediacji, kontynuacji mediacji, zawarcia ugody, sformułowania treści ugody. Zgodnie z zasadą dobrowolności, decyzja strony o przystąpieniu do mediacji jest samodzielna, nienarzucona przez sąd, ani przez drugą stronę postępowania.⁴¹⁷ Strona może w każdym momencie odmówić dalszego udziału w mediacji.⁴¹⁸ Zasada dobrowolności odnosi się także do zawarcia ugody, która kończy spór.⁴¹⁹ Strona, która wcześniej wyraziła zgodę na przystąpienie do mediacji, aktywnie w niej uczestniczyła, może nie zgodzić się na podpisanie ugody. Wtedy spór trwa dalej. Powyższe uwagi pozostają aktualne na gruncie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. O przystąpieniu do mediacji dobrowolnie decydują obwiniony lekarz i pokrzywdzony. Ani rzecznik odpowiedzialności zawodowej, ani sąd lekarski nie mogą zmusić stron do uczestnictwa w mediacji. Jeśli lekarz i pacjent podejmą decyzję o przystąpieniu do mediacji mogą w każdym momencie – zarówno na etapie postępowania wyjaśniającego, jak i na etapie postępowania przed sądem lekarskim, wycofać zgodę. Tylko i wyłącznie strony postępowania mogą decydować o treści ewentualnej ugody – mediator, ani organy prowadzące postępowanie nie mogą narzucać stronom rozwiązań, które mają znaleźć się w porozumieniu.

Ustawodawca nadał zasadzie dobrowolności mediacji bardzo istotne znaczenie, ujmując tę zasadę wprost w przepisach rangi kodeksowej. Zgodnie z art. 23a § 1 k.p.k.,

⁴¹⁶ P. Waszkiewicz, *Zasady mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 162.

⁴¹⁷ Por. M. Bobrowicz, *Mediacja. Jestem za*, 2008, s. 18.

⁴¹⁸ R. Morek, *ADR – Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach gospodarczych*, Warszawa 2004, s. 75.

⁴¹⁹ P. Waszkiewicz, *Zasady mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 164.

odpowiednio stosowanym do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, sąd lub referendarz sądowy, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator lub inny organ prowadzący to postępowanie, może z inicjatywy lub za zgodą oskarżonego i pokrzywdzonego skierować sprawę do instytucji lub osoby do tego uprawnionej w celu przeprowadzenia postępowania mediacyjnego (...). Skierowanie do mediacji możliwe jest tylko na zgodny wniosek stron (z inicjatywy stron) albo za zgodą obu stron w sytuacji, kiedy organ kieruje sprawę do mediacji z urzędu. Zgodnie z art. 23a § 4 k.p.k. udział oskarżonego i pokrzywdzonego w postępowaniu mediacyjnym jest dobrowolny. Zgodę na uczestniczenie w postępowaniu mediacyjnym odbiera organ kierujący sprawę do mediacji lub mediator, po wyjaśnieniu oskarżonemu i pokrzywdzonemu celów i zasad postępowania mediacyjnego i pouczeniu ich o możliwości cofnięcia wyrażonej zgody aż do momentu zakończenia postępowania mediacyjnego. Ustawodawca rozróżnia tu dwie sytuację – dobrowolność w zakresie przystąpienia stron do mediacji oraz dobrowolność w zakresie udziału stron w mediacji. Na organ kierujący sprawę do mediacji i mediatora nałożony został obowiązek wyjaśnienia zasad mediacji i poinformowania o możliwości cofnięcia zgody na mediację aż do zakończenia postępowania mediacyjnego. Obowiązek ten znajduje zastosowanie także w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a więc dotyczy rzeczników odpowiedzialności zawodowej i członków sądów lekarskich, którzy powinni informować obwinionego i pokrzywdzonego o celach, zasadach mediacji i możliwości cofnięcia zgody aż do czasu zakończenia postępowania. I. Wrześniewska-Wal zwraca uwagę na potrzebę wprowadzenia obligatoryjnego informowania stron postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.⁴²⁰W mojej ocenie taki obowiązek wynika dla organów izb lekarskich z art. 23a § 1 k.p.k.

Z dokonanej przeze mnie analizy akt postępowania na terenie izb lekarskich, wynika, że w praktyce obowiązek informowania stron o dobrowolności mediacji jest realizowany. W pouczeniach wręczanych obwinionemu lekarzowi i pokrzywdzonemu wskazuje się, że: „obwiniony lekarz ma prawo do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym a obwinionym albo wyrażenia zgody na jego przeprowadzenie – pozytywne wyniki mediacji są brane pod

⁴²⁰ I. Wrześniewska-Wal, *Mediacje w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Analiza i propozycje zmian w kierunku obligatoryjności*. [w:] Mediacje obligatoryjne (K. Antolak-Szymanski red.), 2017.

uwagę przez sąd lekarski przy ewentualnym wymiarze kary”. Analogiczna informacja zawarta jest w pouczeniu pokrzywdzonego o uprawnieniach i obowiązkach w toku postępowania wyjaśniającego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Warto zauważyć, że zasada dobrowolności mediacji została wyrażona *explicite* także w *Kodeksie postępowania cywilnego*, w art. 183(1) § 1 k.p.c., zgodnie z którym „mediacja jest dobrowolna”. Jest to pierwszy przepis Oddziału 1 (Mediacja) Rozdziału I (Mediacja i postępowanie pojednawcze) Działu II (Postępowanie przed sądami pierwszej instancji) kodeksu. Tak więc już na samym początku przepisów odnoszących się do mediacji ustawodawca wymienia zasadę dobrowolności. Do zasady dobrowolności mediacji w postępowaniu cywilnym odniesiono się w uzasadnieniu do projektu ustawy nowelizującej *Kodeks postępowania cywilnego*⁴²¹ i podkreślono, że wybór sposobu dochodzenia roszczeń w drodze mediacji należy do stron, jednakże dobrowolne przystąpienie do mediacji i zawarcie umowy o mediację nie stanowi przeszkody do rozpoznania sprawy przez sąd w postępowaniu cywilnym. Jak zauważa K. Antolak-Szymanski⁴²² „zasada dobrowolności mediacji pozostaje w związku z konstytucyjnie gwarantowanym prawem do sądu”. Zgodnie bowiem z art. 45 Konstytucji każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd. Należy podkreślić, że prowadzenie mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy również nie wyłącza możliwości prowadzenia sprawy przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, czy też sąd lekarski.

Warto także zauważyć, że zasada dobrowolności wymieniona została w Standardach prowadzenia mediacji i postępowania mediatora uchwalonych przez Społeczną Radę do spraw Alternatywnych Metod Rozwiązywania Konfliktów i Sporów przy Ministrze Sprawiedliwości w dniu 26 czerwca 2006 r.⁴²³ Zgodnie ze Standardem I, mediator dba o dobrowolność uczestniczenia w mediacji i zawierania porozumienia – nie zmusza stron ani do podjęcia mediacji, ani do osiągnięcia porozumienia. Przed rozpoczęciem mediacji strony uzyskują informację m.in. o możliwości wycofania się na każdym jej etapie oraz o możliwości wybrania innego mediatora. Podkreśla się,

⁴²¹ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – *Kodeks postępowania cywilnego, ustawy Kodeks cywilny oraz ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych*, druk sejmowy nr 3213, Sejm IV kadencji, pkt III.

⁴²² K. Antolak-Szymanski, O. M. Piaskowska, *Mediacja w postępowaniu cywilnym. Komentarz*, Warszawa 2017, s. 89.

⁴²³ <http://ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/mediacje/publikacje-akty-prawne-statystyki/download,188,1.html>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

że strony postępowania nie mogą podlegać presji i w żaden sposób być zmuszane do przystąpienia do mediacji i zawarcia ugody.

Również w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/52/WE z dnia 21 maja 2008 r. w *sprawie niektórych aspektów mediacji w sprawach cywilnych i handlowych*⁴²⁴, w art. 3a wskazano, że mediacja oznacza zorganizowane postępowanie o dobrowolnym charakterze (...). Zasada dobrowolności mediacji wskazana została wprost w samej definicji mediacji znajdującej się w dyrektywie.

Warto także zwrócić uwagę na rekomendację Nr R (99) 19 Komitetu Ministrów [Rady Europy] *dla Państw Członkowskich o mediacji w sprawach karnych*,⁴²⁵ w której wskazano, że: „Mediacja nie ma szans powodzenia o ile strony nie zechcą wziąć w niej udziału, dobrowolne uczestnictwo jest wymaganym warunkiem wstępnym dla wszystkich form mediacji. Odróżnia to mediację od tradycyjnego postępowania karnego i wskazuje, że strony „są właścicielem” ich sprawy w dużym zakresie. Dobrowolna zgoda musi zostać wyrażona na początku. Strony mogą ją wycofać w każdym momencie. Organy wymiaru sprawiedliwości i mediator powinni wyjaśnić to stronom, przed mediacją i na jej początku”. W rekomendacji zwrócono uwagę na praktyczne zastosowanie zasady dobrowolności mediacji. Mediacja ma sens tylko w sytuacji, kiedy strony rzeczywiście będą chciały do niej przystąpić i aktywnie uczestniczyć. Zwrócono także uwagę na zasadniczą różnicę między mediacją a tradycyjnym postępowaniem karnym – w przypadku postępowania przed sądem karnym, czy też postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, organy działają z urzędu. W przypadku mediacji zarówno pokrzywdzony, jak i obwiniony mają prawo zdecydować, czy chcą uczestniczyć w tym postępowaniu, czy nie. Decyzja należy do stron. W rekomendacji zauważono nawet, że „strony są właścicielem ich sprawy w dużym zakresie”. Strony są właścicielem sprawy w tym znaczeniu, że mają m.in. możliwość dobrowolnego prowadzenia dialogu, dobrowolnej próby wypracowania wspólnego sposobu rozwiązania konfliktu i zawarcia ugody.

Na marginesie warto zwrócić uwagę na zyskującą popularność w Europie i na świecie mediacje obligatoryjne. Powstaje bowiem konieczność udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy wprowadzenie obligatoryjnych mediacji nie stoi

⁴²⁴ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/52/WE z dnia 21 maja 2008 r. w *sprawie niektórych aspektów mediacji w sprawach cywilnych i handlowych*, Dz.U.UE.L.2008.136.3.

⁴²⁵ <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/miedzynarodowe-i-polskie-standardy-dotyczace-mediacji>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

w sprzeczności z zasadą dobrowolności mediacji. Określenie obligatoryjne kojarzy się przecież z przymusem, nakazem, a mediacje, jako dobrowolna forma rozwiązywania sporów ze swojej istoty nie może polegać na przymuszaniu do kontynuowania mediacji, zawarcia ugody. Próbę odpowiedzi na to pytanie podjęto podczas międzynarodowej konferencji Obligatoryjna mediacja: najnowsze analizy i perspektywy rozwoju zorganizowanej w Warszawie na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS w dniu 8 listopada 2016 r.⁴²⁶ Prelegenci przedstawili obowiązujące w ich państwach regulacje odnoszące się do obligatoryjnej mediacji. Jako współorganizator tej konferencji miałam przyjemność podjęcia rozmów z prelegentami, którzy wskazywali na konieczność większego zwrócenia uwagi na mediację jako alternatywną metodę rozwiązywania sporów, przy czym podkreślali, że obligatoryjność mediacji w ich porządkach prawnych sprowadza się *de facto* do obowiązku stron uczestniczenia w spotkaniu z mediatorem, który informuje o tym na czym mediacja polega.

Również podczas konferencji poświęconej zagadnieniu mediacji: „VI Salon Mediacji” organizowanej w Sądzie Okręgowym w Poznaniu w dniu 13 maja 2019 r.⁴²⁷ jednym z podnoszonych tematów były obligatoryjne mediacje. Adw. Katarzyna Przyłuska-Ciszewska zauważyła, że obligatoryjne mediacje wprowadzone zostały we Włoszech i w Grecji. Obligatoryjność mediacji objawia się jednak jedynie w obowiązku spotkania z mediatorem, który wyjaśnia zasady i cel postępowania mediacyjnego. Obligatoryjne mediacje nie nakładają na strony obowiązku uczestniczenia w kolejnych spotkaniach z mediatorem, ani też nie nakładają obowiązku zawarcia ugody w toku postępowania. Innymi słowy, decyzja co do dalszego uczestnictwa w mediacji należy do stron i na tym polega dobrowolność mediacji. Podczas konferencji zwrócono uwagę na wprowadzony w 2018 r. we Francji program pilotażowy obligatoryjnych mediacji polegający na wprowadzeniu w wybranych miastach Francji obowiązku stron

⁴²⁶ Międzynarodowa, interdyscyplinarna konferencja Obligatoryjna mediacja: najnowsze analizy i perspektywy rozwoju (Mandatory mediation: current perspectives and future prospects) odbyła się w dniu 8 listopada 2016 r. w Warszawie na Uniwersytecie SWPS. Wśród prelegentów w konferencji uczestniczyli m.in.: prof. Elena D'Alessandro, która przedstawiła sposób funkcjonowania obligatoryjnych mediacji we Włoszech, prof. Marjo Ylhainen, która przybliżyła charakter mediacji w Finlandii, Mihai Carabas, który opowiedział o rozwijających się mediacjach w Rumunii, prof. Charles Szymanski, który z kolei wskazał na aspekty obligatoryjnych mediacji w Stanach Zjednoczonych w kontekście prawa stron postępowania do sądu, dr hab. Magdalena Tabernacka, która omówiła zagadnienie obowiązkowych mediacji w Polsce, dr hab. Ewa Gmurzyńska, która odniosła się do kwestii wyzwań stawianych przed pełnomocnikami w reprezentowaniu klientów w mediacjach obligatoryjnych, mec. Maciej Bobrowicz, który odniósł się do zagadnienia obligatoryjności mediacji.

⁴²⁷ Konferencja VI Salon mediacji zorganizowana w Sądzie Okręgowym w Poznaniu w dniu 13 maja 2019 r. była kolejnym spotkaniem, które pozwoliło na przedstawienie i omówienie bieżących zagadnień związanych z mediacjami.

postępowania spotkania się z mediatorem przed skierowaniem sprawy do postępowania sądowego. Program pilotażowy pozostaje w toku, jego wyniki nie są jeszcze znane.

Wszyscy prelegenci i uczestnicy obu konferencji wskazywali na zasadność wprowadzenia w poszczególnych państwach tzw. mediacji obligatoryjnych i podkreślali, że obligatoryjność mediacji polega na obowiązku spotkania się z mediatorem, który przedstawia na czym ta alternatywna metoda rozwiązywania sporów polega, nie obejmuje natomiast obowiązku udziału w mediacji, ani też obowiązku podpisania ugody. Pozwolę sobie przytoczyć w tym miejscu słowa r.pr. Macieja Bobrowicza, który wskazał na to, że dzięki obligatoryjnemu spotkaniu z mediatorem, strony postępowania świadomie mogą zrezygnować z tego, co daje mediacja albo świadomie zgodzić się na mediację. Innymi słowy, świadoma decyzja o tym, czy uczestnicy postępowania chcą wziąć udział w mediacji, czy nie może zostać podjęta tylko wtedy, kiedy uczestnicy dokładnie wiedzą na czym mediacja polega.

W mojej ocenie uczestnictwo stron postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w mediacji powinno być zawsze dobrowolne. W szczególności, w sprawach, które dotyczą błędów medycznych, uważam, że nie można zaakceptować sytuacji, w której pokrzywdzony pacjent jest zobowiązany do udziału w mediacji. Mediacja powinna zostać dobrowolna na każdym etapie tego postępowania. Każdy pokrzywdzony powinien mieć zagwarantowane prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpoznania sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny, niezawisły sąd lekarski, zgodnie z zasadą prawa do sądu.⁴²⁸ Wybór sposobu dochodzenia roszczeń należeć powinien do stron. Być może składający skargę powinien uzyskać pisemną informację o możliwości i metodach mediacji.

- Zasada poufności

Kolejną podstawową zasadą mediacji jest poufność. Poufność całego procesu mediacji odróżnia ją od innych metod rozwiązywania i rozstrzygania sporów.⁴²⁹ W przeciwieństwie do mediacji, postępowanie przed sądem lekarskim pozostaje

⁴²⁸ Por. art. 45 ust. 1 Konstytucji, zgodnie z którym Każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd.

⁴²⁹ P. Waszkiewicz, *Zasady mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 170.

jawne.⁴³⁰ Na stronach internetowych Naczelnego Sądu Lekarskiego publikowana jest wokanda spraw, które mają podlegać rozpoznaniu⁴³¹ i każdy może wziąć udział w rozprawie, w charakterze publiczności. Poufność postępowania mediacyjnego determinuje: krąg osób uczestniczących w mediacji, obowiązek mediatora do zachowania w tajemnicy okoliczności o których dowiedział się w związku z prowadzoną mediacją, zakres informacji podanych w protokole, czy też sprawozdaniu sporządzanym po mediacji. Co do zasady, w mediacji uczestniczą strony oraz mediator. Za zgodą stron w mediacji mogą uczestniczyć także prawnicy.⁴³² Zasada poufności została wzmocniona w wyniku nowelizacji przepisów *Kodeksu postępowania karnego* w drodze ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – *Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw*.⁴³³ Wprowadzony został bowiem art. 178a k.p.k., stosowany w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odpowiednio, zgodnie z którym nie wolno przesłuchiwać jako świadka mediatora co do faktów, o których dowiedział się od obwinionego lub pokrzywdzonego prowadząc postępowanie mediacyjne, z wyłączeniem informacji o przestępstwach, o których mowa w art. 240 § 1 *Kodeksu karnego*⁴³⁴. W literaturze przedmiotu zauważa się, że umiejscowienie przepisu o zakazie przesłuchania mediatora w rozdziale 21 „Świadcowie” zaraz za przepisami odnoszącymi się do zakazu przesłuchania obrońcy

⁴³⁰ Zgodnie z art. 79 ust. 1 u.i.l. postępowanie przed sądem lekarskim jest jawne. Zgodnie z art. 79 ust. 2 u.i.l. jawność rozprawy może zostać wyłączona w wyjątkowych przypadkach: gdyby mogła naruszyć tajemnicę lekarską, o której mowa w art. 40 ust. 1 u.z.l., mogłaby wywołać zakłócenie spokoju publicznego, obrażać dobre obyczaje, ujawniać okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy, naruszać interes prywatny.

⁴³¹ <https://nil.org.pl/izba/naczelnny-sad-lekarski-196>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴³² Więcej na temat udziału prawników w mediacji E. Gmurzyńska, *Rola prawników w alternatywnych metodach rozwiązywania sporów*, Warszawa 2014.

⁴³³ Dz.U.2013.1247.

⁴³⁴ W art. 240 § 1 k.k. zostały wskazane: ludobójstwo (art. 118 k.k.), zbrodnie przeciwko ludzkości (art. 118 a k.k.), stosowanie środków masowej zagłady (art. 120 k.k.), wytwarzanie, gromadzenie lub obrót zakazanymi środkami (art. 121 k.k.), niedopuszczalne sposoby lub środki walki (art. 122 k.k.), zamach na życie lub zdrowie jeńców wojennych lub ludności cywilnej (art. 124 k.k.), zamach na konstytucyjny organ RP (art. 128 k.k.), szpiegostwo (art. 130 k.k.), zamach na życie Prezydenta RP (art. 134 k.k.), zamach na jednostkę sił zbrojnych RP (art. 140 k.k.), zabójstwo (art. 148 k.k.), ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 156 k.k.), spowodowanie zdarzenia powszechnie niebezpiecznego (art. 163 k.k.), zawładnięcie statkiem wodnym lub powietrznym (art. 166 k.k.), bezprawne pozbawienie wolności (art. 189 k.k.), zgwałcenie i wymuszenie czynności seksualnej (art. 197 § 3 i 4 k.k.), seksualne wykorzystanie niepełnoletniości lub bezradności (art. 198 k.k.), seksualne wykorzystanie małoletniego (art. 200 k.k.), wzięcie zakładnika (art. 252 k.k.)

i duchownego,⁴³⁵ oznacza, iż ustawodawca „potraktował jednakowo tajemnicę mediatora z tajemnicą obrończą i tajemnicą spowiedzi”.⁴³⁶

W uzasadnieniu rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – *Kodeks postępowania karnego*, ustawy – *Kodeks karny i niektórych innych ustaw* (druk numer 870)⁴³⁷ wskazano, że wprowadzenie zakazu dowodowego z art. 178a k.p.k. przyczyni się do wzmocnienia zasady poufności mediacji. Oświadczenia składane w toku mediacji nie mogą stanowić dowodu w postępowaniu karnym, co daje uczestnikom mediacji gwarancję, że okoliczności wskazane w toku mediacji pozostaną nieujawnione. Takie rozwiązanie uwzględnia zarówno Rekomendację Komitetu Ministrów Rady Europy Nr R (99) 19 w *sprawie mediacji w sprawach karnych*⁴³⁸, zgodnie z którą postępowanie mediacyjne musi być prowadzone z zachowaniem zasady poufności. W polskiej ustawie karnej wprowadza się pewien wyjątek – mediator może zostać przesłuchany w zakresie informacji uzyskanych od stron postępowania podczas prowadzenia mediacji, o których mowa w art. 240 § 1 k.k. Takie rozwiązanie pokrywa się z pkt. 30 Rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy Nr R (99) 19 w *sprawie mediacji w sprawach karnych*, w którym wskazano, że: „w przypadku szczególnie poważnych zbrodni, należy znaleźć równowagę między zasadą poufności i potrzebą zapobieżenia poważnej krzywdzie lub szkodzie”. W związku z powyższym polski ustawodawca zdecydował, że tajemnica mediacji nie obejmuje przestępstw wskazanych w art. 240 k.k. Oznacza to, że mediator powinien przekazać właściwym organom informacje o karalnym przygotowaniu albo usiłowaniu lub dokonaniu wskazanych w art. 240 k.k. czynów zabronionych.

Przepis art. 178a k.p.k. formułuje niezupełny, bezwzględny zakaz dowodowy.⁴³⁹ Oznacza to, że we wskazanych przepisami okolicznościach nie wolno przesłuchiwać mediatora jako świadka - chodzi tu o fakty, o których dowiedział się od oskarżonego lub pokrzywdzonego prowadząc postępowanie mediacyjne. Bezwzględny charakter

⁴³⁵ Zgodnie z art. 178 k.p.k. Nie wolno przesłuchiwać jako świadków: 1) obrońcy albo adwokata lub radcy prawnego działającego na podstawie art. 245 § 1, co do faktów, o których dowiedział się udzielając porady prawnej lub prowadząc sprawę; 2) duchownego co do faktów, o których dowiedział się przy spowiedzi.

⁴³⁶ T. Grzegorzczak (red.), *Polski proces karny i materialne prawo karne w świetle nowelizacji z 2013 roku. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Tylmanowi z okazji Jego 90. urodzin*, LEX dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴³⁷ <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=870>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴³⁸ <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/miedzynarodowe-i-polskie-standardy-dotyczace-mediacji>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴³⁹ T. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Artykuły 1-467. Komentarz*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

zakazu dowodowego oznacza, że sąd, co do zasady nie może wydać postanowienia w przedmiocie dopuszczenia dowodu z zeznań mediatora dotyczących okoliczności, o których dowiedział się od oskarżonego lub pokrzywdzonego prowadząc postępowanie mediacyjne. W komentarzach zwracając uwagę na zakres przedmiotowy zakazu dowodowego podkreśla się, że chodzi tu o informacje, które mediator uzyskał od pokrzywdzonego lub oskarżonego w toku postępowania mediacyjnego – zakazem dowodowym nie są więc objęte informacje, pozyskane przez mediatora z innych źródeł.⁴⁴⁰ Podkreślić należy także, że w art. 178a k.p.k. mowa jest o zakazie przesłuchaniu mediatora w charakterze świadka, tak więc, gdyby mediator został oskarżony o popełnienie przestępstwa (w przypadku odpowiedzialności zawodowej przewinienia zawodowego), w ramach prawa do obrony mógłby złożyć wyjaśnienia obejmujące okoliczności, o których dowiedział się od oskarżonego (obwinionego) i pokrzywdzonego prowadząc mediację⁴⁴¹

Zakaz dowodowy dotyczący mediatora warto porównać z zakazem dowodowym odnoszącym się do obrońcy i duchownego, o którym mowa w art. 178 k.p.k. oraz art. 199 k.p.k., w którym mowa o zakazie przesłuchania biegłego oraz lekarza, który udzielał pomocy medycznej oskarżonemu na okoliczność oświadczenia oskarżonego dotyczącego zarzucanego mu czynu.

Zestawienie przepisów regulujących powyższe zakazy dowodowe, znajduje się w tabeli poniżej:

Tabela 21 Zakazy dowodowe

	tajemnica biegłego i lekarza udzielającego pomocy medycznej	tajemnica obrońcy i duchownego	tajemnica mediatora
przepis	art. 199 k.p.k. Złożone wobec biegłego albo wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu.	art. 178 k.p.k. Nie wolno przesłuchiwać jako świadków: 1) obrońcy albo adwokata lub radcy prawnego działającego na podstawie art. 245 § 1, co do faktów, o których dowiedział się udzielając porady prawnej lub prowadząc sprawę; 2) duchownego co do faktów, o których dowiedział się przy spowiedzi.	art. 178a k.p.k. Nie wolno przesłuchiwać jako świadka mediatora co do faktów, o których dowiedział się od oskarżonego lub pokrzywdzonego prowadząc postępowanie mediacyjne, z wyłączeniem informacji o przestępstwach, o których mowa w art. 240 § 1 k.k.

⁴⁴⁰ D. Świecki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁴¹ D. Świecki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

zakres podmiotowy	- biegły, - lekarz udzielający pomocy medycznej	- obrońca, adwokat, radca prawny - duchowny	- mediator
zakres przedmiotowy	oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu	fakty, o których dowiedział się udzielając porady prawnej lub prowadząc sprawę, fakty o których dowiedział się przy spowiedzi	fakty, o których dowiedział się od oskarżonego prowadząc postępowanie mediacyjne * z wyłączeniem przestępstw o których mowa w art. 240 k.k.
charakter	Zakaz dowodowy bezwzględny, niezupełny	Zakaz dowodowy bezwzględny, niezupełny	Zakaz dowodowy bezwzględny, niezupełny

*opracowanie własne

Zgodnie z art. 178 pkt 1 k.p.k. nie wolno przesłuchiwać jako świadków: obrońcy, adwokata, radcy prawnego działającego na podstawie art. 245 § 1, co do faktów o których dowiedzieli się udzielając porady prawnej lub prowadząc sprawę. Należy w tym miejscu podkreślić, że w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obrońcą obwinionego lekarza, oprócz adwokata lub radcy prawnego może być inny lekarz. Tak więc w mojej ocenie tajemnica obrończa, o której mowa w art. 178 pkt 1 k.p.k. będzie obejmować także lekarza, pełniącego rolę obrońcy w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Zgodnie z art. 178 pkt 2 k.p.k. nie wolno przesłuchiwać jako świadka duchownego co do faktów, o których dowiedział się przy spowiedzi. D. Jagiełło podkreśla jednak, że osoby wskazane w art. 178 k.p.k. mają obowiązek stawienia się na przesłuchanie na wezwanie organu procesowego, ponieważ przesłuchanie może nie dotyczyć okoliczności objętych tajemnicą.⁴⁴² W mojej ocenie uwaga ta znajduje zastosowanie także w przypadku mediatora.

Podobnie, jak w przypadku art. 178a k.p.k. zakazy dowodowe sformułowane w art. 178 mają charakter zakazu bezwzględnego niezupełnego, co oznacza, że sąd nie może wydać postanowienia dopuszczającego dowód z przesłuchania ww. podmiotów co do faktów, o których dowiedziały się udzielając porady prawnej lub prowadząc sprawę.⁴⁴³ Różnica pomiędzy tajemnicą obrończą i tajemnicą duchownego, a tajemnicą mediatora polega na tym, że tajemnicą mediacji nie są objęte przestępstwa, o których mowa w art. 240 k.k. Poza tą różnicą zakaz dowodowy dotyczący obrońcy, duchownego i mediatora jest analogiczny

⁴⁴² D. Jagiełło, *Osobowe źródła dowodowe i związane z nimi zakazy dowodowe* [w:] Zagadnienia dowodowe w procesie karnym (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2017, s. 87.

⁴⁴³ T. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Artykuły 1-467. Komentarz*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

Przechodząc do zakazu dowodowego, o którym mowa w art. 199 k.p.k. należy wskazać, że zgodnie z tym przepisem oświadczenia oskarżonego złożone wobec biegłego w związku z wydawaną przez niego opinią albo wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej nie mogą stanowić dowodu. W zakresie tego przepisu należy odnieść się także do art. 52 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*,⁴⁴⁴ zgodnie z którym nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów ustawy, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności związane z ochroną zdrowia psychicznego, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary. Z art. 52 ust. 2 ustawy wynika, że przepis ten stosuje się odpowiednio do lekarzy wykonujących czynności biegłego. Dodatkowo, w art. 51 ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego* wskazano, że w dokumentacji medycznej pacjentów, wobec których podjęto czynności związane z ochroną zdrowia psychicznego, nie utrwała się oświadczeń obejmujących przyznanie się do czynu zabronionego. Powyższe zakazy dowodowe mają charakter bezwzględny i nie mogą zostać uchylone w wyniku postanowienia organu procesowego.

W odróżnieniu do tajemnicy mediatora, tajemnica biegłego i lekarza udzielającego pomocy medycznej obejmuje także czyny wskazane w art. 240 k.k., podobnie jak tajemnica obrończa i tajemnica duchownego.

Zasada poufności mediacji znalazła również swe ustawowe odzwierciedlenie w art. 23a § 7 k.p.k., zgodnie z którym postępowanie mediacyjne prowadzi się w sposób bezstronny i poufny. Regulacja ta została powtórzona w *Kodeksie postępowania cywilnego*, gdzie wprowadzony został art. 183⁴ § 1 k.p.c., zgodnie z którym postępowanie mediacyjne nie jest jawne.

Zasada poufności wymieniona została także w Standardach prowadzenia mediacji i postępowania mediatora uchwalonych przez Społeczną Radę do spraw Alternatywnych Metod Rozwiązywania Konfliktów i Sporów przy Ministrze Sprawiedliwości w dniu 26 czerwca 2006 r. Jako standard IV mediacji wskazano, że mediator dba o poufność mediacji. Poufność mediacji dotyczy zarówno jej przebiegu, jak i rezultatów.

Również w Rekomendacji Nr R (99) 19 Komitetu Ministrów [Rady Europy] dla Państw Członkowskich o *mediacji w sprawach karnych* zauważono, że: mediacja

⁴⁴⁴ Dz.U.2020.685 t.j.

w sprawach karnych nie może funkcjonować bez respektowania zasady poufności z dwóch względów. Z jednej strony, jest warunkiem wstępnym dla owocnej wymiany i konstruktywnego wyniku. Ułatwia stworzenie warunków, w których strony mogą bezpiecznie podnosić więcej aspektów niż byłoby to celowe w tradycyjnym postępowaniu przed sądem. Taka dodatkowa informacja jest często podstawą pozasądowego porozumienia. Z drugiej strony, poufność chroni interesy stron. Dlatego nie powinno się upubliczniać treści rozmów prowadzonych w trakcie mediacji, chyba że strony na to się zgodzą. Kontrastuje to z wymaganiem jawności rozprawy sądowej w tradycyjnym postępowaniu karnym i podkreśla „prywatny charakter” mediacji.

- Zasada bezstronności

Zasada bezstronności związana jest przede wszystkim z samym mediatorem. Mediator powinien dbać o to, aby uczestnicy mediacji byli jednakowo traktowani, aby zapewnić im te same prawa. Mediator nie powinien podejmować się prowadzenia mediacji w sytuacji, gdy ze stroną postępowania łączą go jakiejkolwiek relacje bądź zależność. Zasada ta wyrażona została w art. 113 ust. 4 u.i.l., odsyłającym wprost do art. 40-42 k.p.k. regulujących instytucję wyłączenia sędziego. Zgodnie z art. 41 ust. 1 k.p.k. stosowanym odpowiednio, mediator ulega wyłączeniu, jeśli istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie. Mediator izby lekarskiej, w świetle art. 40 § 1 k.p.k. ulega wyłączeniu jeżeli: sprawa dotyczy samego mediatora, jest małżonkiem obwinionego lub pokrzywdzonego, rzecznika (na etapie postępowania przed sądem lekarskim) obrońcy, pełnomocnika, przedstawiciela ustawowego lub pozostaje we wspólnym pożyciu z jedną z tych osób, jest krewnym lub powinowatym w linii prostej, a w linii bocznej aż do stopnia pomiędzy dziećmi rodzeństwa osób wyżej wymienionych, jest związany z jedną z tych osób węzłem przysposobienia, opieki lub kurateli, był świadkiem czynu, o który sprawa się toczy, albo w tej samej sprawie był przesłuchany w charakterze świadka lub występował jako biegły, brał udział w sprawie jako rzecznik, obrońca lekarza, pełnomocnik pokrzywdzonego, brał udział w sprawie jako członek sądu lekarskiego przy wydaniu orzeczenia, które zostało uchylone.

Bezstronność mediatora objawia się tym, że nie może on reprezentować niczyich interesów, faworyzować żadnej ze stron.⁴⁴⁵ Temat bezstronności mediatora wydaje się być bardzo interesujący w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów, albowiem mediatorem może być tylko lekarz lub lekarz dentysta.⁴⁴⁶ Zasada bezstronności również została wyrażona *explicite* w *Kodeksie postępowania karnego* w art. 23a § 7 k.p.k., zgodnie z którym postępowanie mediacyjne prowadzi się w sposób bezstronny i poufny.

Należy wskazać, że zasada bezstronności wymieniona została także w Standardach prowadzenia mediacji i postępowania mediatora uchwalonych przez Społeczną Radę do spraw Alternatywnych Metod Rozwiązywania Konfliktów i Sporów przy Ministrze Sprawiedliwości w dniu 26 czerwca 2006 r. Zgodnie ze standardem III mediator jest bezstronny wobec uczestników mediacji, nie przychyła się do racji żadnej ze stron, czuwa, aby ewentualna nierównowaga między stronami nie wpływała na przebieg mediacji, ani na jej rezultat, wystrzega się stronniczości i oceniania stron ze względu na ich pochodzenie, wykształcenie, wiek, płeć, zachowanie podczas mediacji. Mediator ma obowiązek ujawnić stronom wszelkie z nimi związki o charakterze zawodowym lub prywatnym. Jeżeli mediator uzna, że w sprawie zachodzi konflikt interesów o charakterze profesjonalnym lub osobistym ze stronami lub ich pełnomocnikami nie powinien podejmować się mediacji, a jeśli już mediację prowadzi powinien wyłączyć się z jej kontynuowania.

Również w Rekomendacji Nr R (99) 19 Komitetu Ministrów [Rady Europy] dla Państw Członkowskich o mediacji w sprawach karnych wskazano, że: „Mediację powinno się prowadzić w sposób bezstronny. Oznacza to, że mediator nie popiera jednej strony, lecz usiłuje pomóc stronom w pełnym uczestniczeniu i osiągnięciu korzyści z mediacji. Bezstronność zakłada również, że mediator nie powinien być postrzegany przez strony jako stronniczy z powodu osobistych więzi z jedną ze stron lub wcześniejszego zaangażowania w sprawę. Skutkiem tego na mediatora nie powinno wybierać się osoby, która ma osobiste więzi ze stronami, albo jest osobiście zaangażowana w sprawę”.

⁴⁴⁵ P. Waszkiewicz, *Zasady mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 166.

⁴⁴⁶ Zgodnie z art. 113 ust. 3 u.i.l. Rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza, który pełni w izbie lekarskiej funkcję mediatora. Mediatorem nie może być rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jego zastępca oraz członek sądu lekarskiego.

W literaturze przedmiotu spotkać można się z krytyką powoływania na stanowiska mediatorów w obrębie izb lekarskich tylko i wyłącznie lekarzy.⁴⁴⁷ Podnosi się, że mediator, który jest lekarzem może nie zachować neutralności i bezstronności w mediacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, a przecież podstawową zasadą mediacji jest właśnie bezstronność i neutralność. Skoro w każdej sprawie z zakresu odpowiedzialności zawodowej obwinionym jest lekarz i mediatorem także pozostaje lekarz, czy nie mamy do czynienia z naruszeniem tych zasad?

W tym aspekcie, podczas przeprowadzanych przeze mnie badań aktowych na terenie izb lekarskich uwagę zwróciła jedna ze spraw, w której stroną postępowania – pokrzywdzoną była pielęgniarka. W toku postępowania wyjaśniającego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o skierowaniu sprawy do mediacji. Sprawa dotyczyła nieetycznego zachowania ordynatora oddziału wobec personelu pielęgniarskiego.⁴⁴⁸ Jak wynikało z akt sprawy pielęgniarka wyraziła zgodę na mediację, sprzeciwiła się jednak, aby mediatorem umocowanym w sprawie był lekarz. Wskazała, że w przypadku, gdy mediator jest reprezentantem tej samej grupy zawodowej, co jedna ze stron konfliktu, zachodzi istotna obawa o jego bezstronność. Wobec tego zażądała, aby mediatorem została osoba niezwiązana bezpośrednio ze środowiskiem lekarskim (nie-lekarz, nie-pielęgniarka). W końcu do mediacji nie doszło, ponieważ w obecnym stanie prawnym mediatorem może być tylko lekarz. Ta sprawa pokazuje, że być może powodem nadal rzadko występujących mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy pozostaje fakt, że mediatorem jest lekarz. Pokrzywdzona była przekonana co do samej mediacji, wyraziła na nią zgodę, natomiast jej wątpliwości sprowadzały się do możliwości prowadzenia mediacji przez lekarza. Dlatego też w dalszej części pracy wśród postulatów *de lege ferenda* wskazuję na możliwość powołania w izbach lekarskich również mediatorów niebędących lekarzami. Z drugiej jednak strony uważam, że w części spraw rzeczywiście to lekarze powinni pełnić funkcję mediatorów, w szczególności w sprawach dotyczących konfliktów między lekarzami.

⁴⁴⁷ Zob. A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 396, I. Wrześniewska-Wal, *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018, s. 298.

⁴⁴⁸ Sprawa o sygn. akt Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: RO-30/2009.

- Zasada neutralności

Zasada neutralności także odnosi się do mediatora. Pojęcie neutralności mediacji oznacza brak jakiegokolwiek korzyści w rozwiązaniu sporu, niezależność mediatora. Mediator jest często wprost nazywany neutralną osobą trzecią w procesie mediacji. Mediator nie powinien odnosić żadnych korzyści z konkretnego sposobu rozwiązania sporu.

W Standardach prowadzenia mediacji i postępowania mediatora uchwalonych przez Społeczną Radę do spraw Alternatywnych Metod Rozwiązywania Konfliktów i Sporów przy Ministrze Sprawiedliwości w dniu 26 czerwca 2006 r. zauważono, że mediator ma być neutralny wobec przedmiotu sporu (Standard II). Mediator został nazwany „rzecznikiem rzetelnej procedury”, który nie narzuca stronom żadnych rozwiązań.

Z Rekomendacji Nr R (99) 19 Komitetu Ministrów [Rady Europy] dla Państw Członkowskich o mediacji w sprawach karnych wynika, że: „Mediacja powinna być prowadzona w sposób neutralny w oparciu o fakty dotyczące sprawy oraz z uwzględnieniem potrzeb i życzeń stron. Mediator zawsze powinien uwzględniać godność stron i zapewniać, aby strony odnosiły się do siebie nawzajem z szacunkiem”.

Podsumowując rozważania dotyczące zasady neutralności i bezstronności mediacji, można powiedzieć, że mediator powinien być bezstronny wobec stron i neutralny wobec przedmiotu sporu.

3. Sposoby prowadzenia mediacji

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na złożony charakter mediacji.⁴⁴⁹ Nie można powiedzieć, że mediacja w każdej sprawie przebiega jednakowo. Przebieg mediacji będzie zdeterminowany rodzajem konfliktu, charakterem stron, umiejętnościami mediatora, ale również czynnikami kulturowymi. Wyróżnia się następujące sposoby prowadzenia mediacji: facylitatywne, ewaluatywne, oparte na interesach stron, transformatywne, narratywne, humanistyczne.⁴⁵⁰

Pierwszy z wspomnianych wyżej sposobów prowadzenia mediacji, zwany mediacją facylitatywną, charakteryzuje się tym, że mediator nie przedstawia stronom

⁴⁴⁹ R. Morek, *ADR – Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach gospodarczych*, Warszawa 2004, s. 75. oraz E. Gmurzyńska, *Rodzaje mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 177.

⁴⁵⁰ *Ibidem*, s. 179.

własnych opinii i ocen dotyczących możliwego rozwiązania sporu, koncentruje się na ułatwieniu, „doskonaleniu procesu” rozwiązywania konfliktu, stwarzając stronom jak najlepsze warunki do negocjacji.⁴⁵¹

Mediacje ewaluatywne przewidują większą aktywność mediatora, który ocenia sytuację prawną stron, przedstawia stronom własne stanowisko w sprawie, proponuje rozwiązania sporu, przewiduje możliwe rozstrzygnięcia sądu.⁴⁵² Jak zauważa K. Antolak-Szymanski w praktyce występują oba rodzaje mediacji, najczęściej mediatorzy stosują mieszane sposoby ich prowadzenia.⁴⁵³ Do dyskusji na temat facylitatywnych i ewaluatywnych mediacji powrócono w związku z nowelizacją *Kodeksu postępowania cywilnego* z dnia 10 września 2015 r., która weszła w życie w dniu 1 stycznia 2016 r.⁴⁵⁴ i wprowadziła do kodeksu art. 183^{3a} k.p.c., zgodnie z którym mediator prowadzi mediację, wykorzystując różne metody zmierzające do polubownego rozwiązania sporu, w tym poprzez wspieranie stron w formułowaniu przez nie propozycji ugodowych, lub na zgodny wniosek stron może wskazać sposoby rozwiązania sporu, które nie są dla stron wiążące. Przepis ten przewidział możliwość formułowania przez mediatora sposobów rozwiązania sporu, niewiązanych dla stron. Należy podkreślić, że klasyczne mediacje ewaluatywne mogą budzić wątpliwości w kontekście zasady neutralności mediacji. Mediator bowiem wskazując sposób, propozycję rozwiązania sporu z reguły przyznaje jednej ze stron rację. Należałoby w takim razie wskazać, że być może mediator powinien formułować tylko takie sposoby zakończenia sporu, które uwzględniają racje obu stron.

Pojęcie mediacji opartych na interesach stron wywodzi się od określenia użytego w stosunku do negocjacji przez R. Fishera i W. Ury’ego w książce pt.: „Dochodząc do tak”. W książce tej wyróżnia się negocjacje pozycyjne i negocjacje oparte na interesach stron (integratywne). Omawiając negocjacje oparte na interesach stron autorzy zwracają uwagę na cztery podstawowe elementy: konieczność „oddzielenia” ludzi od problemu, koncentrację na rzeczywistych interesach a nie na stanowiskach, potrzebę opracowania wielu różnych możliwości przed podjęciem decyzji, opieranie

⁴⁵¹ R. Morek, *ADR – Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach gospodarczych*, Warszawa 2004, s. 76.

⁴⁵² E. Gmurzyńska, *Rodzaje mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 180.

