

SWPS

UNIWERSYTET HUMANISTYCZNO-SPOŁECZNY

INSTYTUT PRAWA

Przemysław Skreeta

Współpraca między zawodami medycznymi w Polsce

Rozprawa doktorska

napisana pod kierunkiem promotorki

dr hab. Teresy Gardockiej, prof. Uniwersytetu SWPS

Warszawa 2022

Spis treści

Streszczenie	5
Wykaz skrótów	7
Rozdział I. Miejsce prawa medycznego w systemie prawnym.....	19
1. Prawo powszechnie obowiązujące jako źródło prawa medycznego	19
2. Swoiste źródła prawa medycznego.....	26
3. Podsumowanie.....	29
Rozdział II. Odpowiedzialność cywilna i karna w prawie medycznym	31
1. Odpowiedzialność cywilna.....	31
1.1. Odpowiedzialność deliktowa	31
1.2. Odpowiedzialność kontraktowa	34
2. Odpowiedzialność karna.....	35
Rozdział III. Charakterystyka zawodów medycznych	38
1. Pojęcie „zawodu medycznego”	38
2. Problematyka związana z pojęciem „zawodu medycznego”	38
3. Problematyka pojęcia „świadczenia zdrowotnego”.....	54
4. Termin „zawód medyczny” a „świadczenie zdrowotne” oraz treść rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. Czynności nielecnicze	67
5. Zawód medyczny jako zawód zaufania publicznego	72
5.1. Pojęcie „zawodu”	72
5.2. Termin „zawód zaufania publicznego”	79
5.3. Pojęcie „wolnego zawodu” a „zawód zaufania publicznego”	81
5.4. Zawody medyczne kwalifikujące się jako zawód zaufania publicznego.....	90
6. Samorząd zawodowy	91
6.1. Samorząd zawodowy lekarzy.....	93
6.2. Samorząd zawodowy pielęgniarek i pielęgniarzy	97
Rozdział IV. Charakterystyka prawna wybranych zawodów medycznych	100
1. Zawód lekarza.....	100
1.1. Rys historyczno-prawny zawodu lekarza na ziemiach polskich.....	100
1.2. Regulacje prawne dotyczące obecnie wykonywania zawodu lekarza	114
1.3. Analiza uprawnień lekarza wynikających z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry	115
1.3.1. Prawo do wykonywania zawodu lekarza	115
1.3.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie odbywania stażu podyplomowego.....	122
1.3.3. Problematyka doskonalenia zawodowego lekarzy.....	127

1.3.4 Problematyka uprawnień praktycznych lekarza związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych	130
2. Zawód pielęgniarski	159
2.1. Rys historyczno-prawny zawodu pielęgniarskiego na ziemiach polskich.....	159
2.2. Regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarskiego.....	173
2.3. Prawne przesłanki wykonywania zawodu pielęgniarskiego	175
2.4. Problematyka doskonalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy.....	180
2.5. Problematyka samodzielności zawodu pielęgniarskiego	188
2.6. Praktyczne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarskiego	196
2.7. Problematyka kompetencji osób wykonujących zawód pielęgniarski do udzielania świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarza	199
3. Zawód ratownika medycznego	218
3.1. Ratownik medyczny jako zawód zaufania publicznego	218
3.2. Systemy ratownictwa w wybranych państwach.....	225
3.3. Rys historyczno-prawny zawodu ratownika medycznego w Polsce.....	229
3.4. Ewolucja regulacji prawnych odnoszących się do wykonywania zawodu ratownika medycznego.....	240
3.4.1. Pierwsza ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w kontekście zawodu ratownika medycznego.....	240
3.4.2. Druga ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym w kontekście zawodu ratownika medycznego.....	242
3.5. Standardy kształcenia przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego.....	242
3.6. Warunki i przesłanki prawne wykonywania zawodu ratownika medycznego	245
3.7. Problematyka związana z kompetencjami ratownika medycznego – uwagi praktyczne	250
Rozdział V. Problematyka współpracy zawodów medycznych w Polsce.....	256
1. Współpraca między lekarzami a przedstawicielami zawodu pielęgniarskiego.....	260
2. Współpraca między personelem pielęgniarskim a ratownikami medycznymi	268
3. Współpraca między lekarzami a ratownikami medycznymi	274
4. Postulaty <i>de lege ferenda</i> w kontekście współpracy między zawodami medycznymi w Polsce.....	278
4.1. Uwagi dotyczące tworzenia prawa w kontekście współpracy między zawodami medycznymi w Polsce.....	278
4.2. Współpraca między zawodami medycznymi w Polsce – postulaty <i>de lege ferenda</i>	288
Wnioski.....	307
Bibliografia	312
Wykaz tabel	327

Streszczenie

Rozprawa doktorska pt. „Współpraca między zawodami medycznymi w Polsce” obejmuje problematykę relacji między zawodami medycznymi, w szczególności: lekarzami, pielęgniarkami i pielęgniarzami oraz ratownikami medycznymi.

Celem niniejszej rozprawy doktorskiej jest zwięźle przedstawienie w szczególności problematyki prawnej, związanej ze współpracą między zawodami medycznymi oraz zaprezentowanie rozwiązań, których wdrożenie mogłoby przyczynić się do usprawnienia współpracy między przedstawicielami profesji medycznych.