⁴⁵³ K. Antolak-Szymanski, O. M. Piaskowska, *Mediacje w postępowaniu cywilnym. Komentarz.*, Warszawa 2017, s. 131.

⁴⁵⁴ Dz.U.2015.1595.

wyników rozmów na obiektywnych kryteriach.⁴⁵⁵ Przeniesienie tych zasad na grunt mediacji oznacza, że mediator pomaga stronom w skoncentrowaniu się na istocie problemu (interesach stron), odchodząc od zajmowanych początkowo stanowisk, czuwa nad stosowaniem obiektywnych kryteriów przy wypracowywaniu wielu różnych rozwiązań.

Jak zauważa E. Gmurzyńska, pojęciu mediacji opartych na interesach stron przeciwstawia się pojęcie mediacji transformatywnej, czyli takiej która nie tyle koncentruje się na samym rozwiązaniu sporu (interesach stron), co na „zmianie charakteru relacji wynikających z konfliktu”, „zmianie podejścia do problemów swoich i drugiej strony”.⁴⁵⁶

W literaturze przedmiotu wyróżnia się również mediację narratywną, czyli taką, przy której wychodzi się z założenia, że konflikt jest „następstwem użycia określonego języka, a nie zaistnienia sytuacji faktycznych”, dlatego powinno się skłonić uczestników do próby ponownego opowiedzenia o konflikcie w inny sposób, który umożliwi osiągnięcie porozumienia, poprawę relacji między stronami, usprawni komunikację.⁴⁵⁷ Jako odrębny sposób prowadzenie mediacji wymienia się także mediację humanistyczną, której podstawowy cel opiera się nie tyle na samym rozwiązaniu konfliktu, co na umożliwieniu stronom „transformacji”, poprawy relacji poprzez stworzenie przez mediatora atmosfery zaufania, pozwalającej stronom na wyrażenie swoich emocji.⁴⁵⁸

W mojej ocenie, w praktyce stosowania mediacji trudno byłoby dokonać sztywnego podziału i wskazać, że dana mediacja ma charakter mediacji narratywnej albo opartej na interesach stron. Z kolei podział na mediacje facylitatywne i ewaluatywne rzeczywiście pozwala na wyodrębnienie jasnych kryteriów, związanych ze sposobem zachowania mediatora, które pozwalają określić z jakim sposobem prowadzenia mediacji mamy do czynienia.

Uważam, że dla samej istoty mediacji nie jest potrzebne kategoryzowanie z jakim sposobem prowadzenia mediacji mamy do czynienia. Podział ten ma znaczenie bardziej z metodologicznego niż praktycznego punktu widzenia. Rozróżnienie na tak

⁴⁵⁵ R. Fisher, W. Ury, *Dochodząc do TAK*, Warszawa 2016.

⁴⁵⁶ E. Gmurzyńska, *Rodzaje mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 184-186.

⁴⁵⁷ *Ibidem*, s. 184.

⁴⁵⁸ E. Gmurzyńska, *Rodzaje mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 188.

⁴⁵⁹ *Ibidem*, s. 189.

wiele typów mediacji wydawać się może kłopotliwe ze względu na brak ostrych granic pomiędzy poszczególnymi rodzajami mediacji, podczas gdy moim zdaniem przede wszystkim należy koncentrować się na tym, aby w każdej mediacji były przestrzegane podstawowe zasady, żeby mediator był stróżem procedury, żeby szanować stanowiska każdej ze stron. W pełni zgadzam się z oceną E. Gmurzyńskiej, że podział na poszczególne sposoby prowadzenia mediacji może służyć uświadomieniu mediatorom, że istnieją różne style prowadzenia mediacji i możliwe podejścia do rozwiązywania konfliktu.⁴⁵⁹

4. Lekarz, jako mediator w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

Mediator, jako bezstronna, neutralna osoba trzecia,⁴⁶⁰ pomagająca stronom w rozwiązaniu sporu, nazywany jest „stróżem procedury mediacji”. M. Bobrowicz zwraca uwagę, że praca mediatora wiąże się z ogromną odpowiedzialnością i olbrzymim stresem.⁴⁶¹ W literaturze przedmiotu wskazuje się, że mediatorem powinna zostać osoba posiadająca pewien szczególny zespół cech. Ch. W. Moore, przytaczając cechy dobrego mediatora wskazane przez W.E. Simkina, wylicza: „fizyczną wytrzymałość maratończyka, przebiegłość Machiavellego, umiejętność badania osobowości z wprawą dobrego psychiatry, skórę nosorożca, dowiedzioną prawość i bezstronność, fundamentalną wiarę w ludzkie wartości i możliwości człowieka, miarkowaną zdolnością do oceny zarówno mocnych, jak i słabych stron ludzi, zdolność do trzeźwej analizy tego, co możliwe, w przeciwstawieniu do tego, co pożądane, wewnętrzna energia i wiara w siebie z równoczesną gotowością do pozostawiania na uboczu”.⁴⁶² W mojej ocenie bardzo trudno w ogóle spotkać takiego człowieka, a jeszcze trudniej spotkać osobę posiadającą zestaw powyższych cech, która chce zostać mediatorem. Mediatorom stawia się bardzo wysokie oczekiwania moralne i etyczne. Komisja Europejska w 2004 r. przyjęła *Europejski Kodeks Postępowania Mediatorów*. Określono w nim zasady, które mogą zostać wdrożone przez mediatorów w państwach członkowskich Unii Europejskiej. W kodeksie zauważono, że mediator musi być

⁴⁵⁹ E. Gmurzyńska, *Rodzaje mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 178.

⁴⁶⁰ M. Bobrowicz, *Mediacja. Jestem za.*, 2008, s. 29.

⁴⁶¹ *Ibidem*.

⁴⁶² CH. W. Moore, *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*, Warszawa 2016, s. 567, 568.

kompetentny i musi posiadać dużą wiedzę w zakresie mediacji, powinien szkolić się i doskonalić swoją wiedzę. W swoim postępowaniu mediator ma kierować się zasadą neutralności i bezstronności. Wszelkie informacje o których dowiedział się w związku z prowadzeniem mediacji musi zachować w tajemnicy.

Polskie Centrum Mediacji – organizacja pozarządowa zajmująca się prowadzeniem mediacji opracowała *Kodeks Etyki Mediatora*, z którego wynika, że każdy mediator w swojej pracy powinien kierować się podstawowymi zasadami dobra stron, do których należą: fachowość, dobrowolność, bezstronność, neutralność, poufność, bezinteresowność, akceptowalność, szacunek. W kodeksie etyki wskazano, że mediator powinien pamiętać, iż to strony decydują o tym, w jaki sposób powinien zostać rozwiązany konflikt, a mediator wspomaga je w rozwiązaniu sporu. Jeżeli mediator zauważy, że często poucza strony, próbuje przekonywać strony do zaakceptowania takiego rozwiązania, które w jego ocenie jest najlepsze, powinien zrezygnować z pełnienia funkcji.⁴⁶³

Jakie warunki formalne trzeba spełniać, aby zostać mediatorem izby lekarskiej?

Przechodząc do warunków, które powinien spełniać mediator okręgowej izby lekarskiej należy powołać się na art. 113 ust. 3 u.i.l., zgodnie z którym mediatorem może zostać tylko godny zaufania lekarz lub lekarz dentysta, wybrany przez radę lekarską na okres jednej kadencji. Mediatorem nie może być rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jego zastępca, członek sądu lekarskiego.

Prawo wykonywania zawodu lekarza w Polsce, na wniosek zainteresowanego przyznaje okręgowa rada lekarska, a więc organ okręgowej izby lekarskiej, właściwa ze względu na miejsce, w którym lekarz zamierza wykonywać zawód. Prawo wykonywania zawodu przyznane jest osobie, która spełnia ustawowe wymagania związane z: posiadaniem odpowiednich kwalifikacji zawodowych, posiadaniem pełnej zdolności do czynności prawnych, posiadaniem odpowiedniego stanu zdrowia, nienaganną postawą etyczną, odpowiednią znajomością języka polskiego w przypadku cudzoziemca.⁴⁶⁴

Należy w tym miejscu przejść do kolejnej istotnej kwestii – mianowicie, czy każda osoba spełniająca powyższe wymagania ustawowe może być mediatorem? Czy

⁴⁶³ Polskie Centrum Mediacji, *Kodeks Etyki Mediatora*, dostępny na stronie internetowej Polskiego Centrum Mediacji, <http://mediator.org.pl/uploaded/dokumenty/kodeks%202006.pdf>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁶⁴ Zob. art. 5 u.z.l.

do mediatorów izb lekarskich stosuje się odpowiednio wymogi stawiane mediatorom w rozporządzeniu w *sprawie mediacji w sprawach karnych*? Część z tych wymogów pokrywa się bezpośrednio z wymogami stawianymi lekarzom, którzy występują z wnioskiem o przyznanie prawa wykonywania zawodu – przykładowo § 4 pkt 1 rozporządzenia (obywatelstwo polskie, obywatelstwo innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej), pkt 2 (posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych), pkt 4 (znajomość języka polskiego w mowie i piśmie), pokrywają się z odpowiednio z przepisami dotyczącymi wymogów stawianym lekarzom w art. 5 ust. 1 pkt 1 u.z.l. (obywatel polski, obywatel innego, niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej), art. 5 ust. 1 pkt 3 u.z.l. (pełna zdolność do czynności prawnych), art. 5 ust. 2 u.z.l. (odpowiednia znajomość języka polskiego w mowie i piśmie).

Dodatkowo w § 4 pkt 6 rozporządzenia od mediatora oczekuje się, aby posiadał umiejętności i wiedzę w zakresie postępowania mediacyjnego, rozwiązywania konfliktów i nawiązywania kontaktów międzyludzkich. Ustawodawca nie precyzuje w jaki sposób posiadanie powyższych umiejętności i wiedzy może zostać potwierdzone. Wydawać się może, że chodzi o wykazanie się udziałem w szkoleniach i kursach (prowadzonych chociażby przez Polskie Centrum Mediacji), czy też wiedzę zdobytą podczas studiów podyplomowych. W prawie karnym, o wpisie mediatora do wykazu instytucji i osób uprawnionych do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego decyduje prezes sądu okręgowego. O powołaniu mediatora w izbie lekarskiej decyduje rada lekarska.⁴⁶⁵ Jedyne stawiany wymóg jest taki, aby osoba, która ma zostać mediatorem była „lekarzem, godnym zaufania”. Nie ma tutaj mowy o żadnych wymaganiach co do wiedzy i doświadczenia lekarza w zakresie prowadzenia mediacji. M. Rajca i E. Nowosielska zwracają uwagę, że taka regulacja nie daje gwarancji prawidłowego przeprowadzenia mediacji przez osobę odpowiednio do tego przygotowaną.⁴⁶⁶ W mojej ocenie należałoby wprowadzić program szkoleń z zakresu mediacji, z którego mogliby skorzystać lekarze, wybierani przez radę lekarską do pełnienia funkcji mediatora. Rodzaj i zakres szkolenia każdorazowo określałaby właściwa okręgowa rada lekarska. W tym miejscu, warto przejść do kolejnych pytań, mianowicie, czy jeżeli przeciwko mediatorowi izby lekarskiej toczyłoby się postępowanie zawodowe lub postępowanie karne, to mógłby on dalej pełnić swoją

⁴⁶⁵ Zob. art. 113 ust. 3 u.i.l.

⁴⁶⁶ M. Rajca, E. Nowosielska, *Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, „Medyczna Wokanda” 2011, nr 3, s. 152.

funkcję oraz czy mediatorem może pozostawać lekarz prawomocnie skazany przez sąd lekarski lub sąd karny. Innymi słowy, czy w powyższych przypadkach nadal możemy mówić o lekarzu „godnym zaufania”?

Jeśli chodzi o regulacje odnoszące się do osób pełniących funkcję w obrębie samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków wskazać należy, że w momencie, w którym przeciwko członkowi sądu lekarskiego toczyłoby się postępowanie karne bądź postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej – podobnie jak w przypadku rzeczników odpowiedzialności zawodowej – jego mandat automatycznie ulega zawieszeniu.⁴⁶⁷ Dotyczy to tylko rzeczników i członków sądów lekarskich, a nie mediatora. Mandat członka organu izby lekarskiej wygasa m.in.⁴⁶⁸ w razie: ukarania prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karami określonymi w art. 83 ust. 1 pkt 1-6, prawomocnego orzeczenia przez sąd środka karnego określonego w art. 39 pkt 1-2 a k.k., skazania prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, zawieszenia prawa wykonywania zawodu uchwałą okręgowej rady lekarskiej. Przepis odnosi się tylko do „członków organów izb lekarskich”. Organami okręgowej izby lekarskiej są: okręgowy zjazd lekarzy, okręgowa rada lekarska, okręgowa komisja rewizyjna, okręgowy sąd lekarski, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej.⁴⁶⁹ Organami Naczelnej Izby Lekarskiej są: Krajowy Zjazd Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Komisja Rewizyjna, Naczelny Sąd Lekarski, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.⁴⁷⁰ Z powyższych przepisów jednoznacznie wynika, że mediator nie jest organem izby lekarskiej, tak więc nie znajdują do niego zastosowania przepisy dotyczące wygaśnięcia mandatu członka organu izby lekarskiej.

Zgodnie z § 4 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie mediacji w sprawach karnych* do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego uprawniona jest osoba, która nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Z ustawy o *izbach lekarskich* wynika, że funkcję mediatora może pełnić godny zaufania lekarz. Tak więc, w mojej ocenie mediatorem w izbie lekarskiej nie powinna zostać osoba prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jeśli lekarz zostałby

⁴⁶⁷ Zob. art. 15 ust. 5 u.i.l.

⁴⁶⁸ Zob. art. 15 ust. 1 u.i.l.

⁴⁶⁹ Zob. art. 21 u.i.l.

⁴⁷⁰ Zob. art. 35 u.i.l.

w trakcie pełnienia funkcji mediatora skazany za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, przewinienie zawodowe, powinien zostać odwołany z pełnionej funkcji. Powołanie mediatora następuje w drodze uchwały rady lekarskiej, tak więc jego odwołanie w przypadku prawomocnego skazania za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, czy też ukarania prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego powinno nastąpić, także w drodze uchwały rady lekarskiej. W rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych* wskazano, że prezes sądu okręgowego dokonuje skreślenia z wykazu osoby uprawnionej do prowadzenia mediacji w razie prawomocnego skazania za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. W przypadku mediatora izby lekarskiej, uważam, że odwołanie mediatora powinno nastąpić w drodze uchwały wydanej przez ten sam organ, który powołuje mediatora, a więc radę lekarską.

Zgodnie z art. 113 ust. 3 u.i.l. funkcję mediatora w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej może pełnić tylko i wyłącznie lekarz. Nie ma przeszkód, aby w obrębie jednej izby lekarskiej zostało przez okręgową radę lekarską powołanych kilku mediatorów.

W poniższej tabeli przedstawiłam liczbę mediatorów w poszczególnych izbach lekarskich.

Tabela 22 Liczba mediatorów w poszczególnych izbach lekarskich w 2020 r.

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku	1
Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej	1
Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy	1
Okręgowa Izba lekarska w Częstochowie	1
Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku	1
Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wlkp.	Brak

Śląska Izba Lekarska w Katowicach	1
Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	2
Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie	1
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie	1
Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie	1
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi	1
Wojskowa Izba Lekarska w Łodzi	1
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie	1
Okręgowa Izba Lekarska w Opolu	1
Okręgowa Izba Lekarska w Płocku	Brak
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu	1
Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie	Brak
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie	1
Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie	Brak
Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu	3
Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	1

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu	1
Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze	7
Naczelna Izba Lekarska	2

* opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z Okręgowych Izb Lekarskich.

Z powyższych danych wynika, że w czterech izbach lekarskich w obecnej kadencji nie zostali powołani mediatorzy. Niepowołanie mediatora w obrębie izby lekarskiej implikuje niemożność skierowania do mediacji żadnej sprawy – i to zarówno przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jak i sąd lekarski, ponieważ mediatorem w tych postępowaniach może być tylko lekarz lub lekarz dentyista wybrany przez okręgową radę lekarską. Z kolei można wskazać izby lekarskie w których zostało powołanych kilku mediatorów – przykładowo w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Zielonej Górze powołanych zostało aż siedmiu mediatorów, w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu trzech, w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Kielcach dwóch. Należy podkreślić, że większa liczba powołanych mediatorów w poszczególnych izbach lekarskich nie przekłada się na większą liczbę mediacji w poszczególnych izbach – w Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach, w której funkcjonuje jeden mediator, w latach 2010-2018 do postępowania mediacyjnego rzecznicy skierowali 46 spraw, natomiast w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Zielonej Górze, w której powołanych jest aż siedmiu mediatorów, w tym samym czasie skierowano do postępowania mediacyjnego sześć spraw.

Powyższe dane są o tyle optymistyczne, że pokazują, iż w większości izb lekarskich mediatorzy zostali powołani.

Dane te warto zestawić z badaniem dokonany przez R. Wysockiego w latach 2010-2013.⁴⁷¹R. Wysocki wystąpił z zapytaniem do wszystkich okręgowych izb lekarskich o to, czy w poszczególnych izbach powołani zostali mediatorzy. Jak wynikało z przeprowadzonych przez niego badań w latach 2010-2013 mediatorów powołano w 18 izbach lekarskich. Obecnie mediatorzy pełnią swoją funkcję w 20 na 24

⁴⁷¹ R. Wysocki, *Praktyczne aspekty stosowania art. 113 ustawy o izbach lekarskich w latach 2010-2013*, „ADR Arbitraż i Mediacja” 2015/2, s. 77-89.

izby lekarskie, co pokazuje, że w kolejnych kadencjach wzrosła liczba powołanych mediatorów.

Pisząc pracę, wykorzystałam empiryczną metodę badawczą – wywiad – miałam przyjemność porozmawiać z wieloletnim mediatorem Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Zygfrydem Stefanem Wawrzyńkiem, który podzielił się ze mną swoimi doświadczeniami i wiedzą. Zaznaczyć należy, że dr Zygfryd Wawrzynek jest mediatorem w Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach od 2010 r. W tej właśnie izbie odbyło się najwięcej mediacji ze skierowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej w latach 2010-2018 – 46 mediacji na 77 mediacji w całej Polsce.

Na samym początku spotkania, przywołałam wywiad, który został z dr Wawrzyńkiem przeprowadzony w 2010 r., kiedy to dopiero mediacja została wprowadzona do ustawy o *izbach lekarskich*. Byłam ciekawa, czy wiele się od tego czasu zmieniło. W odpowiedzi na moje pytanie dr Wawrzynek zauważył, że z pewnością nie zmieniło się jego podejście do mediacji jako „misji”, a nawet „powołania”, wielkiej szansy dla samorządu zawodowego lekarzy. Moją uwagę zwróciło, że dr Wawrzynek nie używał sformułowania „mediacja” – mówił o misji, a nie o procedurze. W mediacjach dostrzegł obszar, w którym mógł wykorzystać zarówno swoje doświadczenie i specjalistyczną wiedzę nabyte w trakcie praktyki lekarskiej, umiejętność rozmowy zarówno z pacjentem, jak i lekarzem, a także osobiste cechy charakteru. Elementarna uwaga jaka nasunęła się dr Wawrzyńkowi po tych kilku latach czynnego udziału w sprawach (nie tylko z zakresu prawa medycznego) w charakterze mediatora to konieczność posiadania dużego doświadczenia w kontaktach z ludźmi. Ludzie mają bowiem różne charaktery, prezentują różne postawy moralne, mają różne życiowe doświadczenia zarówno pozytywne jak i negatywne, niejednokrotnie bardzo bolesne, emocjonalne urazy. Często sytuacja życiowa, w której się znaleźli, nie pozwala im obiektywnie ocenić wszystkich aspektów sprawy, szczególnie racji i argumentów drugiej strony. To właśnie, już na samym wstępie prowadzenia sprawy, doświadczenie życiowe mediatora pozwala dostrzec zarysowujące się obszary, w których można szukać sposobów rozwiązania konfliktu.

Zapytałam, które mediacje zdaniem dr Wawrzyńka są trudniejsze – między lekarzem i pacjentem, czy między lekarzami? „Trudniejsze są sprawy w których mediacja odbywa się między lekarzami. Ambicja, autorytet a także głębokie przekonanie o tym, że wszystko to co się robi jest najlepsze dla pacjenta – to dodatkowe elementy, które musi brać pod uwagę mediator zaangażowany w rozwiązanie konfliktu

w tego typu sporach”. Kontynuując, dr Wawrzynek poczynił bardzo istotną uwagę – izby lekarskie zostały stworzone również po to, aby rozwiązywać konflikty korporacyjne, zawodowe (między lekarzami) właśnie wewnątrz samorządu. Może dlatego warto bliżej zastanowić się nad udziałem mediatorów w takich konfliktach. W mojej ocenie, rzeczywiście w sporach w obrębie izb lekarskich pomiędzy lekarzami, funkcję mediatora powinien pełnić lekarz.

Dzieląc się ze mną swoimi doświadczeniami, dr Wawrzynek zauważył, że „każdy mediator to najpierw człowiek” a mediator w postępowaniach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy to dodatkowo doskonały, rozumiejący specyfikę zawodową, środowiskową i misyjną lekarz. W ocenie dr Wawrzyńka, mediatorami w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy powinni być lekarze – jest to bowiem podstawowy element gwarantujący osiągnięcie zgody i konsensusu w tego typu postępowaniach.

Zapytałam także o cechy dobrego mediatora. Jak zauważył dr Wawrzynek, obok dużego doświadczenia bardzo ważny jest autorytet – kluczowy w mediacjach w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, chociażby ze względu na środowiskową indywidualność tych mediacji.

Dr Wawrzynek zauważył, że z czasem prowadzenie mediacji w izbach lekarskich okazuje się coraz większym wyzwaniem dla mediatora. O ile kiedyś w toku prowadzonej mediacji strony częściej koncentrowały się na dalszych możliwościach diagnostycznych i leczniczych pacjenta, zapewnieniu dalszej opieki zdrowotnej zmierzającej chociażby do naprawienia powstałego w przeszłości błędu medycznego, o tyle obecnie mediacje zaczęły obracać się głównie wokół tematu roszczeń finansowych pacjentów.

Zapytałam także, czy była taka mediacja, którą dr Wawrzynek szczególnie zapamiętał. „Każda mediacja, w której uczestniczyłem była ciekawa. Nie ma jednej recepty jak mediację poprowadzić”.

W dalszej części rozmowy, podzielił się ze mną bardzo ciekawym spostrzeżeniem dotyczącym tego, jakie sprawy w szczególności nadają się do mediacji. Okazuje się, że sprawy dotyczące lekarzy dentyistów – w tego rodzaju sprawach liczy się czas, szybkość leczenia. Co więcej, jak zauważył dr Wawrzynek, żeby mediator mógł właściwie poprowadzić mediację, pomocna bywa fachowa, praktyczna wiedza w tym zakresie. Jak dodał dalej w wywiadzie – bardzo ważne jest, żeby mediator w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej był przygotowany merytorycznie.

Wywiad zakończyłam pytaniem o to, co skłoniło dr Wawrzyńka do tego, aby zostać mediatorem. Odpowiedział, że podobnie, jak i w przeszłości, mediatorem został z powodu chęci podzielenia się własnym lekarskim doświadczeniem. Trochę przypadkowo. Mediacja w izbach lekarskich, która pojawiła się w 2010 r. była nowością. Już wtedy dr Wawrzynek wierzył, że dzięki mediacji można się wiele nauczyć, że to coś ważnego i dobrego, przede wszystkim dla pacjentów. Wiedział, że dzięki mediacji będzie mógł pomóc wielu ludziom.

Z przeprowadzonego z dr Wawrzyńkiem wywiadu, wynika, że mediator w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy powinien być kimś więcej, niż „strażnikiem procedury”. W sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków często chodzi o coś dużo więcej – chodzi o to, co najważniejsze, o życie i zdrowie człowieka. Dlatego, w ocenie dr Wawrzyńka, mediatorem powinien być lekarz z powołania, z doświadczeniem.

W mojej ocenie, aby uniknąć zarzutu stronniczości mediatorów i zwiększyć liczbę mediacji w poszczególnych izbach lekarskich, wśród mediatorów w izbach lekarskich powinni być powoływani zarówno lekarze, jak i osoby nieposiadające wykształcenia medycznego. Mediatorami w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w sprawach dotyczących konfliktów między lekarzami powinni być lekarze. Rozumieją oni lepiej specyfikę środowiskową, zasady pracy lekarzy oraz źródła powstania sporów między lekarzami. Doświadczenie zawodowe i życiowe mediatorów-lekarzy w tego typu sporach może okazać się przydatne i podnosić poziom prowadzonych mediacji. Uważam jednak, że w izbach lekarskich powinni zostać powołani także mediatorzy niebędący lekarzami, którzy uczestniczyliby w sporach między lekarzami a pacjentami (lub innymi przedstawicielami służby zdrowia np. pielęgniarkami, ratownikami medycznymi), jeżeli w ocenie jednej ze stron w przypadku mediatora lekarza nie byłaby zachowana zasada bezstronności lub neutralności. Pamiętać należy bowiem, że jedną z nadrzędnych zasad mediacji jest bezstronność i neutralność.

5. Informowanie stron o możliwości mediacji

Przeprowadzone przeze mnie na terenie izb lekarskich badania aktowe doprowadziły do wniosku, że liczba mediacji w poszczególnych izbach lekarskich w dużym stopniu zależała od aktywności organów prowadzących postępowanie w przedmiocie

odpowiedzialności zawodowej. W izbach lekarskich, w których rzecznicy posiadali większą wiedzę i doświadczenie w mediacji, częściej przekazywali uczestnikom postępowania informacje na temat tej alternatywnej metody rozwiązywania sporów, mediacji było więcej. Jak wynika z art. 113 ust. 1 u.i.l. rzecznik może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego. Znacznie częściej sprawy trafiały do mediacji „za zgodą stron” ale z inicjatywą skierowania sprawy do mediacji występował rzecznik – tak było w przypadku około 80% spraw, w których doszło do mediacji. Skoro do mediacji może przystąpić pokrzywdzony i obwiniony lekarz, dobrym momentem na informowanie o możliwości skierowania sprawy do mediacji jest pouczenie przez rzecznika o prawach i obowiązkach stron postępowania. W praktyce rzeczywiście powyższy postulat jest realizowany. W pouczeniach pokrzywdzonego o uprawnieniach i obowiązkach w toku postępowania wyjaśniającego znajduje się następująca informacja: „pokrzywdzony ma prawo do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym a obwinionym albo wyrażenia zgody na jego przeprowadzenie; pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji są brane pod uwagę przez sąd lekarski przy ewentualnym wymiarze kary.” Na marginesie warto zauważyć, że treść pouczenia pokrywa się z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 kwietnia 2016 r. w *sprawie określenia wzoru pouczenia o uprawnieniach i obowiązkach pokrzywdzonego w postępowaniu karnym*.⁴⁷² Zgodnie z jego brzmieniem pokrzywdzony ma prawo do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego w celu pogodzenia się z podejrzanym i ewentualnego uzgodnienia naprawienia szkody (art. 23a k.p.k.). Udział w postępowaniu mediacyjnym jest dobrowolny. Pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji są brane pod uwagę przez sąd przy wymiarze kary (art. 53 § 3 k.k.).

Analogicznie, w pouczeniach obwinionych lekarzy o uprawnieniach i obowiązkach w toku postępowania wyjaśniającego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej znajduje się informacja, że: „obwiniony lekarz ma prawo do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym a obwinionym albo wyrażenia zgody na jego przeprowadzenie; pozytywne wyniki mediacji są brane pod uwagę przez sąd lekarski przy ewentualnym wymiarze kary”. I tu

⁴⁷² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 kwietnia 2016 r. w *sprawie określenia wzoru pouczenia o uprawnieniach i obowiązkach pokrzywdzonego w postępowaniu karnym*, Dz.U.2016.514.

podobnie, jak przy pokrzywdzonym, treść pouczenia pokrywa się z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 kwietnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru pouczenia o uprawnieniach i obowiązkach podejrzanego w postępowaniu karnym.⁴⁷³ Zgodnie z treścią załącznika „podejznanemu przysługuje prawo do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego w celu pogodzenia się z pokrzywdzonym (art. 23a § 1 k.p.k.). Udział w postępowaniu mediacyjnym jest dobrowolny. Pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji są brane pod uwagę przez sąd przy wymiarze kary (art. 53 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks karny*”). Oczywiście nieprawidłowym byłoby wprost przyrównanie lekarza obwinionego z podejrzanym w postępowaniu karnym, jednakże zakres uprawnień w zakresie postępowania mediacyjnego podejrzanego, a obwinionego pokrywają się ze sobą.

W części spraw, w których doszło do przeprowadzenia mediacji w protokole przesłuchania pokrzywdzonego lub obwinionego znajdowała się adnotacja, że strona postępowania po pouczeniu przez rzecznika na czym polega postępowanie mediacyjne, zdecydowała się na skorzystanie z tej formy rozwiązania sporu i wyraziła chęć przystąpienia do mediacji. Następnie, po uzyskaniu zgody drugiej strony, dochodziło do spotkania z mediatorem. W mojej ocenie każdorazowo rzecznik powinien informować strony o możliwości skierowania sprawy do mediacji, zwłaszcza w początkowym etapie postępowania, zanim dochodzi do eskalacji konfliktu, przy czym informowanie powinno polegać nie tylko na wręczeniu pouczenia o uprawnieniach i obowiązkach ale także na czytelnym przedstawieniu procedury, konsekwencji przystąpienia do mediacji i ewentualnego zawarcia ugody.

Na obowiązek organów prowadzących postępowanie w zakresie informowania stron o mediacji zwrócono uwagę w uzasadnieniu rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – *Kodeks postępowania karnego*, ustawy – *Kodeks karny i niektórych innych ustaw* (druk numer 870).⁴⁷⁴ Powołano się na Rekomendację Komitetu Ministrów Rady Europy Nr R (99) 19 z której wynika, że to organy kierujące do mediacji powinny w sposób wyczerpujący informować o istocie, celu i zasadach mediacji. Strony mogą wyrazić świadomą zgodę na mediację dopiero po uzyskaniu pełnej informacji o samej mediacji i jej możliwych konsekwencjach. Standardy nie precyzują wprost, kto

⁴⁷³ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 kwietnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru pouczenia o uprawnieniach i obowiązkach podejrzanego w postępowaniu karnym, Dz.U.2016.512.

⁴⁷⁴ <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=870>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

powinien odbierać zgodę – organ kierujący sprawę do mediacji, czy mediator. Nie ulega jednak wątpliwości, że zgoda ma zostać wyrażona po dokładnym poinformowaniu stron o przebiegu, zasadach i konsekwencjach mediacji. W celu realizacji tych zamierzeń w 2013 r. znowelizowany został art. 23a § 4 k.p.k. poprzez bezpośrednie wskazanie obowiązku podmiotu odbierającego zgodę na mediację w zakresie „wyjaśnienia oskarżonemu i pokrzywdzonemu celów i zasad postępowania mediacyjnego i pouczeniu ich o możliwości cofnięcia tej zgody aż do zakończenia postępowania mediacyjnego”. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że w celu urzeczywistnienia występowania stron z inicjatywą mediacji na organy procesowe nałożony został obowiązek pouczenia o jej celach, poufnym charakterze, a także o bezwzględnym zakazie przesłuchiwania mediatora co do faktów, o których dowiedział się on od stron podczas mediacji.⁴⁷⁵ W art. 23a § 1 k.p.k. wskazano wprost na obowiązek informowania o treści art. 178a k.p.k., w świetle którego nie wolno przesłuchiwać jako świadka mediatora co do faktów, o których dowiedział się od oskarżonego lub pokrzywdzonego prowadząc postępowanie mediacyjne. Obowiązek ten w mojej ocenie dotyczy także organów prowadzących postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów. Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie powinny po pierwsze, informować pokrzywdzonego i obwinionego o samej możliwości skierowania sprawy do mediacji. Po drugie, powinni także informować o celach mediacji, jej poufnym charakterze, skutkach, w celu zagwarantowania stronom prawa do wyrażenia świadomej zgody na mediację.

Niezależnie od obowiązków organów prowadzących postępowanie, również na mediatorze spoczywa obowiązek zapoznania stron z zasadami i przebiegiem mediacji oraz wyjaśnieniu swojej roli – w praktyce takie przekazanie informacji następuje w monologu mediatora.⁴⁷⁶

⁴⁷⁵ D. Świecki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁷⁶ E. Gmurzyńska, *Etapy mediacji* [w:] *Mediacje. Teoria i praktyka*, (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 218.

6. Pokrzywdzony i obwiniony jako uczestnicy mediacji

W obecnym stanie prawnym do mediacji może przystąpić jedynie pokrzywdzony i obwiniony. Tak więc do mediacji ze skierowania rzecznika nie mogłoby dojść ani na etapie czynności sprawdzających – tutaj nie mamy jeszcze wyodrębnionych tych stron postępowania, ani w sprawach, w których nie został wyodrębniony pokrzywdzony. Dopiero w momencie prowadzenia postępowania wyjaśniającego – kiedy dochodzi do wyodrębnienia pokrzywdzonego, a także obwinionego (czyli lekarza, któremu zostały przedstawione zarzuty) można skierować sprawę do mediacji. Taka możliwość istnieje także na etapie postępowania przed sądem lekarskim i to zarówno w postępowaniu pierwszoinstancyjnym, jak i na etapie postępowania przed Naczelnym Sądem Lekarskim.

Zgodzić należy się z J. Kosonogą, że mediacja nie jest możliwa w sprawach, w których nie ma pokrzywdzonego, albowiem warunkiem prowadzenia mediacji jest istnienie stron postępowania mediacyjnego.⁴⁷⁷ Aby postępowanie mediacyjne w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej doszło do skutku, pokrzywdzony nie musi być osobą fizyczną. W takim przypadku czynności dokonywane będą zgodnie z art. 51 § 1 k.p.k. przez organ uprawniony do działania w imieniu pokrzywdzonego.⁴⁷⁸ Przykładowo, w sprawach, w których pokrzywdzonym jest okręgowa rada lekarska, organem uprawnionym do działania w imieniu rady lekarskiej, a więc uczestniczącym w mediacji jest prezes okręgowej rady lekarskiej.

Nie ulega wątpliwości, że aby możliwe było skierowanie sprawy do mediacji potrzebna jest zgoda dwóch stron. Z art. 113 ust. 1 u.i.l. wynika bowiem wprost, że „za zgodą stron” można skierować sprawę do mediacji. Tak więc, jeśli z wnioskiem skierowania do mediacji wystąpiła jedna strona, należy uzyskać także zgodę drugiej. W przypadku skierowania stron do mediacji przez rzecznika lub sąd lekarski, także wymagane jest uzyskanie zgody stron.

Pojawia się pytanie, czy w mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy w razie śmierci pokrzywdzonego mógłby uczestniczyć małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia? Zgodnie bowiem z art. 57 ust. 3 u.i.l. w razie śmierci pokrzywdzonego jego prawa w postępowaniu w przedmiocie

⁴⁷⁷ R.A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁷⁸ Por. R.A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym prawo dostępu do dokumentacji medycznej może wykonywać małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Przepis ten jest odpowiednikiem art. 52 § 1 k.p.k., zgodnie z którym w razie śmierci pokrzywdzonego prawa, które by mu przysługiwały, mogą wykonywać osoby najbliższe lub osoby pozostające na jego utrzymaniu. Zgodnie z art. 115 § 11 k.k. osobą najbliższą jest: małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Z powyższego wynika, że w art. 57 ust. 3 u.i.l. w katalogu osób, którym przysługują prawa pokrzywdzonego, który zmarł, wskazano wprost osoby wymienione w przepisach *Kodeksu karnego*, które wypełniają definicję osoby najbliższej.

Możliwość prowadzenia mediacji w postępowaniu karnym po śmierci pokrzywdzonego poprzez dopuszczenie do mediacji osoby najbliższej wykonującej jego prawa spotyka się w doktrynie z krytyką.⁴⁷⁹ Zauważa się, że istotą mediacji jest przecież próba rozwiązania konfliktu, w tym doprowadzenie do pojednania stron, przez które należy zrozumieć taką sytuację, w której pokrzywdzony przebacza obwinionemu. Idąc tym tokiem rozumowania, skoro przebaczyć może tylko pokrzywdzony, bezcelowym mogłoby wydawać się kierowanie do mediacji osób najbliższych pokrzywdzonego po jego śmierci, ponieważ jest to proces indywidualny, wymagający bezpośredniego zaangażowania pokrzywdzonego.⁴⁸⁰

Zagadnienie powyższe nie wydaje się jednak oczywiste. Sąd Najwyższy odniósł się do tej kwestii w uchwale z dnia 30 września 2003 r. w sprawie I KZP 19/03.⁴⁸¹ Z analizy uzasadnienia uchwały Sądu Najwyższego wynika, że „uprawnione jest stwierdzenie, że jeśli pokrzywdzony mógł pojednać się z oskarżonym, również i osoba najbliższa, która weszła w jego prawa może uczynić to samo”. Do uchwały tej pojawiły się głosy krytyczne.

T. Koziół w krytycznej glosie do wspomnianej powyżej uchwały Sądu Najwyższego podniósł, że konsekwencją takiego rozumowania byłoby także dopuszczenie

⁴⁷⁹ R.A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁸⁰ *Ibidem*.

⁴⁸¹ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2003 r., sygn. I KZP 19/03.

prokuratora do możliwości pojednania się ze sprawcą, ponieważ przecież zgodnie z art. 52 § 1 k.p.k. w razie braku bądź nieujawnienia osoby najbliższej prokurator może wykonywać prawa zmarłego pokrzywdzonego.⁴⁸² Akurat na gruncie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ryzyko wysunięcia takiej interpretacji nie byłoby możliwe ze względu na treść art. 57 ust. 3 u.i.l., który na wykonywanie praw w razie śmierci pokrzywdzonego pozwala tylko osobie najbliższej. Niezależnie od powyższego, w mojej ocenie nie ma wątpliwości co do tego, że prokurator nie może być uczestnikiem mediacji.

J.M. Iwaniec zwrócił uwagę, że: „pojednanie jest właściwe tylko osobom bezpośrednio zaangażowanym w konflikt, którego następstwem jest krzywda moralna, czyli uszczerbek dla dóbr osobistych związany z dolegliwością psychiczną. Istotą pojednania jest to, że po jednej stronie konfliktu znajduje się sprawca, który krzywdę wyrządził, po drugiej ofiara, która doznała uszczerbku, przy czym obie strony „poszły” na wzajemne ustępstwa: sprawca - wyrażając skruchę i żal za wyrządzone szkody moralne, ofiara - wyciągając dłoń do sprawcy, a nawet wybacząc mu. Widać znakomicie, że ta wąska koncepcja pojednania nie dotyczy osób najbliższych dla stron konfliktu”.⁴⁸³

W ocenie J. Kosonogi, słusznie zauważa się zalety osobistego udziału pokrzywdzonego w mediacji, jednakże brak jest normatywnych podstaw, zgodnie z którymi uprawnienie do wzięcia udziału w mediacji osób najbliższych dla zmarłego nie mieściłoby się w katalogu praw o których mowa w art. 52 § 1 k.p.k.⁴⁸⁴ Przedstawiając argumentację w tym zakresie J. Kosonoga zauważa, że „przede wszystkim mediacja służy ochronie praw pokrzywdzonego, które nie wygasają automatycznie wraz z jego śmiercią. Dotyczy to również samego prawa do mediacji.”⁴⁸⁵ Nie można także wyłączyć uprawnienia do uczestniczenia w mediacji osoby najbliższej dla zmarłego powołując się na jej osobisty charakter. Rzeczywiście rozsądnym wydaje się udział osobiście pokrzywdzonego w mediacji biorąc pod uwagę indywidualny stosunek pokrzywdzonego do sprawcy czynu, jego oczekiwania i roszczenia.⁴⁸⁶

⁴⁸²T. Koziół, Glosa do Uchwały Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2003 r., sygn. I KZP 19/03, <https://sip.lex.pl/#/publication/385919692>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁸³J.M. Iwaniec, Glosa do Uchwały Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2003 r., sygn. I KZP 19/03, <https://sip.lex.pl/#/publication/385922696>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁸⁴R. A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁸⁵*Ibidem*.

⁴⁸⁶R.A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

W przypadku, gdyby pokrzywdzony był małoletni albo ubezwłasnowolniony całkowicie lub częściowo to w mediacji mógłby uczestniczyć jego przedstawiciel ustawowy albo osoba, pod której stałą pieczęcią pokrzywdzony pozostaje.⁴⁸⁷ W mojej ocenie nie ma takich przeszkód i jest to zgodnie z art. 51 § 2 k.p.k. W takiej sytuacji przedstawiciel ustawowy mógłby występować z wnioskiem o skierowanie sprawy do mediacji i uczestniczyć w mediacji razem z pokrzywdzonym lub też zamiast niego.

Należy zauważyć, że na etapie mediacji, pokrzywdzony ma możliwość ustanowienia pełnomocnika, natomiast obwinionemu przysługuje prawo ustanowienia obrońcy. Analogicznie do mediacji w postępowaniu karnym, za zgodą stron w mediacji mogą uczestniczyć ich pełnomocnicy i obrońcy – obok nich lub nawet zamiast. Nie ma obecnie żadnych przeszkód prawnych, aby w mediacji uczestniczył osobiście pokrzywdzony i obrońca obwinionego albo osobiście obwiniony i pełnomocnik pokrzywdzonego, sam obrońca i pełnomocnik, czy też strony z udziałem prawników lub lekarzy (trzeba pamiętać bowiem, że obrońcą w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej może być także lekarz). W mojej ocenie, mediator powinien jednak zachować szczególną ostrożność w przypadku, kiedy do mediacji przystąpiłby osobiście pokrzywdzony i obrońca obwinionego lekarza. Rolą mediatora jest czuwanie nad zachowaniem równowagi stron podczas mediacji, a taka sytuacja mogłaby doprowadzać do wtórnej wiktymizacji i stawiać pokrzywdzonego w gorszej pozycji. Podzielam opinię A. Daniluk-Jarmoniuk, że generalnie istota mediacji w postępowaniach z zakresu odpowiedzialności zawodowej koncentruje się nie tylko wokół interesów i potrzeb stron, ale także często wokół silnych emocji związanych z zarzucanym czynem, tak więc osobiście powinni w niej uczestniczyć zarówno pokrzywdzony, jak i obwiniony. Z przeprowadzonych przeze mnie badań aktowych wynika, że bardzo często pacjent wnoszący skargę miał potrzebę zrozumienia co się wydarzyło – dlaczego został potraktowany przez lekarza w określony sposób. W części spraw potrzeby pacjentów wcale nie koncentrowały się wokół roszczeń majątkowych ale wokół potrzeby rozmowy z lekarzem, bycia wysłuchanym, czy nawet zapewnienia, że żaden pacjent w podobny sposób nie zostanie potraktowany w przyszłości (w szczególności w sprawach dotyczących nie tyle błędów medycznych, co niestosownego traktowania pacjentów przez lekarza). Właśnie takie cele osiągnięte mogą zostać tylko przy osobistym uczestnictwie obwinionego lekarza i pacjenta w mediacji.

⁴⁸⁷ *Ibidem*.