W sposób najprostszy, a tym samym klarowny, problematykę występujących trudności we współpracy między zawodami medycznymi w Polsce można ująć w następujący sposób: prawidłowej, a zatem spełniającej oczekiwania zarówno lekarzy, jak i przedstawicieli innych zawodów medycznych, współpracy przeszkadzają:

- 1) brak należycie – logicznie i formalnie – skonstruowanych przepisów prawnych,
- 2) niewłaściwa organizacja i zarządzanie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- 3) kwestie historyczne dotyczące relacji lekarzy z pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych,
- 4) głębokie przekonanie o wyłącznej odpowiedzialności lekarzy za proces udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 5) hierarchizacja zawodów medycznych utrwalana przez błędną organizację systemu ochrony zdrowia.

Analizując powyżej wskazane problemy wykorzystano następujące metody badania prawa: historyczno-opisową, formalno-dogmatyczną, hermeneutyczną oraz komparatystyczną.

Konstrukcja pracy doktorskiej opiera się na założeniu „koła hermeneutycznego” – przechodząc od zagadnień ogólnych, traktujących o: miejscu prawa medycznego w systemie prawnym, odpowiedzialności przedstawicieli zawodów medycznych oraz charakterystyce profesji medycznych, poprzez ich rys historyczno-prawny, można zrozumieć esencję poruszanej w rozprawie problematyki. Z tego względu w ostatniej części szczegółowo przedstawiono zagadnienia prawne dotyczące współpracy między zawodami medycznymi w Polsce oraz wyprowadzono postulaty *de lege ferenda*, których wdrożenie do systemu ochrony zdrowia poprzez odpowiednią konstrukcję aktów prawnych, może doprowadzić do poprawy relacji

między przedstawicielami zawodów medycznych, co w sposób oczywisty przełoży się na podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, poprawiając tym samym bezpieczeństwo pacjentów.

Wykaz skrótów

Źródła prawa

k.c.	-	Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360, z późn. zm.)
k.k.	-	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.)
k.p.a.	-	Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.)
k.s.h.	-	Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1467 z późn. zm.)
KEL	-	Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.
KEPP	-	Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej uchwalony na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 r.
Konstytucja marcowa	-	Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 44, poz. 267 z późn. zm.)
Konstytucja RP	-	Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
Konwencja	-	Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowania biologii i medycyny
KPP	-	Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 12 grudnia 2007 r. (Dz. Urz. UE C 202 z 7.06.2016, s. 389 z późn. zm.)
p.w.p.l.	-	Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim (Dz. U. z 1921 r. Nr 105, poz. 762)
r.d.z.l.	-	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. z 2017 r. Nr 231, poz. 1923 z późn. zm.)

- r.s.o.p.r. - Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 listopada 1964 r. w sprawie organizacji i zadań pogotowia ratunkowego (Dz. U. Nr 42, poz. 288 z późn. zm.)
- r.s.o.r - Rozporządzenie z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048 z późn. zm.)
- r.w.s.d.m. - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.)
- r.w.s.k - Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.)
- rozporządzenie w sprawie PERM - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2018 r. w sprawie Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 187)
- rozporządzenie w sprawie specjalizacji - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 857)
- u.dz.l. - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.)
- u.i.l. - Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 z późn. zm.)
- u.o.p.d. - Ustawa z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1993 z późn. zm.)
- u.o.p.p. - Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.)

u.o.z.l.	-	Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.)
u.o.z.p	-	Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 poz. 551, z późn. zm.)
u.o.z.p.p.	-	Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 poz. 551 z późn. zm.)
u.p.o.z.	-	Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050 z późn. zm.)
u.p.r.m	-	Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.)
u.s.p.p.	-	Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 628 z późn. zm.)
u.ś.o.z.	-	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)
u.z.o.z.	-	Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)
ustawa o pielęgniarstwie	-	Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 27, poz. 199 z późn. zm.)
ustawa z 2001 r. o p.r.m	-	Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 z późn. zm.)
ustawa sanitarna	-	Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. U. Nr 63, poz. 371 z późn. zm.)
w.p.l.	-	Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 81, poz. 712 z późn. zm.)
z.t.p.	-	Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. z 2016 r. poz. 283 z późn. zm.)

zarządzenie nr 160/2021/DSOZ

- Zarządzenia Prezesa NFZ nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Inne

- ChPL - Charakterystyka produktu leczniczego
- EFTA - Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu
- EMT-B - ang. *Emergency Medical Technician Basic*
- EMT-I - ang. *Emergency Medical Technician – intermediate*
- EMT-P - ang. *Emergency Medical Technician – paramedic*
- KOTR - Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe
- LEK - Lekarski Egzamin Końcowy
- MDA - Czerwone Tarcze Dawida
- NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
- NIL - Naczelna Izba Lekarska
- NPWZ - Numer prawa wykonywania zawodu
- NRL - Naczelna Rada Lekarska
- ORL - Okręgowa Rada Lekarska
- PERM - Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego
- PTPAiIO - Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
- SAMU - Pilna pomoc medyczna (fr. *Serice d'Aide Medicale Urgente*)
medyczna
- SAMUR - Mobilne zespoły resuscytacyjne (fr. *Service Mobile d'Urgence et Reanimation*)
- SMK - System Monitorowania Kształcenia
- w.p. - „Wielmożna Pani” albo „Wielmożny Panie”

Wstęp

Badanie problematyki związanej ze współpracą między zawodami medycznymi w Polsce jest zadaniem niezwykle trudnym, a przez to ciekawym, wielopłaszczyznowym, można rzec – interdyscyplinarnym. Dzieje się to za sprawą nakładania się na siebie wielu dziedzin nauk. Z racji obranego przeze mnie kierunku najistotniejszym aspektem jest problematyka prawna, ale oczywiście nie sposób pominąć w rozprawie zagadnień natury: medycznej, socjologicznej, filozoficznej, psychologicznej czy w końcu historycznej.