7. Postanowienie o skierowaniu sprawy do mediacji

Forma skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego określona została w § 8 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych*, stosowanym w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odpowiednio. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski kierując sprawę do mediacji powinny zatem wydać stosowne postanowienie. W postanowieniu takim powinny zostać zawarte następujące elementy: imię i nazwisko mediatora powołanego w danej izbie lekarskiej, który będzie miał przeprowadzić mediację, imię i nazwisko obwinionego lekarza (w mojej ocenie także numer prawa wykonywania zawodu), imię i nazwisko pokrzywdzonego, czyn zarzucany obwinionemu lekarzowi wraz z podaniem jego kwalifikacji prawnej a więc przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej lub przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, akta sprawy udostępniane mediatorowi i warunki ich udostępnienia, termin zakończenia postępowania mediacyjnego, który nie powinien przekraczać 2 miesięcy, przy czym termin zakończenia postępowania mediacyjnego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w świetle § 9 ust. 2 rozporządzenia liczony jest od dnia doręczenia mediatorowi izby lekarskiej postanowienia. Postanowienie doręczane jest mediatorowi oraz stronom postępowania. Mediatorowi izby lekarskiej rzecznik lub sąd przekazuje podstawowe dane obwinionego lekarza oraz pokrzywdzonego, które pozwalają na skontaktowanie się ze stronami postępowania: adres zamieszkania lub pobytu, adres dla doręczeń, numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. Ani w ustawie o *izbach lekarskich*, ani w *Kodeksie postępowania karnego* nie została przewidziana możliwość wniesienia zażalenia na postanowienie o odmowie skierowania sprawy do mediacji tak więc postanowienie to jest niezaskarżalne. Zgodnie bowiem z art. 459 § 1 k.p.k. stosowanym w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odpowiednio, zażalenie przysługuje na postanowienie zamykające drogę do wydania wyroku, chyba że ustawa stanowi inaczej. Skoro postanowienie o odmowie skierowania sprawy do mediacji nie zamyka drogi do wydania wyroku, nie przysługuje na nie zażalenie.⁴⁸⁸

⁴⁸⁸ Por. A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 394.

8. Czas i miejsce prowadzenia mediacji

Czas i miejsce prowadzenia mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy określone zostały w art. 113 ust. 2 u.i.l. – postępowanie mediacyjne nie powinno trwać dłużej, niż dwa miesiące oraz w art. 113 ust. 4 u.i.l., zgodnie z którym postępowanie mediacyjne prowadzone jest we właściwej terenowo izbie lekarskiej. Jeśli chodzi więc o sam czas trwania mediacji, jest on dłuższy niż w postępowaniu karnym, w którym to zgodnie z art. 23a § 2 k.p.k. nie powinno trwać dłużej niż miesiąc. Rzeczywiście, przeprowadzone na terenie izb lekarskich badania aktowe wykazały, że dyscyplina czasowa 2 miesięcy w większości przypadków została zachowana, co więcej często mediacja kończyła się jeszcze przed upływem jednego miesiąca od dnia otrzymania przez mediatora postanowienia o skierowaniu sprawy do mediacji. O to, ile czasu powinno się przeznaczyć na mediację w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w oparciu o dotychczasowe doświadczenia zapytałam mediatora Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach dr Zygryda Wawrzynka. Z jego doświadczeń wynika, że średnio mediacja w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy trwała około 4-6 tygodni, co pokrywa się z przeprowadzonymi przeze mnie badaniami aktowymi na terenie pozostałych izb lekarskich.

Bardzo istotną zachętą, mającą przyczynić się do zwiększenia liczby spraw kierowanych do mediacji, jest wynikające z art. 113 ust. 2 u.i.l. niewliczanie czasu trwania mediacji do czasu trwania postępowania wyjaśniającego. Rozwiązanie to podąża za regulacją wynikającą z art. 23a § 2 k.p.k., w świetle której okresu postępowania mediacyjnego nie wlicza się do czasu trwania postępowania przygotowawczego. Rozwiązanie takie ma zachęcać organy do kierowania spraw do mediacji a także pozwala na uniknięcie obaw, że statystyki w zakresie czasu prowadzenia postępowania wyjaśniającego zostaną zaniżone z powodu skierowania sprawy do mediacji. Czas na przeprowadzenie mediacji, zgodnie ze stosowanym odpowiednio § 9 ust. 1 pkt 6 rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie mediacji w sprawach karnych* powinien zostać określony w postanowieniu o skierowaniu sprawy do mediacji. Jak zauważa J. Kosonoga czas trwania postępowania mediacyjnego liczyć należy do dnia otrzymania przez organ kierujący sprawę do mediacji sprawozdania z jej wyników.⁴⁸⁹ Termin 2 miesięcy

⁴⁸⁹ Por. R. A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

na przeprowadzenie mediacji jest terminem instrukcyjnym i po jego upływie istnieje możliwość przedłużenia go, o ile mogłoby to sprzyjać prowadzonej mediacji. Zgodnie z § 17 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie mediacji w sprawach karnych* stosowanym odpowiednio, w razie niezakończenia mediacji w terminie określonym w postanowieniu o skierowaniu sprawy do mediacji, gdyby strony wyraziły wolę kontynuowania postępowania mediacyjnego, mediator izby lekarskiej powinien niezwłocznie sporządzić i przedstawić rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej bądź sądowi lekarskiemu, który skierował sprawę do postępowania mediacyjnego, informację o stanie postępowania mediacyjnego, ze wskazaniem przyczyn bezskutecznego upływu terminu.

W przeprowadzonych przeze mnie badaniach aktowych nie spotkałam się jednak z sytuacją, aby strony występowały o wydłużenie czasu mediacji, czy też, żeby mediator zwracał się z takim wnioskiem do organu prowadzącego postępowanie.

Miejscem właściwym do prowadzenia mediacji jest okręgowa izba lekarska. Pojawia się w tym miejscu pytanie, czy izba lekarska, której członkiem jest obwiniony lekarz, może zostać uznana za miejsce neutralne i bezstronne. W świetle § 13 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie mediacji w sprawach karnych* co do zasady postępowania mediacyjnego nie przeprowadza się w budynkach organów uprawnionych do skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. Izba lekarska z pewnością znajduje się w obrębie budynku organów kierujących do postępowania mediacyjnego – rzecznika i sądu lekarskiego. W całej Polsce budynek izby lekarskiej mieści także biura okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, okręgowych sądów lekarskich. Ułatwia to zdecydowanie organizację pracy. Tak więc rozwiązanie ustawodawcy, sprowadzające się do tego, że mediacja prowadzona jest w izbie lekarskiej odstaje od regulacji w postępowaniu karnym i również może wywoływać wątpliwości w zakresie naruszenia zasady neutralności.⁴⁹⁰

⁴⁹⁰ Por. M. Rajca, E. Nowosielska, *Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, „Medyczna Wokanda” 2011. nr 3, s. 147.

9. Zapoznanie się przez mediatora izby lekarskiej z aktami postępowania

Mediatorowi, jak wynika z art. 23a § 5 k.p.k. stosowanego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odpowiednio, udostępnia się akta sprawy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego. Doprecyzowanie sposobu udostępniania akt nastąpiło w § 12 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie mediacji w sprawach karnych* i wynika z niego, że mediatorowi nie udostępnia się materiałów zawartych w aktach sprawy, na które rozciąga się obowiązek zachowania w tajemnicy informacji niejawnych albo zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu lub funkcji, materiałów dotyczących stanu zdrowia oskarżonego, opinii o oskarżonym, danych o jego karalności oraz pozwalających na ustalenie tożsamości świadka przesłuchanego w trybie art. 184 k.p.k. i takich, których ujawnienie pokrzywdzonemu mogłoby mieć wpływ na odpowiedzialność karną innych oskarżonych w tej sprawie nieuczestniczących w postępowaniu mediacyjnym. Można postawić tezę, że w zasadzie stosując się do powyższego przepisu, mediatorowi w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mogłyby zostać udostępnione akta sprawy w niezwykle wąskim zakresie. Co do zasady przeważnie materiał dowodowy zgromadzony w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej składa się z dokumentacji medycznej pacjenta, a więc są to informacje objęte tajemnicą zawodową. Istotną kwestią pozostaje możliwość zapoznania się z tymi informacjami – informacjami o stanie zdrowia pacjenta przez mediatora. Można postawić jeszcze dalej idący wniosek – jeżeli mediator-lekarz *de facto* nie powinien mieć udostępnionych akt sprawy w zakresie objętych tajemnicą zawodową, a więc w zakresie dotyczącym leczenia – nie będzie mógł „zapoznać się” z dokumentacją medyczną, historią choroby, to również nie będzie mógł wykorzystać swojej wiedzy specjalnej jaką posiada z racji bycia lekarzem.

Zgadzam się z oceną J. Kosonogi, że przeważnie nie jest konieczne, aby mediator zapoznał się z całym aktami sprawy – najistotniejsze dokumenty to te, które dotyczą „przyczyn i charakteru konfliktu, jaki zaistniał między oskarżonym a pokrzywdzonym, rozmiaru szkody i innych negatywnych następstw przestępstwa”.⁴⁹¹

W § 12 ust. 2 rozporządzenia z dnia 7 maja 2015 r. określony został sposób udostępnienia akt sprawy mediatorowi. Mediator może w określonym zakresie zapoznać się z aktami w obecności upoważnionego pracownika organu prowadzącego

⁴⁹¹ R.A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

postępowanie – a więc w biurze rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub w biurze sądu lekarskiego. Mediatorowi mogą zostać także wydane kopie dokumentów z akt sprawy. Po zakończeniu postępowania mediacyjnego wszelkie kopie, notatki z akt sprawy powinny zostać przez mediatora zwrócone organowi kierującemu sprawę do mediacji, a więc rzecznikowi bądź sądowi lekarskiemu.

10. Sprawozdanie z mediacji

W § 16 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. *w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych*, stosowanym odpowiednio, wskazano, że mediator izby lekarskiej po przeprowadzonej mediacji powinien sporządzić sprawozdanie uwzględniające następujące elementy: sygnatura sprawy, imię i nazwisko mediatora, informacja o wynikach postępowania mediacyjnego, podpis mediatora. Zaproponowane minimum informacji podawanych w sprawozdaniu z mediacji jest zgodne z zasadą poufności.

W art. 113 ust. 5 u.i.l. wskazano, że mediator sporządza, po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego, sprawozdanie z jego **przebiegu i wyników**, które dołącza się do akt sprawy. A. Daniluk-Jarmoniuk przeciwstawia przepis ten brzmieniu art. 23a § 6 k.p.k., zgodnie z którym instytucja lub osoba do tego uprawniona sporządza, po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego, sprawozdanie z jego **wyników**. Tak więc na gruncie postępowania karnego sprawozdanie składa się tylko z wyników postępowania mediacyjnego, natomiast na gruncie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej sprawozdanie obejmuje zarówno wyniki, jak i przebieg postępowania mediacyjnego.

Dodatkowo, A. Daniluk-Jarmoniuk zwraca uwagę na dokonaną w powyższym zakresie zmianę na gruncie postępowania karnego.⁴⁹² Mianowicie w drodze nowelizacji z 2013 r. zmieniony został przepis odnoszący się do obowiązku sporządzenia przez mediatora sprawozdania z mediacji poprzez wykreślenie obowiązku objęcia sprawozdaniem przebiegu mediacji. W nowym przepisie wskazano na obowiązek sporządzenia sprawozdania z samych wyników postępowania.⁴⁹³

⁴⁹² A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 389.

⁴⁹³ Zgodnie z obecnie obowiązującym art. 23a § 6 k.p.k. instytucja lub osoba do tego uprawniona sporządza, po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego, sprawozdanie z jego wyników. Do sprawozdania załącza się ugodę podpisaną przez oskarżonego, pokrzywdzonego i mediatora, jeżeli została zawarta.

Poniżej dla zwiększenia czytelności omawianego zagadnienia przedstawiłam zestawienie regulacji odnoszących się do wymogów zawartych w sprawozdaniu z mediacji na gruncie postępowania karnego.

Tabela 23 Zestawienie regulacji odnoszących się do wymogów zawartych w sprawozdaniu z mediacji

Art. 23a § 4 <i>Kodeksu postępowania karnego</i> obowiązujący przed nowelizacją z 2013 r.	Art. 23a § 6 <i>Kodeksu postępowania karnego</i> obowiązujący po nowelizacji z 2013 r. do dziś	Art. 113 ust. 5 ustawy o <i>izbach lekarskich</i> , obowiązujący
Instytucja lub osoba godna zaufania sporządza, po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego, sprawozdanie z jego przebiegu i wyników .	Instytucja lub osoba do tego uprawniona sporządza, po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego, sprawozdanie z jego wyników . Do sprawozdania załącza się ugodę podpisaną przez oskarżonego, pokrzywdzonego i mediatora, jeżeli została zawarta.	Mediator sporządza, po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego, sprawozdanie z jego przebiegu i wyników , które dołącza się do akt sprawy.

*opracowanie własne

W mojej ocenie zróżnicowanie brzmienia obecnie obowiązującego art. 23a § 6 k.p.k. i art. 113 ust. 5 u.i.l. jest związane z momentem, w którym wprowadzona została do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mediacja. W momencie wejścia w życie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, a więc w dniu 1 stycznia 2010 r., obowiązywał przepis *Kodeksu postępowania karnego* z którego wynikało, że instytucja lub osoba godna zaufania sporządza, po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego, sprawozdanie z jego przebiegu i wyników. Tworząc art. 113 ust. 5 u.i.l. zapewne posiłkowano się treścią art. 23a § 4 k.p.k., który został uchylony dopiero na mocy nowelizacji z 2013 r. Po nowelizacji *Kodeksu postępowania karnego* z 2013 r. nie dokonano analogicznej zmiany w art. 113 ust. 5 u.i.l. Rzeczywiście – podzielam zdanie A. Daniluk-Jarmoniuk, że w celu wyeliminowania wątpliwości powinno się dostosować art. 113 ust. 5 u.i.l. do przepisów *Kodeksu postępowania karnego* w zakresie sprawozdań z przebiegu mediacji.⁴⁹⁴

⁴⁹⁴ A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 389.

Ewolucja przepisów wykonawczych dotyczących sprawozdania z mediacji karnych na gruncie wydawanych rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości kształtowała się następująco:

Tabela 24 Sprawozdanie z mediacji

	Rozporządzenie dot. mediacji w sprawach karnych z 1998 r. ⁴⁹⁵	Rozporządzenie dot. mediacji w sprawach karnych z 2003 r. ⁴⁹⁶	Rozporządzenie dot. mediacji w sprawach karnych z 2015 r.
Sprawozdanie z mediacji	Sprawozdanie powinno zawierać: 1) sygnaturę akt sprawy i oznaczenie mediatora, 2) określenie miejsca i czasu przeprowadzenia mediacji, 3) oznaczenie stron uczestniczących w mediacji oraz obrońcy i pełnomocnika - jeżeli w niej uczestniczyli, 4) informacje o przebiegu mediacji, 5) informację o zawarciu lub braku zawarcia ugody między stronami, 6) podpis mediatora.	Sprawozdanie powinno zawierać: 1) sygnaturę akt sprawy; 2) nazwę instytucji lub imię i nazwisko osoby godnej zaufania przeprowadzającej postępowanie mediacyjne; 3) informacje o liczbie, terminach i miejscach spotkań indywidualnych oraz wspólnych, a także wskazanie osób biorących w nich udział; 4) informację o wynikach postępowania mediacyjnego; 5) podpis mediatora.	Sprawozdanie powinno zawierać: 1) sygnaturę sprawy; 2) imię i nazwisko mediatora lub nazwę instytucji powołanej do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego; 3) informację o wynikach postępowania mediacyjnego; 4) podpis mediatora.

*opracowanie własne

Analiza przepisów wykonawczych w zakresie elementów, które powinny zostać ujęte w sprawozdaniu mediatora, wskazuje jednoznacznie na dążenie ustawodawcy do zmniejszenia ilości podawanych w sprawozdaniu informacji – z sześciu na gruncie pierwszego rozporządzenia, do czterech w rozporządzeniu z roku 2015. Takie działanie wzmocnia zasadę poufności mediacji. Rzeczywiście, w rozporządzeniu z 2015 r. skreślono punkt „informacje o liczbie, terminach i miejscach spotkań indywidualnych oraz wspólnych, a także wskazanie osób biorących w nich udział”. Reasumując

⁴⁹⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 1998 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać instytucje i osoby uprawnione do przeprowadzenia mediacji, zakresu i warunków udostępniania im akt sprawy oraz zasad i trybu sporządzania sprawozdania z przebiegu i wyników postępowania mediacyjnego, Dz.U.1998.111.701.

⁴⁹⁶ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych, Dz.U.2003.108.1020.

powyższe rozważania, wskazać można, że na gruncie obecnie obowiązujących przepisów rozporządzenia w sprawozdaniu mediatorów izb lekarskich powinny zawierać następujące elementy: sygnaturę sprawy, imię i nazwisko mediatora, informację o wynikach postępowania mediacyjnego, podpis mediatora.

11. Katalog spraw kierowanych do postępowania mediacyjnego

W ustawie o *izbach lekarskich* nie wskazano katalogu spraw, które mogą zostać skierowane do postępowania mediacyjnego. Podobnie zresztą jak na gruncie prawa karnego⁴⁹⁷ – teoretycznie każda sprawa może zostać przez rzecznika lub też sąd lekarski skierowana do mediacji. Nie wskazano również przesłanek materialnych warunkujących możliwość stosowania mediacji.

J. Kosonoga wskazuje, że organ kierujący sprawę do mediacji powinien kierować się: interesem pokrzywdzonego, ewentualnym wpływem osiągniętego w trakcie mediacji porozumienia i ugody na sposób zakończenia postępowania, całokształtem okoliczności sprawy, które co do zasady nie powinny budzić wątpliwości.⁴⁹⁸ W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy interes pokrzywdzonego może sprowadzać się do szybkiego naprawienia szkody, zapewnienia kontynuacji terapii, pokrycia kosztów dalszego leczenia przez obwinionego lekarza. Z przeprowadzonej przeze mnie analizy akt postępowań na terenie izb lekarskich wynika, że zwłaszcza w sprawach z zakresu specjalizacji lekarsko dentystycznych: chirurgii stomatologicznej, ortodoncji, protetyki stomatologicznej bardzo istotnym kryterium wskazywanym przez pokrzywdzonych była konieczność kontynuacji leczenia, często korekta w zakresie wykonanych prac protetycznych. Rzeczywiście w tego rodzaju sprawach zawarta ugoda, mogłaby pozwolić pacjentom na zagwarantowanie dalszego leczenia i niezwłocznie udzieloną pomoc. Przechodząc do „wpływu porozumienia na sposób zakończenia postępowania”, w obecnym stanie prawnym ugoda zawarta przed mediatorem izby lekarskiej może mieć wpływ na wymiar kary orzeczonej przez sąd lekarski. Jak zauważa M. Rajca i E. Nowosielska do mediacji nie powinny być kierowane „sprawy wątpliwe”, czyli takie w których okoliczności

⁴⁹⁷ D. Świecki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I.*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁴⁹⁸ R.A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

sprawy budzą wątpliwości, obwiniony kwestionuje zaistniałe zdarzenie, lub jego przebieg.⁴⁹⁹

Następnie J. Kosonoga wymienia względy podmiotowe i przedmiotowe świadczące o niecelowości kierowania do mediacji w sprawach karnych, które w mojej ocenie znajdują zastosowanie także do spraw kierowanych do mediacji w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.⁵⁰⁰ Do takich okoliczności podmiotowych należą m.in.: niepoczytalność obwinionego lub ograniczona poczytalność, znaczny stopień zdemoralizowania, niski stopień empatii. Po stronie pokrzywdzonego: nadmierna roszczeniowość, brak skłonności do kompromisu, stan zdrowia psychicznego pokrzywdzonego. Wśród okoliczności przedmiotowych J. Kosonoga wymienia m.in. charakter i specyfikę zdarzenia.⁵⁰¹ W mojej ocenie przedmiotową okolicznością w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, która powinna być brana pod uwagę przy kierowaniu spraw do mediacji jest ocena skutków przewinienia zawodowego a także możliwości naprawienia szkody w drodze ugody.

W mojej ocenie można jednak w oparciu o praktykę i dotychczasowe doświadczenia wskazać sprawy, których kierowanie do mediacji wydaje się w szczególności uzasadnione. Do tych spraw należą z pewnością konflikty między lekarzami, czy też innymi pracownikami służby zdrowia. Cały rozdział Kodeksu Etyki Lekarskiej poświęcony został tej tematyce. Sprawy dotyczące nieporozumień między personelem lekarskim powinny być kierowane do mediacji. Nie ma bowiem racjonalnych podstaw do angażowania całego aparatu odpowiedzialności zawodowej – rzeczników odpowiedzialności zawodowej, sądów lekarskich celem rozstrzygania sporów między lekarzami. Mediacja w tego typu sprawach wydawać by się mogła tym bardziej uzasadniona, że osoby te niejednokrotnie już po zakończeniu postępowania nadal pracują w tym samym szpitalu, spotykają się służbowo na sali operacyjnej, muszą ze sobą współpracować. Tak więc mediacja, która dodatkowo pozwala na poprawę relacji jej uczestników, w tego typu sprawach oprócz odciążenia sądów lekarskich mogłaby przyczynić się do poprawy stosunków i wyciszenia emocji związanych z konfliktem.

⁴⁹⁹ M. Rajca, E. Nowosielska, *Postępowanie medycyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej*, „Medyczna Wokanda” 2011, nr 3, s. 150, 151.

⁵⁰⁰ R. A. Stefański (red.), S. Zabłocki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁵⁰¹ *Ibidem*.

Kolejną kategorią spraw, które w mojej ocenie nadają się do mediacji są sprawy z zakresu specjalizacji lekarsko - dentystycznych. Do rzeczników odpowiedzialności zawodowej trafia sporo skarg dotyczących postępowania lekarzy dentyistów. Wiele z nich dotyczy braku zachowania przez lekarza dentyistę należytej staranności podczas wykonywanych prac protetycznych, nieprawidłowo dopasowanych mostów. Popelnione przez lekarzy dentyistów błędy były odwracalne, a roszczenia przede wszystkim finansowe. Pacjenci w tego typu sprawach bardzo szybko potrzebowali dalszego leczenia. W kilku mediacjach lekarze dentyści rzeczywiście przyznali, że podczas leczenia doszło do pewnych błędów, jednakże w wyniku zawartej ugody mediacyjnej zobowiązali się do ich naprawienia. Naprawienie błędów miało polegać albo na samodzielnym dokończeniu leczenia, albo wypłacie pacjentowi określonej sumy pieniężnej pozwalającej na dokończenie leczenia lub też zapewnieniu kontynuacji leczenia przez innego lekarza dentyistę – w przypadku utraty przez pacjenta zaufania do lekarza dentyisty, który spowodował szkodę.

12. Uгода w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może zakończyć się zawarciem ugody. Ani w ustawie o *izbach lekarskich*, ani w przepisach *Kodeksu postępowania karnego* stosowanych odpowiednio nie ma informacji dotyczących przedmiotu ustaleń, tak więc strony mogą swobodnie kształtować sposób naprawienia przez obwinionego wyrządzonej szkody, czy krzywdy, poprzez zobowiązanie obwinionego do określonych zachowań lub świadczeń. Oczywiście ugoda nie może być sprzeczna z prawem lub zasadami współżycia społecznego, nie może także zmierzać do obejścia prawa. W związku z powyższym w ugodzie zawartej przed mediatorem strony mogą zgodnie postanowić przykładowo, że: dojdzie do zapłacenia kwoty w określonej wysokości, obwiniony zobowiąże się do pokrycia kosztów leczenia pacjenta, zapewni kontynuację leczenia przez innego lekarza, przeprosi pokrzywdzonego. Z pewnością w wyniku ugody zawartej przed mediatorem w toku postępowania możliwe jest wypracowanie takich rozwiązań, które nie mogłyby pojawić się w orzeczeniu sądu lekarskiego. Katalog kar orzekanych przez sądy lekarskie wskazany został enumeratywnie w art. 83 u.i.l. Nie ma możliwości zasądzenia od obwinionego lekarza odszkodowania, zapewnienia kontynuacji leczenia, czy też przeproszenia. Tak więc ugoda zawarta przed mediatorem może zabezpieczyć

w większym stopniu interes pokrzywdzonego i zmierzać bezpośrednio do naprawienia szkody. W tego typu sprawach ma to tym większe znaczenie, że z punktu widzenia pacjenta bardzo istotny pozostaje czas. W szczególności w sprawach stomatologicznych niezwłoczne zapewnienie pacjentowi dalszego leczenia, sfinansowanie dalszego leczenia, z punktu widzenia interesów pacjenta może być dużo istotniejsze, niż zasądzenie przez sąd lekarski wobec lekarza dentystry kary nagany za niezachowanie należytej staranności podczas udzielania świadczeń.

Ustawa o *izbach lekarskich* nie przesądza o charakterze prawnym ugody zawartej przed mediatorem, ani też nie określa ewentualnego sposobu jej egzekwowania. W postępowaniu karnym, zgodnie z art. 107 § 3 k.p.k. sąd lub referendarz sądowy na żądanie osoby uprawnionej nadaje klauzulę wykonalności ugodzie zawartej w postępowaniu mediacyjnym, o ile podlega ona wykonaniu w drodze egzekucji. W ocenie A. Daniluk-Jarmoniuk przepisu tego nie można stosować odpowiednio do ugody zawartej w toku postępowania przed organami izb lekarskich.⁵⁰² W jej ocenie bowiem sądy lekarskie nie mają uprawnień do nadawania klauzuli wykonalności ugodzie zawartej przed mediatorem.⁵⁰³ Czy możliwe byłoby wystąpienie o nadanie klauzuli wykonalności ugodzie mediacyjnej zawartej w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej do sądu karnego, który byłby właściwy do rozpoznania sprawy? W mojej ocenie nie ma takiej możliwości. Postępowanie przed organami izb lekarskich toczy się niezależnie od postępowania karnego. Sąd karny nie miałby jurysdykcji do nadania klauzuli wykonalności ugodzie zawartej przed mediatorem w postępowaniu prowadzonym przez sąd lekarski. W takim razie, ugoda zawarta przed mediatorem ma charakter umowy cywilnoprawnej. Nie stanowi tytułu egzekucyjnego i nie można nadać jej klauzuli wykonalności. Z punktu widzenia pokrzywdzonego w razie gdyby obwiniony uchylał się przed spełnieniem obowiązków wynikających z ugody, mógłby on wytoczyć powództwo w procesie cywilnym. W obecnym stanie prawnym wykonanie przez obwinionego ugody tak naprawę zależy tylko od jego dobrej woli.

Ugoda zawarta w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mogłaby również w określonym zakresie wpływać na postępowanie karne dotyczące tego samego czynu. Zgodnie z art. 53 § 2 k.k., wymierzając karę sąd

⁵⁰² A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 402.

⁵⁰³ *Ibidem*.

uwzględnia w szczególności zachowanie się sprawcy po popełnieniu przestępstwa, a zwłaszcza staranie o naprawienie szkody. W mojej ocenie w przypadku, gdyby sprawca w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w drodze mediacji zawarł z pokrzywdzonym pacjentem ugodę i naprawił wyrządzoną pacjentowi szkodę to taka okoliczność wpisywałaby się w treść art. 53 § 2 k.k i mogłaby wpłynąć na wymiar kary oskarżonemu w postępowaniu karnym.

13. Konsekwencje zawarcia ugody przed mediatorem w toku postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej

Ustawa o *izbach lekarskich* nie przewiduje żadnych konsekwencji wynikających z zawarcia przez strony ugody przed mediatorem w toku postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Z pewnością zawarcie ugody nie jest przesłanką pozwalającą rzecznikowi na umorzenie postępowania. W art. 63 u.i.l. wymienione zostały enumeratywnie przesłanki pozwalające na umorzenie postępowania. Postępowanie można umorzyć jeżeli: czynu nie popełniono, brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia, czyn nie stanowi przewinienia zawodowego, albo ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego, obwiniony zmarł, nastąpiło ustanie karalności, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się. Wśród przesłanek nie zostało wskazane pojednanie się stron postępowania w wyniku mediacji. Pojawia się w związku z tym pytanie, czy w tej sytuacji znajdą odpowiednie zastosowanie przepisy *Kodeksu postępowania karnego*. Nie ulega jednak wątpliwości, że w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie będzie można odnieść się odpowiednio do art. 492 k.p.k. Zgodnie z tym przepisem w razie pojednania stron w wyniku mediacji, postępowanie umarza się. Przepis ten znajduje się jednakże w rozdziale 52 „Postępowanie w sprawie z oskarżenia prywatnego”, a na mocy art. 112 pkt 1 u.i.l. w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie stosuje się odpowiednio przepisów *Kodeksu postępowania karnego* o oskarżycielu prywatnym. W związku z powyższym nie zgadzam się z J. Berezowskim i P. Malinowskim, że w razie pojednania stron w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy postępowanie umarza się na podstawie art. 492 k.p.k.⁵⁰⁴

⁵⁰⁴ J. Berezowski, P. Malinowski, *Komentarz do art. 113 ustawy o izbach lekarskich*, 2013, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

W art. 112 pkt 2 u.i.l. wymieniony jednak został wprost art. 53 k.k., stosowany w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej odpowiednio. Zgodnie z art. 53 § 3 k.k. sąd wymierzając karę bierze pod uwagę m.in. pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji pomiędzy pokrzywdzonym a sprawcą. Tak więc w obecnym stanie prawnym jedyną konsekwencją wynikającą z zawarcia ugody przed mediatorem w toku postępowania wyjaśniającego będzie możliwość złagodzenia kary wymierzonej przez sąd lekarski. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w razie zawarcia ugody przed mediatorem powinien i tak skierować do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie, w którym może wskazać, że ze względu na pojednanie się pokrzywdzonego z obwinionym w toku postępowania wyjaśniającego, wnosi o wymierzenie kary łagodniejszej, jakkolwiek ostateczna decyzja w tym zakresie należeć będzie do sądu.

14. Konsekwencje zawarcia ugody przed mediatorem w toku postępowania przed sądem lekarskim

Pojednanie się obwinionego lekarza z pokrzywdzonym w drodze mediacji może odbyć się także na etapie postępowania przed sądem lekarskim i to zarówno sądem I instancji, a więc okręgowym sądem lekarskim, jak i sądem II instancji, a więc Naczelny Sąd Lekarski. Podobnie, jak w przypadku mediacji na etapie postępowania wyjaśniającego, ustawodawca nie przewidział w ustawie o *izbach lekarskich* żadnych konsekwencji wynikających z zawarcia ugody przed mediatorem na etapie orzekania przez sąd lekarski. Odpowiednie zastosowanie znajduje zatem ponownie art. 53 § 3 k.k., zgodnie z którym sąd lekarski wymierzając karę bierze pod uwagę pozytywne wyniki mediacji między pokrzywdzonym a obwinionym. Z praktyki orzeczniczej sądów lekarskich wynika, że w kilku przypadkach, w których doszło do pojednania się stron postępowania, sąd lekarski powołując się na art. 83 ust. 2 u.i.l. umarzał postępowanie. Zgodnie z tym przepisem sąd lekarski może umorzyć postępowanie w przypadku przewinienia mniejszej wagi albo jeżeli orzeczenie wobec obwinionego kary byłoby oczywiście niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawy, a interes pokrzywdzonego temu się nie sprzeciwia. W przepisie tym nie wskazuje się pojednania stron postępowania jako przesłanki pozwalającej na umorzenie postępowania. Sądy lekarskie korzystały jednak z tej możliwości wskazując jednocześnie, że mają do czynienia z przewinieniem zawodowym mniejszej wagi

a ponadto obwiniony pojednał się ze sprawcą, tak więc umorzenie postępowania nie sprzeciwia się interesowi pokrzywdzonego.

Warto w kontekście tego zagadnienia również wspomnieć o wprowadzonym do *Kodeksu karnego* art. 59a, obowiązującym od dnia 1 lipca 2015 r., ale uchylonym w dniu 15 kwietnia 2016 r. Przepis ten mógł być przez pewien czas stosowany w postępowaniu zawodowym lekarzy odpowiednio.

Zgodnie z nieobowiązującym już art. 59a § 1 k.k. jeżeli przed rozpoczęciem przewodu sądowego w pierwszej instancji sprawca, który nie był uprzednio skazany za przestępstwo umyślne z użyciem przemocy, pojednał się z pokrzywdzonym, w szczególności w wyniku mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie, umarzało się – na wniosek pokrzywdzonego, postępowanie karne o występki zagrożony karą nieprzekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, a także o występki przeciwko mieniu zagrożony karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak również o występki określony w art. 157 § 1 k.k.⁵⁰⁵ Przepis ten dopuszczał więc możliwość umorzenia postępowania karnego, nawet w przypadku przestępstw ściganych z oskarżenia publicznego, jeśli sprawca pojednał się z pokrzywdzonym, również w drodze mediacji. Do takiego umorzenia mogło dojść tylko na wniosek pokrzywdzonego, w sytuacji, gdy sprawca już naprawił wyrządzoną szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie. Wniosek pokrzywdzonego o umorzenie postępowania w tym trybie musiał być poprzedzony naprawieniem szkody lub zadośćuczynieniem krzywdzie, a organ, który wydawałby w tym zakresie postanowienie powinien dysponować na to dowodem. Sprawca nie mógł być uprzednio karany za umyślne przestępstwo z użyciem przemocy. Możliwość umorzenia występowała w ściśle określonych sytuacjach i obejmowała występkę zagrożoną karą nieprzekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, a także występki przeciwko mieniu zagrożony karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak również występki

⁵⁰⁵ Art. 59 a k.k. brzmiał: § 1. Jeżeli przed rozpoczęciem przewodu sądowego w pierwszej instancji sprawca, który nie był uprzednio skazany za przestępstwo umyślne z użyciem przemocy, pojednał się z pokrzywdzonym, w szczególności w wyniku mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie, umarza się, na wniosek pokrzywdzonego, postępowanie karne o występki zagrożony karą nieprzekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, a także o występki przeciwko mieniu zagrożony karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak również o występki określony w art. 157 § 1.

§ 2. Jeżeli czyn został popełniony na szkodę więcej niż jednego pokrzywdzonego, warunkiem zastosowania § 1 jest pojednanie się, naprawienie przez sprawcę szkody oraz zadośćuczynienie za wyrządzoną krzywdę w stosunku do wszystkich pokrzywdzonych.

§ 3. Przepisu § 1 nie stosuje się, jeżeli zachodzi szczególna okoliczność uzasadniająca, że umorzenie postępowania byłoby sprzeczne z potrzebą realizacji celów kary.

z art. 157 § 1 k.k., czyli spowodowanie średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu. Podkreślić w tym miejscu należy, że wymienienie art. 157 § 1 k.k. wprost miało istotne znaczenie z punktu widzenia postępowań karnych dotyczących lekarzy. W uzasadnieniu rządowego projektu ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy - *Kodeks postępowania karnego*, ustawy - *Kodeks karny i niektórych innych ustaw*⁵⁰⁶ wskazano, że: „poprzez wprowadzenie możliwości umorzenia postępowania karnego za zgodą pokrzywdzonego w przypadku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia krzywdzie, rola pokrzywdzonego w postępowaniu karnym niewątpliwie ulegnie wzmocnieniu. Nie bez znaczenia także pozostaje fakt, że z procesu karnego w szybszy sposób będą eliminowane sprawy, których sam pokrzywdzony nie jest zainteresowany już prowadzeniem, z uwagi na zakończenie sporu, a do uczestniczenia w których byłby jednak zobowiązany bez wprowadzenia tej instytucji. Nieuwzględnienie wniosku o umorzenie postępowania możliwe będzie jedynie w wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych wypadkach”.

W mojej ocenie wprowadzenie takiej zmiany do postępowania karnego było przełomowe. S. Waltoś i P. Hofmański zauważyli, że tzw. umorzenie restytucyjne stanowiło wyjątek od zasady legalizmu na rzecz zasady oportunistycznej.⁵⁰⁷ W ich ocenie pokrzywdzony otrzymał „jeszcze jedną szansę skutecznej ochrony jego dobra prawnego”.⁵⁰⁸ Powyższe rozważania odnoszą się do idei sprawiedliwości naprawczej, kładącej nacisk na zaspokojenie interesów pokrzywdzonego. Pojęcie „sprawiedliwość naprawcza” zostało zdefiniowane w art. 2 ust. 1 d dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2012/29/UE z dnia 25 października 2012 r. ustanawiającej normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw oraz zastępującej decyzję ramową Rady 2001/220/WSiSW⁵⁰⁹. Sprawiedliwość naprawcza oznacza procedury, dzięki którym ofiara i sprawca mają możliwość – pod warunkiem wyrażenia zgody – czynnego udziału w rozwiązaniu kwestii będących wynikiem przestępstwa przy pomocy bezstronnej strony trzeciej. Jako przykład takiej procedury w dyrektywie wskazano mediację.⁵¹⁰ Zauważono, że mediacja może być bardzo korzystna z punktu widzenia

⁵⁰⁶ Dz.U.2013.1247 z dnia 25.10.2013r. .

⁵⁰⁷ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016. S. 294-295.

⁵⁰⁸ *Ibidem*.

⁵⁰⁹ Dz.U.UE.L.2012.315.57.

⁵¹⁰ Por. pkt 46 w preambule dyrektywy: „Usługi w zakresie sprawiedliwości naprawczej, w tym na przykład mediacja między ofiarą a sprawcą, konferencje grup rodzinnych oraz zgromadzenia wyrokujące, mogą być bardzo korzystne dla ofiary, jednak wymagają gwarancji, aby zapobiec wtórnej i ponownej wiktyimizacji, zastraszaniu oraz odwetowi. Dlatego też przy świadczeniu takich usług należy

ofiary, może zapewnić jej naprawienie wynikłej szkody. Idea sprawiedliwości naprawczej koncentruje się na ofiarach przestępstw i na naprawieniu wyrządzonej im w drodze przestępstwa szkody.

Wprowadzenie art. 59a k.k. spotkało się z licznymi wątpliwościami. A. Plich zwróciła uwagę, że wprowadzona zmiana pokazuje, iż: „funkcja kompensacyjna prawa karnego ma istotne znaczenie i jako taka stanowić powinna punkt odniesienia dla organów wymiaru sprawiedliwości mających stosować ten przepis. Tak rozumiana koncepcja sprawiedliwości naprawczej stoi w opozycji do klasycznej wizji przestępstwa i kary, opierającej się na przekonaniu o "wyrównawczej" funkcji sankcji państwowej, tzn. przekonaniu, że krzywda, której doznała jednostka, powinna zostać naprawiona przez karę wymierzoną przez państwo.”⁵¹¹ Również P. Hofmański, K.L. Paprzycki, A. Sakowicz wskazali, że „Zmiana ta towarzyszy zasadniczej przebudowie modelu postępowania karnego. Choć niewątpliwie przepis zawiera treść materialnoprawną, w swojej istocie stanowi wyłom w procesowej zasadzie legalizmu, będąc przejawem tzw. oportunistycznego niewłaściwego. Podstawowe założenie aksjologiczne tkwiące u podstaw komentowanego przepisu sprowadza się do przyjęcia, że w sytuacji gdy konflikt wywołany przez popełnienie czynu zabronionego został zneutralizowany i znajduje to odzwierciedlenie w konkretnych zachowaniach stron tego konfliktu, angażowanie wymiaru sprawiedliwości nie jest ani celowe, ani opłacalne”.⁵¹²

Art. 59a k.k. obowiązywał dość krótko – zaledwie dziewięć miesięcy.⁵¹³ W uzasadnieniu rządowego projektu zmian ustawy zauważono, że uchylenie instytucji tzw. umorzenia restytucyjnego wydaje się konieczne ze względu na jej „oportunistyczno-konsensualny” charakter i umożliwianie sprawcom poważnych przestępstw uniknięcia odpowiedzialności karnej przez „wykupienie się” od odpowiedzialności. Dodatkowym zagrożeniem wydawało się uzależnienie możliwości umorzenia postępowania od woli pokrzywdzonego – mogło to bowiem powodować wywieranie presji przez oskarżonych.⁵¹⁴

mieć w pierwszym rzędzie na uwadze interes i potrzeby ofiary, naprawienie szkód wyrządzonych ofierze i zapobieżenie dalszym szkodom”.

⁵¹¹ W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Część II. Komentarz do art. 53-116*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁵¹² M. Filar (red.), *Kodeks karny. Komentarz, wyd. V*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁵¹³ Art. 59 a k.k. utracił moc w dniu 15 kwietnia 2016 r. w związku z ustawą z dnia 11 marca 2016 r. o zmianie ustawy - *Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw*, Dz.U.2016.437 z dnia 01.04.2016.

⁵¹⁴ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=207>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

Co ciekawe w uwagach Sądu Najwyższego do wykreślenia art. 59a k.k., wskazano, że: „Zasadnicze wątpliwości budzi skreślenie art. 59a k.k. Jest to zmiana przedwczesna. Zaledwie dziewięć miesięcy obowiązywania art. 59a k.k., to okres zdecydowanie zbyt krótki, aby wskazywać na dysfunkcjonalność wdrożonych rozwiązań legislacyjnych. Jednocześnie, powody podane w uzasadnieniu projektu nie uzasadniają całkowitej rezygnacji z umorzenia restytucyjnego. Jeżeli projektodawca uznaje, że obowiązująca regulacja jest zbyt daleko idąca, to wydaje się, że bardziej adekwatna byłaby zmiana przesłanek jej zastosowania. Przykładowo, wyobrazić sobie można ograniczenie się do przestępstw nieumyślnych, czy też ewentualne wyłączenie możliwości skorzystania ze wskazanej instytucji przez sprawców, o których mowa w art. 64 i 65 k.k. Dodatkowo wprowadzić można obowiązek uiszczenia świadczenia pieniężnego na cel wskazany przez sąd i w ustalonym przez sąd terminie, co warunkować będzie skuteczność umorzenia, a jednocześnie zrealizuje funkcję rzeczywistej dolegliwości penalnej”.⁵¹⁵ W mojej ocenie stanowisko Sądu Najwyższego w tym zakresie uznać należy za trafne. Stabilność prawa jest niezwykle istotna. Jeżeli ustawodawca wprowadza zupełnie nową instytucję do postępowania karnego, po czym po niespełna kilku miesiącach dochodzi do przekonania, iż jednak należy ją skreślić, nie podając przy tym argumentów, które nie byłyby mu znane w chwili wprowadzania zmiany, w mojej ocenie jest przedwczesne.

Całkowicie należy podzielić ocenę T. Gardockiej, która zwraca uwagę, że owszem, można zadawać sobie pytanie, czy wprowadzenie w dniu 1 lipca 2015 r. art. 59 a, przepisu procesowego do *Kodeksu karnego* było słuszne, czy może lepszym rozwiązaniem było jego uchylenie w dniu 15 kwietnia 2016 r., nie ulega jednak wątpliwości, że „nie jest możliwe taką metodą stworzenie spójnego kodeksu.”⁵¹⁶

⁵¹⁵ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=207>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

⁵¹⁶ T. Gardocka, *Zamęt w wymiarze sprawiedliwości karnej* [w:] *Zamęt w wymiarze sprawiedliwości karnej* (T. Gardocka, D. Jagiełło, P. Herbowski red.) Warszawa 2016, s. 13

15. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Omawiając problematykę mediacji, jako pozasądowej formy rozwiązywania sporów, nie sposób nie odnieść się do działalności wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Cel przyświecający wprowadzeniu w 2012 r.⁵¹⁷ tego szczególnego, alternatywnego dla drogi sądowej trybu postępowania został określony jako usprawnienie i uproszczenie dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych z tzw. zdarzeń medycznych, których skutków doznali pacjenci w następstwie udzielania im świadczeń zdrowotnych w szpitalach.

Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych to pozasądowe postępowanie toczące się w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁵¹⁸ będące alternatywnym sposobem uzyskania rekompensaty za szkody medyczne.⁵¹⁹

W Polsce funkcjonuje 16 wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Siedzibą komisji jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego.⁵²⁰ W skład jednej komisji powoływanych jest szesnastu członków. Ośmiu z nich musi posiadać przynajmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych i wykonywać zawód medyczny przez co najmniej pięć lat albo posiadać stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych.⁵²¹ Pozostałych ośmiu członków komisji musi posiadać co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, przez co najmniej okres pięciu lat być zatrudnionym na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadających stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych.⁵²² Celem takiego ustalenia składu komisji było włączenie w jej skład osób posiadających zarówno wykształcenie prawnicze, jak i medyczne. Czternastu członków

⁵¹⁷ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia, Dz.U.2009.76.641.

⁵¹⁸ Rozdział 13a ustawy zatytułowany zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych w art. 67a - 67 p odnosi się do problematyki postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

⁵¹⁹ J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, s. 13.

⁵²⁰ Zob. art. 67e ust. 1 u.p.p.

⁵²¹ Por. art. 67e ust. 3 pkt 1 u.p.p.

⁵²² Por. art. 67e ust. 3 pkt 2 u.p.p.

komisji powołuje wojewoda i po jednym członku komisji powołują Minister Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta.⁵²³ Kadencja członków komisji wynosi sześć lat.⁵²⁴

Przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych mogą stanąć tylko sprawy związane z zakażeniem pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta będąca następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała one niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby, leczenia a w tym wykonania zabiegu operacyjnego, zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, przy czym postępowanie może dotyczyć tylko zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Z tego katalogu wyłączone zostały sprawy dotyczące np. naruszenia tajemnicy lekarskiej czy też błędów medycznych do których mogłoby dojść poza szpitalem np. w przypadku leczenia ambulatoryjnego albo chociażby w prywatnej praktyce lekarskiej. Powyższa definicja zdarzenia medycznego jest dość skomplikowana i wymaga dalszych wyjaśnień.

Szpital, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* jest to zakład leczniczy w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Z kolei w art. 2 ust 1 u.d.l. pkt 11 zdefiniowane zostały świadczenia szpitalne, przez które należy rozumieć wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Postępowanie przed komisją rozpoczyna złożenie przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź spadkobiercę wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego.⁵²⁵ Taki wniosek składany jest w komisji właściwej dla siedziby szpitala, w którym miało miejsce zdarzenie.⁵²⁶ Ustawodawca przewidział na wniesienie wniosku konkretny okres – jeden rok od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zdarzeniu medycznym, ale jednocześnie nie więcej, niż trzy lata od dnia, w którym

⁵²³ Por. art. 67e ust. 5 u.p.p.

⁵²⁴ Por. art. 67e ust. 7 u.p.p.

⁵²⁵ Por. art. 67b ust. 1 u.p.p.

⁵²⁶ Por. art. 67c ust. 1 u.p.p.

nastąpiło zdarzenie.⁵²⁷ Analogicznie będzie w przypadku odpowiedzialności zawodowej, postępowanie nie może być wszczęte, jeżeli od popełnienia czynu (zdarzenia) upłynęły trzy lata.⁵²⁸

Ustawodawca wymienia elementy, z których powinien składać się wniosek: dane pacjenta, imię, nazwisko, data urodzenia, numer pesel albo seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres do doręczeń, dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, uzasadnienie wniosku zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia, wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, śmierć pacjenta, propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.⁵²⁹ Złożenie takiego wniosku podlega opłacie w wysokości 200 zł. Dodatkowo, pacjent do wniosku powinien załączyć dowody uprawdopodobniające wystąpienie zdarzenia. Od momentu wpływu wniosku rozpoczyna bieg termin na wydanie przez komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym, bądź o jego braku, który wynosi cztery miesiące.⁵³⁰ Celem wprowadzenia tak krótkiego terminu było umożliwienie pacjentom jak najszybszego uzyskania odszkodowania. Przewodniczący wojewódzkiej komisji wyznacza czteroosobowy skład orzekający według wpływu wniosków z alfabetycznej listy członków komisji (dwóch z nich musi mieć wykształcenie medyczne, a dwóch wykształcenie prawnicze).⁵³¹

Stronami postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych są: pacjent, a w razie śmierci pacjenta jego spadkobiercy, oraz podmiot leczniczy prowadzący szpital i ubezpieczyciel, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia.⁵³² Należy podkreślić, że na samym początku powołania komisji w art. 17 ust. 1 pkt 4b u.d.z. wprowadzony został przepis nakładający na podmioty lecznicze prowadzące szpital obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z realizacją tego przepisu związane były liczne niedogodności, ponieważ podmioty lecznicze prowadzące szpital i tak ponosiły już koszty związane z obowiązkowym ubezpieczeniem

⁵²⁷ Por. art. 67c ust. 2 u.p.p.

⁵²⁸ Por. art. 64 ust. 1 u.i.l.

⁵²⁹ Por. art. 67d ust. 1 u.p.p.

⁵³⁰ Por. art. 67j ust.2 u.p.p.

⁵³¹ Por. art. 67f u.p.p.

⁵³² Zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 4 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* podmiot leczniczy jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

odpowiedzialności cywilnej,⁵³³ tak więc ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych wiązało się z dodatkowymi kosztami. Ponadto ubezpieczyciele proponowali wysokie ceny ubezpieczenia, tak więc w praktyce nieliczne szpitale zdecydowały się na wykupienie ubezpieczenia. Ostatecznie, art. 17 ust. 1 pkt 4b u.d.l., nakładający na szpitale obowiązek ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych został w 2016 r. uchylony.⁵³⁴ Obecnie, większość szpitali nie decyduje się na dobrowolne zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Mając powyższe na uwadze, należy podkreślić, że w praktyce, szpitale samodzielnie ponoszą materialną odpowiedzialność za wystąpienie zdarzenia medycznego i mają obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej pacjentowi lub jego spadkobiercom.

W posiedzeniach wojewódzkich komisji nie może uczestniczyć sam lekarz będący sprawcą zdarzenia. Zgodnie bowiem z art. 67 i ust. 2 u.p.p. w posiedzeniach mogą uczestniczyć: podmiot składający wniosek, przedstawiciel kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, przedstawiciel ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Do udziału w postępowaniu nie jest uprawniony lekarz, który przyczynił się do powstania zdarzenia medycznego. Taka regulacja prawna skutkowałą złożeniem przez Naczelną Radę Lekarską skargi do Trybunału Konstytucyjnego w zakresie niezgodności z Konstytucją powyższego przepisu, ponieważ w ocenie Naczelnej Rady takie rozwiązanie naruszało art. 45 Konstytucji i godziło w prawa lekarza niemogącego brać udziału w postępowaniu, a przecież dotyczyło ono bezpośrednio sfery jego dóbr osobistych. Trybunał Konstytucyjny nie podzielił takiego zapatrywania i w uzasadnieniu wyroku wskazał, że: „ustalenie, że doszło do zdarzenia medycznego, nie wywiera skutków w sferze odpowiedzialności zawodowej i karnej, które są oparte na zasadzie winy, gdyż jest ona poza sferą ustaleń wojewódzkiej komisji”.⁵³⁵ Komisja orzeka tylko w przedmiocie tego, czy doszło do zdarzenia medycznego, a nawet jeśli ustalili, że doszło, to nie wiąże go z odpowiedzialnością konkretnego lekarza. Jak dalej w uzasadnieniu Trybunału Konstytucyjnego wskazano: „Trybunał podkreśla, że – w modelu przyjętym przez ustawodawcę polskiego – orzeczenie wojewódzkiej komisji nigdy nie dotyczy konkretnego lekarza, czy to będącego pracownikiem szpitala, czy to

⁵³³ Zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 4a u.d.l. podmiot leczniczy jest obowiązany zawrzeć umowę odpowiedzialności cywilnej.

⁵³⁴ Dz.U.2016.960 art. 1.

⁵³⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13.

świadczącego usługi na rzecz szpitala na podstawie umowy cywilnoprawnej, czy – tym bardziej – lekarza prowadzącego indywidualną praktykę, z którą wiąże się szkoda wnioskodawcy. W konsekwencji, orzeczenie komisji w żadnym razie nie może nakładać obowiązku naprawienia szkody ani na lekarza, ani na jego ubezpieczyciela”.⁵³⁶

Z powyższego wynika, że szpitalowi, po wypłaceniu odszkodowania po wydaniu decyzji przez komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, nie przysługuje względem lekarza roszczenie regresowe. Jak zauważa M. Serwach komisja wskazuje jedynie, czy doszło do zdarzenia medycznego, nie bada natomiast winy konkretnego lekarza, czy lekarza dentysty.⁵³⁷ W literaturze przedmiotu podnosi się nawet, że postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych stanowi system kompensacji szkód niezależny od winy (*No Fault Compensation*).⁵³⁸

Również Najwyższa Izba Kontroli wskazała, że: „ustalenie zdarzenia medycznego nie wpływa na odpowiedzialność zawodową i karną lekarzy (...) ustalenia z postępowania przed wojewódzką komisją mogą stanowić dowód w sprawie, ale w żaden sposób ustalenie zaistnienia zdarzenia medycznego nie determinuje przesłanek odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny lub błąd w sztuce”.⁵³⁹ Szpital, aby móc dochodzić roszczeń od konkretnego lekarza musiałby wykazać winę lekarza, który w wyniku swojego działania doprowadził do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta, będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy (jeśli spowodowała niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby), leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.⁵⁴⁰

Reasumując powyższe rozważania, należy wskazać, że w wyniku postępowania przed komisją możliwe jest ustalenie świadczenia, które zostanie pacjentowi wypłacone, jednak świadczenie to nie obciąża lekarza, a jedynie szpital. Innymi słowy orzeczenie komisji w żaden sposób nie przesądza o prawach lub obowiązkach lekarza, a dotyczy

⁵³⁶ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13.

⁵³⁷ M. Serwach, *Sytuacja prawna lekarza odpowiedzialnego za wystąpienie zdarzenia medycznego*, „Medycyna Praktyczna” nr 4/2013.

⁵³⁸ J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Sopot 2015, s. 167.

⁵³⁹ Informacje o wynikach kontroli KZD.430.005.2018 numer ewid. 163/2018/p/18/057/kzd, s. 5, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18515,vp,21114.pdf>.

⁵⁴⁰ M. Serwach, *Sytuacja prawna lekarza odpowiedzialnego za wystąpienie zdarzenia medycznego*, „Medycyna Praktyczna” nr 4/2013.

jedynie kierownika podmiotu leczniczego, ubezpieczyciela i podmiotu składającego wniosek.

Pierwszy etap postępowania przed komisją sprowadza się do tego, że komisja w oparciu o art. 67a u.p.p. stwierdza, czy doszło do zdarzenia medycznego, czy też nie. Jeśli przyjmie, że doszło do zdarzenia medycznego, to ubezpieczyciel, a w razie braku ubezpieczyciela, podmiot leczniczy prowadzący szpital, w terminie 30 dni od dnia otrzymania orzeczenia komisji o wystąpieniu zdarzenia medycznego, przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. W razie braku takich informacji, ubezpieczyciel (lub szpital) zobowiązany jest do wypłaty odszkodowania w wysokości określonej we wniosku. Następnie, pacjent, który otrzyma propozycję ze strony ubezpieczyciela (lub szpitala), w terminie 7 dni składa wojewódzkiej komisji oświadczenie o jej przyjęciu lub odrzuceniu. W sytuacji przyjęcia propozycji, podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku.⁵⁴¹Od orzeczeń komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych przysługują środki zaskarżenia w postaci: wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji.

Zgodnie z art. 67b ust. 2 u.p.p. postępowanie przed wojewódzką komisją w przypadku, kiedy w związku z tym samym zdarzeniem toczyłoby się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, zawieszają się. Jest to istotne, z uwagi na obligatoryjny a nie fakultatywny obowiązek zawieszenia takiego postępowania przewidziany przez ustawodawcę w tym przepisie. Podobnie będzie w przypadku, gdy toczyłoby się postępowanie karne. W przypadku zakończenia postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej, postępowanie przed wojewódzką komisją podejmuje się z urzędu.⁵⁴²Z przepisów ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* nie wynika, aby wynik postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej miał bezpośredni wpływ na wynik postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Jak zauważa J. Sadowska wynik postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej może stanowić jednak istotną okoliczność przy określaniu przez komisję, czy doszło do zdarzenia

⁵⁴¹ Por. art. 67k ust. 6 u.p.p.

⁵⁴² Por. art. 67b ust. 3 u.p.p.

medycznego.⁵⁴³Jedynie w przypadku postępowania cywilnego, ustawodawca przewidział wprost, że nie wszczyna się postępowania przed wojewódzką komisją, a wszczęte umarza, jeżeli w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie albo toczy się postępowanie cywilne w sprawie. Postępowanie cywilne ma tu pierwszeństwo przed postępowaniem przed wojewódzką komisją. Takie rozwiązanie w mojej ocenie uznać należy za uzasadnione, ponieważ skoro postępowanie przed komisją ma być alternatywą dla postępowania przed sądem cywilnym w zakresie otrzymania odszkodowania, to nie byłoby zasadnym równoległe prowadzenie postępowania przed komisją i sądem cywilnym.

Na podstawie powyżej dokonanej analizy trybu postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, należy wskazać, że postępowanie to ma niewiele wspólnego z mediacją. Nie zgadzam się ze stwierdzeniem wprowadzonym w uzasadnieniu rządowego projektu ustawy z dnia 15 października 2010 r. o *zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, zgodnie z którym, „postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest postępowaniem *sui generis*, które ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego”.⁵⁴⁴Ugodowo-mediacyjny charakter postępowania ma przejawiać się w tym, że istnieje możliwość pozasądowego ustalenia przez uczestników wysokości świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego. W mojej ocenie trudno zgodzić się ze stwierdzeniem, że postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych ma charakter ugodowo-mediacyjny ponieważ nie zmierza ono do zawarcia ugody, ani nie jest oparte na zasadach obowiązujących w postępowaniu mediacyjnym. Celem postępowania przed wojewódzką komisją, zgodnie z art. 67i ust. 1 u.p.p. jest ustalenie czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Postępowanie przed wojewódzką komisją może zakończyć się wydaniem orzeczenia, w którym przyznane zostanie wnioskującemu zadośćuczynienie bądź odszkodowanie,

⁵⁴³ J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekana o zdarzeniach medycznych*, Sopot 2015, s. 156.

⁵⁴⁴ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy z dnia 15 października 2010 r. o *zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, druk nr 3488, s. 7-8, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD/\\$file/3488.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD/$file/3488.pdf), dostęp w dniu 15.06.2020 r.

jednakże należy jednoznacznie podkreślić, że co do zasady w toku tego postępowania nie dochodzi do zawarcia ugody.

Również w literaturze przedmiotu poddaje się krytyce takie stwierdzenie, ponieważ *de facto* w przypadku, kiedy podmiot składający wniosek nie będzie usatysfakcjonowany z kwoty oferowanej przez ubezpieczyciela, nie ma dalszej możliwości prowadzenia negocjacji.⁵⁴⁵ Ponadto istotą postępowania mediacyjnego jest dobrowolność występująca po obu stronach. Dobrowolność przejawia się w dobrowolnym przystąpieniu i uczestnictwie w mediacji. W przypadku postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych dobrowolność występuje tylko po stronie - podmiotu składającego wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego (pacjenta). Na ubezpieczycielu (szpitalu) spoczywa obowiązek przedstawienia podmiotowi składającemu wniosek propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia,⁵⁴⁶ a w razie gdyby takiej propozycji nie przedstawił, ubezpieczyciel będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia w wysokości wskazanej przez wnioskodawcę,⁵⁴⁷ nie wyższej niż 100 000 zł (w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta) bądź 300 000 zł (w przypadku śmierci pacjenta).⁵⁴⁸ Tak więc wyboru sposobu rozstrzygnięcia sporu dokonuje tylko jedna strona postępowania.

W przeciwieństwie do postępowania mediacyjnego, w przypadku wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych ograniczony został katalog spraw, które mogą podlegać badaniu. Powtórzyć należy, że przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych mogą stanąć tylko sprawy związane z zakażeniem pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta będąca następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała one niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby, leczenia

⁵⁴⁵ J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Sopot 2015, s. 46.

⁵⁴⁶ Zgodnie z art. 67k ust. 2 pkt 2 u.p.p. ubezpieczyciel za pośrednictwem wojewódzkiej komisji przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia.

⁵⁴⁷ Zgodnie z artykułem 67k ust. 3 u.p.p. w przypadku nie przedstawienia przez ubezpieczyciela propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia ubezpieczyciel jest zobowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej przez pacjenta we wniosku.

⁵⁴⁸ Zgodnie z art. 67k ust. 7 maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku: 1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta - wynosi 100 000 zł; 2) śmierci pacjenta - wynosi 300 000 zł.

a w tym wykonania zabiegu operacyjnego, zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, przy czym postępowanie może dotyczyć tylko zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Wskazać należy, że postępowanie mediacyjne może obejmować nie tylko sprawy związane ze zdarzeniem, które miało miejsce w szpitalu, co więcej może obejmować sprawy dotyczące np. naruszenia tajemnicy lekarskiej, nieudostępnienia dokumentacji medycznej, konfliktów między lekarzami, niewłaściwego, naruszającego godność traktowania pacjenta i inne.

W przypadku mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy stronami postępowania są co do zasady: lekarz i pacjent. W przypadku postępowania przed wojewódzką komisją stronami postępowania są zawsze: pacjent, a w razie śmierci pacjenta jego spadkobiercy, oraz podmiot leczniczy prowadzący szpital i ubezpieczyciel, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie zmierza do ustalenia winy konkretnego lekarza. Zadaniem komisji jest stwierdzenie, czy doszło do „zdarzenia medycznego” i w zasadzie nic więcej. Nie bada się tutaj winy osoby (lekarza, pielęgniarki), która spowodowała zdarzenie. W uzasadnieniu rządowego projektu ustawy z dnia 15 października 2010 r. o *zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, zwrócono uwagę, że dostrzeżono potrzebę wprowadzenia systemu odpowiedzialności placówek opieki zdrowotnej, pozwalającego na uzyskanie przez pacjenta rekompensaty za poniesione szkody zdrowotne bez konieczności udowadniania winy pracowników opieki zdrowotnej.⁵⁴⁹

W postępowaniu mediacyjnym uczestniczy bezstronny i neutralny mediator, będący stróżem procedury. Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie jest neutralnym i bezstronnym podmiotem (takim jak mediator), stanowi w zasadzie organ quasi-sądowy,⁵⁵⁰ któremu przyznano uprawnienia władcze. Komisja rozpoznaje sprawy i podejmuje czynności procesowe na posiedzeniach, może wzywać i przesłuchiwać świadków, przeprowadzać dowód z opinii biegłych.

⁵⁴⁹ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy z dnia 15 października 2010 r. o *zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, druk nr 3488, s. 8.

⁵⁵⁰ J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Sopot 2015, s. 13.

Postępowanie przed komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest postępowaniem cywilnym. Przedmiotem postępowania jest roszczenie odszkodowawcze. Postępowanie przed komisją może zakończyć się wydaniem orzeczenia o zdarzeniu medycznym, bądź orzeczeniem o braku zdarzenia medycznego. Postępowanie mediacyjne zaś, jeśli zakończy się zawarciem ugody, daje znacznie więcej możliwości. W ugodzie może zostać zwarty obowiązek wypłaty odszkodowania ale także obowiązek przeproszenia pokrzywdzonego, naprawienia szkody poprzez zagwarantowanie dokończenia leczenia przez innego lekarza.

Reasumując powyższe, wskazać należy, że postępowanie przed komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie jest postępowaniem mediacyjnym. Na zakończenie rozważań dotyczących wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych należy podkreślić, że postępowanie przed komisją nie stało się faktyczną alternatywą dla postępowania sądowego. Takie stanowisko zaprezentował Rzecznik Praw Pacjenta r.pr. Bartłomiej Chmielowiec podczas konferencji zorganizowanej przez Naczelną Radę Lekarską we współpracy z Naczelną Radą Adwokacką „Mediacja w medycynie”, która odbyła się w Krakowie, w dniach 24-25 stycznia 2020 r. Warto w tym zakresie odnieść się do analizy dokonanej przez Najwyższą Izbę Kontroli obejmującą funkcjonowanie Pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów.⁵⁵¹ Pytanie definiujące cel główny kontroli, obejmującej okres 2014-2018 (I kwartał) było następujące: „czy działania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych zapewniły pacjentom uzyskanie odszkodowań i zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego bez konieczności występowania na drogę sądową?”. Kontrola wykazała, że komisje nie spełniły swojej roli i nie stały się faktyczną alternatywą dla postępowania sądowego. W kolejnych latach zmalała liczba spraw kierowanych przez pacjentów i ich spadkobierców do komisji, a liczba spraw w sądach powszechnych nie uległa zmniejszeniu. W raporcie podano, że z informacji przekazanych przez Rzecznika Praw Pacjenta do NIK, wynika, że w latach 2012 - 2017 do 16 wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych wpłynęły łącznie 5604 wnioski o ustalenie zdarzenia medycznego. W tym czasie komisje wydały 1133 orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego i 2111 orzeczeń o braku zdarzenia medycznego. Dla porównania wskazano, że w latach 2012-2017 do sądów rejonowych

⁵⁵¹ Informacje o wynikach kontroli KZD.430.005.2018 numer ewid. 163/2018/p/18/057/kzd, s. 5, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18515,vp,21114.pdf>.

wpłynęło łącznie 1146 spraw za szkody wyrządzone przez podmioty lecznicze, zaś do sądów okręgowych orzekających w I instancji wpłynęły łącznie 4284 sprawy.

Wśród wad w funkcjonowaniu komisji wskazano w Raporcie, że komisje nie umożliwiły pacjentom szybkiego uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia w związku ze zdarzeniem medycznym, ponieważ ponad połowa rozstrzygnięć zapadła po upływie ustawowego czteromiesięcznego terminu, a w skrajnych przypadkach nawet po 22 miesiącach. Wskazano także, że błędne było założenie ustawodawcy, iż wiedza członków komisji posiadających wykształcenie medyczne pozwoli na uniknięcie konieczności powoływania biegłych, albowiem członkowie komisji samodzielnie będą mogli „rozwiązać zagadnienia natury medycznej”. Okazuje się bowiem, że większość komisji korzystała z opinii biegłych, w skrajnych przypadkach nawet w 85% spraw. Konieczność oczekiwania na opinie biegłych w znacznym stopniu wydłużała czas postępowania przed komisją. Bardzo często podmioty lecznicze prowadzące szpitale nie proponowały wysokości odszkodowania adekwatnej w danej sprawie. Przyczyną takiego zjawiska było określenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w *sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego*⁵⁵² jedynie górnych limitów odszkodowania, bez określenia minimalnych kwot świadczeń.

Reasumując, postępowanie przed komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie zapewniło pacjentom uzyskania odszkodowań i zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego.

16. Podsumowanie

Mediacja, jako zorganizowane, poufne postępowanie, do którego strony przystępują dobrowolnie z udziałem bezstronnego i neutralnego mediatora, który pomaga im w osiągnięciu akceptowalnego przez obie strony rozwiązania konfliktu jest wykorzystywana w praktyce w minimalnym stopniu.

Problematyka mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy ujęta została w art. 113 u.i.l. W art. 113 ust. 6 u.i.l. wskazano, że do postępowania mediacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*. Na podstawie odesłania ustawowego

⁵⁵² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w *sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego*, Dz.U.2013.750.

zawartego w art. 23a § 8 k.p.k. szczegółowy tryb przeprowadzania postępowania mediacyjnego określony został w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych*. Podzielał stanowisko A. Daniluk-Jarmoniuk⁵⁵³ oraz I. Wrześniewskiej-Wal,⁵⁵⁴ w świetle którego do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy – w zakresie mediacji należy stosować także odpowiednio wybrane przepisy powyższej wskazanego rozporządzenia.

W postępowaniu mediacyjnym prowadzonym na podstawie przepisów ustawy o izbach lekarskich zastosowanie znajdują podstawowe zasady mediacji, wśród których należy wskazać: dobrowolność, poufność, bezstronność i neutralność. Zasady powyższe, które znalazły swoje odzwierciedlenie w przepisach Kodeksu postępowania karnego wynikają również wprost z rekomendacji Nr R (99) 19 Komitetu Ministrów [Rady Europy] *dla Państw Członkowskich o mediacji w sprawach karnych*. Warto podkreślić, że zasada poufności mediacji została przez ustawodawcę dodatkowo wzmocniona w wyniku nowelizacji przepisów *Kodeksu postępowania karnego* w drodze ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – *Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw*, poprzez wprowadzenie art. 178a k.p.k., stosowanego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy odpowiednio, zgodnie z którym nie wolno przesłuchiwać jako świadka mediatora co do faktów, o których dowiedział się od obwinionego lub pokrzywdzonego prowadząc postępowanie mediacyjne, z wyłączeniem informacji o przestępstwach, o których mowa w art. 240 § 1 *Kodeksu karnego*. Ustawodawca nałożył na organy prowadzące postępowanie obowiązek informowania o celach i zasadach mediacji, w tym o treści art. 178a k.p.k. – taki obowiązek spoczywa na rzecznikach odpowiedzialności zawodowej oraz członkach sądów lekarskich.

Warto odnieść się także do zagadnienia sposobów prowadzenia mediacji, w szczególności mediacji facylitatywnych, ewaluatywnych, opartych na interesach stron, transformatywnych, narratywnych, humanistycznych.⁵⁵⁵ W tym miejscu, należy zwrócić uwagę na korzyści wynikające z mediacji transformatywnych, w szczególności w sporach między lekarzami. Mediacja pozwala nie tylko na rozwiązanie konfliktu, ale

⁵⁵³ A. Daniluk-Jarmoniuk, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018, s. 389.

⁵⁵⁴ I. Wrześniewska-Wal, *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018, s. 283.

⁵⁵⁵ R. Morek, *ADR – Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach gospodarczych*, Warszawa 2004, s. 75. oraz E. Gmurzyńska, *Rodzaje mediacji [w:] Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018, s. 177.

także na poprawę relacji uczestników na przyszłość, zmianę sposobu myślenia o konflikcie, zaistniałej sytuacji, co może mieć niezwykle istotne znaczenie – bardzo często lekarze będący w konflikcie będą nadal musieli ze sobą współpracować. Właściwa komunikacja i brak konfliktów w zespole ma realne przełożenie na jakość leczenia pacjentów, a także ich komfort.

Jak wynika z art. 113 ust. 3 u.i.l. funkcję mediatora w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej może pełnić tylko i wyłącznie lekarz, co może wzbudzać pewne wątpliwości w zakresie bezstronności i neutralności mediacji. Z danych uzyskanych na terenie okręgowych izb lekarskich wynika, że mediatorzy zostali powołani w dwudziestu spośród dwudziestu czterech okręgowych izb lekarskich. W czterech izbach, w których nie zostali powołani mediatorzy sprawy nie mogą być kierowane do postępowania mediacyjnego, ponieważ zgodnie z przepisami mediatorem może być tylko godny zaufania lekarz wybrany przez radę lekarską. Z drugiej strony, można wskazać izby lekarskie w których zostało powołanych kilku mediatorów – przykładowo w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Zielonej Górze powołanych zostało aż siedmiu mediatorów, w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu trzech, w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Kielcach dwóch.

W przypadku skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego między obwinionym i pokrzywdzonym, właściwy organ powinien wydać postanowienie, w którym wskazuje: imię i nazwisko mediatora powołanego w danej izbie lekarskiej, który będzie miał przeprowadzić mediację, imię i nazwisko obwinionego lekarza (w mojej ocenie także numer prawa wykonywania zawodu), imię i nazwisko pokrzywdzonego, czyn zarzucany obwinionemu lekarzowi wraz z podaniem jego kwalifikacji prawnej, akta sprawy udostępniane mediatorowi i warunki ich udostępnienia, termin zakończenia postępowania mediacyjnego, który nie powinien przekraczać 2 miesięcy. Mediacja, zgodnie z art. 113 ust. 4 u.i.l. prowadzona jest we właściwej terenowo izbie lekarskiej, co w mojej ocenie również może wzbudzać pewne wątpliwości w zakresie neutralności mediacji.

Ustawodawca nie przewidział w ustawie o *izbach lekarskich* katalogu spraw, które mogą zostać skierowane do postępowania mediacyjnego – teoretycznie więc każda sprawa może zostać przez rzecznika lub też sąd lekarski skierowana do mediacji. Nie wskazano również przesłanek materialnych warunkujących możliwość stosowania mediacji. W mojej ocenie sprawami, które w szczególności nadają się do kierowania do postępowania mediacyjnego są: sprawy dotyczące konfliktów między lekarzami

i pozostałym personelem medycznym, a także sprawy z zakresu specjalizacji lekarsko - dentystycznych. Popelnione przez lekarzy dentystów błędy były odwracalne, a roszczenia przede wszystkim finansowe. Pacjenci w tego typu sprawach bardzo szybko potrzebowali dalszego leczenia. W kilku mediacjach lekarze dentyści rzeczywiście przyznali, że podczas leczenia doszło do pewnych błędów, jednakże w wyniku zawartej ugody mediacyjnej zobowiązali się do ich naprawienia.

Każde postępowanie mediacyjne, niezależnie od tego, czy doszło do zawarcia ugody powinno zakończyć się sporządzeniem przez mediatora sprawozdania z przebiegu i wyników mediacji.

Ustawa o *izbach lekarskich* nie przewiduje wprost żadnych konsekwencji wynikających z zawarcia przez strony ugody przed mediatorem w toku postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, czy też w toku postępowania przed sądem lekarskim. Jak wynika z art. 112 pkt 1 u.i.l. w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowe lekarzy zastosowanie znajduje art. 53 k.k. Tak więc zgodnie z art. 53 § 3 k.k. sąd lekarski, wymierzając karę bierze pod uwagę pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji pomiędzy pokrzywdzonym a obwinionym.

Rozdział IV

Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków w świetle wyników badań aktowych oraz proponowane zmiany w zakresie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, które mogłyby przyczynić się do rozwoju postępowania mediacyjnego

1. Wstęp i cele pracy

Przedmiot badań w pracy badawczej stanowiła wprowadzona do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków instytucja mediacji. Problem badawczy zaś sprowadza się do odpowiedzi na następujące pytanie: czy instytucja mediacji w obecnie obowiązującym stanie prawnym funkcjonuje w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków.

W literaturze przedmiotu problematyka mediacji w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie była dotąd szczegółowo analizowana, w szczególności nie ukazała się dotychczas publikacja, która obejmowałaby badania aktowe spraw, skierowanych przez organy izb lekarskich do postępowania mediacyjnego. Pojawiła się rozprawa doktorska Macieja Niezabitowskiego „Mediacja jako metoda rozwiązywania sporu w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności lekarzy”, praca ta nie obejmowała jednak badań aktowych i analizy spraw, które w toku postępowania przed organami izb lekarskich zostały skierowane do postępowania mediacyjnego.

W niniejszej pracy przeprowadziłam badania aktowe w oparciu o sprawy, które trafiły do mediacji ze skierowania okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w obrębie izb lekarskich, w okresie od 2010 r. (tj. od wprowadzenia mediacji do ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*) do końca 2018 r. Analizie poddałam w sumie 77 spraw.

Rozwiązanie problemu badawczego będzie uwarunkowane rozwiązaniem szeregu problemów szczegółowych. Problemy szczegółowe sprowadzić można do odpowiedzi na poniższe pytania, które pojawiły się w trakcie procesu badawczego:

1. Ile spraw skierowano do mediacji z uwzględnieniem podziału na poszczególne okręgowe izby lekarskie?
2. Z czyjej inicjatywy sprawa została skierowana do mediacji – organu prowadzącego postępowanie, czy strony?

3. Kim byli uczestnicy mediacji – czy mediacja odbyła się pomiędzy lekarzami, czy między lekarzem a pacjentem?
4. Jaka była liczba lekarzy, a jaka liczba lekarzy dentyistów, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do mediacji?
5. Ile czasu minęło między wpłynięciem skargi do rzecznika, a skierowaniem sprawy do mediacji?
6. Ile czasu minęło między skierowaniem sprawy do mediacji a rzeczywistym terminem mediacji?
7. Ile czasu trwała mediacja?
8. Czy mediacja odbyła się między obwinionym a pokrzywdzonym?
9. Jaka była forma skierowania sprawy do mediacji?
10. Jaka była liczba spotkań mediacyjnych?
11. Gdzie odbyła się mediacja?
12. Jaki dokument sporządzony został po przeprowadzonej mediacji?
13. Czy doszło do zawarcia ugody?
14. Jakie były postanowienia ugody?
15. Jakie czynności zostały podjęte przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w przypadku zawarcia przez strony ugody po zakończonej mediacji?

Analiza literatury, a także określony cel badań i problem badawczy zdeterminowały przyjętą hipotezę badawczą w brzmieniu: mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest instytucją stosowaną w minimalnym zakresie. Organy prowadzące postępowanie w sprawach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy niezwykle rzadko decydują się na skierowanie sprawy do mediacji. Podkreślić jednak należy, że aż w 70% spraw skierowanych do mediacji, doszło do zawarcia ugody przed mediatorem. Wniosek z tego płynący jest taki, że niewykorzystywana w praktyce w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej instytucja mediacji ma ogromny potencjał i wprowadzenie uzupełniających rozwiązań prawnych pozwoliłoby na większe zastosowanie tej alternatywnej metody rozwiązywania sporów.

W pracy wykorzystałam następujące metody badawcze:

I. Metody empiryczne:

1. Badanie dokumentów – poddałam szczegółowej analizie akta postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów, w których przeprowadzona została mediacja. Przed przystąpieniem do realizacji badania uzyskałam zgodę właściwych organów: Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej lek. Grzegorza Wrony, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Analizie poddałam również akty prawne odnoszące się do zagadnienia odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów obowiązujące obecnie i w przeszłości, akty prawne mające zastosowanie do mediacji w niniejszych sprawach.
2. Obserwacja naukowa – uczestniczyłam w charakterze publiczności w licznych rozprawach przed Naczelnym Sądem Lekarskim, okręgowymi sądami lekarskimi, we wszystkich rozprawach przed Sądem Najwyższym w których rozpoznane zostały kasacje od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego od 2015 r., w latach 2015 – do chwili obecnej, jako pracownik biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej protokołowałam liczne przesłuchania świadków, pokrzywdzonych, obwinionych lekarzy, co pozwoliło mi na gromadzenie danych drogą spostrzeżeń.
3. Wywiad – miałam przyjemność przeprowadzić wywiad z wieloletnim Mediatorem Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Zygfrydem Stefanem Wawrzyńkiem, a także Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej lek. Grzegorzem Wroną. Wiedzę, którą wykorzystałam dla potrzeb niniejszej pracy uzyskiwałam również w trakcie konferencji poświęconych odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a także rozmów z rzecznikami odpowiedzialności zawodowej i ich zastępcami, członkami sądów lekarskich, doradcami prawnymi.

II Metody teoretyczne:

1. Analiza – posłużyłam się metodą analizy dostępnego piśmiennictwa i akt postępowań z zakresu odpowiedzialności zawodowej, w których prowadzona była mediacja.

2. Obserwacja – w postaci pośredniej przy pomocy analizy danych statystycznych oraz aktów prawnych.

Przebieg badań

W celu uporządkowania prowadzonych badań naukowych, przeprowadziłam je w trzech odrębnych, zasadniczych etapach.

Etap 1 – konceptualizacja: Aktywnie uczestniczyłam i współorganizowałam konferencje – w tym konferencje międzynarodowe i seminaria naukowe odnoszące się do zakresu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków, a także mediacji. Brałam również udział jako prelegent w konferencjach i seminariach poświęconych powyższej tematyce. Prowadziłam rozmowy i konsultacje z mediatorami okręgowych izb lekarskich, organami prowadzącymi postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej – rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, członkami sądów lekarskich, stronami postępowania – pokrzywdzonymi, lekarzami, których dotyczy postępowanie, obwinionymi a także obrońcami i pełnomocnikami stron postępowania. Od 2015 r. zdobywałam jako pracownik biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wiedzę dotyczącą praktycznych aspektów i rzeczywistego funkcjonowania przepisów w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Gromadziłam niezbędny materiał naukowy: analizowałam dostępne dane dotyczące mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej, w tym dostępnej literatury oraz aktów prawnych. W końcu opracowałam koncepcję rozprawy: dokonałam wyboru tematu, określiłam przedmiot, obszar i cel badań. Przyjęłam hipotezę roboczą i wybrałam metody badawcze.

Etap 2 – realizacja: Przystąpiłam do badania dotyczącego teorii i praktyki w zakresie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz mediacji. Przeprowadziłam badania empiryczne – w postaci wywiadu z wieloletnim mediatorem Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach oraz wywiadu z Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Uczestniczyłam w charakterze publiczności w licznych rozprawach przed Naczelnym Sądem Lekarskim, okręgowymi sądami lekarskimi, a także przed Sądem Najwyższym. Przeprowadziłam badania aktowe spraw w izbach lekarskich, w których przeprowadzona została mediacja ze skierowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej w latach 2010 – 2018. W celu ustalenia liczby przeprowadzonych mediacji na terenie wszystkich izb lekarskich, przygotowanie opracowania rozpoczęłam od analizy rocznych sprawozdań

okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej przedstawianych Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej od 2010 r. Na ich podstawie ustaliłam, czy w poszczególnych izbach lekarskich były prowadzone mediacje, a jeśli tak to ile w ciągu jednego roku. Następnie, wystąpiłam do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w izbach, w których odbyła się mediacja z prośbą o udostępnienie akt tych postępowań do wglądu. Zgodę na wgląd w akta otrzymałam, co umożliwiło mi przeprowadzenie kompleksowych badań aktowych, obejmujących wszystkie zakończone sprawy, w których odbyła się mediacja ze skierowania okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Skorzystałam z możliwości zapoznania się z powyższymi sprawami oraz w sposób wnikliwy i szczegółowy, przeanalizowałam dokumentację zgromadzoną w każdej ze spraw. Analiza ta pozwoliła mi na wytypowanie kryteriów wg których przeprowadziłam badania akt a następnie opracowałam sprawozdanie, w którym sformułowałam wnioski.

Etap 3 – opracowanie sprawozdania z przeprowadzonych badań: W sprawozdaniu opisałam wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań. W celu zwiększenia ich czytelności, przedstawione zostały w programie Excel w postaci wykresów. Przeprowadzone przeze mnie badania obejmują zakończone postępowania w latach 2010 – 2018, w których rzecznik odpowiedzialności zawodowej skierował strony do postępowania mediacyjnego.

2. Sprawozdanie z analizy spraw skierowanych do mediacji przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w latach 2010-2018.

Z przeprowadzonych badań aktowych, wynika, że:

Po pierwsze, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej kierują do postępowania mediacyjnego minimalny procent spraw. Na etapie postępowania wyjaśniającego w latach 2010 – 2018 rzecznicy do postępowania mediacyjnego skierowali w sumie 77 spraw. Dla porównania można wskazać, że w tym samym okresie, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej skierowali do sądów lekarskich około 2900 wniosków o ukaranie.

Po drugie, liczba spraw skierowanych do mediacji uzależniona jest od aktywności organu prowadzącego postępowanie. Wskazać bowiem należy, że w ponad 80% spraw, skierowanie do mediacji nastąpiło z inicjatywy okręgowego rzecznika.

Po trzecie, sprawy, w których odbyła się mediacja, dotyczyły w 86% przypadków konfliktów lekarza z pacjentem, niewiele natomiast było spraw odnoszących się do konfliktów między lekarzami – około 10%, z czego obwinionymi w około 70% byli lekarze, a w około 30% lekarze dentyści.

Po czwarte, rzecznicy kierując sprawy do mediacji, aż w 88% spraw wydawali postanowienie o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego.

Po piąte mediacja została ukończona w ustawowo zarysowanym terminie dwóch miesięcy, a nawet wcześniej.

Po szóste, mediacje w izbach lekarskich aż w 79% spraw nie były przeprowadzane pomiędzy pokrzywdzonym a obwinionym lekarzem.

Po siódme, w 70% spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego doszło do zawarcia ugody.

Po ósme, w prawie 60% przypadków treść ugody, zawartej w wyniku prowadzonej mediacji sprowadzała się do obowiązku przeproszenia pokrzywdzonego.

Powyżej sformułowane wnioski odzwierciedlają przyjętą przez rzeczników w obrębie izb lekarskich praktykę i sposób postępowania w sprawach skierowanych do postępowania mediacyjnego i opierają się o analizę akt spraw.

Poniżej przedstawione zostały dane opracowane przeze mnie w oparciu o informacje wynikające z przeglądu akt postępowań, informacje pracowników biur rzeczników odpowiedzialności zawodowej i Naczelnego Sadu Lekarskiego.

W celu zwiększenia ich czytelności przedstawione zostały w programie Excel w postaci wykresów, jako opracowania własne.

Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej kierują do postępowania mediacyjnego minimalny procent spraw.

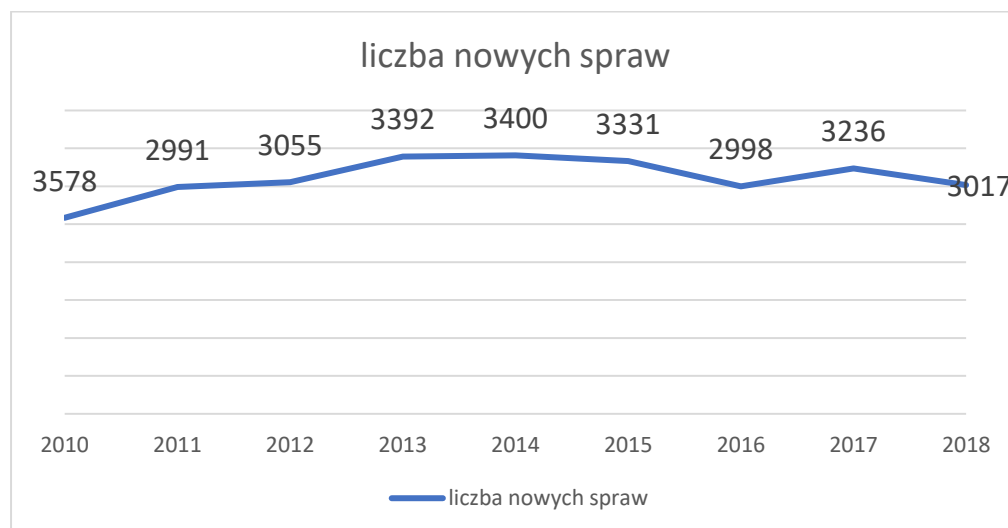
Tabela 25 Liczba spraw skierowanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej do mediacji w latach 2010-2018



*opracowanie własne

Jak wynika z powyższego wykresu, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej skierowali w latach 2010 – 2018 do postępowania mediacyjnego 77 spraw. Minimalna liczba spraw skierowanych do mediacji rysuje się szczególnie wyraźnie w przypadku zestawienia jej z liczbą wszystkich skarg kierowanych do rzeczników odpowiedzialności zawodowej, a także z liczbą wydawanych przez rzeczników wniosków o ukaranie. W dalszej części badań nie zostanie uwzględniona pełna analiza spraw, które trafiły do postępowania mediacyjnego ze skierowania okręgowego rzecznika w Krakowie – sprawy te zostały skierowane do postępowania mediacyjnego w 2018 r. i pozostają w toku.