Zadaniem, jakie sobie postawiłem, jest gruntowna analiza relacji między wybranymi zawodami medycznymi w Polsce, szczególnie w kontekście praktycznych aspektów wykonywania zawodu. W pracy podejmuję także krytykę obecnie obowiązujących przepisów regulujących wykonywanie zawodów medycznych oraz proponuję rozwiązania systemowe, które w moim przekonaniu doprowadzą do poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Dla realizacji powyższego zadania wykorzystałem różne metody badania prawa. Czytelnik zapewne zauważy, że niektóre z wymienionych poniżej metod przenikają się wzajemnie. Oczywiście, zdaję sobie sprawę z faktu, że w zależności od poglądów Czytelnika mogę stać się przedmiotem krytyki. Krytyki, która dotyczy teorii i filozofii prawa, bowiem w zależności od tego, czy jesteśmy pozytywistami, naturalistami, realistami, czy uznajemy metodę hermeneutyczną, a może komparatystyczną, różnie spojrzymy na problemy, ich analizę i proponowane rozwiązania. Niemniej mam nadzieję, że Czytelnik pójdzie za moim tokiem myślenia i po zgłębieniu problematyki związanej z funkcjonowaniem, współpracą między zawodami medycznymi w Polsce uzna, że nie jest możliwe zastosowanie wyłącznie jednej metody czy metod badania prawa powszechnie uznanych – niebudzących wątpliwości¹.

Jedną z najważniejszych metod badania prawa, której użyłem przy pisaniu rozprawy doktorskiej, jest metoda historyczno-opisowa, stanowi ona bowiem punkt wyjścia dla wielu rozważań oraz jest bezsprzecznie filarem, na którym opiera się spojrzenie na obecnie obowiązujące przepisy i relacje między przedstawicielami zawodów medycznych. Wymiar historyczny ukazuje kształtowanie się prawa, a także związki i wpływy między systemami prawnymi, w tym przypadku – ochrony zdrowia w innych państwach, oraz podobieństwa i różnice kultur prawnych ze względu na procesy społeczno-historyczne.

¹ Mam w tym miejscu na myśli dość powszechnie krytykowaną hermeneutykę.

W niniejszej pracy opis historyczno-prawny ukazuje długotrwały i skomplikowany proces tworzenia przepisów dotyczących kształtowania się prawa medycznego *sensu largo* oraz *sensu stricto* – w odniesieniu do rozwoju wybranych zawodów medycznych.

Każda z opisywanych profesji – lekarzy, pielęgniarek i pielęgniarzy oraz ratowników medycznych – opatrzona jest zwięzłym opisem historycznym, który nie pełni wyłącznie roli faktograficznej. Metoda historyczno-opisowa została przeze mnie rozszerzona o charakter pragmatyczny, wyjaśniający oraz porównawczy. Dzięki takiej konstrukcji możliwa staje się nie tylko analiza uprzednio funkcjonujących modeli ochrony zdrowia i współpracy między zawodami medycznymi, ale także logiczne wyjaśnienie obecnie zachodzących procesów w tej materii.

Kolejną metodą badania prawa, której użyłem, jest metoda formalno-dogmatyczna. Przedmiotem badania jest prawo ujęte jako samo prawo. Owa metoda jest formalna, ponieważ interesuje się samą treścią prawa obowiązującego, pomijając przy tym inne konteksty badania prawa. Forma dogmatyczna polega na traktowaniu obowiązującego prawa jako swoistego dogmatu, czyli przekonania, postanowienia, wypowiedzi językowej, która nie wymaga uzasadnienia. Stanowi ona formalną rację uzasadniającą inne zdania, oceny oraz decyzje np. organu administracji publicznej czy sądu².

Zauważyć jednak należy, że analityczna teoria wykładni, na której opiera się dogmatyka prawnicza ma charakter teorii idealizacyjnej, zakładającej, iż zbiór obowiązujących norm tworzą przepisy ustanowione przez racjonalnego prawodawcę, który wydając je, kierował się spójną wiedzą i uporządkowanymi ocenami. Zmierzał tym samym do ustanowienia zespołu norm mających służyć osiągnięciu optymalnego stanu społeczeństwa.