Tabela 26 Liczba wszystkich skarg kierowanych do rzeczników odpowiedzialności zawodowej z podziałem na lata:



*opracowanie własne

Powyższe wskazuje, że tendencja utrzymuje się na równym poziomie i do rzeczników kierowanych jest ponad 3 000 skarg rocznie. Liczba skarg była najniższa w roku 2010, a więc w roku wejścia w życie nowej ustawy *o izbach lekarskich*. Liczba skarg stopniowo wzrastała. Najwięcej skarg było w roku 2014, a następnie liczba ta zaczęła spadać i aktualnie utrzymuje się na poziomie około 3 000 rocznie.

Tabela 27 Liczba wniosków o ukaranie kierowanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej do sądu lekarskiego w ciągu jednego roku

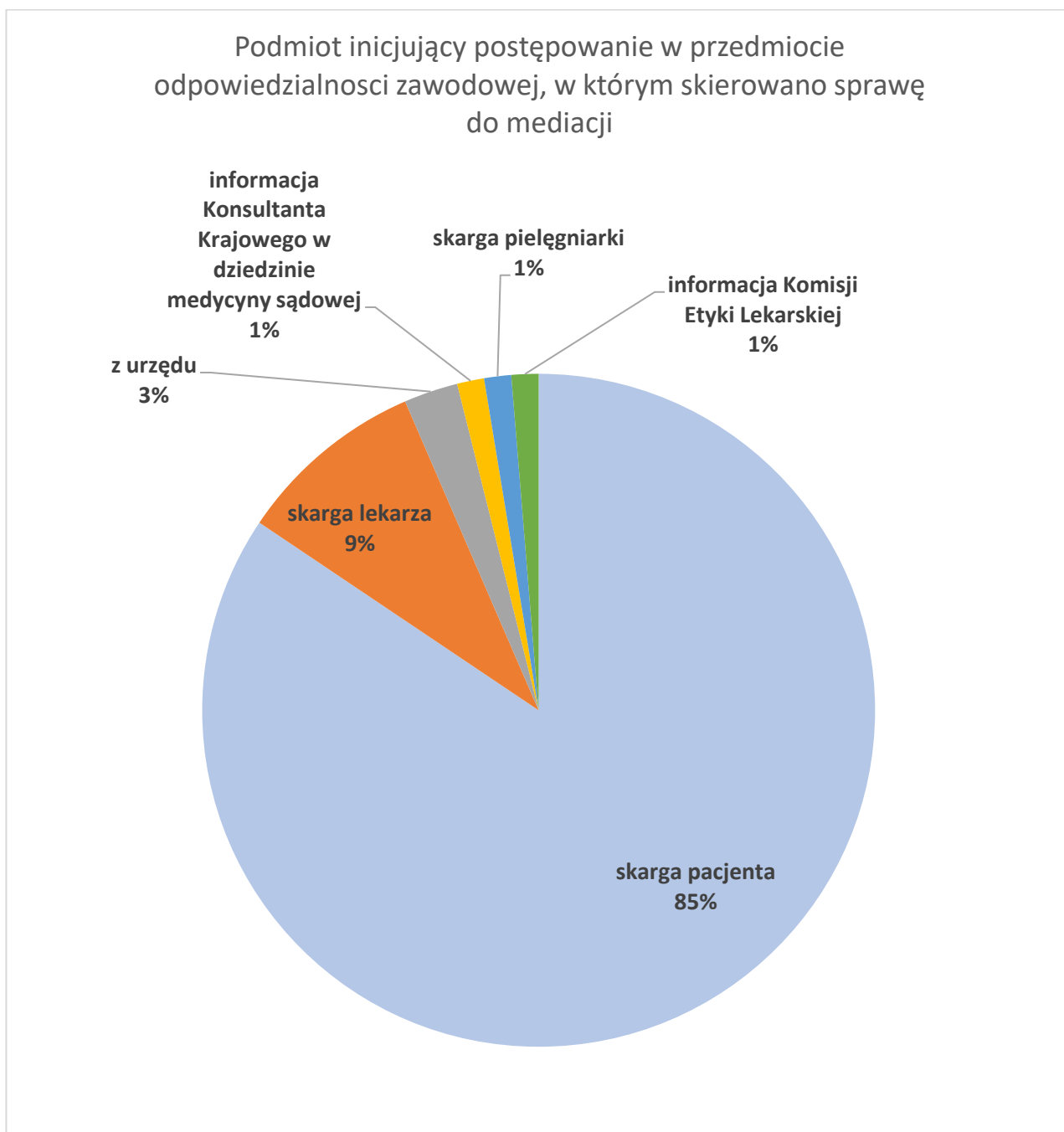
Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Liczba wniosków o ukaranie	331	336	333	392	381	370	311	483

*opracowanie własne

Z powyższej tabeli wynika, że aktualnie obserwowany jest wzrost liczby kierowanych wniosków o ukaranie.

Odnośnie spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego, warta uwagi jest informacja o podmiotach, które zainicjowały postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Tabela 28 Podmiot inicjujący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w którym skierowano sprawę do mediacji



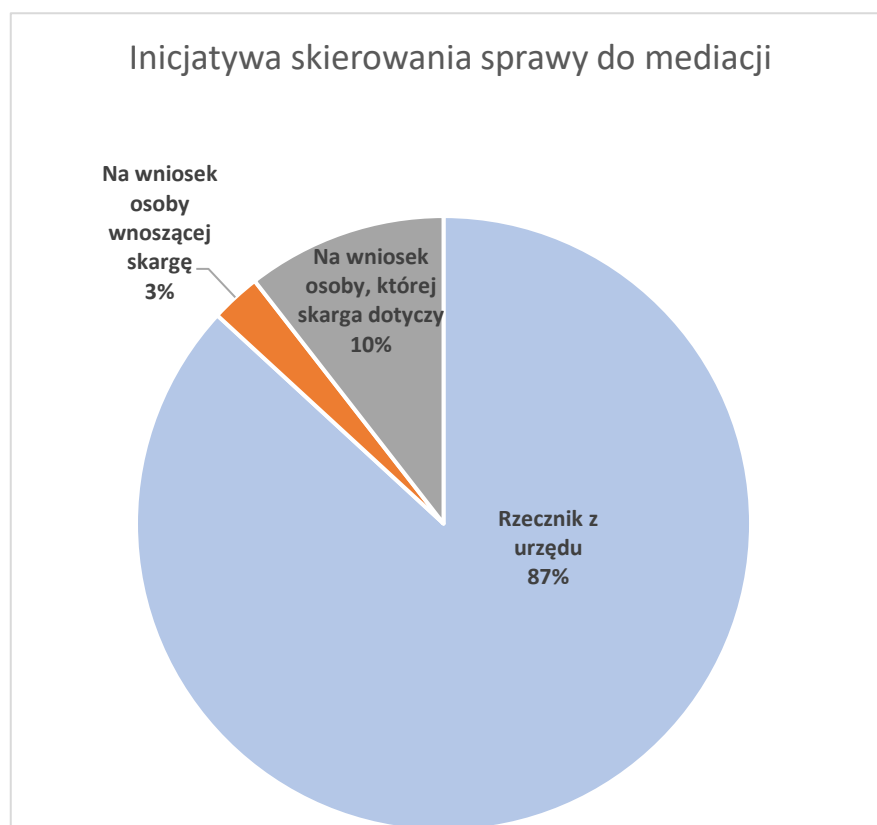
*opracowanie własne

Większość badanych spraw, w których odbyła się mediacja została zainicjowana na skutek skargi złożonej do okręgowego rzecznika przez pacjenta – tak było w 85% spraw. Tylko w 9% spraw, w których prowadzona była mediacja postępowanie wszczęto na skutek skargi złożonej przez lekarza, bądź przez inne podmioty – 3% spraw. W 3% spraw postępowania zostały wszczęte przez okręgowych rzeczników z urzędu. Postępowania prowadzone przez organy izb lekarskich co do zasady toczą się właśnie

na skutek skarg złożonych przez pacjentów, co wynika ze specyfiki tych postępowań. W końcu mowa tu o postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a więc o przypadkach, w których najczęściej doszło do popełnienia przez lekarza błędu medycznego, niezachowania należytej staranności w podejmowanych działaniach, czy po prostu działania niezgodnego z zasadami sztuki i etyki. I w takich sytuacjach najczęściej to właśnie pokrzywdzeni, czyli pacjenci złożyli skargi. Do mediacji kierowane były najczęściej sprawy, które rozpoczęły się od skargi pacjenta, ale inicjatywa skierowania sprawy do mediacji leżała po stronie organu prowadzącego postępowanie, a więc okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Liczba spraw skierowanych do mediacji uzależniona jest od aktywności organu prowadzącego postępowanie.

Tabela 29 Inicjatywa skierowania sprawy do mediacji



*opracowanie własne

Wskazać należy, że w ponad 80% spraw skierowanie do mediacji nastąpiło z inicjatywy okręgowego rzecznika. W sprawach tych rzecznicy wyczerpująco informowali strony o możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. Uczestnicy postępowania bardzo często nie zdają sobie sprawy z możliwości

skierowania sprawy do mediacji, jej zasad, przebiegu i konsekwencji, dlatego tak ważna jest właściwa informacja. O możliwości skierowania sprawy do mediacji informuje się strony – obwinionego i pokrzywdzonego w pouczeniach o przysługujących im prawach i obowiązkach.

W większości zbadanych przeze mnie spraw, rzecznik kierował do stron postępowania pismo o następującej treści: „W związku z art. 113 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażanie zgody na przeprowadzenie postępowania mediacyjnego w przedmiocie skargi złożonej w dniu..... W załączeniu przesyłam druk z prośbą o wypełnienie i przesłanie do biura okręgowego rzecznika. Jednocześnie informuję, że mediacja jest procedurą dobrowolną”.

W zakresie kierowania przez rzeczników spraw do mediacji, szczególnie wyróżnia się Śląska Izba Lekarska w Katowicach. W tej bowiem izbie do postępowania mediacyjnego skierowanych zostało ponad 60% wszystkich spraw w których w całej Polsce w latach 2010-2018 odbywała się mediacja ze skierowania rzecznika odpowiedzialności zawodowej, co zostało przedstawione na poniższym wykresie:

Tabela 30 Liczba spraw skierowanych przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w Katowicach do mediacji na tle mediacji ze skierowania okręgowych rzeczników w innych izbach lekarskich, w których odbyła się mediacja, w latach 2010 - 2018

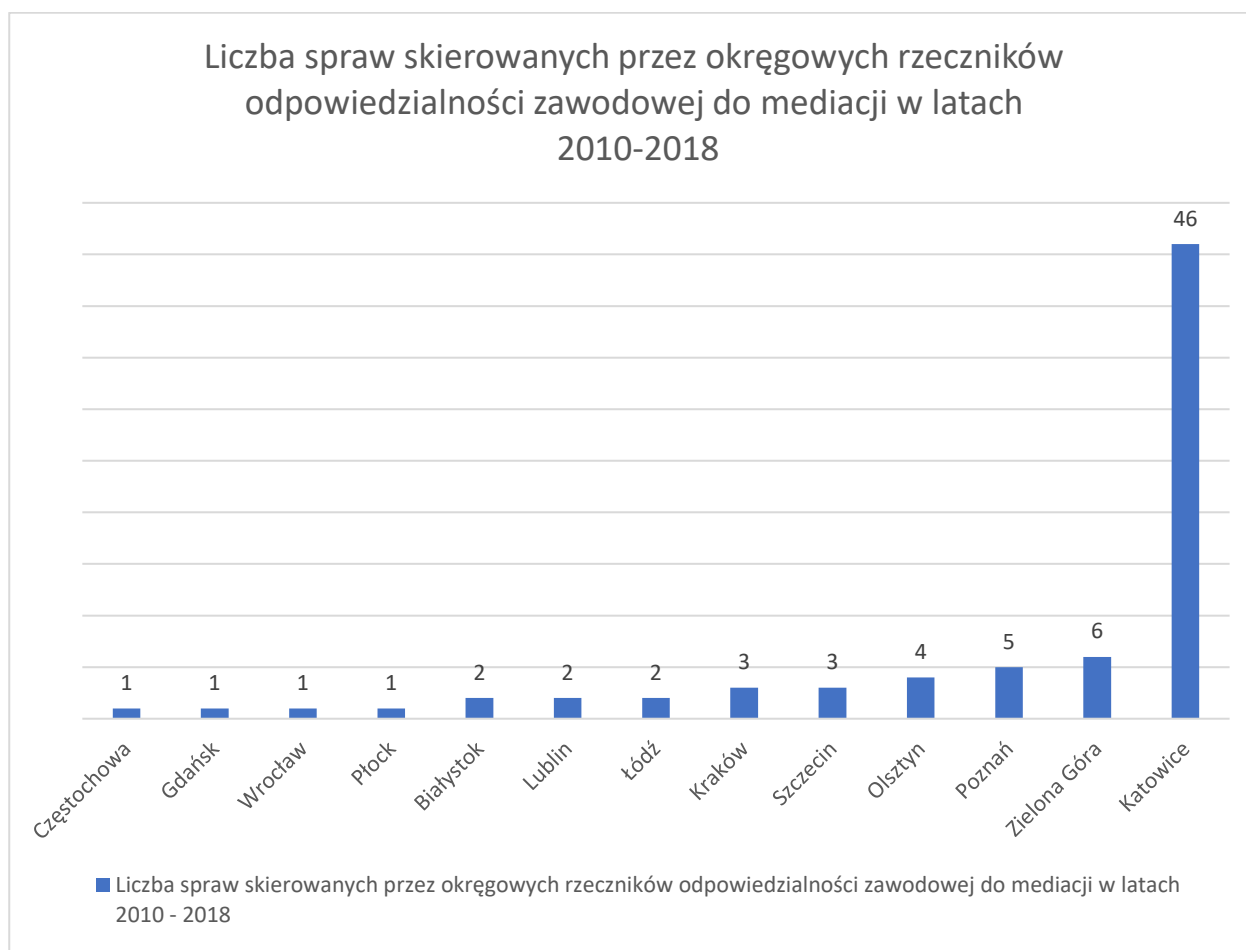


*opracowanie własne

Powyższe dane zobowiązały mnie do szczególnego pogłębienia badań aktowych spraw, które trafiły do mediacji w Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach, ale również do analizy kwestii organizacyjnych związanych z prowadzeniem postępowań. Okazało się, że tak duża liczba spraw skierowanych do mediacji w tej izbie jest wynikiem aktywności wieloletniego mediatora Śląskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Zygryda Wawrzyńka, promującego tę formę rozwiązywania sporów oraz Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, z inicjatywy którego sprawy były kierowane

do postępowania mediacyjnego. W związku z powyższym poprosiłam dr n. med. Zygryda Wawrzyńka o osobisty komentarz. Dr n. med. Zygryd Wawrzynek, dzieląc się swoimi spostrzeżeniami, dostrzegł w mediacjach obszar, w którym mógł wykorzystać zarówno swoje doświadczenie i specjalistyczną wiedzę nabyte w trakcie praktyki lekarskiej, umiejętność rozmowy zarówno z pacjentem, jak i lekarzem, a także osobiste cechy charakteru. Często sytuacja życiowa, w której znalazły się strony konfliktu nie pozwala im obiektywnie ocenić wszystkich aspektów sprawy, szczególnie racji i argumentów drugiej strony. Dlatego podkreślił, że zasadne i istotne jest upowszechnianie mediacji w izbach lekarskich. Pierwszym krokiem do upowszechnienia tej formy rozwiązywania sporów jest bardzo dobra współpraca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który jest organem uprawnionym do skierowania sprawy do mediacji, z mediatorem izby lekarskiej. Żeby osiągnąć taki stan, niezbędne jest z kolei przekonanie rzecznika o możliwości rozwiązania sporu w taki sposób.

Tabela 31 Liczba spraw skierowanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej do mediacji w latach 2010-2018

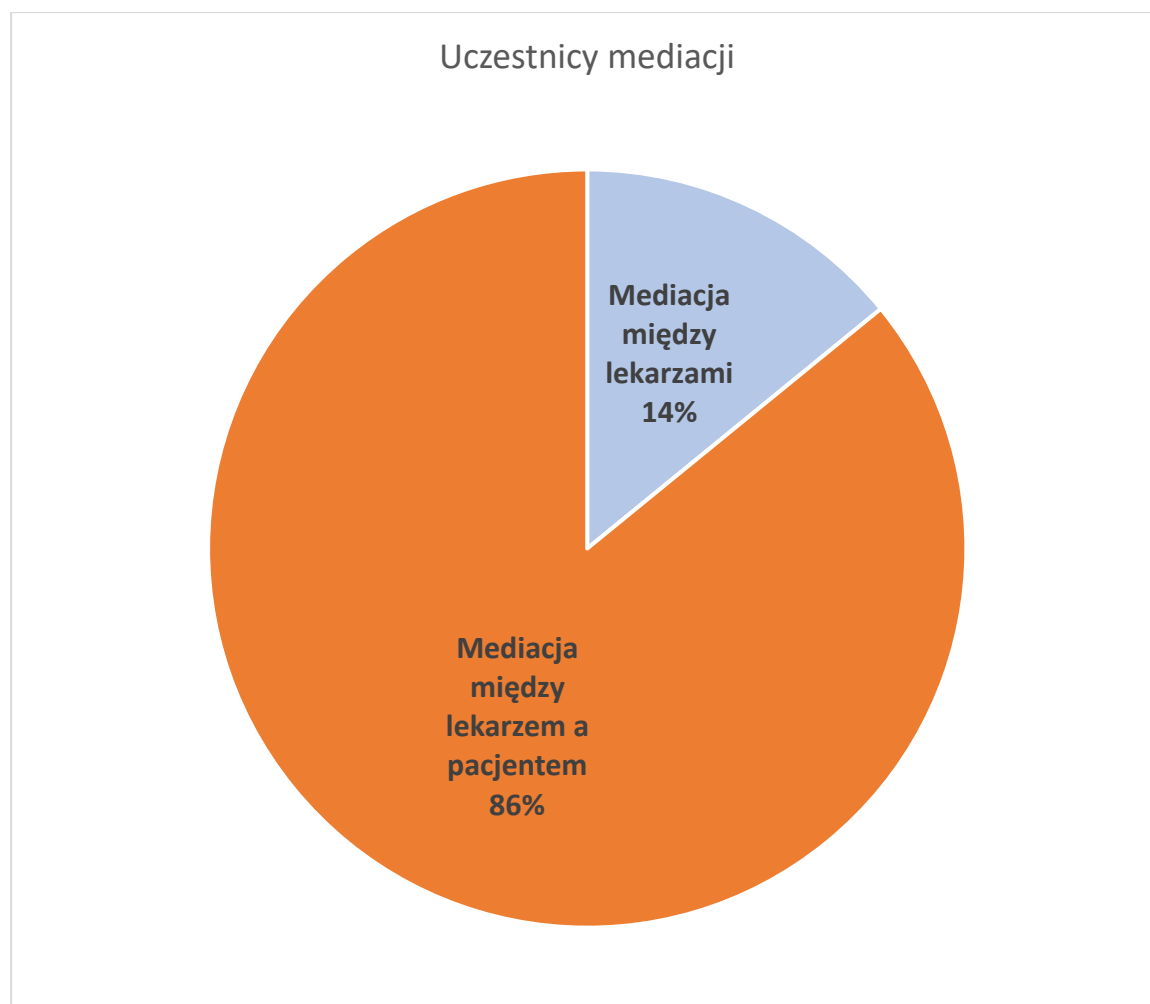


*opracowanie własne

Z powyższego wykresu wynika, że tylko w 13 na 24 izby lekarskie prowadzone było postępowanie mediacyjne ze skierowania okręgowego rzecznika. Są natomiast izby, w których rzecznicy nie skierowali żadnej sprawy do mediacji od 2010 r. Skłoniło mnie to do przeprowadzenia konsultacji w izbach, w których nie korzystano z mediacji jako narzędzia do rozstrzygnięcia sporów. Okazało się, że często wskazywaną przyczyną braku kierowania spraw do mediacji była niewystarczająca znajomość regulacji odnoszących się do tej formy rozwiązywania sporów. Kolejną wątpliwość wiązała się z brakiem wyraźnych regulacji w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, które wskazywałyby wprost jakie mogą być konsekwencje zawarcia w toku postępowania mediacyjnego ugody przed mediatorem oraz jakie czynności powinny zostać podjęte przez rzecznika po zawarciu w drodze mediacji ugody przez strony postępowania.

Sprawy, w których odbyła się mediacja, dotyczyły w 86% przypadków konfliktów lekarza z pacjentem, niewiele spraw dotyczyło konfliktów między lekarzami.

Tabela 32 Uczestnicy mediacji



*opracowanie własne

Mediacje między lekarzem a pacjentem

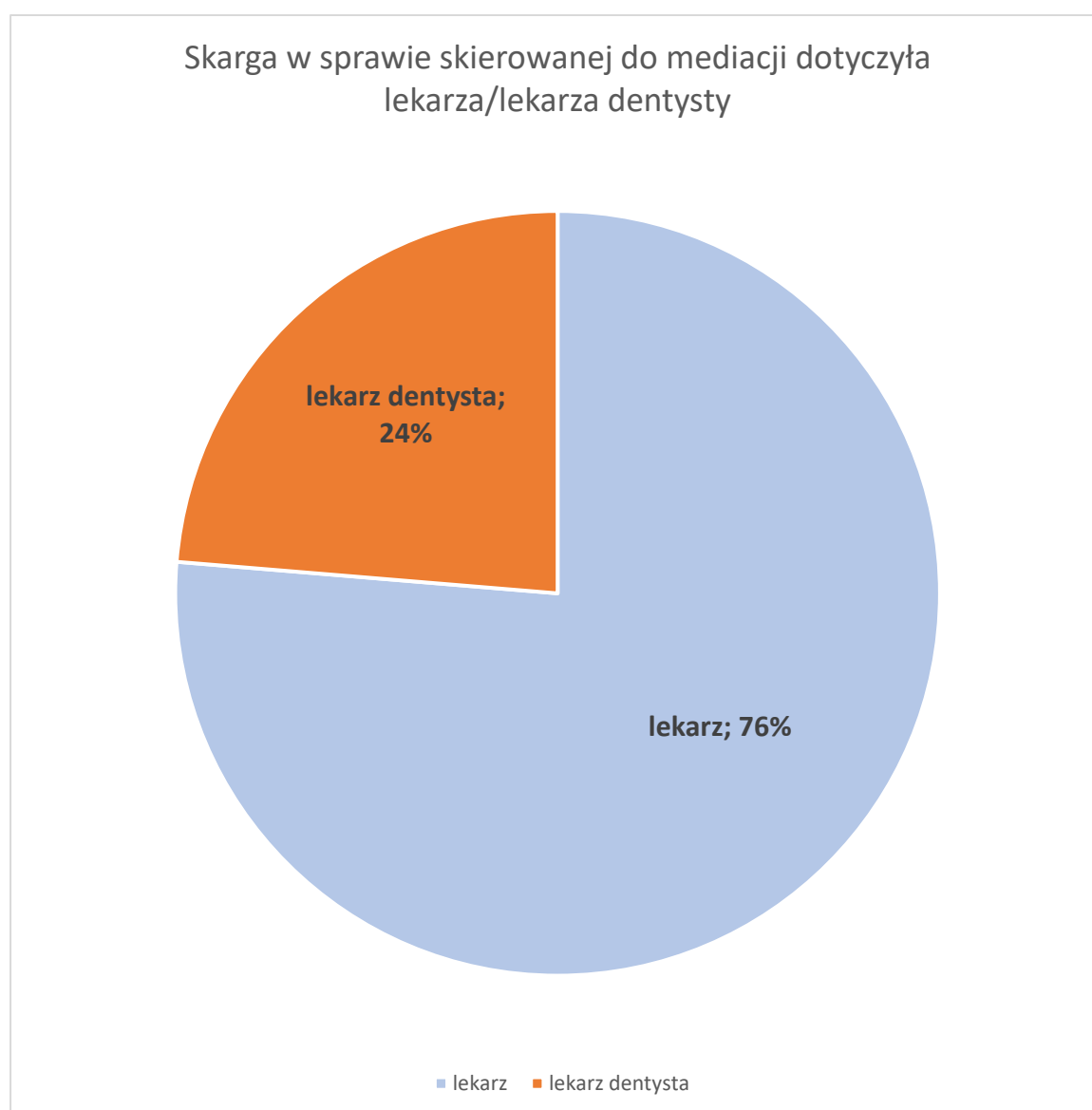
Mediacje pomiędzy lekarzami a pacjentami dotyczyły najczęściej sytuacji: niezachowania należytej staranności podczas badania, w wyniku czego doszło do postawienia nieprawidłowej diagnozy, nierozpoznanie złamania, błędów podczas leczenia stomatologicznego, a także zwracania się w sposób niekulturalny i lekceważący do pacjenta. Co do zasady sprawy te dotyczyły wyrządzonej szkody, która była odwracalna, co szczególnie widać w sprawach stomatologicznych, przykładowo: nieprawidłowo założony most, nieprawidłowo wykonane implanty. Nie były to sprawy, w których doszło do średniego albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, albo śmierci

pacjenta. W sprawach tych nie toczyły się postępowania karne. Znaczna część postępowań dotyczyła lekceważącego zwracania się przez lekarza do pacjenta np. poprzez niestosowne komentowanie wieku, wyglądu.

Z poniższego wykresu wynika, że w 76% spraw skargi pacjentów dotyczyły postępowania lekarza, zaś w 24% lekarzy dentystów.

W ponad 70% spraw skarga dotyczyła postępowania lekarza, zaś w niecałych 30% lekarza dentysty

Tabela 33 Podmiot, którego dotyczyła skarga



*opracowanie własne

Mimo że spośród wszystkich spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego tylko 24% dotyczyło skarg składanych na lekarzy dentystów, to

w zasadzie prawie wszystkie zakończyły się zawarciem ugody. Tu wskazać należy na szczególny charakter tych spraw. W sprawach tych liczy się czas. Nieprawidłowe wykonanie zabiegu wiąże się z dużym dyskomfortem, niejednokrotnie bólem i cierpieniem pacjenta, a także estetycznymi aspektami funkcjonowania w społeczeństwie. Wyrządzona „szkoda” ma charakter odwracalny. Stan zdrowia pacjenta wymaga szybkiej interwencji lekarza dentysty. Dlatego też, zawarte w toku postępowań ugody dotyczyły albo bezpłatnego udzielenia pomocy w celu usunięcia wyrządzonej szkody albo zapewnienia dalszego, bezpłatnego leczenia przez innego lekarza dentystę. Stąd, w mojej opinii, na podstawie badań, obserwacji jest to szczególnych rodzaj spraw, w których mediacja jest niezwykle istotna i potrzebna.

Mediacje między lekarzami

Warto poddać szczególnej analizie sprawy w których mediacja odbywała się między lekarzami, ponieważ w tego rodzaju konfliktach mediacja w izbach lekarskich może mieć szczególne znaczenie i być najbardziej przydatna. Cytowany wcześniej dr n. med. Zygfryd Wawrzynek bardzo stanowczo podkreślił, że izby lekarskie zostały stworzone również po to, aby rozwiązywać konflikty korporacyjne, zawodowe (między lekarzami) właśnie wewnątrz samorządu.

Skargi składane przez lekarzy dotyczące postępowania innych lekarzy dotyczyły m.in.: podważania autorytetu i nieuzasadnionych wskazaniami medycznymi krytykowania decyzji o sposobie leczenia w obecności pacjentów i pracowników oddziału, zdyskredytowania i podania nieprawdziwych informacji o działalności lekarza w pismach kierowanych do Okręgowej Rady Lekarskiej, krytyki działalności innych lekarzy w programie telewizyjnym. Co do zasady, chodziło więc o naruszenie, w ocenie skarżących, art. 52 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym, lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób, a także art. 52 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi.

W jednej z takich spraw skargę dotyczącą postępowania lekarza – ordynatora, złożył lekarz zatrudniony w tym samym oddziale. W jego ocenie ordynator krytykował jego pracę bez konkretnego powodu i uzasadnienia - zachowanie to miało na celu jedynie nękanie, a nie było związane z jakimikolwiek merytorycznymi przesłankami. Rzecznik skierował sprawę do mediacji, podczas której, okazało się, że konflikt między

lekarzami trwał już od kilku lat. Lekarze ci spotykali się w tym samym oddziale, w sali operacyjnej praktycznie codziennie i wszystko wskazywało na to, że będą kontynuować pracę w tym samym miejscu. Na przykładzie tej sprawy można wyciągnąć wniosek zgodnie z którym, mediacja pozwala nie tylko na rozwiązanie konkretnego konfliktu ale również umożliwia poprawienie relacji na przyszłość. W trakcie prowadzonej mediacji – strony mogą zdystansować się do zaistniałej sytuacji, przemyśleć swoje postępowanie i zachowanie, a także zadać sobie pytanie na czym im zależy. W tym konkretnym przypadku obu stronom zależało na rozwiązaniu konfliktu i zachowaniu dobrych relacji na przyszłość. Jest to też modelowy przykład mediacji transformatywnej.

W kolejnej sprawie, złożona przez lekarza skarga dotyczyła nieetycznego zachowania innego lekarza, który pełnił rolę kierownika zespołu anestezjologów zatrudnionych na oddziale kardiologii szpitala. W skład zespołu, oprócz skarżącego wchodziło jeszcze 3 innych lekarzy. Znieczulali chorych do zabiegów kardiologicznych i prowadzili leczenie pooperacyjne. W gabinecie lekarskim podczas referowania przez skarżącego stanu zdrowia chorego, lekarz, którego dotyczyła skarga przerwał rozmowę i obraził skarżącego, używając w stosunku do niego obelg i wulgaryzmów. O sprawie poinformowany został ordynator oddziału, który przeprowadził rozmowę z lekarzem, niestety bez efektu. Skarżący wskazał, że lekarz, którego skarga dotyczy jest osobą konfliktową, impulsywną i wielokrotnie dochodziło do nieporozumień i awantur z jego udziałem, także przy pacjentach. Następnie lekarz wskazał: „czując się całkowicie bezkarny, nie przeprosił mnie i ani teraz, ani nigdy w przeszłości nie poniósł konsekwencji swojego niegodnego lekarza postępowania i w związku z tym, nie widząc innej formy obrony swojej godności zdecydowałem się złożyć skargę w sądzie lekarskim”. Następnie, w toku dalszego postępowania do okręgowego rzecznika wpłynęło pismo skarżącego o następującej treści: „po przemyśleniu sprawy i rozmowie z Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w sprawie niekoleżeńskiego zachowania się lekarza J.S. podczas referowania stanu pacjentów na sali pooperacyjnej, widzę możliwość rozwiązania problemów istniejących we współpracy z panem doktorem na forum postępowania mediacyjnego”.

Warto w tym miejscu zwrócić ponownie uwagę na rolę okręgowego rzecznika, a więc organu prowadzącego postępowanie w zakresie informowania o mediacji. Skarżący po rozmowie z rzecznikiem, który przedstawił mu możliwość polubownego rozwiązania sporu oraz omówił zasady mediacji, zdecydował się na udział w postępowaniu mediacyjnym.

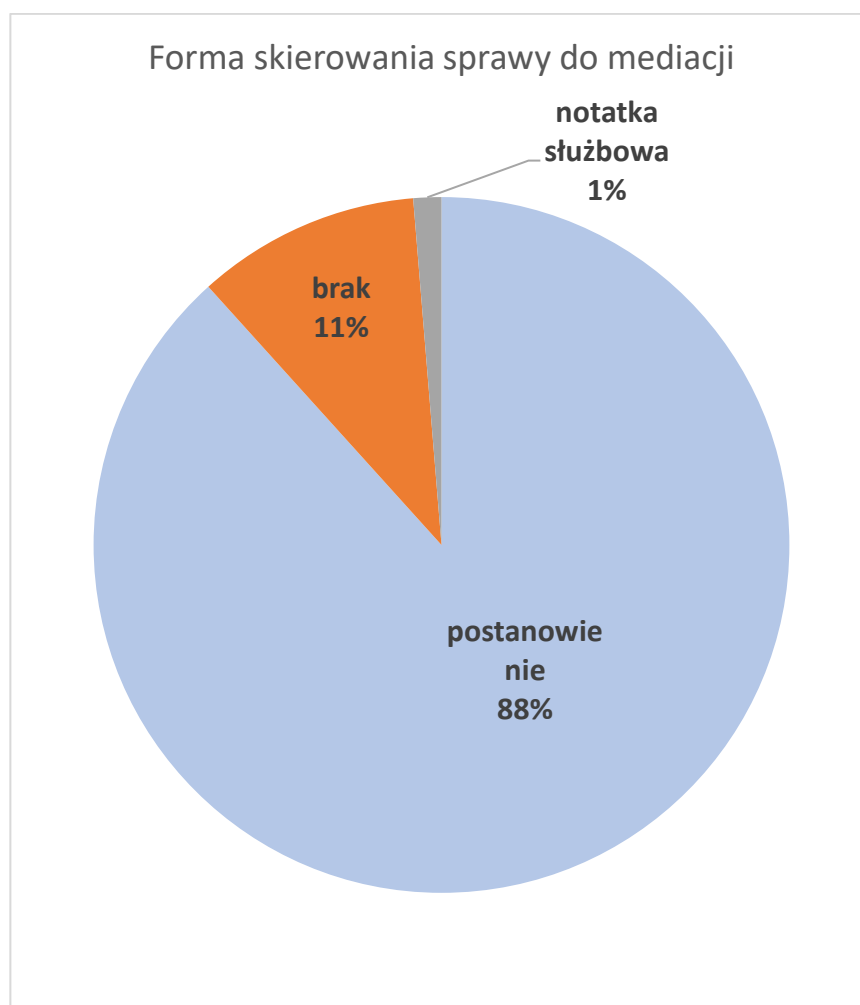
W następnej sprawie, skarżący powołał się na nieetyczne zachowanie lekarza, który w programie telewizyjnym wypowiadał się negatywnie na temat pracy innych lekarzy szpitala, w którym pracował, dyskredytując pracę personelu oddziałów szpitala poprzez oskarżenie ich o spowodowanie odleżyn w czasie pobytu pacjenta w szpitalu. Na skutek złożenia skargi, lekarz skierował do skarżącego (do wiadomości okręgowego rzecznika) pisemną informację, w której wskazał, że jego wypowiedzi w audycji były spontaniczne, nie miał na celu obrażenia żadnego z lekarzy pracujących w szpitalu oraz rzeczywiście nie znał wszystkich istotnych faktów – nie wiedział, że pacjent trafił do szpitala już z odleżynami. Wypowiadając uwagi miał na względzie tylko i wyłącznie dobro pacjenta. Jego wypowiedzi w programie telewizyjnym nie były autoryzowane. Lekarz wyraził nadzieję, że istnieje możliwość porozumienia się w tej sprawie, zapewniając, że ze swojej strony dołoży wszelkich starań aby uchylić fałę krytyki szpitala. Okręgowy rzecznik postanowił skierować przedmiotową sprawę do mediacji. Została zawarta ugoda w wyniku której postanowiono, że w Biuletynie Izby Lekarskiej zostanie opublikowany tekst o treści: „Nie było moją intencją dyskredytowanie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Chirurgii Ogólnej Szpitala w miejscowości A, co mogło wynikać ze sposobu przedstawienia przez redaktora audycji w programie B. Jeżeli tak została odebrana moja wypowiedź przez lekarzy i pielęgniarki, to przepraszam”. Ustaliłam, że takie oświadczenie rzeczywiście zostało zamieszczone w biuletynie informacyjnym.

Podsumowując rozważania dotyczące mediacji między lekarzami, wskazać należy, że sprawy, w których kierowano strony do mediacji najczęściej dotyczyły sytuacji, w których lekarz nie zachował w ocenie skarżącego ostrożności w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, publicznie go zdyskredytował. W mojej ocenie sprawy dotyczące konfliktów między lekarzami mają charakter, który szczególnie uzasadnia słuszność kierowania ich do postępowania mediacyjnego. Często źródłem konfliktu jest brak prawidłowej komunikacji, słowa wypowiedziane przez lekarza pod wpływem stresu, emocji. W takich sprawach stworzenie przez mediatora płaszczyzny pozwalającej stronom na polubowne rozwiązanie sporu, oparte na dyskusji, rozmowie, wysłuchaniu pozwoli na szybsze zakończenie sprawy, satysfakcjonujące obie strony. Warto zauważyć, że w tego rodzaju sprawach, lekarze po zakończeniu postępowania przeważnie będą dalej razem współpracować w ramach jednego szpitala, często nawet jednego oddziału. Ugodowe zakończenie sprawy, oparte na porozumieniu wypracowanym przez same strony

pozwała na zachowanie lepszych relacji w przyszłości. Jest to szczególnie istotne, ponieważ wykonywanie zawodu lekarza często wiąże się z działaniami zespołowymi, koniecznością współpracy z personelem medycznym przy leczeniu konkretnego pacjenta. Właściwa komunikacja i brak konfliktów w zespole ma realne przełożenie na jakość leczenia pacjentów, a także ich komfort. Kierowanie tego rodzaju spraw do mediacji wydaje się uzasadnione również ekonomią postępowania. Bardzo często sprawy te dotyczą potyczek słownych, a nie kwestii merytorycznych, związanych z wykonywaniem zawodu lekarza dla których istotne może być posiadanie wiedzy specjalistycznej.

Rzecznicy kierując sprawy do mediacji, zgodnie z przepisami wydawali postanowienie o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego.

Tabela 34 Forma skierowania sprawy do mediacji



*opracowanie własne

W większości spraw, które trafiły do mediacji – 88% spraw, zostało wydane postanowienie o skierowaniu sprawy do mediacji. Jest to prawidłowy sposób postępowania. W § 8 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie mediacji w sprawach karnych* wskazano, że właściwą formą skierowania sprawy do instytucji lub osoby w celu mediacji jest postanowienie. W § 9 wymienione zostały elementy z jakich takie postanowienie powinno się składać. Postanowienie o skierowaniu sprawy do mediacji w ramach izb lekarskich powinno zawierać następujące elementy: imię i nazwisko lekarza – mediatora w danej izbie lekarskiej, imię i nazwisko obwinionego lekarza, imię i nazwisko pokrzywdzonego, przewinienie zawodowe zarzucane obwinionemu z podaniem jego kwalifikacji prawnej, określenie warunków udostępnienia akt sprawy mediatorowi, termin zakończenia postępowania mediacyjnego.

Z analizy akt wynika, że zdarzyła się taka sytuacja, w której, w aktach sprawy znalazła się notatka służbowa pracownika biura rzecznika, z której wynikało, że sprawa została skierowana do mediacji. Taką praktykę kierowania spraw do mediacji należy uznać za nieprawidłową. Organy, które mogą skierować sprawę do mediacji zostały określone w art. 113 ust. 1 i należą do nich: rzecznik odpowiedzialności zawodowej albo sąd lekarski.

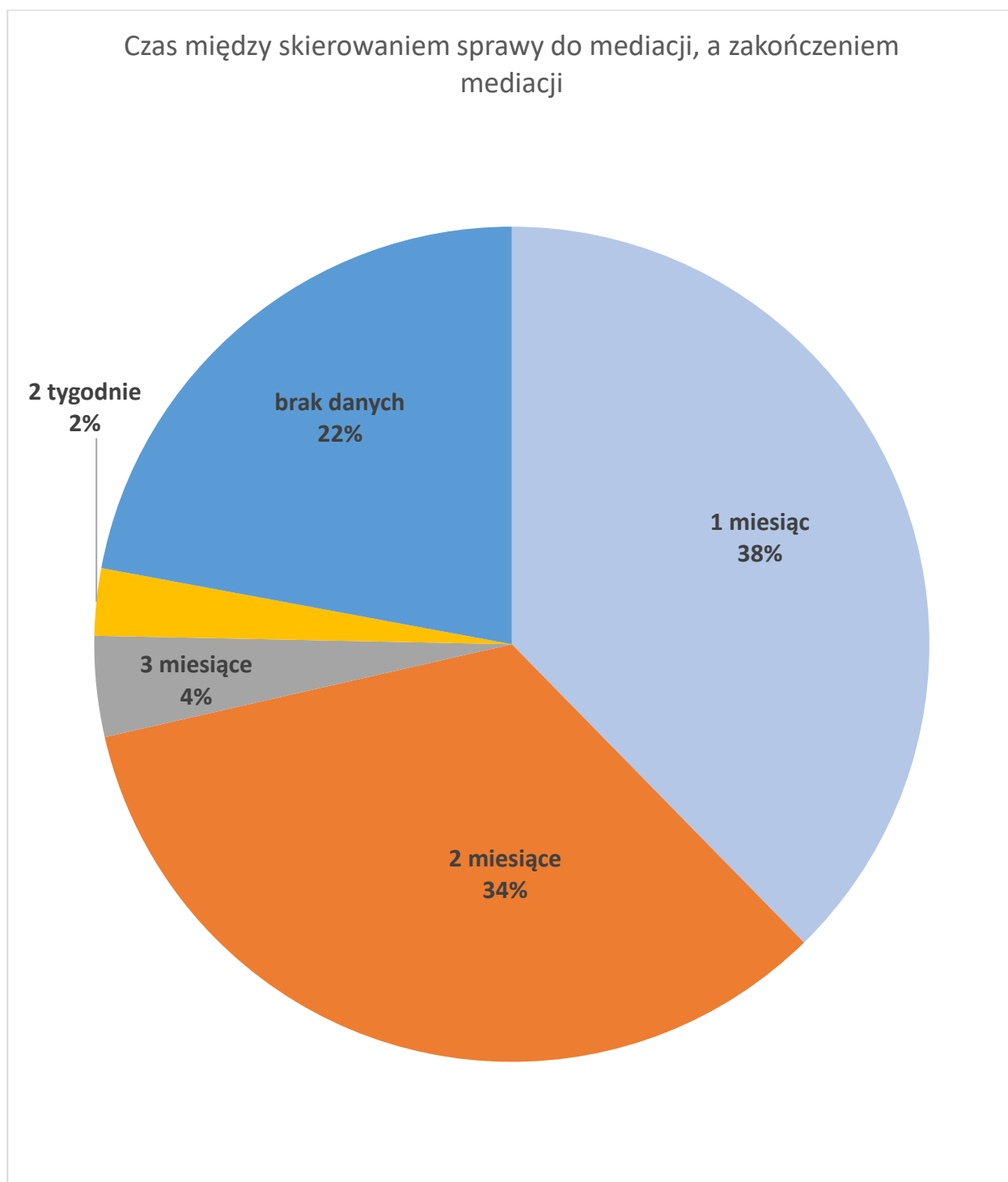
W każdej sprawie powinno znaleźć się postanowienie wydane w toku postępowania przez upoważniony do tego organ, który kieruje sprawę do mediacji.

W 11 % spraw brak jest w aktach jakiegokolwiek dokumentu w którym uprawniony organ skierowałby strony do mediacji. W tych sprawach rzecznik do pisma przewodniego skierowanego do mediatora, w którym zwrócił się z prośbą o przeprowadzenie mediacji, załączył akta sprawy.

Podkreślić należy, że w postanowieniu wskazuje się na bardzo istotne informacje z praktycznego punktu widzenia, mianowicie: termin zakończenia postępowania mediacyjnego, który mediator powinien wziąć pod uwagę planując przebieg mediacji, sposób udostępnienia akt sprawy. To właśnie w postanowieniu organ kierujący sprawę do postępowania mediacyjnego określa zakres i sposób dostępu mediatora do akt sprawy. Jeśli takie postanowienie nie zostało wydane, mediator nie wie tak naprawdę, czy i w jakim zakresie przysługuje mu wgląd w akta, co może przedłużać cały proces mediacji wywołując szereg wątpliwości.

Mediacja została ukończona w ustawowo zarysowanym terminie dwóch miesięcy, a nawet wcześniej

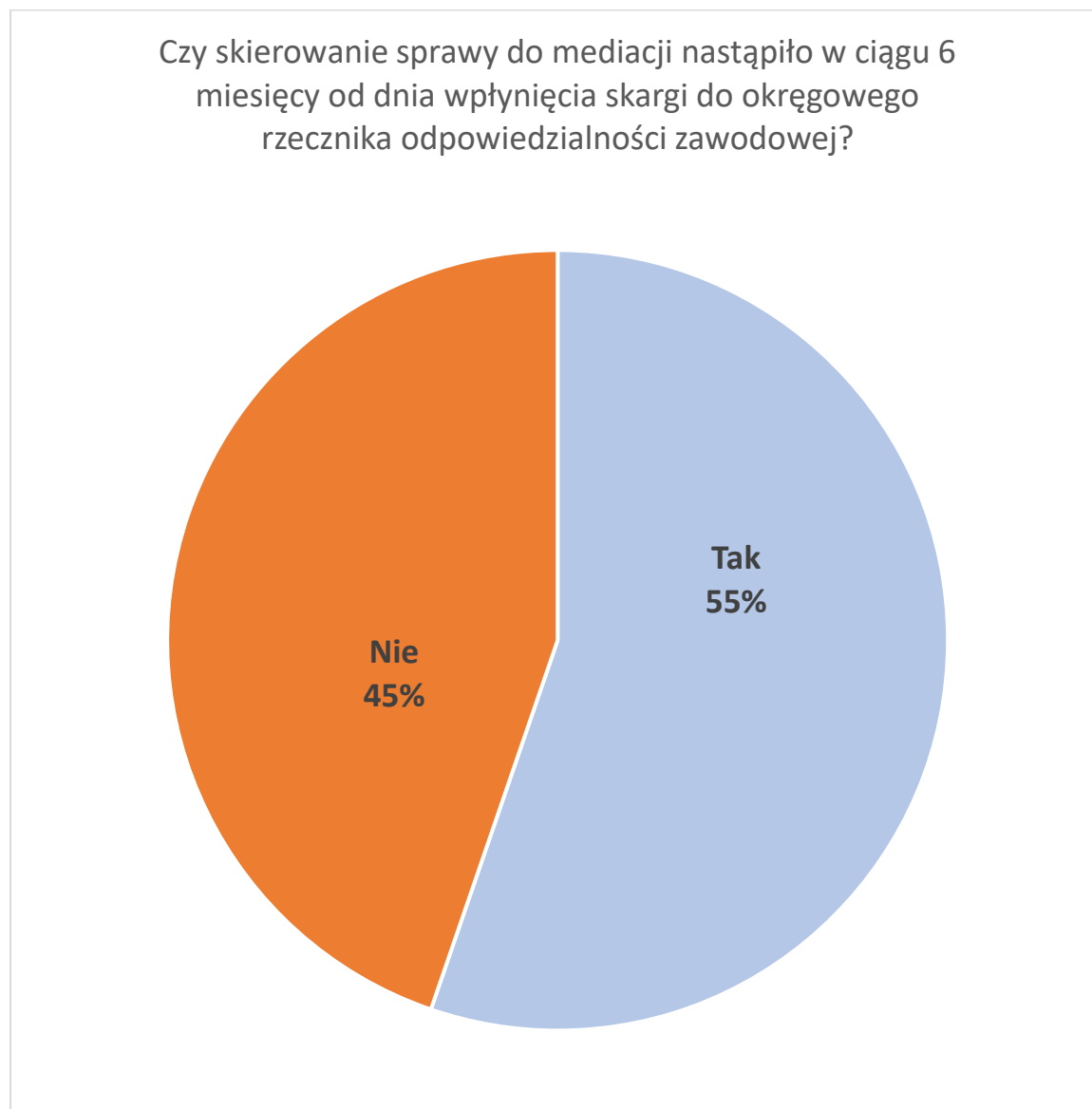
Tabela 35 Czas między skierowaniem sprawy do mediacji, a zakończeniem mediacji



*opracowanie własne

Z przeprowadzonych badań aktowych wynika, że mediacja została ukończona w ustawowo zarysowanym terminie dwóch miesięcy, a nawet wcześniej. W 38 % badanych spraw postępowanie mediacyjne zakończyło się po upływie około 1 miesiąca. W 34% spraw z upływem dwóch miesięcy. W 2 % spraw mediacja zakończyła się już po dwóch tygodniach. W 4% spraw mediacja trwała 3 miesiące. Jak pokazuje powyższy wykres, mediacja nie wpłynęła na przewlekłość postępowań. Powtórzyć w tym miejscu należy, że czasu mediacji nie wlicza się do czasu prowadzenia postępowania wyjaśniającego.

Tabela 36 Informacja, czy skierowanie sprawy do mediacji nastąpiło w ciągu 6 miesięcy od dnia wpłynięcia skargi do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej

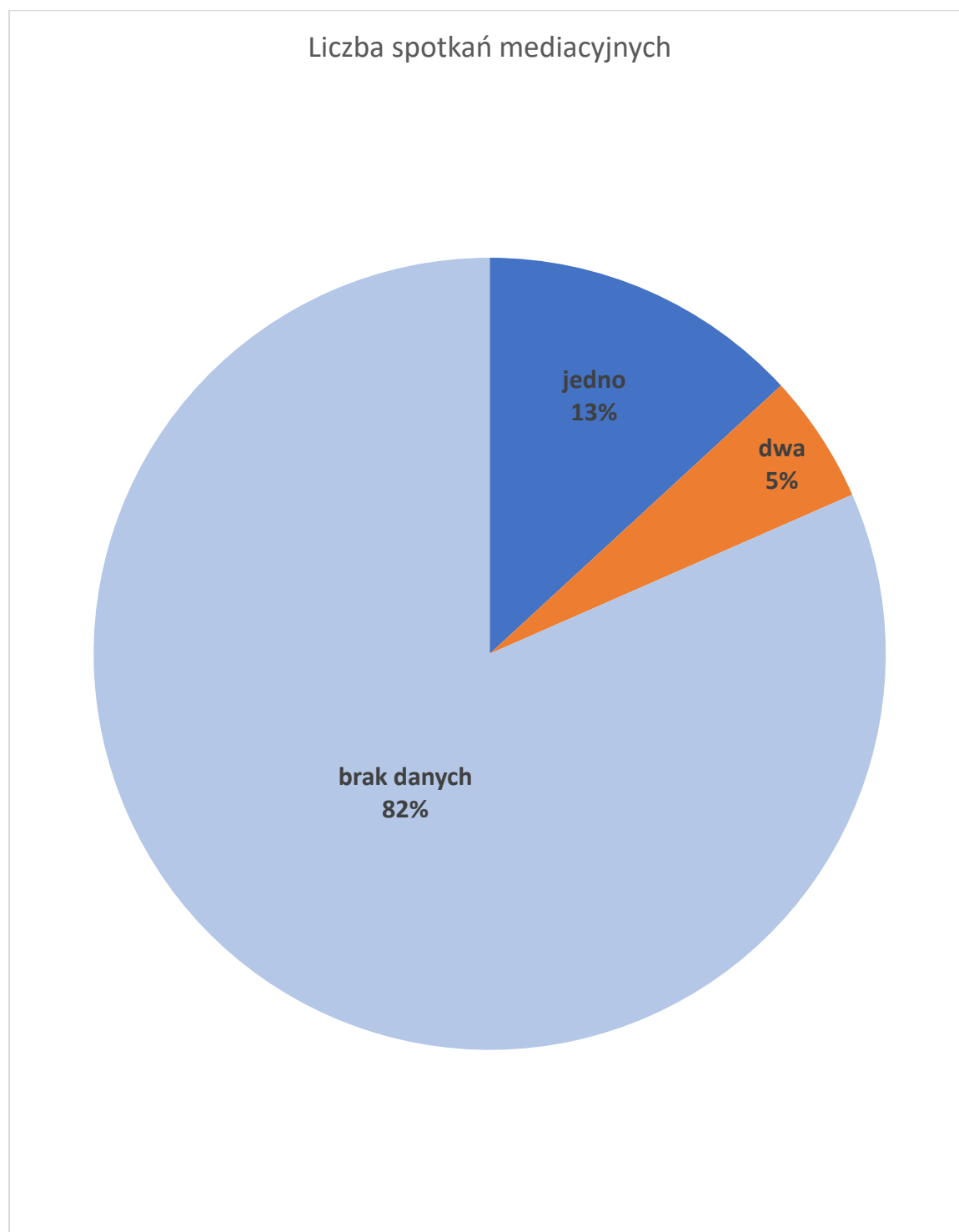


*opracowanie własne

Na powyższym wykresie przedstawiłam dane dotyczące czasu skierowania sprawy do mediacji przez rzeczników. Za początek przyjąłam datę wpłynięcia skargi do rzecznika odpowiedzialności zawodowej, natomiast za datę końcową – datę wydania przez rzecznika postanowienia o skierowaniu sprawy do mediacji, a tam, gdzie postanowienie nie zostało wydane – datę sporządzenia przez pracownika biura notatki o skierowaniu sprawy do mediacji, w pozostałych sprawach datę sporządzenia pisma przewodniego przez rzecznika do mediatora z prośbą o przeprowadzenie mediacji w sprawie. Z powyższego wykresu wynika, że w połowie z rozpoznawanych spraw, rzecznicy wydali postanowienia o skierowaniu sprawy do mediacji z zachowaniem przewidzianego ustawą terminu na zakończenie postępowania wyjaśniającego, wynoszącego 6 miesięcy. W aż połowie spraw, termin ten został przekroczony, a w 4 sprawach, przekroczony został termin jednego roku.

Wyniki przeprowadzonych badań są ciekawe, przede wszystkim ze względu na skrajności. W siedmiu sytuacjach sprawę do mediacji skierowano już po dwóch miesiącach od dnia wpłynięcia skargi do rzecznika. Były to sprawy, które dotyczyły obwinionych lekarzy dentystów. Stan zdrowia pokrzywdzonych pacjentów wymagał ponownej interwencji medycznej, przy czym były to sytuacje odwracalne – poprawienie mostu, ponowne umocowanie implantów, interwencja chirurgiczna związana ze stanem zapalnym. Z drugiej strony zauważalne są sprawy, w których dopiero po 1 roku skierowano sprawę do mediacji – 4 sprawy. W kilku z tych spraw, wydłużenie terminu postępowania spowodowane było oczekiwaniem na opinii biegłych.

Tabela 37 Liczba spotkań mediacyjnych

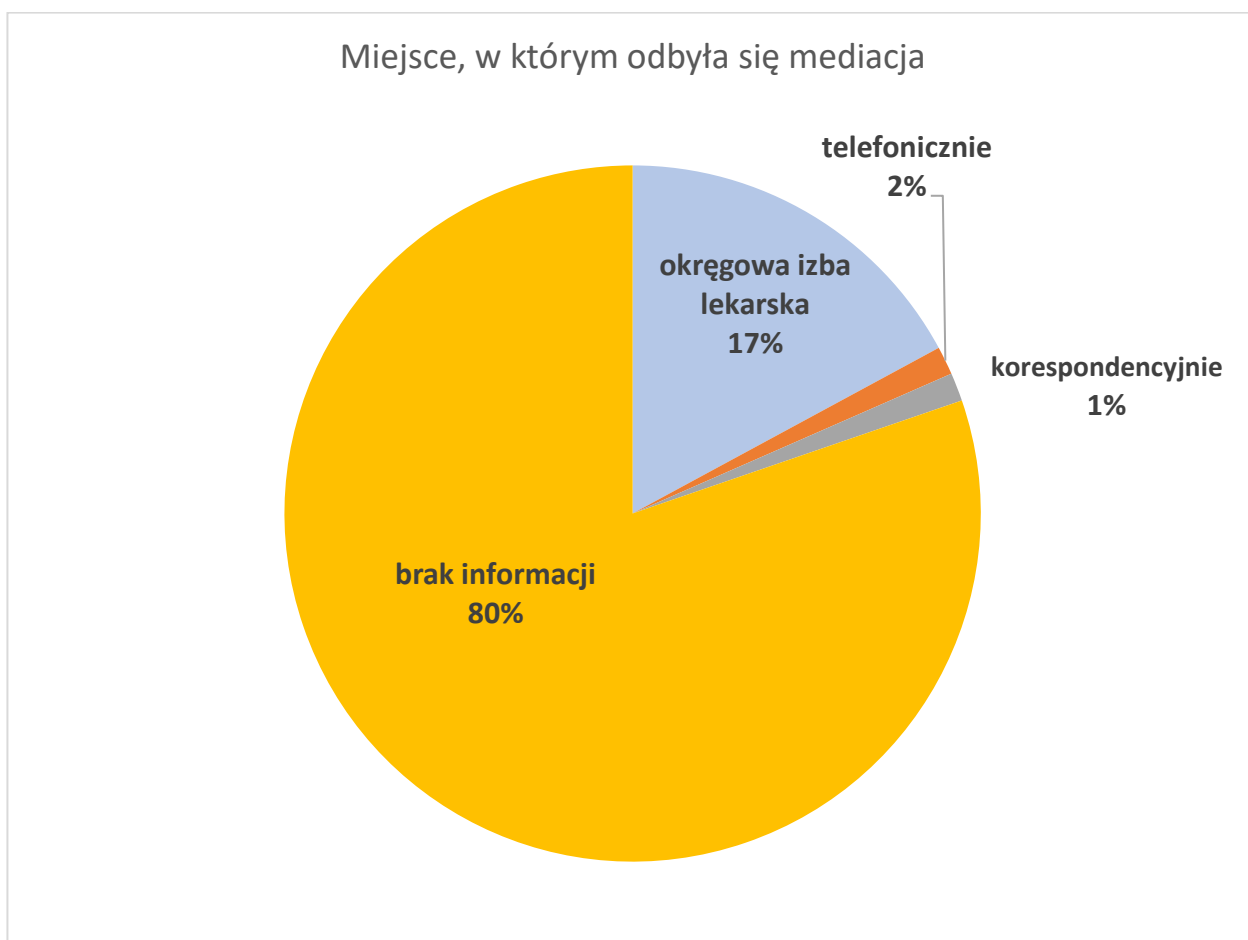


*opracowanie własne

Z powyższego wykresu wynika, że w 18 % spraw do zakończenia sprawy, wystarczyło jedno bądź dwa spotkania mediacyjne, natomiast w aż 82% spraw, w aktach brakowało jakiegokolwiek informacji o liczbie spotkań. Brak informacji o liczbie spotkań mediacyjnych nie stanowi jednak żadnego uchybienia, albowiem zgodnie z § 16 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie postępowania*

mediacyjnego w sprawach karnych, stosowanym odpowiednio, mediator izby lekarskiej po przeprowadzonej mediacji powinien sporządzić sprawozdanie uwzględniające następujące elementy: sygnatura sprawy, imię i nazwisko mediatora, informacja o wynikach postępowania mediacyjnego, podpis mediatora. Zaproponowane minimum informacji podawanych w sprawozdaniu z mediacji jest zgodne z zasadą poufność.

Tabela 38 Miejsce, w którym odbyła się mediacja



*opracowanie własne

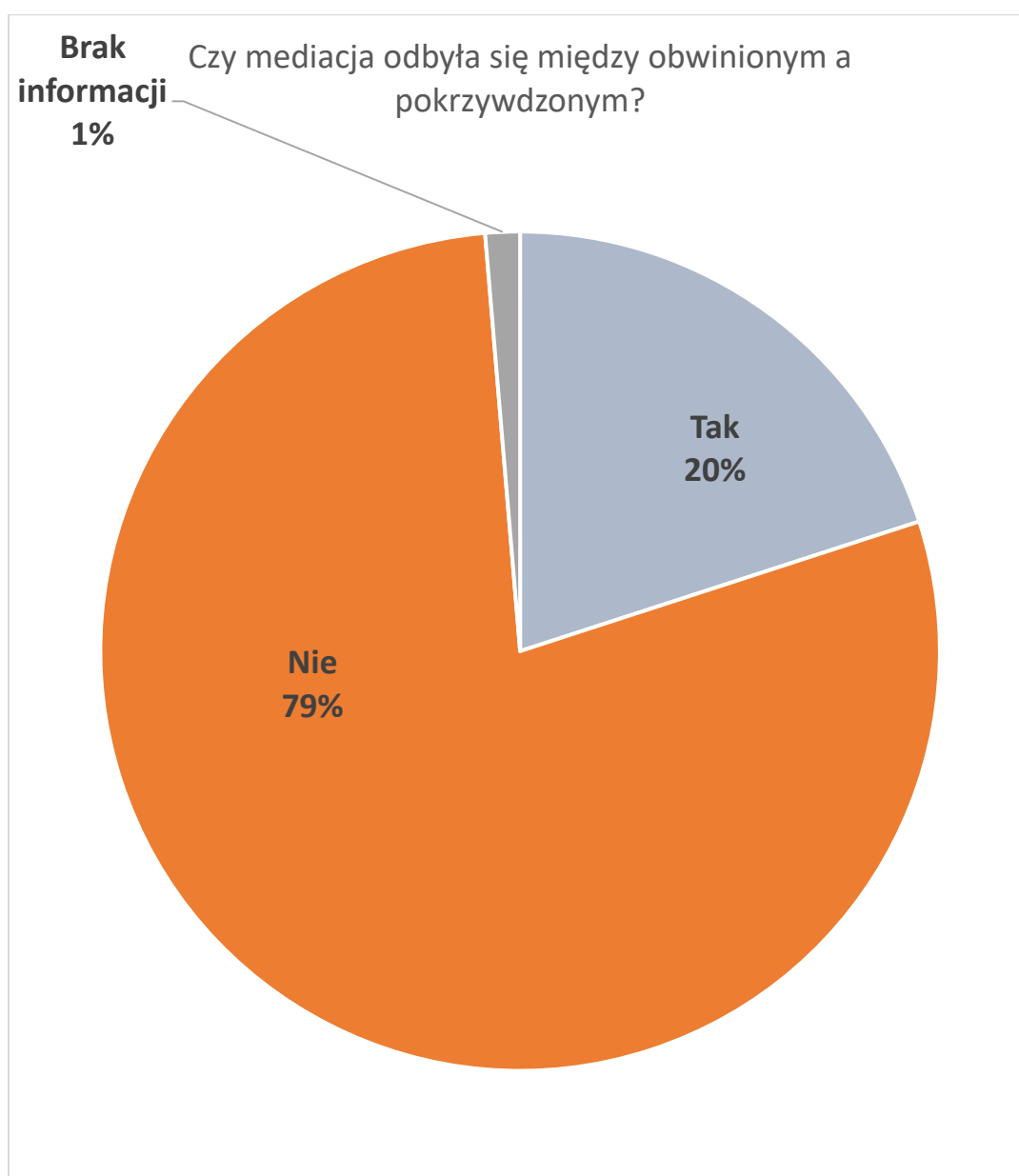
Jak wynika z art. 113 ust. 4 u.i.l. postępowanie mediacyjne prowadzone jest we właściwej terenowo izbie lekarskiej. Z powyższego wykresu wynika, że w 17% spraw, mediacja miała miejsce w siedzibach okręgowych izb lekarskich. Informacja, dotycząca tego, że postępowanie mediacyjne odbywało się w siedzibie izby lekarskiej wskazana została wprost w sprawozdaniu z mediacji. W 80% wprawdzie nie wskazano miejsca prowadzenia mediacji, jednak okoliczności sprawy i dokumenty wskazują, że miejscem tym była izba. Wskazać można na przypadek, kiedy mediacja została przeprowadzona

telefonicznie (sprawa dotyczyła konfliktu między lekarzami). W kolejnej sprawie mediacje odbyły się w sposób korespondencyjny – wymiana pism między stronami.

W mojej ocenie izba lekarska, jako miejsce prowadzenia mediacji między lekarzem a pacjentem może być odbierana przez pacjenta jako miejsce niezapewniające neutralności.

Mediacje w izbach lekarskich nie były przeprowadzane pomiędzy pokrzywdzonym a obwinionym lekarzem

Tabela 39 Informacja, czy mediacja odbyła się między obwinionym a pokrzywdzonym



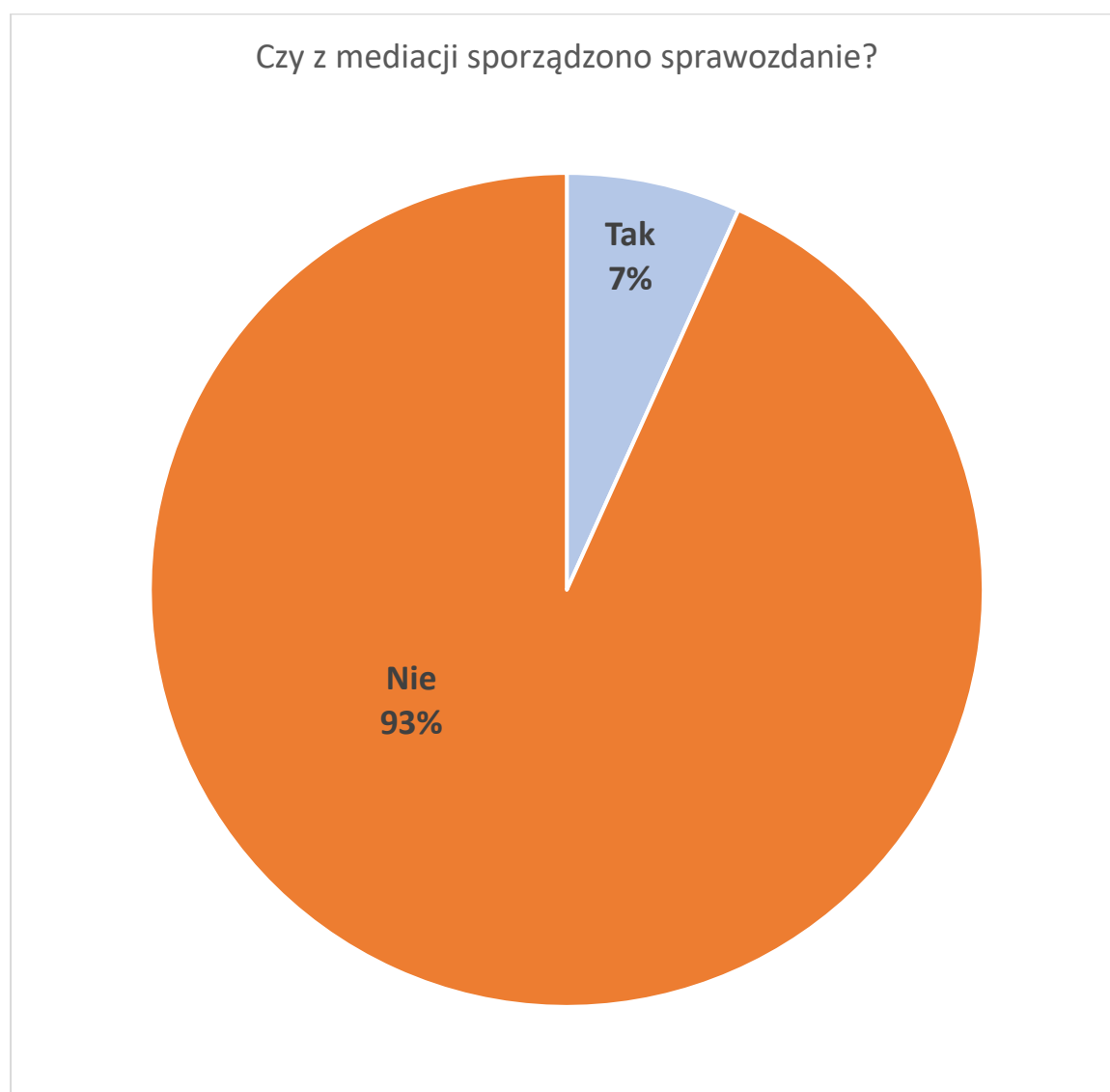
*opracowanie własne

Przypomnieć należy, że zgodnie z art. 113 ust. 1 u.i.l. rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego może z inicjatywy lub za zgodą stron, skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym.

Jak pokazuje powyższy wykres, tylko w 20 % sprawach mediacja rzeczywiście odbyła się pomiędzy ustawowo wskazanymi podmiotami. W pozostałych przypadkach, mediacja odbyła się między lekarzem, którego dotyczyła skarga (lekarz, którego dotyczy postępowanie) a osobą wnosząca skargę, przy czym, lekarzowi, którego skarga dotyczyła nie zostały przedstawione zarzuty. W mojej ocenie jest to postępowanie niewłaściwe. Nie ulega bowiem wątpliwości, że do mediacji powinien przystąpić obwiniony, a więc osoba, której zostały uprzednio przedstawione zarzuty. Nawet sama konstrukcja postanowienia o skierowaniu do mediacji wymaga wskazania przewinienia zawodowego zarzucanego obwinionemu oraz podania jego kwalifikacji prawnej.

W art. 113 ust. 1 u.i.l. mowa jest o tym, że rzecznik może z inicjatywy lub za zgodą stron, skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym. Stronami postępowania są: obwiniony, pokrzywdzony, lekarz, którego dotyczy postępowanie. Tak więc z początkowej części przepisu można wnioskować, że powyższe trzy podmioty są uprawnione do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do mediacji. Z dalszej części przepisu wynika jednak, że sprawę do postępowania mediacyjnego można skierować tylko między pokrzywdzonym a obwinionym – nie wymienia się tu „lekarza, którego dotyczy postępowanie”. Wątpliwościami co do jednoznacznej interpretacji powyższego przepisu podzielili się ze mną okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej.

Tabela 40 Informacja, czy z mediacji sporządzono sprawozdanie



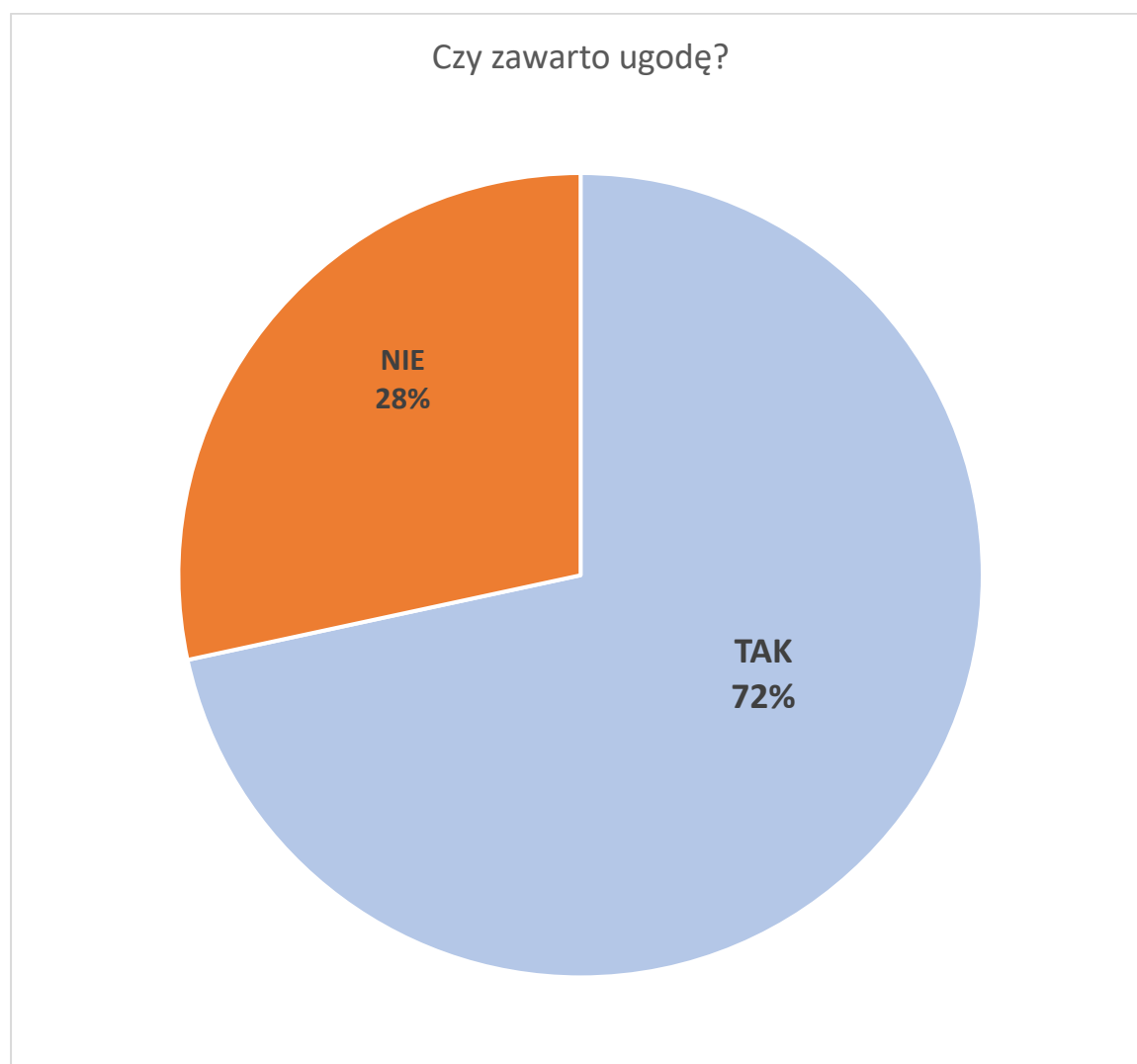
*opracowanie własne

Zgodnie z art. 113 ust. 5 u.i.l. mediator sporządza po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego sprawozdanie z jego przebiegu i wyników, które dołącza się do akt sprawy – z powyższego zestawienia wynika, że dokument zatytułowany „sprawozdanie” sporządzony został tylko w 7% spraw. Spośród pozostałych 93%, w kilku przypadkach sporządzono dokument zatytułowany „protokół z mediacji”, zaś w pozostałych sytuacjach mediator zamieścił elementy, które powinno zawierać sprawozdanie - w piśmie skierowanym do rzecznika. Nie ulega wątpliwości, że prawidłowym postępowaniem, wynikającym wprost z ustawy jest sporządzenie sprawozdania po każdej mediacji. Spostrzec jednak należy, że w sprawach, w których nie zostało sporządzone sprawozdanie, mediator *de facto* zawarł wszystkie elementy sprawozdania w piśmie, skierowanym do rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Zgodnie z § 16 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w sprawie mediacji w sprawach karnych, sprawozdanie powinno obejmować: sygnaturę sprawy, imię i nazwisko mediatora, informację o wynikach postępowania mediacyjnego, podpis mediatora. Sprawozdanie przekazywane jest organowi, który skierował sprawę do postępowania mediacyjnego.

W 70% spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego doszło do zawarcia ugody

Tabela 41 Informacja, czy doszło do zawarcia ugody



*opracowanie własne

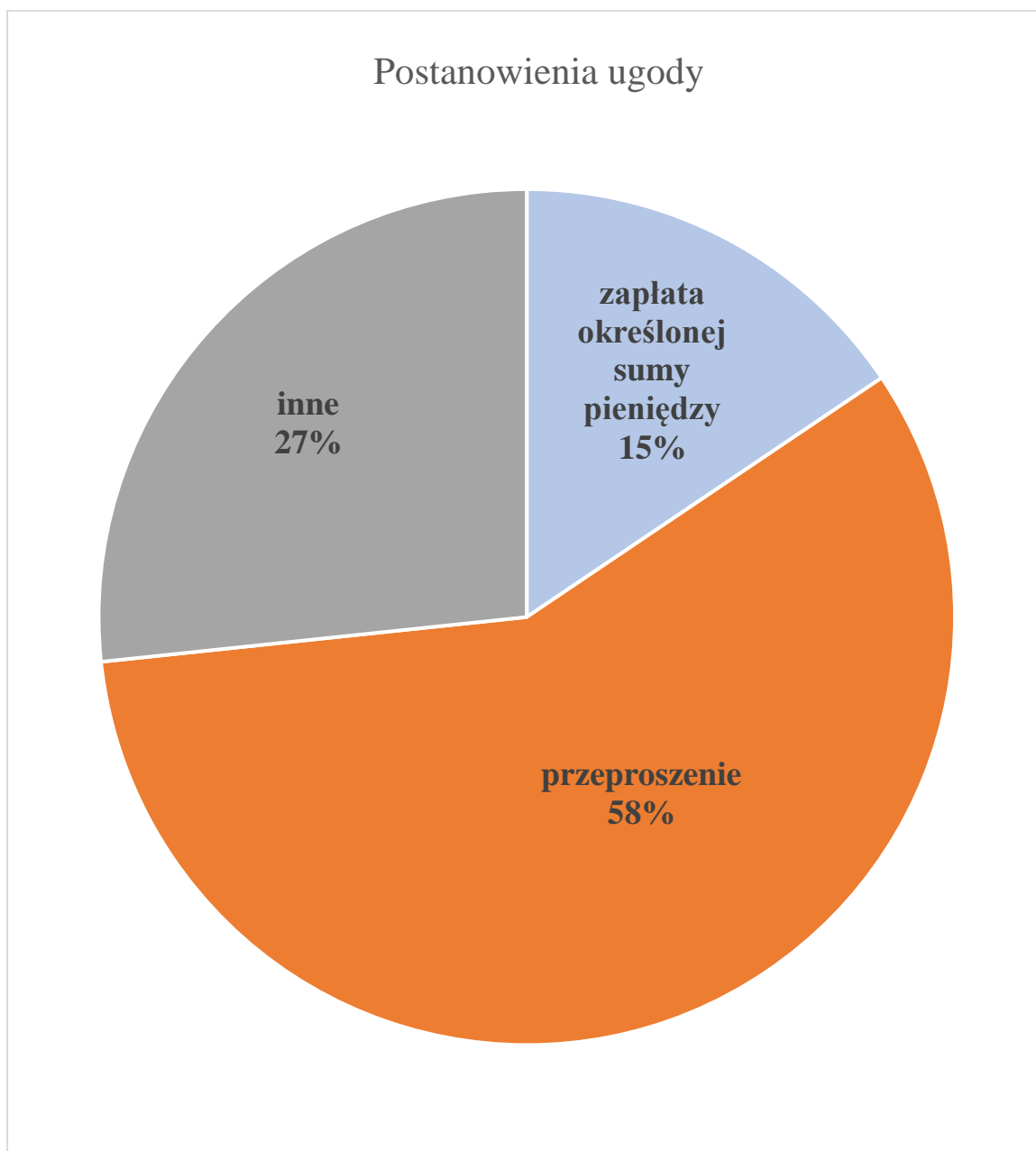
Jak wynika z powyższego wykresu w ponad 70% spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego doszło do zawarcia ugody. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują jednoznacznie, że jeśli stworzy się stronom postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków właściwe

pole do mediacji, wyczerpująco przedstawi pełną informację dotyczącą jej trybu i zasad, to z reguły mediacje kończą się zawarciem ugody.

Warto także zwrócić uwagę na postanowienia wynikające z zawartych ugód. Poniżej przedstawione zostało zestawienie dotyczące postanowień w zawartych ugodach:

Postanowienia ugody

Tabela 42 Postanowienia ugody



*opracowanie własne

Jak wynika z przeprowadzonych badań aktowych, bezsprzecznie na pierwszym miejscu należy wskazać, że przedmiotem zawartej ugody było przeproszenie pokrzywdzonego – aż w 58% spraw, w których doszło do zawarcia ugody. Wśród tych spraw były sprawy dotyczące zarówno konfliktów między lekarzami, jak i konfliktów między lekarzem a pacjentem. W jednej ze spraw dotyczących konfliktów między lekarzami, przeprosiny zostały zamieszczone w biuletynie okręgowej izby lekarskiej. Jeśli chodzi o sprawy dotyczące konfliktów między lekarzami a pacjentami, przeproszenie miało miejsce w szczególności w sprawach dotyczących niestosownych uwag i komentarzy wobec pacjentów. Ciekawe wydają się być inne postanowienia ugody, również o charakterze życzeniowym, takie jak zapewnienie przez obwinionego, że w przyszłości nie dojdzie do podobnej sytuacji. Również do takich niestandardowych rozwiązań wypracowanych w toku przeprowadzonej mediacji należą chociażby: zorganizowanie odprawy w szpitalu, podczas której dyrektor odczytał skargę pacjentki dotyczącą lekarzy danego szpitala w obecności personelu medycznego. Skarżąca czuła się dotknięta komentarzami lekarzy na temat stanu zdrowia i okoliczności śmierci jej zmarłego męża. Uznała, iż publiczne odczytanie wniesionej skargi, w której zawarła swoje osobiste doświadczenia i odczucia związane z zaistniałą sytuacją będzie miało walor w pewien sposób edukacyjny, zwróci uwagę pozostałych lekarzy i personelu, że wypowiedane niejednokrotnie komentarze mogą być odbierane przez poszczególnych pacjentów bardzo osobiście. Publicznym odczytaniem skargi i zapewnieniem, że podobne sytuacje nie będą miały miejsca w przyszłości, chciała uwrażliwić lekarzy i pielęgniarki na „pozamedyczne aspekty” związane z pobytem w szpitalu i leczeniem. Inną tego typu sprawą, w której udało się stronom w trakcie mediacji dojść do porozumienia, była sprawa dotycząca lekarza, który odmówił pacjentowi wydania kopii dokumentacji medycznej. Wskazywał, że pacjent w sposób napastliwy żądał wydania dokumentów, doprowadził do stresującej sytuacji dla obu stron w obecności innych pacjentów, co skutkowało stanowczą reakcją odmowną lekarza. W trakcie prowadzenia mediacji, kiedy emocje obu stron opadły, lekarz przeprosił pacjenta i wydał przedmiotową dokumentację. Ciekawym postanowieniem zawartym w ugodzie było także zapewnienie pacjentowi dalszego leczenia przez innego specjalistę. Takie sytuacja miała miejsce w sprawach dotyczących lekarzy dentyków.

Analiza akt w badanych sprawach wykazała również, że w 15% ugoda dotyczyła zapłaty określonej kwoty pieniężnej na rzecz skarżącego. Warto w tym miejscu zauważyć, że jest to stosunkowo nieduży odsetek badanych spraw. Okazuje się więc,

że zadośćuczynienie pieniężne w sprawach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy wcale nie jest najistotniejszym elementem.

Niniejsza problematyka była przedmiotem konferencji Mediacja w Medycynie, która została zorganizowana przez Naczelną Radę Lekarską we współpracy z Naczelną Radą Adwokacką w styczniu 2020 r. w Krakowie. W prezentacji przygotowanej przez dr n. med. Konrada Jarosza, Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Szczecinie scharakteryzowano sprawę która została skierowana do postępowania mediacyjnego na etapie postępowania przed sądem lekarskim. Sprawa dotyczyła nieprawidłowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, m.in. odmowy przyjęcia pacjentki do szpitala. Rzecznik w toku postępowania wyjaśniającego pozyskał dowód w postaci opinii biegłego, który stwierdził nieprawidłowości w postępowaniu lekarza. Rzecznik skierował do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie. Na rozprawę nie stawiał się pokrzywdzony pacjent ze względu na zły stan zdrowia. Stawiła się córka pacjenta, przesłuchiwana w charakterze świadka. W swoich zeznaniach wskazała, że zarzuca lekarzowi brak empatii, lekarz w jej ocenie nie poświęcił czasu na rozmowę z pacjentem, nie okazał zainteresowania: „Wystarczyłoby przeprosić, napisać jakiś list do mamy z przeprosinami. Ja osobiście napisałam skargę do Rzecznika (...), chciałam wzbudzić w obwinionej doktor jakąś refleksję (...). My nie chcemy odszkodowania, brakuje nam ludzkiego słowa przepraszam”. Na przykładzie tej sprawy widać, że bardzo często pacjent oczekuje od lekarza przeproszenia.

Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego dr n. med. Jacek Miarka przedstawił swoje wnioski płynące z mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej na etapie postępowania przed sądem lekarskim. Należy w tym miejscu wskazać, że w latach 2010 – 2018 do postępowania mediacyjnego sądy lekarskie skierowały 22 sprawy.⁵⁵⁶Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego przywołał uzasadnienie orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, z którego wynika, że część nieporozumień i konfliktów jest często spowodowana brakiem należytej komunikacji. Mediacja stwarza możliwości, które pozwalają na lepszą komunikację stron i bardzo często może okazać się, że doprowadzą do rozstrzygnięcia sporu. Uwaga ta w mojej ocenie ma szczególne znaczenie w przypadku konfliktów między lekarzami. Być może tych spraw nie jest zbyt dużo, aczkolwiek uważam, że skierowanie tego rodzaju spraw

⁵⁵⁶ Dane wynikające ze sprawozdań okręgowych sądów lekarskich: <https://nil.org.pl/izba/naczelny-sad-lekarski/sprawozdania/dane-liczbowe-dotyczace-sadow-lekarskich>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

do postępowania mediacyjnego mogłoby przyczynić się do odciążenia sądów lekarskich. Należy spostrzec, że co do zasady mediacja jest możliwa także przed skierowaniem skargi do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Również dr Jolanta Orłowska-Heitzman, pełniąca funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej w latach 2006-2014, zauważyła, że z mediacji zarówno dla pacjenta, jak i lekarza wynikają same korzyści. Mediacja pozwala bowiem na szczegółowe określenie kwestii spornych, zmniejszenie barier komunikacyjnych, wspólne opracowanie propozycji rozwiązań. Prelegentka podkreśliła, że w jej ocenie mediacja w izbach lekarskich jest nadal nieznanym sposobem rozwiązywania sporów, dlatego istotna jest edukacja w tym zakresie. Zarówno lekarze, jak i adwokaci byli zgodni co do tego, że „Mediacja w medycynie jest potrzebna, ale wykorzystywana zdecydowanie za rzadko.”⁵⁵⁷ Wśród największych zalet mediacji wskazano: niższe koszty postępowania, możliwość szybszego zakończenia sporu. Wspólnie wskazano na potrzebę szerszej edukacji w zakresie mediacji i to zarówno w środowisku lekarskim, jak i prawniczym, a także wśród pacjentów.