Z drugiej strony warto podkreślić, że gdyby powyższych założeń nie przyjmować, to nie można byłoby sensownie dokonywać wykładni tekstów prawnych. Jeśli odrzuci się tezę, że ustawodawca posługuje się regułami znaczeniowymi określonego języka etnicznego, w tym bierze pod uwagę swoistość języka prawnego, to można byłoby dokonywać wykładni w sposób dowolny, wskazując jako argument, że nie warto brać pod uwagę ogólnie przyjętego znaczenia użytych w akcie prawnym znaków. Jeśli nie przyjmie się założenia, że prawodawca w tekście prawnym sformułował normy zorientowane na osiągnięcie określonych celów, to w przypadku

² T. Barankiewicz, *Metody badania prawa* [w:] *Metodologia dysertacji doktorskiej. Teoria i praktyka*, Warszawa 2022, s. 113.

pojawienia się niejasności językowej nie można byłoby rozstrzygnąć, jakie konkretnie znaczenie danego przepisu jest poprawne, biorąc pod uwagę najwyższą ocenę określonego celu.

Ponadto jeśli nie założy się, że ustawodawca nie ustanawia w tekście aktów prawnych norm, które między sobą są niezgodne, to nie byłoby podstaw do wykluczenia z systemu norm niemożliwych zarazem do spełnienia albo takich, których spełnienie eliminuje skutki spełnienia innych. Przedstawione założenia mają charakter idealizujący, bowiem w faktycznie wydawanych aktach prawnych odnaleźć można zwroty niejednoznaczne, zbyt ogólne, które wymagają interpretacji. Dlatego zadaniem dogmatyki prawa jest dokonanie takiej egzegezy przepisów, aby uzyskać normy jednoznaczne, spójne co do uzasadnienia aksjologicznego, zgodne między sobą, ponieważ z prakseologicznego punktu widzenia tylko takie normy prawne spełnią rolę w kierowaniu życiem społecznym. Stosując metodę formalno-dogmatyczną, uzyskuje się pewien system norm, po przyjęciu których można wyjaśnić zjawiska obserwowane faktycznie w życiu prawnym³. Inaczej mówiąc, analiza formalno-językowa, na której opiera się metoda formalno-dogmatyczna, jest niczym innym jak wykładnią prawa, stosowaną w celu ustalenia treści normy prawnej, a następnie wykorzystania znajomości prawa do praktycznego działania. Jednocześnie stosując omawianą metodę badania prawa, należy pamiętać, że współczesna wykładnia prawa wyszła poza ramy zasady *clara non sunt interpretanda*. Oznacza to, że korzystając z metody formalno-dogmatycznej, należy brać pod uwagę dyrektywy wykładni systemowej, funkcjonalnej i celowościowej⁴.

Niejednokrotnie w pracy korzystałem z opisanej powyżej metody badania prawa, zaczynając od analizy przepisów ustawy o działalności leczniczej, a następnie aktów prawnych regulujących wybrane zawody medyczne. Przyznać jednak należy, że analiza logiczno-językowa, szczególnie w zagadnieniach dotyczących prawa medycznego, obnaża niekonsekwencję oraz błędy językowo-logiczne ustawodawcy. Te negatywne zjawiska poddaję krytyce w dalszej części pracy, tam, gdzie zachodzi taka potrzeba, wykorzystując analizę logiczną, jak również biorąc pod uwagę kwestie czysto praktyczne wykonywania zawodów medycznych.

Dopełnieniem obu wskazanych metod badania prawa, historyczno-opisowej oraz formalno-dogmatycznej, jest metoda hermeneutyczna. Należy ona do grupy najstarszych i jednocześnie

³ S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *Wykładnia prawa i wnioskowanie prawnicze* [w:] *Zarys teorii prawa*, Poznań 2001, s. 162-164.

⁴ T. Barankiewicz, *Metody badania prawa* [w:] *Metodologia dysertacji doktorskiej. Teoria i praktyka*, Warszawa 2022, s. 113.

najbardziej spornych filozofii interpretacyjnych. Oponenci hermeneutyki jako metody badania prawa byli najczęściej zwolennikami metodologii analitycznej. Widzieli we wskazanej metodzie rodzaj zagrożenia dla swojej własnej filozoficznej autonomii, wskazując na jej niejasny i mało precyzyjny słownik⁵. Owa krytyka nie była jednak rzeczowa, postępowano bowiem zgodnie z ironicznie rozumianą zasadą: „Jeśli nie możesz wykazać, że przeświadczenia rywala są fałszywe, ogłoś, iż są bezsensowne”⁶.

Metodologia oparta na filozofii hermeneutycznej szeroko ujmuje proces interpretacji tekstu prawnego, biorąc pod uwagę nie tylko wykładnię, ale także możliwość zastosowania normy, co pociąga za sobą także interpretację zachowań człowieka i faktów⁷. Hermeneutyka, poddając tekst prawny interpretacji, wskazuje na potrzebę uwzględnienia kontekstu społecznego – sytuacji osób, wobec których prawo jest stosowane – a także kontekstu historycznego, psychologicznego oddającego intencje autora, w rzeczywistym czasie jego tworzenia oraz czasie, w którym to prawo funkcjonuje. Z tego powodu zwolennicy metody hermeneutycznej opowiadają się za dokonywaniem wielorodzajowej wykładni prawa, nie ograniczając się jedynie do metody logiczno-językowej⁸.

W kontekście analizy współpracy między zawodami medycznymi w Polsce, metoda hermeneutyczna jest niezbędna, a to dlatego, że tylko holistyczne podejście – proponowane przez tę metodę – może w sposób kompleksowy wyjaśnić zależności i różnice występujące w omawianym obszarze. Zastosowanie samej analizy językowo-logicznej do badania zjawisk zachodzących pomiędzy przedstawicielami profesji medycznych jest niewystarczające, wymaga bowiem rozszerzenia analizy o uwarunkowania historyczne, społeczne, kulturowe, emocjonalne oraz praktyczne.