Warto w tym miejscu przywołać spostrzeżenie lek. Artura de Rosier – byłego Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu, obecnego Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu, który podczas konferencji Mediacja w Medycynie, zauważył że: „konflikt rodzi emocje, które czasami powodują nieracjonalne reakcje, a formalizm postępowania sądowego nie sprzyja ani ich uwalnianiu, ani otwartości. – Pacjent trafiający na mediacje może podyskutować i często pierwszy raz jest pytany, „jak było””? Pojawia się u niego przekonanie o kontroli własnych praw. W postępowaniu przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej lub przed sądem może dochodzić swoich racji, ale nie rozładuje napięcia”.⁵⁵⁸ Mediacja umożliwi pacjentowi wyrażenie emocji, spostrzeżeń. W mojej ocenie dzięki mediacji także lekarz może wyrazić swoje emocje związane z zaistniałą sytuacją. Należy pamiętać, że każde postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest także stresujące z punktu widzenia lekarza, którego dotyczy. Podczas mediacji, lekarz może spotkać się z pacjentem, wysłuchać jego stanowiska. Charakter spotkania jest inny, niż podczas rozprawy przed sądem lekarskim, gdzie *de facto* nie ma miejsca na rozmowę.

⁵⁵⁷ <https://gazetalekarska.pl/?p=52793>, <https://gazetalekarska.pl/?p=52769>, dostęp w dniu 15.06.2020 r..

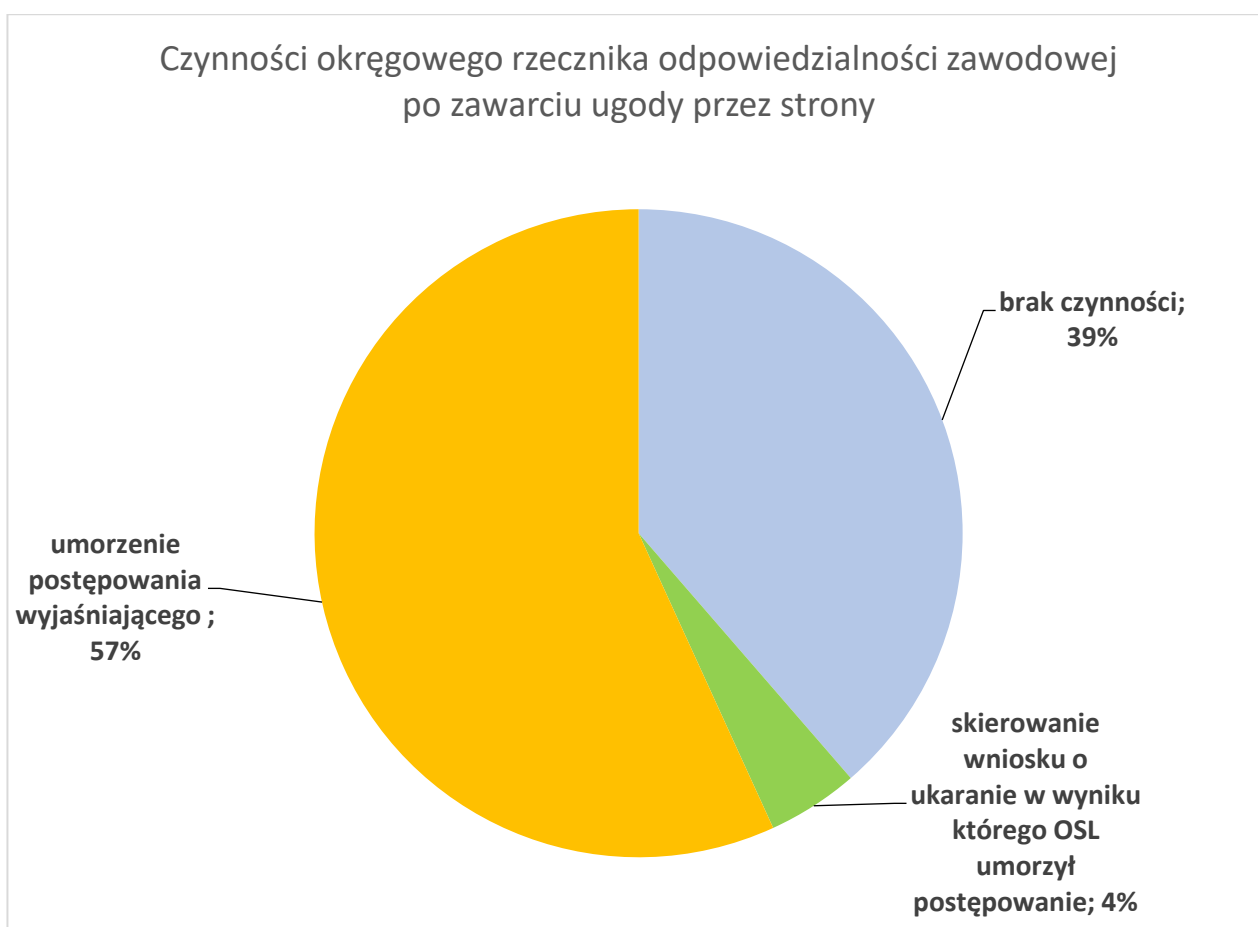
⁵⁵⁸ <https://gazetalekarska.pl/?p=53957>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

Należy podkreślić, że celem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu. W mojej ocenie dzięki postępowaniu mediacyjnemu ten cel także może być realizowany. Podczas mediacji lekarz ma możliwość wysłuchania punktu widzenia pacjenta, rozmowy z nim, zrozumienia co tak naprawdę się wydarzyło.

Powyższe przykłady wskazują, że mediacja pozwala stronom postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy na wypracowanie niestandardowego rozwiązania, takiego, które nie byłoby możliwe do wypracowania w postępowaniu przed sądem lekarskim.

Nieprawidłowości i brak jednolitości w czynnościach okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej po zawarciu ugody w toku postępowania mediacyjnego

Tabela 43 Czynności okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej po zawarciu ugody przez strony



*opracowanie własne

W 39% spraw, w których doszło do zawarcia ugody, *de facto* w żaden sposób nie zakończono postępowania. Jediną czynnością było skierowanie pisma do stron, że „w związku z otrzymaną od mediatora informacją doszło do zawarcia ugody w związku z tym, postępowanie umarza się”. Postanowienie o umorzeniu postępowania nie znajdowało się jednak w aktach sprawy. Dlatego należy przyjąć, że postępowania te nie zostały formalnie skutecznie zakończone. W pozostałych przypadkach – w 57% spraw postępowanie zostało umorzone w związku z ugodą zawartą przed mediatorem izby lekarskiej podczas mediacji. Tylko w 4% spraw rzecznik skierował do okręgowego sądu lekarskiego wnioski o ukaranie, w których zaznaczono, że między stronami doszło do zawarcia ugody. W rezultacie sądy lekarskie umorzyły postępowanie powołując się na art. 82 ust. 2 u.i.l., przyjmując, że przewinienie zawodowe miało charakter przewinienia mniejszej wagi.

W części spraw okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej zdecydowali się na umorzenie postępowania. Wydaje się, że nie jest to prawidłowe postępowanie. Nie ma bowiem przepisu, który pozwala na umorzenie postępowania w takim przypadku. W art. 63 u.i.l. enumeratywnie wymieniono przypadki w których możliwe jest umorzenie postępowania przez rzecznika. Nie przewidziano możliwości umorzenia postępowania na skutek ugody zawartej przez strony w toku mediacji. Warto jednak wskazać na przepis art. 82 ust. 2 u.i.l., który pozwala sądowi lekarskiemu na umorzenie postępowania w przypadku przewinienia zawodowego mniejszej wagi. W 4% spraw przedstawionych na wykresie, sposób działania organów prowadzących postępowanie był następujący. Rzecznicy po zawarciu ugody przez strony w toku mediacji wnieśli do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie, w których jednocześnie zawnieśli do okręgowego sądu lekarskiego o umorzenie postępowania w trybie art. 82 ust. 2 u.i.l., wskazując, że zachodzi w sprawie przewinienie zawodowe mniejszej wagi, a ugoda zawarta przed mediatorem i naprawienie szkody przez obwinionego stanowią o tym, że zawarcie ugody nie sprzeciwia się interesowi pokrzywdzonego. Jako przykład można wskazać sprawę, która dotyczyła nieprawidłowego wykonania uzupełnień protetycznych. Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej prowadzący postępowanie przesłuchał skarżącą oraz lekarza dentystę, którego skarga dotyczyła, a także zwrócił się do biegłego o wydanie opinii w sprawie. Opinia była niekorzystna i wynikało z niej, że lekarz dentysta dopuścił się błędów. Nie było wątpliwości, że w sprawie został popełniony błąd medyczny. Po przedstawieniu zarzutów, lekarz dentysta zwrócił się do rzecznika z prośbą o skierowanie sprawy do postępowania

mediacyjnego. Pokrzywdzona wyraziła zgodę na mediację, w wyniku której doszło do zawarcia ugody. W wyniku ugody lekarz dentysta zobowiązał się do wypłaty kwoty pieniężnej w wysokości 2 300 zł. Jak ustalił rzecznik, obwiniony wywiązał się ze zobowiązania określonego w ugodzie. Rzecznik skierował do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie. Sąd powołując się na art. 82 ust. 2 u.i.l. umorzył postępowanie stwierdzając, że czyn stanowi przewinienie zawodowe mniejszej wagi. W uzasadnieniu sądu wskazano, że skutecznie przeprowadzona mediacja, która skutkowałą zaspokojeniem roszczeń pokrzywdzonej, a także postawa obwinionego podczas całego postępowania stanowią przesłanki do umorzenia postępowania.

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań aktowych pokrywają się z postawioną hipotezą badawczą – mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest instytucją stosowaną w minimalnym zakresie. Jest pozasądową formą rozwiązywania sporów niewykorzystywaną w ramach prowadzonych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków. Do mediacji kierowane są pojedyncze sprawy i tak naprawdę zależy to od inicjatywy i aktywności mediatora powołanego w izbie lekarskiej i aktualnie urzędującego rzecznika oraz ich właściwej, systematycznej i bieżącej współpracy. Podkreślić w tym miejscu należy i wyraźnie zaakcentować, że podstawowym kryterium kierowania spraw do mediacji jest ich charakter i ocena dokonana wnikliwie w każdej ze spraw. Zarysowuje się, na tle prowadzonej przeze mnie analizy badanych akt i uzyskanych wyników pewna prawidłowość a mianowicie szerokie pole do mediacji mają sprawy wewnątrz korporacyjne dotyczące sporów między lekarzami a także sprawy w których szkoda jest odwracalna (najczęściej dentyckie) oraz te związane z zachowaniami i sytuacjami pozamedycznymi, gdzie najczęstszym postanowieniem ugody jest przeproszenie drugiej strony. Analiza obowiązujących w tej materii przepisów, zarówno na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* a także odpowiednio stosowanego *Kodeksu postępowania karnego*, wskazuje że dają one możliwości wykorzystywania mediacji w ramach prowadzonych postępowań. Przy czym zauważyć należy, że zawierane ugody dają satysfakcję stronom sporu, skracają czas trwania postępowań, są zdecydowanie mniej stresujące niż uczestnictwo w rozprawach sądowych i jednocześnie pozwalają na sprawowanie należytej pieczy nad wykonywaniem zawodu lekarza przez samorząd lekarski. Na podstawie przeprowadzonych przeze mnie badań aktowych i uzyskanych wyników dostrzegam jednak kilka obszarów w obowiązujących przepisach, których

doprecyzowanie i zmiana byłyby korzystne dla zwiększenia użyteczności i wykorzystania instytucji mediacji. Spostrzeżenia moje dotyczą również kilku zagadnień natury ogólnej i związane są z aspektami o charakterze pragmatycznym prowadzonych postępowań. Dlatego też propozycje moje podzieliłam na te ,które są związane z konkretnymi zmianami w brzmieniu przepisów ustawy o *izbach lekarskich i regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej* oraz propozycje usprawniające i ujednolicające a przede wszystkim upowszechniające i przybliżające instytucję mediacji o charakterze ogólnym.

3. Proponowane zmiany w zakresie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, które mogłyby przyczynić się do rozwoju postępowania mediacyjnego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy

Po pierwsze, w mojej ocenie w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* zasadne byłoby wprowadzenie przepisu, który wprost umożliwi sądowi lekarskiemu umorzenie postępowania w sytuacji, jeżeli obwiniony lekarz pojedna się z pokrzywdzonym w drodze mediacji i naprawi szkodę lub zadośćuczyni wyrządzonej krzywdzie (tzn. jeżeli postanowienia wynikające z zawartej ugody zostaną zrealizowane). Uzależnienie umorzenia postępowania przez sąd lekarski od naprawienia szkody lub zadośćuczynienia wyrządzonej krzywdzie, stanowiłoby istotną gwarancję dla pokrzywdzonego – należy bowiem pamiętać, iż sądy lekarskie nie posiadają uprawnień do nadania klauzuli wykonalności ugodzie zawartej w postępowaniu mediacyjnym. Podkreślić należy, że proponowana regulacja w pewnym stopniu pokrywałaby się z art. 59a k.k. obowiązującym od dnia 1 lipca 2015 r. i uchylonym w dniu 15 kwietnia 2016 r., dotyczącym tzw. umorzenia restytucyjnego. Zgodnie z nieobowiązującym już art. 59a § 1 k.k. jeżeli przed rozpoczęciem przewodu sądowego w pierwszej instancji sprawca, który nie był uprzednio skazany za przestępstwo umyślne z użyciem przemocy, pojednał się z pokrzywdzonym, w szczególności w wyniku mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie, umarzało się, na wniosek pokrzywdzonego, postępowanie karne o występki zagrożony karą nieprzekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, a także o występki przeciwko mieniu zagrożony karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak również o występki określony w art. 157 § 1 k.k.⁵⁵⁹

559 Art. 59a k.k. brzmiał: § 1. Jeżeli przed rozpoczęciem przewodu sądowego w pierwszej instancji sprawca, który nie był uprzednio skazany za przestępstwo umyślne z użyciem przemocy, pojednał się z pokrzywdzonym, w szczególności w wyniku mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej

Aktualna, w kontekście propozycji wprowadzenia do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przepisu pozwalającego na umorzenie postępowania, w sytuacji, jeżeli obwiniony lekarz pojednał się z pokrzywdzonym w drodze mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie, pozostaje uwaga S. Waltośa i P. Hofmańskiego, w świetle której tzw. umorzenie restytucyjne stanowi wyjątek od zasady legalizmu na rzecz zasady oportunistu.⁵⁶⁰ Mimo że doszło do popełnienia przez lekarza przewinienia zawodowego, sąd umarza postępowanie. W mojej ocenie ze względu na fakt, iż umorzenie restytucyjne i tak stanowiłoby pewien wyjątek od zasady legalizmu, to uprawnienie do umorzenia postępowania powinno przysługiwać jedynie na etapie postępowania przed sądem lekarskim, a nie na etapie postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.

Kontynuując rozważania w powyższym zakresie, uważam, że umorzenie powinno zostać ograniczone pewnymi kryteriami. Na gruncie postępowania karnego wyznaczenie takich kryteriów może wydawać się prostsze. Ustawodawca bowiem przewidział dla każdego przestępstwa ustawowe zagrożenie karą. W przypadku odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie byłoby możliwe ustalenie kryteriów oparte o ustawowe zagrożenie karą, ponieważ poszczególnym przewinieniom zawodowym nie zostały przypisane określone kary.

Należy zauważyć, że wprowadzony przepis miałby charakter *ius dispositivum* – decyzja o umorzeniu postępowania należałaby zawsze do sądu lekarskiego. Pozostawiałoby to, używając potocznego porównania „wentyl bezpieczeństwa”, ponieważ to sąd lekarski każdorazowo oceniając charakter sprawy, rozmiar wyrządzonej szkody, mógłby ocenić, czy uzasadnione będzie umorzenie postępowania. Warunkiem umorzenia postępowania byłoby pojednanie się z pokrzywdzonym w drodze mediacji i jednocześnie naprawienie szkody lub zadośćuczynienie wyrządzonej krzywdzie.

Wprowadzona regulacja kładłaby nacisk na ideę sprawiedliwości naprawczej, koncentrującej się na zaspokojeniu interesów pokrzywdzonego. Zgadzam się z oceną

krzywdzie, umarza się, na wniosek pokrzywdzonego, postępowanie karne o występki zagrożony karą nieprzekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, a także o występki przeciwko mieniu zagrożony karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak również o występki określony w art. 157 § 1.

§ 2. Jeżeli czyn został popełniony na szkodę więcej niż jednego pokrzywdzonego, warunkiem zastosowania § 1 jest pojednanie się, naprawienie przez sprawcę szkody oraz zadośćuczynienie za wyrządzoną krzywdę w stosunku do wszystkich pokrzywdzonych.

§ 3. Przepisu § 1 nie stosuje się, jeżeli zachodzi szczególna okoliczność uzasadniająca, że umorzenie postępowania byłoby sprzeczne z potrzebą realizacji celów kary.

560 S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016. S. 294-295.

S. Waltosia i P. Hofmańskiego, że dzięki umorzeniu restytucyjnemu, pokrzywdzony otrzymuje „jeszcze jedną szansę skutecznej ochrony jego dobra prawnego”.⁵⁶¹

Na potrzebę wprowadzenia stosowanych regulacji umożliwiających umorzenie postępowania w przypadku zawarcia ugody przed mediatorem, zwrócono uwagę w Stanowisku Nr 13/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o *zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw*.⁵⁶² W stanowisku tym wskazano, że negatywnie należy ocenić niewprowadzenie do projektowanej ustawy zmiany art. 113 u.i.l., dotyczącego postępowania mediacyjnego, w zakresie w jakim możliwe byłoby umorzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w przypadku zawarcia ugody. Jak dalej wskazano, w obecnym stanie prawnym rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej nie przysługuje możliwość umorzenia postępowania w przypadku zawarcia w toku postępowania mediacyjnego ugody. Podzielam postulat zgłoszony w Stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie wprowadzenia możliwości umorzenia postępowania, w przypadku zawarcia ugody, jednakże, w mojej ocenie, możliwość umorzenia postępowania powinna być zapewniona dopiero na etapie postępowania przed sądem lekarskim.

Dla zwiększenia czytelności, proponowane przeze mnie zmiany w zakresie umorzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy zostały przedstawione poniżej. W mojej ocenie przepis pozwalający sądowi lekarskiemu na umorzenie postępowania w przypadku zawarcia ugody w toku postępowania mediacyjnego, powinien znaleźć się w art. 82 ust. 3 u.i.l. Obecnie w art. 82 u.i.l. określne zostały przypadki, w których sąd lekarski może umorzyć postępowanie. Przypadki te mogłyby zostać rozszerzone o „restytucyjne” umorzenie postępowania.

561 S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016. S. 294-295.

562 https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/rs013-19-VIII.pdf. Rozprawa doktorska została przygotowana w oparciu o stan prawny obowiązujący na dzień 1 czerwca 2020 r., należy jednak wskazać, że w związku ze wspomnianym stanowiskiem, obecnie trwają prace legislacyjne w zakresie zmiany art. 113 u.i.l.

Tabela 44 Propozycja zmiany art. 82 u.i.l.

Obecna treść art. 82 ust. u.i.l.	Proponowane zmiany:
<p>Art. 82.</p> <p>1. W razie stwierdzenia po rozpoczęciu przewodu sądowego okoliczności wymienionych w art. 63 ust. 1 pkt 3-5 sąd lekarski umarza postępowanie. W razie ujawnienia okoliczności wymienionych w art. 63 ust. 1 pkt 1 i 2 sąd lekarski wydaje orzeczenie uniewinniające obwinionego, chyba że obwiniony w chwili czynu był niepoczytalny i wtedy sąd lekarski umarza postępowanie.</p> <p>2. Sąd lekarski może umorzyć postępowanie w przypadku przewinienia mniejszej wagi albo jeżeli orzeczenie wobec obwinionego kary byłoby oczywiście niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawy, a interes pokrzywdzonego temu się nie sprzeciwia.</p>	<p>Art. 82.</p> <p>1. W razie stwierdzenia po rozpoczęciu przewodu sądowego okoliczności wymienionych w art. 63 ust. 1 pkt 3-5 sąd lekarski umarza postępowanie. W razie ujawnienia okoliczności wymienionych w art. 63 ust. 1 pkt 1 i 2 sąd lekarski wydaje orzeczenie uniewinniające obwinionego, chyba że obwiniony w chwili czynu był niepoczytalny i wtedy sąd lekarski umarza postępowanie.</p> <p>2. Sąd lekarski może umorzyć postępowanie w przypadku przewinienia mniejszej wagi albo jeżeli orzeczenie wobec obwinionego kary byłoby oczywiście niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawy, a interes pokrzywdzonego temu się nie sprzeciwia.</p> <p>3. Sąd lekarski może umorzyć postępowanie, jeżeli obwiniony lekarz pojednał się z pokrzywdzonym w drodze mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie.</p>

*opracowanie własne

Po drugie, w mojej ocenie, w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich* zasadne byłoby wprowadzenie przepisu, który umożliwiłby sprawowanie funkcji mediatora w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy osobie niebędącej lekarzem. Uważam, że funkcja mediatora w izbie lekarskiej powinna być sprawowana zarówno przez lekarzy, jak i przez osoby niebędące lekarzami. W sprawach dotyczących konfliktów między lekarzami rzeczywiście funkcję mediatorów powinni pełnić lekarze. Warto odnieść się w tym miejscu do spostrzeżenia mediatora Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Zygryda Wawrzynka, który zauważył, że lekarz-mediator lepiej zna specyfikę zawodową i środowiskową, co z pewnością ułatwia prowadzenie mediacji pomiędzy lekarzami. Z drugiej strony, przeprowadzone przeze mnie badania aktowe pokazują, że w części spraw nie doszło do postępowania mediacyjnego, ponieważ mimo zgody na udział w postępowaniu

mediacyjnym, pokrzywdzeni nie wyrażali zgody na prowadzenie mediacji przez lekarza albo wyrażali swoje obawy co do bezstronności mediatora-lekarza. Warto przedstawić jedną z takich spraw, w której pokrzywdzoną była pielęgniarka. W toku postępowania wyjaśniającego, wyraziła zgodę na udział w postępowaniu mediacyjnym, składając jednocześnie wniosek o powołanie mediatora niebędącego ani lekarzem, ani pielęgniarką, ponieważ w jej ocenie tylko taka osoba mogła zachować bezstronność i neutralność. Dodatkową zaletą powołania w izbach lekarskich mediatorów niebędących lekarzami byłaby możliwość prowadzenia tzw. komediacji. Chodzi tu o sytuację, w której mediacja prowadzona jest przez dwóch mediatorów – jednego mediatora będącego lekarzem i drugiego mediatora np. z wykształceniem prawniczym. W mojej ocenie – mediator będący godnym zaufania lekarzem – powinien być wybierany przez okręgową radę lekarską na okres jednej kadencji, tak jak dzieje się to obecnie. Mediatorem niebędącym lekarzem zaś, mogłaby natomiast zostać osoba spełniająca warunki wskazane w § 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w sprawie mediacji w sprawach karnych⁵⁶³, związane z posiadaniem obywatelstwem, korzystaniem w pełni z praw publicznych i posiadaniem pełnej zdolności do czynności prawnych, wiekiem – ukończone 26 lat, znajomością języka polskiego w mowie i piśmie, nieskazaniem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, posiadaniem umiejętności i wiedzy w zakresie przeprowadzania postępowania mediacyjnego, rozwiązywania konfliktów i nawiązywania kontaktów międzyludzkich, rękojmią należytego wykonywania zawodu. Taka osoba, po złożeniu stosownego oświadczenia mogłaby zostać wpisana na listę mediatorów - niebędących lekarzami, która byłaby prowadzona w obrębie izby lekarskiej. Decyzja o wpisie na listę byłaby podejmowana przez okręgową radę lekarską. Uważam, że takie uregulowanie w zakresie podmiotów uprawnionych do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego,

⁵⁶³ § 4. Do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego jest uprawniona osoba, która:

- 1) posiada obywatelstwo polskie, obywatelstwo innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej albo obywatelstwo innego państwa, jeżeli na podstawie przepisów prawa Unii Europejskiej przysługuje jej prawo podjęcia zatrudnienia lub samozatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w tych przepisach,
- 2) korzysta w pełni z praw publicznych i ma pełną zdolność do czynności prawnych,
- 3) ukończyła 26 lat,
- 4) zna język polski w mowie i piśmie,
- 5) nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- 6) posiada umiejętności i wiedzę w zakresie przeprowadzania postępowania mediacyjnego, rozwiązywania konfliktów i nawiązywania kontaktów międzyludzkich,
- 7) daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków.

zapewniłoby poczucie bezstronności i neutralności prowadzonych mediacji – na wniosek strony zawsze mediatorem mogłaby zostać osoba niebędąca lekarzem. Dla zwiększenia czytelności, proponowana przeze mnie zmiana została przedstawiona poniżej:

Tabela 45 Propozycja zmiany art. 113 ust. 3 u.i.l.

Obecna treść art. 113 ust. 3 u.i.l.	Proponowana zmiana:
<p>Art. 113 ust. 3 u.i.l. Rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza, który pełni w izbie lekarskiej funkcję mediatora. Mediatorem nie może być rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jego zastępca oraz członek sądu lekarskiego.</p>	<p>Art. 113 ust. 3 u.i.l. Rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza oraz osobę niebędącą lekarzem, którzy pełnią w izbie lekarskiej funkcje mediatorów. Mediatorem nie może być rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jego zastępca oraz członek sądu lekarskiego.</p>

*opracowanie własne

Po trzecie, uważam, że izba lekarska, jako miejsce prowadzenia mediacji między lekarzem a pacjentem może być odbierana przez pacjenta jako miejsce niezapewniające neutralności.⁵⁶⁴ W świetle § 13 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w sprawie mediacji w sprawach karnych co do zasady postępowania mediacyjnego nie przeprowadza się w budynkach organów uprawnionych do skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. Izba lekarska z pewnością znajduje się w obrębie budynku organów kierujących do postępowania mediacyjnego – rzecznika i sądu lekarskiego. Przeważnie, w budynku izby lekarskiej znajdują się także biura okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, okręgowych sądów lekarskich. Pozwala to na usprawnienie organizacji pracy. W mojej ocenie, w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich uzasadnione byłoby dokonanie zmiany w taki sposób, aby przepis art. 113 ust. 4 u.i.l. dawał możliwość prowadzenia postępowania mediacyjnego poza siedzibą izby lekarskiej. Mediacja w sytuacji, kiedy

⁵⁶⁴ Por. M. Rajca, E. Nowosielska, *Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, „Medyczna Wokanda” 2011. nr 3, s. 147.

zarówno pokrzywdzonym, jak i obwinionym jest lekarz, mogłaby odbywać się w izbie lekarskiej, co w mojej ocenie nie naruszałoby zasady neutralności.

Dla zwiększenia czytelności, proponowana przeze mnie zmiana została przedstawiona poniżej:

Tabela 46 Propozycja zmiany art. 113 ust. 4 u.i.l.

Obecna treść art. 113 ust. 4 u.i.l.	Proponowana zmiana:
<p>Art. 113 ust. 4 u.i.l. Postępowanie mediacyjne jest prowadzone we właściwej terenowo izbie lekarskiej. Jeżeli zachodzą okoliczności określone w art. 40-42 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego w stosunku do mediatora lub jeżeli pokrzywdzony lub obwiniony wnioskuje o wyznaczenie innego mediatora, postępowanie jest prowadzone w izbie lekarskiej wskazanej przez organ kierujący sprawę do postępowania mediacyjnego</p>	<p>Art. 113 ust. 4 u.i.l. Postępowanie mediacyjne jest prowadzone we właściwej terenowo izbie lekarskiej. Jeżeli zachodzą okoliczności określone w art. 40-42 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego w stosunku do mediatora lub jeżeli pokrzywdzony lub obwiniony wnioskuje o wyznaczenie innego mediatora, postępowanie jest prowadzone w izbie lekarskiej wskazanej przez organ kierujący sprawę do postępowania mediacyjnego.</p> <p>Na wniosek strony postępowanie mediacyjne odbywa się poza siedzibą okręgowej izby lekarskiej.</p>

*opracowanie własne

Po czwarte, w mojej ocenie korzystna dla precyzji i interpretacji byłaby zmiana konstrukcji art. 113 ust. 1 u.i.l. W przepisie tym wskazano, że: „Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym”.

Taka konstrukcja może wprowadzać w błąd. Z początkowej treści przepisu wynika, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może z **inicjatywy lub za zgodą stron** skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym. Stronami postępowania wyjaśniającego są: pokrzywdzony, lekarz którego dotyczy postępowanie i obwiniony. Tak więc z treści przepisu wynika, że skoro z inicjatywą skierowania sprawy do mediacji mogą wystąpić

strony, to do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do mediacji uprawniony jest także lekarz, którego dotyczy postępowanie. Dopiero z drugiej części komentowanego przepisu wynika, że do mediacji można skierować tylko pokrzywdzonego i obwinionego. Na powyższe wątpliwości uwagę zwrócili rzecznicy odpowiedzialności zawodowej. Dlatego też warto byłoby rozważyć zmianę konstrukcji tego przepisu w sposób niebudzący wątpliwości interpretacyjnych.

Dla zwiększenia czytelności, proponowana przeze mnie zmiana została przedstawiona poniżej:

Tabela 47 Propozycja zmiany art. 113 ust. 1 u.i.l.

Obecna treść art. 113 ust. 1 u.i.l.	Proponowana zmiana:
<p>Art. 113 ust. 1 u.i.l. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym.</p>	<p>Art. 113 ust. 1 u.i.l. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może z inicjatywy lub za zgodą obwinionego i pokrzywdzonego skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym.</p>

*opracowanie własne

4. Proponowane zmiany w zakresie obowiązujących przepisów regulaminu wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej, które mogłyby przyczynić się do rozwoju postępowania mediacyjnego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Omawiając proponowane przeze mnie zmiany w zakresie obowiązujących przepisów regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej* odwołam się ponownie do konferencji Mediacja w Medycynie, zorganizowanej przez Naczelną Radę Lekarską oraz Naczelną Radę Adwokacką w dniach 21, 22 stycznia 2020 r. w Krakowie. Zarówno lekarze, jak i adwokaci byli zgodni co do tego, że „Mediacja w medycynie jest potrzebna, ale wykorzystywana zdecydowanie za rzadko.”⁵⁶⁵ Wśród największych zalet mediacji wskazano: niższe koszty postępowania, możliwość szybszego zakończenia sporu. Dodałabym do tego podniesienie komfortu psychicznego i mniej stresujący przebieg postępowania

⁵⁶⁵ <https://gazetalekarska.pl/?p=52793>, <https://gazetalekarska.pl/?p=52769>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

mediacyjnego niż sądowego, dla biorących w nim udział stron. Na Konferencji wspólnie wskazano także, na potrzebę szerszej edukacji w zakresie mediacji i to zarówno w środowisku lekarskim, jak i prawniczym, a także wśród pacjentów. Faktycznie, prowadzone przeze mnie badania aktowe wykazały, że brak pełnej i wyczerpującej wiedzy o mediacji, jako alternatywnej metodzie rozwiązywania sporów, jest jedną z przyczyn jej minimalnego wykorzystywania w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Uważam jednak, że sam system dodatkowej edukacji opartej na szkoleniach (kwestie te omówię w dalszej części pracy) to niestety za mało. Samo wyposażenie w wiedzę i informacje, nie przyczyni się do znacznego wzrostu liczby spraw w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów kierowanych do mediacji. Rzecznicy mają wiele wątpliwości związanych z postępowaniem mediacyjnym i często sygnalizowali, że są to wątpliwości związane nie tyle z przekonaniem co do wielu walorów tej formy rozwiązywania sporów ale brak jednolitej interpretacji i informacji związanej z kwestiami natury proceduralnej. Jednym ze spostrzeżeń z przeprowadzonych badań aktowych jest też brak jednolitości i precyzyjności w prowadzeniu dokumentacji analizowanych spraw, skierowanych do postępowania mediacyjnego.

Dlatego też uważam, że idealnym wręcz miejscem na zamieszczenie kilku wiążących przepisów, bądź wyraźnego odesłania do wiążących wytycznych będzie regulamin *wewnętrzny urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*. Obecnie obowiązujący regulamin szczegółowo odnosi się do problematyki postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów, natomiast całkowicie pomija mediacje. Nie ma w nim ani jednego przepisu odnoszącego się do postępowania mediacyjnego. Zmiany, a właściwie uzupełnienie regulaminu, oparłabym o pięć zasadniczych filarów: informowanie o mediacji, sprawozdanie z mediacji, ugoda zawarta przed mediatorom a dalszy bieg postępowania, konflikty między lekarzami, charakter sprawy kierowanej do postępowania mediacyjnego.

Po pierwsze, uważam, że do regulaminu powinien zostać dodany przepis, z którego wynika, że: rzecznik odpowiedzialności zawodowej po wszczęciu postępowania w sprawie i wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów, poucza strony postępowania o możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym, jednocześnie informując je o celach i zasadach postępowania mediacyjnego, w tym o możliwości cofnięcia zgody na mediację, aż

do zakończenia postępowania mediacyjnego oraz o treści art. 178a k.p.k. W aktach sprawy należałoby odnotować w formie pisemnej spełnienie tego obowiązku. Taki przepis przypominałby o konieczności poinformowania stron o możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. Równocześnie, w aktach każdej sprawy powinna znaleźć się adnotacja dotycząca tego, czy rzecznik wywiązał się z nałożonego obowiązku informacyjnego.

W mojej ocenie, warunkiem rozwoju mediacji w obrębie izb lekarskich jest właśnie rozpowszechnianie jej przez organy prowadzące postępowanie m.in. poprzez udzielanie pełnej informacji na temat tej alternatywnej metody rozwiązywania sporów. Tylko w przypadku pełnej wiedzy stron postępowania, mogą one wyrazić świadomą zgodę na udział w mediacji. Należy w szczególności przywołać podstawowe zasady mediacji, do których należą: dobrowolność, bezstronność, poufność i neutralność, opisać na czym one polegają, przedstawić wpływ mediacji na dalszy tok postępowania. Dobrym rozwiązaniem byłoby przygotowanie ogólnego formularza zgody na mediacje wykorzystywanego we wszystkich 24 okręgowych izbach lekarskich, w którym zostałyby podane podstawowe informacje dotyczące mediacji i które każdorazowo byłby przesyłane przez rzecznika do uczestników postępowania, w razie kierowania pisma z prośbą o wyrażenie zgody na mediację.

Po drugie, rozważyć należy wprowadzenie do regulaminu przepisu, który podkreślałby zasadność kierowania do mediacji spraw dotyczących konfliktów między lekarzami. W przypadku wpływu do rzecznika skargi, z treści której wynika, że pokrzywdzonym jest wyłącznie członek izby lekarskiej rzecznik, po wszczęciu postępowania w sprawie i wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutu, powinien pouczyć strony o możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. Oczywiście aktualne pozostają wszystkie kwestie dotyczące pełnej informacji o istocie i zasadach postępowania mediacyjnego, jednakże ten rodzaj spraw, w mojej ocenie wymagałby odrębnego uwypuklenia i zasługuje na szczególną uwagę rzeczników. Badania aktowe wykazały, że mediacje są szczególnie skuteczne w przypadku konfliktów między lekarzami, w ich przypadku aż w 70 % zakończyły się one ugodą. Cytowany wcześniej dr n. med. Zygfryd Wawrzynek bardzo stanowczo podkreślił, że izby lekarskie zostały stworzone również po to, aby rozwiązywać konflikty korporacyjne, zawodowe (między lekarzami) właśnie wewnątrz samorządu. W skargach składanych przez lekarzy, chodziło najczęściej o naruszenie, w ocenie skarżących, art. 52 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym, lekarz powinien zachować

szczególnością ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób, a także art. 52 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. W mojej ocenie sprawy dotyczące konfliktów między lekarzami mają charakter, który szczególnie uzasadnia słuszność kierowania ich do postępowania mediacyjnego. Często źródłem konfliktu jest brak prawidłowej komunikacji, słowa wypowiedziane przez lekarza pod wpływem stresu, emocji. W takich sprawach stworzenie przez mediatora płaszczyzny pozwalającej stronom na polubowne rozwiązanie sporu, oparte na dyskusji, rozmowie, wysłuchaniu pozwoli na szybsze zakończenie sprawy, satysfakcjonujące obie strony. Warto zauważyć, że w tego rodzaju sprawach, lekarze po zakończeniu postępowania przeważnie będą dalej razem współpracować w ramach jednego szpitala, często nawet jednego oddziału. Ugodowe zakończenie sprawy, oparte na porozumieniu wypracowanym przez same strony pozwala na zachowanie lepszych relacji w przyszłości. Jest to szczególnie istotne, ponieważ wykonywanie zawodu lekarza często wiąże się z działaniami zespołowymi, koniecznością współpracy z personelem medycznym przy leczeniu konkretnego pacjenta. Właściwa komunikacja i brak konfliktów w zespole ma realne przełożenie na jakość leczenia pacjentów, a także ich komfort. Kierowanie tego rodzaju spraw do mediacji wydaje się uzasadnione również ekonomią postępowania. Bardzo często sprawy te dotyczą potyczek słownych, a nie kwestii merytorycznych, związanych z wykonywaniem zawodu lekarza dla których istotne może być posiadanie wiedzy specjalistycznej. Dlatego też w mojej ocenie angażowanie sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej w takich sprawach wydaje się nieekonomiczne i nieuzasadnione. Sprawy te mogłyby być kierowane do mediacji, co pozwoliłoby na zaoszczędzenie czasu organów prowadzących postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej.

Rozwiązanie takie znalazło już zastosowanie w konfliktach między członkami adwokatury. Nie dysponuję wprawdzie danymi statystycznymi w tej materii, jednakże w ramach współpracy i kontaktów roboczych z przedstawicielami zawodu adwokata, ustaliłam, że ta forma rozwiązywania sporów w tej grupie zawodowej jest wykorzystywana. Proponując powyższe zmiany, oparłam się na uchwale Nr 50/2018 Naczelnej Rady Adwokackiej z dnia 24 listopada 2018 r. *Regulamin działania rzeczników dyscyplinarnych i zastępców rzeczników dyscyplinarnych oraz trybu*

*i sposobu ich wyboru.*⁵⁶⁶ W § 26 wskazano, że w przypadku wpływu do rzecznika skargi, z treści której wynika, że pokrzywdzonym jest wyłącznie członek adwokatury rzecznik dyscyplinarny, po wszczęciu postępowania w sprawie i wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutu, poucza strony postępowania o możliwości skierowania sprawy do instytucji lub osoby do tego uprawnionej, w celu przeprowadzenia postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym, jednocześnie informując o celach i zasadach postępowania mediacyjnego. W aktach dochodzenia dyscyplinarnego należy odnotować w formie pisemnej spełnienie obowiązku, o którym mowa powyżej.

W mojej ocenie analogiczna regulacja powinna znaleźć się w regulaminie urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej izb lekarskich.

Po trzecie, jeżeli strony już wyrażą zgodę na skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego to w regulaminie powinien znaleźć się przepis odwołujący się wprost do § 8 rozporządzenia *Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w sprawie mediacji w sprawach karnych*, zgodnie z którym właściwą formą skierowania sprawy mediacji jest postanowienie wydane w toku postępowania przez upoważniony do tego organ.

Jak wykazały badania aktowe, aż w 88% spraw, które trafiły do mediacji, zostało wydane postanowienie, trzeba jednak wskazać, że nie zawsze zawierało ono wszystkie wymienione w § 8 powyżej wskazanego rozporządzenia elementy. Postanowienie o skierowaniu sprawy do mediacji w ramach izb lekarskich powinno zawierać następujące elementy: imię i nazwisko lekarza – mediatora w danej izbie lekarskiej (w mojej ocenie także numer prawa wykonywania zawodu), imię i nazwisko obwinionego lekarza, imię i nazwisko pokrzywdzonego, przewinienie zawodowe zarzucane obwinionemu z podaniem jego kwalifikacji prawnej, określenie warunków udostępnienia akt sprawy mediatorowi, termin zakończenia postępowania mediacyjnego, który mediator powinien wziąć pod uwagę planując przebieg mediacji, Są to informacje bardzo istotne z praktycznego punktu widzenia, niezbędne dla mediatora. To właśnie w postanowieniu organ kierujący sprawę do postępowania mediacyjnego określa zakres i sposób dostępu mediatora do akt sprawy. Jeśli takie postanowienie nie zostało wydane i nie zawiera wszystkich wskazanych wyżej

⁵⁶⁶ Uchwała Nr 50/2018 Naczelnej Rady Adwokackiej z dnia 24 listopada 2018 r. *Regulamin działania rzeczników dyscyplinarnych i zastępców rzeczników dyscyplinarnych oraz trybu i sposobu ich wyboru*, <https://sip.lex.pl/#/act/287239614>.

elementów, mediator niewiele wie o istocie sporu, nie ma wiedzy w zakresie tego, czy i w jakim zakresie przysługuje mu wgląd w akta. W mojej ocenie takie jasne wprowadzenie szczegółowych przepisów w regulaminie co do konieczności wydania postanowienia a jeszcze bardziej co do jego treści i zawartości znacznie skróci cały proces mediacji i pozwoli mediatorowi na niezwłoczne podjęcie dalszych czynności.

Po czwarte, w regulaminie należałoby wprost odnieść się do przepisu art. 113 ust. 5 u.i.l., zgodnie z którym mediator sporządza po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego sprawozdanie, które dołącza się do akt sprawy. Należałoby wymienić w regulaminie z jakich elementów takie sprawozdanie powinno się składać. Bardzo wyraźnie brak tego elementu pokazały badania aktowe - sprawozdanie zostało sporządzone tylko w 7% spraw. Jeżeli w toku postępowania mediacyjnego doszłoby do zawarcia ugody, dołącza się ją do sprawozdania. Zgodnie z § 16 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie mediacji w sprawach karnych*, sprawozdanie powinno obejmować: sygnaturę sprawy, imię i nazwisko mediatora, informację o wynikach postępowania mediacyjnego, podpis mediatora. Sprawozdanie przekazywane jest organowi, który skierował sprawę do postępowania mediacyjnego.

Po piąte, uważam także za zasadne wprowadzenie do regulaminu urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej przepisu, który wskazywałby, że: Rzecznik odpowiedzialności zawodowej kierując do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie, w przypadku pojednania się obwinionego lekarza z pokrzywdzonym w drodze mediacji, występuje z wnioskiem o umorzenie postępowania na podstawie art. 82 ust. 3 u.i.l. W mojej ocenie wprowadzenie powyższej regulacji pozwoliłoby na rozwianie wątpliwości rzeczników w zakresie dalszego postępowania, w przypadku, kiedy w toku postępowania wyjaśniającego doszło między stronami do zawarcia ugody. Rzecznik, który wcześniej zdecydował się na skierowanie stron do postępowania mediacyjnego, w przypadku, kiedy doszłoby do zawarcia ugody, kierowałby do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie (w końcu doszło do popełnienia przewinienia zawodowego przez lekarza), a jednocześnie występowałby z wnioskiem o umorzenie postępowania ze względu na ugodę zawartą podczas mediacji. Pomiędzy zawarciem ugody a rozprawą przed sądem lekarskim, obwiniony miałby czas na naprawienie szkody lub zadośćuczynienie krzywdzie – należy bowiem pamiętać, że postępowanie mogłoby zostać umorzone przez sąd lekarski w przypadku zrealizowania postanowień wynikających z ugody.