Stosując metodę hermeneutyczną, wykorzystałem przede wszystkim znajomość rzeczy wyniesioną z ponad dwunastoletniego doświadczenia pracy w ochronie zdrowia. Pozwoliło mi to spojrzeć na problematykę współpracy między zawodami medycznymi z szerszego, niż tylko prawniczy, punktu widzenia.

⁵ J. Stelmach, B. Brożek, *Metody prawnicze*, Kraków 2006, s. 221.

⁶ E. Gellner, *Słowa i rzeczy, czyli nie pozbawiona analizy krytyka filozofii lingwistycznej*, Warszawa 1984, s. 17; J. Stelmach, B. Brożek, *Metody prawnicze*, Kraków 2006, s. 221.

⁷ T. Stawecki, *O praktycznym zastosowaniu hermeneutyki w wykładni prawa [w:] Teoria i praktyka wykładni prawa*, Warszawa 2005, s. 93.

⁸ P. Wiatrowski, *Filozofia interpretacji prawniczej (cz. 3)*, *Palestra* 3-4/2011, s. 103-105.

Ostatnią, co nie oznacza, że najmniej istotną, wykorzystaną przeze mnie metodą badania prawa, jest metoda komparatystyczna. Polega ona na zestawieniu cech względnie jednorodnych przynajmniej dwóch przedmiotów w celu stwierdzenia występujących między nimi identyczności, podobieństw i różnic⁹. Badania w zakresie komparatystyki prawniczej wskazują, że instytucje, systemy oraz porządki prawne państw charakteryzują się różnicami i podobieństwami¹⁰.

Sens i sposób stosowania komparatystyki prawniczej celnie i barwnie ujął Wieńczysław J. Wagner:

„Niektóre rzeczy można wymierzyć wagą lub miarką, inne trzeba poddać ocenie procesów intelektualnych, używając niekiedy skomplikowanych kryteriów lub polegając na osobistych przekonaniach o wartości lub wyższości pewnych wyników nad innymi, co siłą rzeczy pociąga za sobą dużą dozę subiektywizmu.

Aby nasze podświadomie porównawcze stwierdzenia miały sens i aby zostały odpowiednio zrozumiane przez otoczenie, muszą wynikać z obserwacji opartych na porównywalnych elementach. Mówimy na przykład, że indyk to duży ptak. Wymiary indyka nie są wielkie same przez się. Jest on mały, gdy postawimy go przy lwie czy słoni, a jeśli uważamy go za dużego, to tylko dlatego, że znaczna większość innych ptaków jest mniejsza od indyka. Inaczej mówiąc, robimy osąd porównawczy oparty na zestawieniu przedmiotu naszego zainteresowania z innymi przedmiotami znajdującymi się w tej samej kategorii. Ale między indykami są okazy większe i mniejsze. Stwierdzenie, że pewien indyk jest mały, znaczy, że większość innych indyków jest okazalsza od niego, choć na pewno wszystkie wróble czy gile nie dorównują mu rozmiarami.

Jeśli w budowie przedmiotu naszej obserwacji coś nas uderza, to jest tak przede wszystkim dlatego, że większość innych porównywalnych przedmiotów jest inna. (...) W dziedzinie prawa nie ma nic namacalnego i wymiernego.”¹¹.

Metoda komparatystyczna posłużyła w pracy do porównania metod tworzenia prawa, ściślej rzecz ujmując, do technik prawodawczych stosowanych w Republice Federalnej Niemiec oraz

⁹ R. Tokarczyk, *Komparatystyka prawnicza*, Warszawa 2008, s. 31.

¹⁰ T. Barankiewicz, *Metody badania prawa [w:] Metodologia dysertacji doktorskiej. Teoria i praktyka*, Warszawa 2022, s. 124.

¹¹ W. J. Wagner, *Przedmowa [w:] Komparatystyka prawnicza*, Warszawa 2008, s. 17.

w Polsce, szczególnie w odniesieniu do formułowania w obu państwach przepisów kierowanych do danych grup zawodowych.

Za początek powstawania zrębów systemu ochrony zdrowia w Polsce można uznać drugą połowę XVIII w., kiedy podjęto w szerokim zakresie reformy dotyczące zdrowia publicznego¹². Pierwszym aktem prawnym regulującym zagadnienia związane z organizacją ochrony zdrowia była ustawa sejmowa o szpitalach z 1775 r. – konstytucja szpitalna¹³. Założeniem tej ustawy było utworzenie szpitali generalskich w każdym województwie, których celem było sprawowanie fachowego nadzoru nad szpitalami działającymi w powiatach i szpitalami miejskimi¹⁴. Dodatkowo regulowała kwestie związane z kształceniem personelu pomocniczego lekarzy – akuszerów i felczerów¹⁵ – oraz leczenie osób pozbawionych środków egzystencji albo znajdujących się w trudnej sytuacji ekonomicznej¹⁶. W tym samym roku, w drodze ustawy, powołano Komisję nad Szpitalami Królestwa Polskiego i Litwy. Według jej założeń lekarz miał pełnić dozór nad okolicznymi felczerami oraz aptekami. Przewidziany był również program szczepień przeciwko ospie¹⁷.

Nie prowadząc pogłębionych rozważań historycznych – bowiem te będą zgłębiane przy omawianiu wybranych zawodów medycznych – warto wspomnieć, że kolejnym etapem rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce była regulacja prawna zawodu lekarza, wprowadzona uchwałą przyjętą przez sejm w 1775 r. w sprawie państwowej kontroli nad praktyką lekarską i egzaminami lekarskimi, zwalczaniem znachorstwa oraz kontrolowania pod względem zdrowotności i wymogów sanitarnych środków spożywczych¹⁸.

Pojęcie „zawodu pielęgniarskiego” na ziemiach Polski powstało znacznie później. Pierwszym aktem prawnym, w którym pojawiło się sformułowanie „pielęgniarstwo”, była zasadnicza

¹² S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Warszawa 2021, s. 145.

¹³ G. Glanowski, *Konstytucyjny model ochrony zdrowia*, Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ, nr 1(8) 2012, s. 40.

¹⁴ S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Warszawa 2021, s. 146.

¹⁵ K. Milik, *Wpływ Kościoła katolickiego na rozwój szpitalnictwa polskiego w XVI-XIX wieku*, Prace Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie. Zeszyty Historyczne, 2019/XVIII, s. 76.

¹⁶ S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Warszawa 2021, s. 146.

¹⁷ K. Milik, *Wpływ Kościoła katolickiego na rozwój szpitalnictwa polskiego w XVI-XIX wieku*, Prace Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie. Zeszyty Historyczne, 2019/XVIII, s. 76.

¹⁸ S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Warszawa 2021, s. 146.

ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r.¹⁹ W świetle przepisu art. 2 ust. 2 omawianej ustawy w kompetencji ministra zdrowia publicznego podlegają sprawy z zakresu szpitalnictwa, pielęgniarstwa, ratownictwa, przewożenia chorych, zakładów leczniczych publicznych i prywatnych²⁰.

Zawodem medycznym, który najpóźniej doczekał się regulacji prawnych, jest zawód ratownika medycznego. Na uwagę zasługuje fakt, że kształcenie tej grupy zawodowej było uregulowane treścią rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 lutego 1993 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego²¹, wydanego na podstawie art. 24. ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty²². Jednak dopiero po ośmiu latach zawód ratownika medycznego został uregulowany przez ustawę z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Na przykładzie wskazanych zawodów medycznych można stwierdzić, że rozwój systemu ochrony zdrowia wymagał i nadal wymaga tworzenia odpowiednich regulacji prawnych, tak aby wykonywanie określonych zawodów było zgodne z posiadanymi kwalifikacjami. Z tego punktu widzenia niezwykle ważne jest przeanalizowanie terminu „zawód medyczny”, bowiem pozwoli to na ustalenie uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności, jakie ponosi osoba go wykonująca.

Pełny obraz wskazanych w niniejszej pracy zawodów medycznych, od ich rysu historyczno-prawnego aż po dogłębną analizę obowiązujących aktów prawnych regulujących ich wykonywanie, pozwoli na ustalenie granic pożądanej współpracy między zawodami medycznymi w Polsce.

Z punktu widzenia mojej rozprawy doktorskiej, poświęconej współpracy między zawodami medycznymi w Polsce, można założyć następującą wstępną hipotezę badawczą: prawidłowej, a zatem spełniającej oczekiwania zarówno lekarzy, jak i przedstawicieli innych zawodów medycznych, współpracy przeszkadzają:

- 1) brak należycie – logicznie i formalnie – skonstruowanych przepisów prawnych,

¹⁹ Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. U. Nr 63, poz. 371 z późn. zm.).

²⁰ Artykuł 2 ust. 2 Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. U. Nr 63, poz. 371 z późn. zm.), dalej zwana: „ustawą sanitarną”

²¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 lutego 1993 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 1993 r. Nr 19, poz. 84).

²² Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2021 r. poz. 1915 z późn. zm.).

- 2) niewłaściwa organizacja i zarządzanie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- 3) kwestie historyczne dotyczące relacji lekarzy z pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych,
- 4) głębokie przekonanie o wyłącznej odpowiedzialności lekarzy za proces udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 5) hierarchizacja zawodów medycznych utrwalana przez błędną organizację systemu ochrony zdrowia.

Stan prawny na dzień 31 sierpnia 2022 r.

Rozdział I. Miejsce prawa medycznego w systemie prawnym

1. Prawo powszechnie obowiązujące jako źródło prawa medycznego

Ochrona życia i zdrowia człowieka jest aktualnie traktowana jako niezbywalne prawo człowieka oraz obowiązek władz publicznych. Uznaje ją się zatem za prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka. Znajduje to również swe odzwierciedlenie w przepisach rangi konstytucyjnej oraz w innych aktach prawnych niższej rangi.