Po szóste, uważam za zasadne wprowadzenie do regulaminu przepisu, który wymieniałby przesłanki uzasadniające wydanie przez rzecznika postanowienia o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego. Zaznaczyć należy, że w postępowaniu karnym nie został określony katalog spraw, które mogłyby zostać skierowane do mediacji, nie zostały także określone przez ustawodawcę kryteria pozwalające na podjęcie decyzji organu prowadzącego postępowania w zakresie skierowania sprawy do mediacji.

W tym zakresie warto odnieść się do wytycznych wskazanych w pkt 46 Preambuły dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2012/29/UE z dnia 25 października 2012 r. *ustanawiającej normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw oraz zastępującej decyzję ramową Rady 2001/220/WSiSW*.

Z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a więc odpowiedzialności, która związana jest z wykonywaniem zawodu szczególnie istotne znaczenie w mojej ocenie mają następujące kryteria: charakter i waga przewinienia zawodowego, zakres zaistniałych urazów, nierównowaga sił oraz wiek, dojrzałość lub potencjał intelektualny pokrzywdzonego, mogące ograniczyć lub zmniejszyć zdolność pokrzywdzonego do podejmowania świadomych wyborów lub przeszkodzić w uzyskaniu przez pokrzywdzonego pozytywnych rezultatów.⁵⁶⁷

Uważam, że do katalogu takich spraw - oczywiście otwartego - zaliczyć należałoby m.in. sprawy, w których: wyrządzona szkoda jest odwracalna, a więc w szczególności w sprawach stomatologicznych, kiedy to naprawienie szkody w krótkim czasie, w większości sytuacji jest możliwe, przedmiotem skargi było niestosowne zachowanie się lekarza wobec pacjenta, konflikt dotyczy lekarzy. Ważne jest, aby rzecznik wydając decyzję o skierowaniu sprawy do mediacji, uwzględniał cechy pokrzywdzonego, w szczególności jego dojrzałość lub potencjał intelektualny. Każdorazowo należy również ocenić, czy mediacja w danej sprawie leży w interesie

⁵⁶⁷Zob. pkt 46 preambuły rozporządzenia Podejmując decyzję, czy dana sprawa będzie przedmiotem usług w zakresie sprawiedliwości naprawczej, oraz przeprowadzając taką czynność, należy uwzględnić takie czynniki jak: charakter i wagę przestępstwa, zakres zaistniałych urazów, powtarzające się naruszenia fizycznej, seksualnej lub psychologicznej integralności ofiary, nierównowaga sił oraz wiek, dojrzałość lub potencjał intelektualny ofiary, mogące ograniczyć lub zmniejszyć zdolność ofiary do podejmowania świadomych wyborów lub przeszkodzić w uzyskaniu przez ofiarę pozytywnych rezultatów. Usługi w zakresie sprawiedliwości naprawczej powinny być zasadniczo poufne, chyba że strony uzgodnią inaczej lub wymaga tego prawo krajowe ze względu na nadrzędny interes publiczny. Czynniki, takie jak groźby lub wszelkie inne formy przemocy zaistniałe podczas takiego postępowania, można uznać za wymagające ujawnienia w interesie publicznym.

pokrzywdzonego – na taki postulat zwraca się uwagę w art. 12 ust. 1 a dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2012/29/UE z dnia 25 października 2012 r. *ustanawiającej normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw oraz zastępującej decyzję ramową Rady 2001/220/WSiSW*. W każdej sprawie trzeba także ocenić postawę obwinionego, a także ustalić, czy obwiniony nie był uprzednio karany za podobne przewinienia zawodowe.

Przeprowadzone przeze mnie badania aktowe na terenie izb lekarskich obejmowały wszystkie sprawy skierowane do postępowania mediacyjnego na etapie postępowania przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, co pozwoliło mi na sformułowanie propozycji zmian w regulaminie *wewnętrzznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*, opartych na praktyce i dotychczasowych doświadczeniach. W badanym okresie do postępowania mediacyjnego na etapie postępowania przed sądami lekarskimi skierowane zostały 22 sprawy. Uważam, że do regulaminu *wewnętrzznego urzędowania sądów lekarskich* również powinny zostać dodane przepisy odnoszące się do problematyki postępowania mediacyjnego, analogiczne do proponowanych zmian w regulaminie *wewnętrzznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej* w szczególności, w zakresie: informowania stron o możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego, elementów z których powinno składać się postanowienie o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego, elementów z których powinno składać się sprawozdanie z postępowania mediacyjnego. W mojej ocenie należałoby także dodać do regulaminu przepis w którym zostałyby wskazane, że przewodniczący sądu lekarskiego, zaraz po otrzymaniu wniosku o ukaranie, zgodnie z treścią art. 339 § 4 k.p.k., stosowanym na mocy art. 112 u.i.l. odpowiednio w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, powinien każdorazowo rozważyć, czy zachodzi możliwość przekazania sprawy do postępowania mediacyjnego. Jeśli tak, powinien wydać zarządzenie o skierowaniu sprawy na posiedzenie. Strony, obrońcy i pełnomocnicy mają prawo wzięcia udziału w posiedzeniu. Z przeprowadzonych na terenie izb lekarskich badań aktowych (otrzymałam zgodę na zbadanie 10 spośród 22 spraw skierowanych w latach 2010-2018 przez sądy lekarskie do postępowania mediacyjnego) oraz rozmów z członkami sądów lekarskich wynika, że przewodniczący sądów lekarskich nie korzystają z możliwości, które daje ten przepis i nie kierują spraw na posiedzenie, jeśli zachodzi możliwość skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. Jeśli chodzi o możliwość skierowania sprawy na posiedzenie, w § 11 ust. 2 regulaminu *wewnętrznego*

urzędowania sądów lekarskich zostały przewidziane jedynie trzy sytuacje: istnienie podstaw do umorzenia postępowania, jego zawieszenia bądź wydania postanowienia o niewłaściwości sądu. Nie ma tu mowy o skierowaniu sprawy na posiedzenie w celu rozważenia przystąpienia do mediacji.

Reasumując rozważania w powyższym zakresie, nie mam żadnych wątpliwości, co do potrzeby sformalizowanej formy przybliżenia instytucji mediacji, co stanowiłoby odpowiedź postulaty samego środowiska medycznego. Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, członkowie sądów lekarskich podczas spotkań, konferencji i warsztatów wskazywali wielokrotnie, że nie decydują się zbyt często na kierowanie spraw do postępowania mediacyjnego, ponieważ wiąże się z tym dużo niejasności i wątpliwości. Dlatego wprowadzenie do regulaminów powyższych zmian, uważam za w pełni zasadne.

5. Podsumowanie

Powyższe rozważania i propozycje wprowadzenia zmian do przepisów zarówno ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* jak i regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej* i regulaminu *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*, w mojej ocenie, przyczyniłyby się do szerszego stosowania instytucji mediacji w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków.

Niezależnie od propozycji zmian legislacyjnych ogromny potencjał w rozpowszechnianiu mediacji jako alternatywnej metody rozwiązywania sporów, dostrzegam również w zaplanowanym i kompleksowym programie szkoleń dedykowanych dla mediatorów i rzeczników odpowiedzialności zawodowej wszystkich 24 izb lekarskich.

Cykl takich szkoleń zostałby przeprowadzony w oparciu o podstawę programową przygotowaną zgodnie ze zgłoszoną przez rzeczników izb lekarskich problematyką. Okazuje się bowiem, że część mediatorów izb lekarskich nie spotkała się wcześniej z instytucją mediacji. Szkolenie takie mogłoby obejmować w szczególności: procedurę mediacji (przebieg postępowania mediacyjnego, zasady mediacji, rolę mediatora), prawne i organizacyjne aspekty postępowania mediacyjnego (podstawy prawne mediacji, prowadzenie dokumentacji, sporządzenie sprawozdania, konstrukcję ugody, wpływ ugody na tok postępowania, kwestie praktyczne związane z organizacją

postępowania mediacyjnego). Wprowadzenie takich szkoleń w mojej ocenie przyczyniłoby się w większym stopniu do popularyzowania mediacji w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Szkolenia objęłyby kompleksowo problematykę mediacji w postępowaniu z naciskiem na jej skuteczność i płynące dla stron korzyści, oparłyby się o dane liczbowe a także prezentację konkretnych spraw i zapadłych rozstrzygnięć.

Oprócz cyklu systematycznych szkoleń, w celu zwiększenia zastosowania mediacji jako formy rozwiązywania sporów w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, duże znaczenie przypisywałabym konferencjom i spotkaniom naukowym. Jako przykład, wskazać należy konferencję Mediacja w Medycynie, zorganizowaną przez Naczelną Radę Lekarską we współpracy z Naczelną Radą Adwokacką, w której miałam przyjemność uczestniczyć jako współorganizator oraz prelegent. Było to pierwsze w historii wydarzenie, w którym wspólnie uczestniczyli przedstawiciele dwóch zawodów zaufania publicznego - Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzej Matyja, Prezes Naczelnej Rady Adwokackiej adw. Jacek Treła oraz Prezes Centrum Mediacji przy Naczelnej Radzie Adwokackiej adw. dr Agnieszka Zemke-Górecka, poświęcone tylko i wyłącznie tematyce mediacji w medycynie, w tym mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Prelegentami podczas konferencji byli lekarze i prawnicy, którzy przedstawili swoje doświadczenia, spostrzeżenia dotyczące mediacji.

Rozpowszechnienie instytucji mediacji, jako pozasądowej formy rozwiązywania sporów, która w mojej opinii w wielu sprawach zabezpiecza interesy pacjenta, wyszłoby również naprzeciw oczekiwaniom samych lekarzy. Wielokrotnie słyszałam, że „miejsce lekarza jest przy pacjencie, na sali operacyjnej”. Sytuacje związane z postępowaniami w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, są bardzo stresujące również dla lekarzy, a mediacja umożliwia zakończenie sporu w krótkim terminie i minimalizuje stres. Nie bez znaczenia jest też fakt, iż mediacja ze względu na obowiązującą w postępowaniu mediacyjnym zasadę poufności, która gwarantuje zachowanie w tajemnicy przedmiotu mediacji i stanowisk stron, „pozwala w przypadku lekarza na ograniczenie obawy utraty reputacji, dzięki czemu swobodniej może on wypowiedzieć się co do istoty sprawy, problemu, jaki powstał, ma możliwość wyjaśnienia pacjentowi sytuacji, jaka nastąpiła,

rozwiązania pojawiających się wątpliwości. Może też dowiedzieć się jakich cierpień doznał pacjent, jakie ma na to spojrzenie, okazać skruchę i współczucie.”⁵⁶⁸

⁵⁶⁸ K.J. Luty, *Zasady mediacji w oparciu o ustawę o izbach lekarskich* [w:] *Studia Iuridica Lublinensia*, <http://studiaiuridica.umcs.pl>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.

Zakończenie

Lekarze i lekarze dentyści, jako osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. Jak zauważyła E. Zielińska, zawód lekarza wyróżnia się na tle innych zawodów tym, że lekarzowi człowiek powierza najważniejsze, najbardziej osobiste dobra jakimi są życie i zdrowie.⁵⁶⁹Lekarze ze względu na bardzo szeroki wachlarz uprawnień podlegają odpowiedzialności cywilnej, karnej, dyscyplinarnej i zawodowej. Mediacja, jako alternatywna metoda rozwiązywania sporów została wprowadzona do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów w drodze ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*. Należy zauważyć, że na gruncie poprzednio obowiązujących przepisów odnoszących się do odpowiedzialności ponoszonej w ramach lekarskiego samorządu zawodowego, ustawodawca nie przewidział możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy prowadzone przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej składa się z etapu czynności sprawdzających i etapu postępowania wyjaśniającego. Ustawodawca dopuszcza możliwość skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego między obwinionym a pokrzywdzonym, tak więc najwcześniej rzecznik może wydać postanowienie o skierowaniu sprawy do mediacji na etapie postępowania wyjaśniającego, kiedy powyżej wskazane strony postępowania zostaną wyodrębnione. Skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego możliwe jest także na etapie postępowania przed sądem lekarskim – zarówno pierwszej instancji, a więc okręgowym sądem lekarskim, jak i drugiej instancji, a więc Naczelnym Sądem Lekarskim.

Mediacja, będąca zorganizowanym, poufnym postępowaniem, do którego strony przystępują dobrowolnie z udziałem bezstronnego i neutralnego mediatora, pozwala na osiągnięcie akceptowalnego przez obie strony rozwiązania konfliktu – takiego, które nie byłoby możliwe w toku postępowania przed sądem lekarskim. Mediacja umożliwia nie tylko rozwiązanie konfliktu, ale także pozwala na poprawę relacji uczestników postępowania, zmianę sposobu myślenia o konflikcie, zaistniałej sytuacji, co może mieć niezwykle istotne znaczenie. Warto dokonać rozróżnienia na dwie kategorie spraw, które mogą stanowić przedmiot postępowania przed organami izb lekarskich – konflikty

⁵⁶⁹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 27.

między lekarzami i innymi pracownikami służby zdrowia oraz sprawy w których pokrzywdzonym jest pacjent a obwinionym lekarz. W mojej ocenie, mediacja jako alternatywna metoda rozwiązywania sporów może mieć szczególne znaczenie w pierwszym przypadku – konfliktów między lekarzami bądź innymi pracownikami służby zdrowia. Należy w tym miejscu podkreślić, że bardzo często lekarze będący w konflikcie, po zakończeniu postępowania nadal współpracują ze sobą w ramach tego samego podmiotu leczniczego. Ugodowe zakończenie sprawy, oparte na porozumieniu wypracowanym przez same strony pozwala na zachowanie lepszych relacji w przyszłości. Jest to szczególnie istotne, ponieważ wykonywanie zawodu lekarza często wiąże się z działaniami zespołowymi, koniecznością współpracy z personelem medycznym przy leczeniu pacjenta. Właściwa komunikacja i brak konfliktów w zespole ma realne przełożenie na jakość leczenia pacjentów, a także ich komfort. Kierowanie tego rodzaju spraw do mediacji wydaje się uzasadnione również ekonomią postępowania. Bardzo często sprawy te dotyczą potyczek słownych, a nie kwestii merytorycznych, związanych z wykonywaniem zawodu lekarza dla których istotne może być posiadanie wiedzy specjalistycznej. Badania aktowe wykazały, że mediacje są szczególnie skuteczne w przypadku konfliktów między lekarzami – aż w 70 % kończyły się one zawarciem ugody. Warto przywołać słowa mediatora Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, dr n. med. Zygryda Wawrzynka, który podkreślił, że izby lekarskie zostały stworzone również po to, aby rozwiązywać konflikty korporacyjne, zawodowe (między lekarzami) właśnie wewnątrz samorządu. Podczas mediacji lekarz ma możliwość wysłuchania punktu widzenia pacjenta, rozmowy z nim, zrozumienia co tak naprawdę się wydarzyło.

Postępowanie mediacyjne wyróżnia się tym, że uczestnicy „są właścicielami” ich sprawy w dużym zakresie. W przypadku mediacji zarówno pokrzywdzony, jak i obwiniony mają prawo zdecydować, czy chcą uczestniczyć w tym postępowaniu, czy nie. Również strony postępowania decydują o sposobie zakończenia sporu. Pokrzywdzony, dzięki mediacji otrzymuje jeszcze jedną szansę skutecznej ochrony jego dobra prawnego i niezwłocznego naprawienia szkody w wyniku zawartej przed mediatorem izby lekarskiej ugody. Dzięki mediacji pokrzywdzony, ma szansę na rozmowę z lekarzem, wysłuchanie, przekazanie swoich spostrzeżeń związanych z zaistniałą sytuacją, prowadzonym leczeniem.

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań aktowych pokrywają się z postawioną hipotezą badawczą – mediacja w postępowaniu w przedmiocie

odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest instytucją stosowaną w minimalnym zakresie. Jest pozasadową formą rozwiązywania sporów niewykorzystywaną w ramach prowadzonych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Powtórzyć należy, że w latach 2010 – 2018 okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej skierowali do postępowania mediacyjnego 77 spraw, natomiast sądy lekarskie 22 sprawy. Mimo tak niewielkiego wykorzystania mediacji w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w 70% spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego doszło do zawarcia ugody. Tak więc wyniki przeprowadzonych badań wskazują jednoznacznie, że jeśli stworzy się stronom postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów właściwe pole do mediacji, wyczerpująco przedstawi pełną informację dotyczącą jej trybu i zasad, to z reguły mediacje kończą się zawarciem ugody.

Podsumowując wszystkie przedstawione przeze mnie w niniejszej rozprawie aspekty mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów oraz moje głębokie przekonanie o konieczności spopularyzowania i upowszechnienia tej metody rozwiązywania sporów dla dobra zarówno pacjentów jak i lekarzy, dla dobra misji jaką sprawuje lekarz, mam nadzieję, że zaproponowane w rozdziale IV pracy rozważania i propozycje wprowadzenia zmian do przepisów zarówno ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, jak i regulaminu *wewnętrzznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*, pozwolą na szersze stosowanie instytucji mediacji w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów.

Wśród proponowanych zmian w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, należy wskazać w szczególności możliwość umorzenia postępowania przez sąd lekarski, w sytuacji, jeżeli obwiniony lekarz pojednał się z pokrzywdzonym w drodze mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie. Uzależnienie umorzenia postępowania przez sąd lekarski od naprawienia szkody lub zadośćuczynienia wyrządzonej krzywdzie, stanowi istotną gwarancję dla pokrzywdzonego. Należy bowiem pamiętać, że sądy lekarskie nie posiadają uprawnień do nadania klauzuli wykonalności ugodzie zawartej w postępowaniu mediacyjnym. Wprowadzona regulacja kładłaby nacisk na ideę sprawiedliwości naprawczej, koncentrującej się na zaspokojeniu interesów pokrzywdzonego. Zgadzam się z oceną S. Waltosia i P. Hofmańskiego, że dzięki umorzeniu restytucyjnemu, pokrzywdzony

otrzymuje „jeszcze jedną szansę skutecznej ochrony jego dobra prawnego”.⁵⁷⁰

W mojej ocenie, należy także wprowadzić możliwość prowadzenia postępowania mediacyjnego przez mediatora niebędącego lekarzem. Funkcja mediatora izby lekarskiej powinna być pełniona zarówno przez lekarza, który prowadziłyby mediację w konfliktach między lekarzami oraz przez osobę niebędącą lekarzem, co pozwoliłoby w pełni na zachowanie zasady bezstronności i neutralności mediacji.

W celu pełnej realizacji powyższych zasad – bezstronności i neutralności – uważam także za konieczne wprowadzenie przepisu, który umożliwiłby prowadzenie postępowania mediacyjnego poza siedzibą okręgowej izby lekarskiej.

W celu upowszechnienia postępowania mediacyjnego w izbach lekarskich uważam za konieczne wprowadzenie zmian do regulaminu *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej* obejmujących regulacje prawne w zakresie m.in.: obowiązku informowania przez rzecznika, po wszczęciu postępowania wyjaśniającego i wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów, o celach i zasadach postępowania mediacyjnego oraz o treści art. 178a k.p.k. W aktach każdej sprawy powinna znaleźć się adnotacja, czy rzecznik wywiązał się z nałożonego obowiązku i poinformował obwinionego i pokrzywdzonego o możliwości skierowania sprawy do postępowania mediacyjnego. W regulaminie powinien znaleźć się także przepis określający z jakich elementów składa się postanowienie o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego oraz sprawozdanie z przeprowadzonej mediacji. Elementy te odpowiadałyby przepisom wynikającym z rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w *sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych*. W regulaminie powinny w mojej ocenie znaleźć się także przesłanki uzasadniające skierowanie przez rzecznika danej sprawy do postępowania mediacyjnego. W tej materii, w zakresie proponowanych zmian odniosłam się do wytycznych wskazanych w pkt 46 Preambuły dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2012/29/UE z dnia 25 października 2012 r. *ustanawiającej normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw oraz zastępującej decyzję ramową Rady 2001/220/WSiSW*.

Jako uzupełnienie do proponowanych zmian w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, uzasadnione w mojej ocenie byłoby wprowadzenie w regulaminie przepisu, który przewidywałby, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej, kierując do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie, w przypadku pojednania się obwinionego lekarza

570 S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016. S. 294-295.

z pokrzywdzonym w drodze mediacji, występuje z wnioskiem o umorzenie postępowania.

Analizując przepisy dotyczące mediacji w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów, przeprowadzając na terenie izb lekarskich badania aktowe, prowadząc rozmowy z rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, członkami sądów lekarskich, mediatorami izb lekarskich, doszłam do przekonania, że bardzo ciekawa i ważna instytucja mediacji, wywołująca cały czas dyskusje w doktrynie, może wiązać się z licznymi korzyściami zarówno dla pokrzywdzonych pacjentów, jak i obwinionych lekarzy. Mimo że obecnie mediacja jest wykorzystywana w postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów w stopniu minimalnym, wierzę, że wprowadzenie stosownych zmian w zakresie obowiązujących regulacji prawnych, pozwoliłoby na docenienie jej zalet i zwiększenie zastosowania w praktyce postępowań przed organami izb lekarskich.

Bibliografia

1. Antczak, J., Hornowski, J., *Jak powstawał nasz samorząd*, [w:] Odrodzony stan lekarski 25-lecie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, Warszawa 2014.
2. Antolak-Szymanski, K., Piaskowska, O. M., *Mediacja w postępowaniu cywilnym. Komentarz*, Warszawa 2017.
3. Berezowski, J., Malinowski, P., Komentarz do art. 113 ustawy o izbach lekarskich, 2013, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
4. Błoński, M., Kurowski, M., *Organy procesowe*, [w:] Meritum postępowanie karne (D. Świecki red.), Warszawa 2019.
5. Bobrowicz, M., *Mediacja. Jestem za*, 2008.
6. Brzeziński, T., *Dawna medycyna i lekarze. Studium kształtowania zawodu* [w:] Historia medycyny (T. Brzeziński red.), Warszawa 2016.
7. Brzeziński, T., *Etyka Lekarska*, Warszawa 2002.
8. Czarnecki, P., *Postępowanie dyscyplinarne wobec osób wykonujących prawnicze zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2013.
9. Daniluk-Jarmoniuk, A., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*, Lublin 2018.
10. Dudka, K., (red.) *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
11. Filar, M., (red.), *Kodeks karny. Komentarz, wyd. V*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
12. Fisher, R., Ury, W., *Dochodząc do TAK*, Warszawa 2016.
13. Gardocka, T. *Oskarżony jako źródło dowodu w postępowaniu karnym*, [w:] Dowody w postępowaniach sądowych (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2018.
14. Gardocka, T., *Legalizm, prawda materialna i inne „fundamentalne” zasady procesu karnego w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego* [w:] Zasada legalizmu (B. Dudzik, J. Kosowski, I. Nowikowski red.), Lublin 2015.
15. Gardocka, T., *Nowe procedury medyczne a prawo* [w:] Medyczne prawo karne (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2016.
16. Gardocka, T., *Stosunki lekarz – pacjent i psycholog – klient. Możliwe analogie* [w:] Aktualne problemy prawne w psychologii i medycynie, Warszawa 2018.

17. Gardocka, T., *Zamęt w wymiarze sprawiedliwości karnej* [w:] *Zamęt w wymiarze sprawiedliwości karnej* (T. Gardocka, D. Jagiełło, P. Herbowski red.) Warszawa 2016.
18. Gardocka, T., *Zasady postępowania dowodowego w polskim procesie karnym*, [w:] *Zagadnienia dowodowe w procesie karnym* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2017.
19. Gardocki, L. *Prawo karne*, Warszawa 2019.
20. Gmurzyńska, E., *Rola prawników w alternatywnych metodach rozwiązywania sporów*, Warszawa 2014.
21. Gmurzyńska, E., *Rodzaje mediacji* [w:] *Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018.
22. Gmurzyńska, E., *Etapy mediacji* [w:] *Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018.
23. Grzegorzcyk, T., (red.), *Polski proces karny i materialne prawo karne w świetle nowelizacji z 2013 roku. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Tylmanowi z okazji Jego 90. Urodzin*. LEX dostęp w dniu 15.06.2020 r.
24. Grzegorzcyk, T., *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Artykuły 1-467. Komentarz*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
25. Gubiński, A., *Komentarz do Kodeksu etyki lekarskiej*, Warszawa 1993.
26. Hamankiewicz, M., *Przyrzeczenie lekarskie jako Preambuła do Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
27. Hoffman, J.F., *Doctrina Perversa czyli nauki doświadczonego praktyka dane synowi, który w stopniu doktora medycyny z zagranicy wraca*, 1822. (książka wydana pod pseudonimem Jakub Eirenophilos Elpenor).
28. Iwaniec, J.M. Glosa do Uchwały Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2003 r., sygn. I KZP 19/03, <https://sip.lex.pl/#/publication/385922696>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
29. Jagiełło, D., *Przesłuchanie dziecka* „Medyczna Wokanda” 2013, nr 5.
30. Jagiełło, D., *Osobowe źródła dowodowe i związane z nimi zakazy dowodowe* [w:] *Zagadnienia dowodowe w procesie karnym* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2017.
31. Jakubiak-Mirończuk, A., *Alternatywne a sądowe rozstrzygnięcie sporów sądowych*, Warszawa 2008.

32. Józwiak, P., *Odpowiednie stosowanie w postępowaniu zawodowym lekarzy przepisów Kodeksu karnego* [w:] *Medyczne prawo karne* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2016.
33. Józwiak, P., *Zbieg różnego rodzaju sankcji represyjnych orzekanych wobec lekarza za udział w praktykach dopingowych* [w:] *Problemy prawne na styku sportu i medycyny* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2015.
34. Kordasiewicz, S., *Historyczna i międzynarodowa perspektywa mediacji* [w:] *Mediacje. Teoria i praktyka* (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018.
35. Kowalski, P., *Postępowanie dowodowe w sprawach błędów medycznych* [w:] *Dowody w postępowaniach sądowych* (T. Gardocka, D. Jagiełło red.), Warszawa 2018.
36. Kowalski, P., *Zawieszenie i pozbawienie prawa wykonywania zawodu lekarza przez sądy karne i sądy lekarskie w oparciu o orzeczenia wydane za granicą*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9.
37. Kozik, M., *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy* [w:] *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych* (Marta Figuła red.), Warszawa 2013.
38. Kozioł, T., *Głosa do Uchwały Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2003 r., sygn. I KZP 19/03*, <https://sip.lex.pl/#/publication/385919692>, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
39. Kubiak, R. *Prawo medyczne*, Warszawa 2017.
40. Kumaniecki, K., *Słownik łacińsko-polski*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
41. Kurkowski, J, L. *Medycyna. Bioetyka i polityka*, 2002.
42. Liszewska, A., *Odpowiedzialność karna i zawodowa za błędy medyczne* [w:] *Meritum prawo medyczne* (J. Zajdel red.), Warszawa 2016.
43. Luty, K.J., *Zasady mediacji w oparciu o ustawę o izbach lekarskich* [w:] *Studia Iuridica Lublinensia*, <http://studiaiuridica.umcs.pl>.
44. Łabieniec, P., *O statusie etyki zawodowej i kodeksów etyki zawodowej* [w:] *Etyka prawnicza. Stanowiska i perspektywy*, (H. Izdebski, P. Skuczyński red.), Warszawa 2008.
45. Maśliński, M., Wrona, G. *Opinia biegłego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Dowód konieczny, czy zbyteczny?*, [w:] *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności*

- zawodowej radców prawnych i lekarzy (J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak red.), Poznań 2015.
46. Misztal, P., *Nadzwyczajne środki zaskarżenia. Kasacja*, [w:] Meritum postępowanie karne (D. Świecki red.), Warszawa 2019.
47. Moore, Ch, W., *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*, Warszawa 2016.
48. Morek, R., *ADR – Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach gospodarczych*, Warszawa 2004.
49. Morek, R., *Zasady mediacji* [w:] Mediacje. Teoria i praktyka (E. Gmurzyńska, R. Morek red.), Warszawa 2018.
50. Mucha, D., *Odpowiedzialność dyscyplinarna nauczycieli akademickich, studentów i doktorantów – Zbiór aktów prawnych i orzecznictwa*, Opole 2018.
51. Olejnik, S., *Etyka lekarska*, Katowice 1995.
52. Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dyscyplinarnych 2016 – Zbiór urzędowy istotnych orzeczeń w sprawach dyscyplinarnych adwokatów, notariuszy, prokuratorów, radców prawnych, lekarzy, lekarzy weterynarii, rzeczników patentowych, farmaceutów, pielęgniarek i położnych oraz skarg na przewlekłość postępowania, Biuro Studiów i Analiz Sądu Najwyższego, Warszawa 2017.
53. Osińska, K., *Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa 1990.
54. Potulski, J., Boratyńska, K., Wojtal, W. *Lekarz a postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i karnej*, Warszawa 2010.
55. Rajca, M., Nowosielska, E., *Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, „Medyczna Wokanda” 2011, nr 3.
56. Rejman, G., *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991.
57. Reshef, M., Wrona, G. *Orzekanie o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu przez sądy lekarskie. Część I*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
58. Rużyło, E., *Etyka i medycyna*, 1999.
59. Sadowska, J., *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekana o zdarzeniach medycznych*, Sopot 2015.
60. Serwach, M., *Sytuacja prawna lekarza odpowiedzialnego za wystąpienie zdarzenia medycznego*, „Medycyna Praktyczna” nr 4/2013.
61. Skrzypczak, J., *Lekarz jako strona postępowania dyscyplinarnego*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10.

62. Skrzypczak, J., *Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce* [w:] *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy* (J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak red.), Poznań 2015.
63. Sobczak, J., *Zawody zaufania publicznego. Regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje* [w:] *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy* (J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak red.), Poznań 2015.
64. Stefański, R.A., (red.), Zabłocki S., (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-166*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
65. Szawarski, Z., *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005.
66. Szewczyński, M., Tomaszewska, P., *System IMI*, „Gazeta Lekarska” 2017, nr 3.
67. Szewczyński, M., Tomaszewska, P., *IMI – mechanizm ostrzegania*, „Gazeta Lekarska” 2017, nr 4.
68. Świecki, D. (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
69. Świecki, D., (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020 r.
70. Tomaszewska, P., *Nadużycia seksualne i ich kwalifikacja prawna w praktyce sądów lekarskich*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9.
71. Tomaszewska, P., *Przewinienia zawodowe polskich lekarzy za granicą. Jak powinien reagować samorząd lekarski* [w:] *Prawo i Medycyna. Wybrane zagadnienia* (S. Hoc, D. Mucha red.), Opole 2019.
72. Tomaszewska, P., Wrona, G., *Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dotyczących postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9.
73. Tomaszewska, P., Wrona, G., *Orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach dotyczących postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów w pierwszym kwartale 2018 r.*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10.
74. Tomaszewska, P., Wrona, G., *Prowadzenie leczenia z zakresu chirurgii stomatologicznej przez lekarza – uwagi na tle tez Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 2018 r.*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 11.

75. Tulczyński, A., *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] Etyka i deontologia lekarska (T. Kielanowski red.), Warszawa 1985.
76. Tymiński, R. *SN w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej* [w:] Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami (R. Tymiński red.), Kraków 2018.
77. Urbaniak, M., *Przejęcie do wykonania w RP orzeczeń zagranicznych sądów dyscyplinarnych w sprawach odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 11.
78. Waltoś, S., Hofmański, P., *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016.
79. Waltoś, S., Hofmański, P., *Proces karny. Zarys Systemu*, Warszawa 2018.
80. Waszkiewicz, P., *Zasady mediacji* [w:] Mediacje. Teoria i praktyka (E. Gmurzńska, R. Morek red.), Warszawa 2018.
81. Wołodkiewicz, W., Zabłocka, M., *Prawo rzymskie. Instytucje*, Warszawa 2010.
82. Wrona, G. *Wstęp* [w:] Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w praktyce. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego z komentarzami (R. Tymiński red.), Kraków 2018.
83. Wróbel, W., (red.), Zoll, A., (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Część II. Komentarz do art. 53-116*, LEX, dostęp w dniu 15.06.2020.
84. Wrześniewska-Wal, I., *Mediacje w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Analiza i propozycje zmian w kierunku obligatoryjności*. [w:] Mediacje obligatoryjne (K. Antolak-Szymanski red.), 2017.
85. Wrześniewska-Wal, I., *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018.
86. Wysocki, R., *Praktyczne aspekty stosowania art. 113 ustawy o izbach lekarskich w latach 2010-2013*, „ADR Arbitraż i Mediacja” 2015/2.
87. Zamroczyńska, M., *Odpowiedzialność dyscyplinarna polskiego lekarza za delikty zawodowe popełnione na terytorium Wielkiej Brytanii*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10.
88. Zielińska, E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001.

Orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego

1. Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92.
2. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2007 r., sygn. akt K 41/05.

3. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 r., sygn. akt SK 16/07.
4. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 czerwca 2010 r., sygn. akt P 28/09.
5. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13.
6. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia z dnia 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14.

Orzeczenia Sądu Najwyższego

1. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. akt. SDI 71/15.
2. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. akt SDI 70/15.
3. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 1 marca 2017 r., sygn. akt SDI 1/17.
4. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2017 r., sygn. akt SDI 24/17.
5. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 lipca 2017 r., sygn. akt SDI 31/17.
6. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2017 r., sygn. akt SDI 69/17.
7. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2018 r., sygn. akt SDI 114/17.
8. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2018 r., sygn. akt I KK 2/18.
9. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2003 r., sygn. I KZP 19/03.
10. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2006 r., I KZP 8/06.
11. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 14 września 2017 r., sygn. I KZP 9/17.
12. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 maja 1982 r., sygn. akt IKR 319/81.
13. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2013 r., sygn. akt SDI 26/13.
14. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2015 r., sygn. akt SDI 16/15.
15. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2015 r., sygn. akt SDI 38/15.
16. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2016 r., sygn. akt SDI 30/16.
17. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2016 r., sygn. akt SDI 31/16.
18. Wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2017 r., sygn. akt SDI 83/16.
19. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2017 r., sygn. akt. SDI 2/17.
20. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 2017 r., sygn. akt SDI 46/ 17.
21. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 2018 r., sygn. akt SDI 124/17.
22. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 kwietnia 2018 r., sygn. akt SDI 120/17.
23. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2018 r., sygn. akt SDI 4/18.

24. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2018 r., sygn. akt SDI 12/18.
25. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 2018 r., sygn. akt SDI 26/18.
26. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2018 r., sygn. akt I KK 4/18.
27. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2018 r., sygn. akt I KK 11/18.
28. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2019 r., sygn. akt I KS 1/18.

Akty prawne:

1. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, Dz.U.UE.L.2005.255.22 ze zm.
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/52/WE z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie niektórych aspektów mediacji w sprawach cywilnych i handlowych, Dz.U.UE.L.2008.136.3.
3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2012/29/UE z dnia 25 października 2012 r. ustanawiająca normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw oraz zastępująca decyzję ramową Rady 2001/220/WSiSW, Dz.U.UE.L.2012.315.57.
4. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym ("*rozporządzenie w sprawie IMI*"), Dz.U.UE.L.2013.354.132.
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U.1997.78.483.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, Dz.U.1990.69.406.
7. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 1998 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać instytucje i osoby uprawnione do przeprowadzenia mediacji, zakresu i warunków udostępniania im akt sprawy oraz zasad i trybu sporządzania sprawozdania z przebiegu i wyników postępowania mediacyjnego, Dz.U.1998.111.701.
8. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych, Dz.U.2003.108.1020.

9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie *szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego*, Dz.U.2013.750.
10. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 2015 r. w sprawie *postępowania mediacyjnego w sprawach karnych*, Dz.U.2015.716.
11. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. regulamin *wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury*, Dz.U.2017.1206 t.j. ze zm.
12. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 kwietnia 2016 r. w sprawie *określenia wzoru pouczenia o uprawnieniach i obowiązkach podejrzanego w postępowaniu karnym*, Dz.U.2016.512.
13. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 kwietnia 2016 r. w sprawie *określenia wzoru pouczenia o uprawnieniach i obowiązkach pokrzywdzonego w postępowaniu karnym*, Dz.U.2016.514.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie *rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, Dz.U.2020.666.
15. Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. o *ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich*, Dz.U.1921.105.763 ze zm.
16. Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o *izbach lekarskich*, Dz.U.1934.31.275 ze zm.
17. Ustawa z dnia z dnia 11 stycznia 1938 r. o *izbach lekarsko-dentystycznych*, Dz.U.1938.6.33 ze zm.
18. Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o *zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych*, Dz.U.1950.36.326.
19. Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o *odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia*, Dz.U.1950.36.332 ze zm.
20. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny*, Dz.U.2019.1145 t.j. ze zm.
21. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. *Kodeks postępowania cywilnego*, Dz.U.2019.1460 t.j. ze zm.
22. Ustawa z dnia 26 maja 1982 r. *Prawo o adwokaturze*, Dz.U.2019.1513 t.j. ze zm.
23. Ustawa z dnia 6 lipca 1982 r. o *radcach prawnych*, Dz.U.2020.75 t.j. ze zm.
24. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o *izbach lekarskich*, Dz.U.1989.30.158 t.j. ze zm.
25. Ustawa z dnia 21 grudnia 1990 r. o *zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych*, Dz.U.2019.1140 t.j.

26. Ustawa z dnia z dnia 14 lutego 1991 r. *Prawo o notariacie*, Dz.U.2019.540 t.j. ze zm.
27. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o *izbach aptekarskich*, Dz.U.2019.1419 t.j.
28. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*, Dz.U.2020.685 t.j.
29. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o *planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Dz.U.1993.17.78 ze zm.
30. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Dz.U.2020.514 t.j. ze zm.
31. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz.U.2019.1950 t.j. ze zm.
32. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*, Dz.U.2020.30 t.j. ze zm.
33. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o *diagnostyce laboratoryjnej*, Dz.U.2019.849 t.j. ze zm.
34. Ustawa z dnia 23 listopada 2002 r. o *Sądzie Najwyższym*, Dz.U.02.240.2052.
35. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o *pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, Dz.U.2019.1405 t.j. ze zm.
36. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz.U.2020.849 t.j. ze zm.
37. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, Dz.U.2019.1239 t.j. ze zm.
38. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. *Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia*, Dz.U.2009.76.641.
39. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*, Dz.U.2019.965 t.j.
40. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*, Dz.U.2020.295 t.j. ze zm.
41. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o *samorządzie pielęgniarek i położnych*, Dz.U.2018.916 t.j.
42. Ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – *Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw*, Dz.U.2013.1247.
43. Ustawa z dnia z dnia 25 września 2015 r. o *zawodzie fizjoterapeuty*, Dz.U.2019.952 t.j. ze zm.

44. Ustawa z dnia 11 marca 2016 r. o zmianie ustawy – *Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw*, Dz.U.2016.437.

Dokumenty samorządów zawodowych:

1. Kodeks Etyki Lekarskiej
2. Regulamin *wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej*, Załącznik do Uchwały nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.
3. Regulamin *wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich*, Załącznik do Uchwały Nr 4 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.
4. Stanowisko Nr 15/09/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2009 r. w sprawie *stosowania chelatonów przez lekarzy*.
5. Stanowisko Nr 13/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o *zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw*.
6. Uchwała Nr 8/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o *izbach lekarskich*.
7. Uchwała Nr 50/2018 Naczelnej Rady Adwokackiej z dnia 24 listopada 2018 r. *Regulamin działania rzeczników dyscyplinarnych i zastępców rzeczników dyscyplinarnych oraz trybu i sposobu ich wyboru*.

Spis tabel

Tabela 1	Zakres odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących wybrane medyczne zawody zaufania publicznego
Tabela 2	Zakres odpowiedzialności dyscyplinarnej osób wykonujących wybrane prawnicze i medyczne zawody zaufania publicznego
Tabela 3	Podstawy odpowiedzialności
Tabela 4	Podstawy prawne ukarania
Tabela 5	Zestawienie treści art. 8 u.i.l. oraz art. 53 u.i.l.
Tabela 6	Liczba informacji o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego
Tabela 7	Zestawienie treści art. 31 u.i.l. oraz art. 45 u.i.l.
Tabela 8	Liczba wniosków o przedłużenie okresu postępowania wyjaśniającego w latach 2014-2018
Tabela 9	Liczba skarg na przewlekłość postępowania
Tabela 10	Schemat postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków
Tabela 11	Przebieg postępowania w sprawie o sygn. akt SDI 120/17
Tabela 12	Zestawienie zarzutów w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej z zarzutami w postępowaniu karnym
Tabela 13	Przebieg postępowania w sprawie o sygn. akt SDI 26/18
Tabela 14	Zestawienie zarzutów w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków z zarzutami w postępowaniu karnym
Tabela 15	Liczba spraw wpływających do okręgowych sądów lekarskich w latach 2010-2017
Tabela 16	Liczba spraw wpływających do Naczelnego Sądu Lekarskiego w latach 2010-2018
Tabela 17	Kary orzekane przez sądy lekarskie w latach 2010-2018
Tabela 18	Liczba kasacji wniesionych od orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego w latach 2011-2019

Tabela 19	Liczba spraw kierowanych do mediacji przez sądy cywilne w latach 2006 - I poł. 2019
Tabela 20	Liczba spraw w których strony skierowano w toku postępowania karnego do mediacji w latach 1998 - I poł. 2019
Tabela 21	Zakazy dowodowe
Tabela 22	Liczba mediatorów w poszczególnych izbach lekarskich w 2020 r.
Tabela 23	Zestawienie regulacji odnoszących się do wymogów zawartych w sprawozdaniu z mediacji
Tabela 24	Sprawozdanie z mediacji
Tabela 25	Liczba spraw skierowanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej do mediacji w latach 2010-2018
Tabela 26	Liczba wszystkich skarg kierowanych do rzeczników odpowiedzialności zawodowej z podziałem na lata
Tabela 27	Liczba wniosków o ukaranie kierowanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej do sądu lekarskiego w ciągu jednego roku
Tabela 28	Podmiot inicjujący postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w którym skierowano sprawę do mediacji
Tabela 29	Inicjatywa skierowania sprawy do mediacji
Tabela 30	Liczba spraw skierowanych przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w Katowicach do mediacji na tle mediacji ze skierowania okręgowych rzeczników w innych izbach lekarskich, w których odbyła się mediacja, w latach 2010 – 2018
Tabela 31	Liczba spraw skierowanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej do mediacji w latach 2010-2018
Tabela 32	Uczestnicy mediacji
Tabela 33	Podmiot, którego dotyczyła skarga
Tabela 34	Forma skierowania sprawy do mediacji

Tabela 35	Czas między skierowaniem sprawy do mediacji, a zakończeniem mediacji
Tabela 36	Informacja, czy skierowanie sprawy do mediacji nastąpiło w ciągu 6 miesięcy od dnia wpłynięcia skargi do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej
Tabela 37	Liczba spotkań mediacyjnych
Tabela 38	Miejsce, w którym odbyła się mediacja
Tabela 39	Informacja, czy mediacja odbyła się między obwinionym a pokrzywdzonym
Tabela 40	Informacja, czy z mediacji sporządzono sprawozdanie
Tabela 41	Informacja, czy doszło do zawarcia ugody
Tabela 42	Postanowienia ugody
Tabela 43	Czynności okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej po zawarciu ugody przez strony
Tabela 44	Propozycja zmiany art. 82 u.i.l.
Tabela 45	Propozycja zmiany art. 113 ust. 3 u.i.l.
Tabela 46	Propozycja zmiany art. 113 ust. 4 u.i.l.
Tabela 47	Propozycja zmiany art. 113 ust. 1 u.i.l.