Historycznie rzecz biorąc, problematyka związana z ochroną zdrowia i życia ludzkiego była łączona z zabezpieczeniem społecznym, w skład którego wchodziła ochrona człowieka w związku z jego chorobą, macierzyństwem lub starością²³. Za początek dążeń do wprowadzenia takiej regulacji można uznać angielskie *Poor law* pochodzące z XVI w. W 1832 r. rząd brytyjski powołał komisję, która miała zbadać funkcjonowanie *Poor Law* i przedstawić zalecenia dotyczące poprawy sytuacji ludzi ubogich. Podczas rewizji systemu jeden z czołowych komisarzy – Edwin Chadwick – był przekonany o tym, że system należy poddać ścisłej kontroli centralnej w Londynie oraz wprowadzić reformy w taki sposób, aby zniechęcić ludzi do niepotrzebnego obciążania funduszy publicznych. Brytyjski parlament w 1834 r. przyjął ustawę o zmianie prawa dotyczącego ubogich (*Poor Law Amendment Act*), która wprowadzała gruntowaną zmianę poprzednio obowiązujących przepisów. Najistotniejsza z nich dotyczyła wycofania publicznej zapomogi dla osób ubogich – sprawnych fizycznie, w celu zmuszenia ich do pracy. Jednocześnie utrzymano pomoc finansową dla osób chorych i starszych, jednak na wielu obszarach pomoc była udzielana wyłącznie w ramach przytułków, gdzie panował surowy i okrutny reżim²⁴.

W Polsce prawna ochrona zdrowia została uwzględniona w ustawie z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej²⁵. Artykuł 95 Konstytucji marcowej gwarantował na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej pełną ochronę życia, wolności i mienia wszystkim bez różnicy pochodzenia, narodowości, języka, rasy lub religii. Warto dodać, że cudzoziemcy korzystali z przywilejów zagwarantowanych w art. 95 Konstytucji marcowej na równych

²³ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 1-2.

²⁴ <https://www.parliament.uk/about/livingheritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/poor-law/> (dostęp: 28 czerwca 2022 r.; tłumaczenie własne).

²⁵ Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 44, poz. 267 z późn. zm.), dalej zwana: „Konstytucją marcową”.

prawach z obywatelami polskimi, o ile ustawy wyraźnie nie wymagały obywatelstwa polskiego. Uzupełnieniem przywołanego wyżej przepisu Konstytucji marcowej był art. 102, z którego treści wynikało, że każdy obywatel miał prawo do opieki państwa nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa – do ubezpieczenia społecznego.

Poruszane kwestie pomijała natomiast ustawa z dnia 23 kwietnia 1935 r. – Ustawa Konstytucyjna²⁶ czy inaczej Konstytucja kwietniowa, która była poświęcona przede wszystkim organizacji systemu organów władzy państwowej.

W Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r.²⁷, prawodawca powrócił do regulacji prawnych ochrony zdrowia. Treść art. 60²⁸ wskazanej ustawy zasadniczej stanowiła, że: „Obywatele Rzeczypospolitej Polskiej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy.”. Realizowano to upoważnienie poprzez rozwój ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy oraz rozbudowę różnych form pomocy społecznej. Państwo zobowiązane zostało do rozwoju ochrony zdrowia poprzez bezpłatną pomoc lekarską, stałe polepszanie warunków bezpieczeństwa, ochrony i higieny pracy oraz szeroko rozwinięte zapobieganie chorobom i ich zwalczanie, a także rozbudowę szpitali, sanatoriów, ambulatoriów, ośrodków zdrowia i urzędzeń sanitarnych.

Aktualnie problematyka ta jest przedmiotem regulacji zawartej w treści art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.²⁹, zgodnie z którym: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.”. Prawo do ochrony zdrowia ma charakter socjalny socjalnym, co rodzi po stronie władz publicznych obowiązki jego ochrony oraz zapewnienia możliwości jego realizacji³⁰. Prawo do ochrony zdrowia stanowi podmiotowe prawo jednostki, a tym samym roszczenie o zapewnienie realizacji przez władze publiczne istoty tego prawa. Omawiana kompetencja obywatela jest pochodną wynikającą z treści art. 38 Konstytucji RP, gwarantującą każdemu człowiekowi ochronę życia, oraz przepisu art. 30 Konstytucji RP, który

²⁶ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1935 r. – Ustawa Konstytucyjna (Dz. U. z 1935 r. Nr 30, poz. 227).

²⁷ Ustawa z dnia 22 lipca 1952 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Ludowej (Dz. U. Nr 7, poz. 36 z późn. zm.).

²⁸ Artykuł 60 ust. 1 został uchylony przez art. 77 Ustawy Konstytucyjnej z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym (Dz. U. Nr 84, poz. 426 z późn. zm.) z dniem 8 grudnia 1992 r., ostatecznie w niezmiennionej postaci znalazł się w art. 70 Konstytucji PRL.

²⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), dalej zwana: „Konstytucją RP”.

³⁰ Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., sygn. akt K 2/98, LEX nr 36396.

stanowi, że godność człowieka jest źródłem wolności i praw człowieka i obywatela, w tym prawa do ochrony zdrowia. Wynika to z faktu, że ochrona zdrowia jest bezspornie powiązana z ochroną życia, a prawo do życia wynika z godności człowieka³¹.

Charakter gwarancyjny ma również prawo podmiotowe obywatela do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynikające z treści art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, które przyznaje także prawo do szczególnej opieki zdrowotnej: dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom z niepełnosprawnościami oraz osobom w podeszłym wieku.

Uznając wskazane dobra za najwyższą wartość, Konstytucja RP nakazuje je chronić bez względu na to, kto jest ich nosicielem. Ujmując tę problematykę w inny sposób, stwierdzić można, iż beneficjentem prawa do ochrony zdrowia jest każda osoba, niezależnie od posiadanego obywatelstwa oraz tego, czy ma status osoby ubezpieczonej. Prawo to przysługuje wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej.

M. Florczak-Wątor wskazuje, że: „Podmiotami zobowiązanymi w świetle art. 68 są władze publiczne, zarówno szczebla centralnego, jak i lokalnego. Obowiązki w zakresie ochrony zdrowia nie mogą zostać przerzucone przez państwo na podmioty prywatne, choć te ostatnie mogą zostać włączone w funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Prywatna służba zdrowia powinna uzupełniać publiczną służbę zdrowia, a nie zastępować ją. Powinna ona również pozostawać pod ścisłą kontrolą władz publicznych, do czego są one zobowiązane w ramach realizacji obowiązku ochrony zdrowia jednostek.”³². Przywołaną tezę autorki należy uznać za prawidłową, jednak nie można zgodzić się z używaną przez nią nomenklaturą, bowiem termin „służba zdrowia” był charakterystyczny dla okresu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. W tym ustroju finansowanie świadczeń zdrowotnych było realizowane bezpośrednio ze środków budżetowych i opierało się o zcentralizowany system opieki zdrowotnej. Użycie terminu „służba” sugeruje również, że organizacja ma cechę zhierarchizowaną, opierającą się o struktury militarne. Z tego powodu należy posługiwać się pojęciem „ochrona zdrowia” ujętym w treści art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, które jest rozumiane wieloaspektowo, jako różnego rodzaju świadczenia zdrowotne³³. W praktyce medycznej – szeroko rozumianej jako opieka lekarska i pielęgniarska – podnosi się, że „ochrona zdrowia” polega na holistycznej

³¹ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 7.

³² M. Florczak-Wątor, *Komentarz do art. 68 Konstytucji RP* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 230-231.

³³ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 12-13.

opiece nad pacjentem, ze szczególnym naciskiem na profilaktykę. Innymi słowy – personel medyczny nie „służy” chorym, a edukuje w zakresie zdrowia osoby bez schorzeń i pacjentów, leczy, pielęgnuje, wspiera osoby w stanie terminalnym i ich rodziny. Tak więc termin „ochrona zdrowia” ma szerszy zakres znaczeniowy niż „służba zdrowia”.

Kolejnym źródłem prawa medycznego jest ustawa, uznawana – zgodnie z brzmieniem art. 87 Konstytucji RP – po ustawie zasadniczej za pierwszy i podstawowy akt prawa powszechnie obowiązującego. Ustawa jest obok Konstytucji RP jedynym aktem o charakterze samoistnym, co oznacza, że nie jest legitymizowana treścią innych norm prawnych.

Materia ustawowa jest pozytywną i podstawową konsekwencją ustrojowego rozstrzygnięcia, związaną z zasadą wyłączności ustawowej³⁴. Oznacza to, że tylko ustawa może regulować prawa i obowiązki podmiotów prywatnych. Problematykę zagadnienia wyłączności ustawowej poruszył w orzeczeniu Trybunał Konstytucyjny, stwierdzając, że: „Zasada wyłączności ustawy w tym zakresie dotyczy m.in. ustalenia wszelkiego rodzaju obowiązkowych świadczeń wobec państwa, zarówno osobistych, jak i majątkowych, a także świadczeń w stosunkach cywilnoprawnych między obywatelami oraz między obywatelami a państwem w zakresie nieustalonych umowami.”³⁵. Zasada wyłączności ustawowej wskazuje, że aktom prawodawstwa delegowanego przekazane do regulacji mogą być wyłącznie zagadnienia wykonawcze³⁶.

Zasada wyłączności ustawowej służy ocenie konstytucyjności delegacji ustawowych, które precyzyjnie, a nie blankietowo, określają warunki ograniczeń wolności i praw jednostki³⁷.

System ochrony zdrowia w Polsce jest regulowany przez szereg ustaw. Określają one m. in. finansowanie świadczeń ochrony zdrowotnej ze środków publicznych, a także wskazują zakres i podstawy funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, regulują wykonywanie zawodów medycznych oraz normują prawa i obowiązki pacjentów. Jako przykłady takich aktów normatywnych można wymienić:

³⁴ Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1986 r., sygn. akt U 1/86, LEX nr 29398.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Wyrok TK z dnia 9 listopada 1999 r., sygn. akt K 28/98, LEX nr 39228.

³⁷ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego [w:] System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 261.

- ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁸;
- ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁹;
- ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴⁰;
- ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴¹.

Rozporządzenie jest następnym rodzajem aktu prawnego, który należy uznać za niezwykle istotne źródło prawa medycznego. Z treści art. 87 ust. 1 oraz art. 92 Konstytucji RP jednoznacznie wynika, że akt wykonawczy stanowi akt prawa powszechnie obowiązującego. Należy zaznaczyć, że rolę i miejsce rozporządzenia w systemie prawa wyznacza przepis art. 92 Konstytucji RP, wskazując, że akty te są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydawania aktu wykonawczego i zakres spraw przekazanych do uregulowania, a także wytyczne dotyczące treści aktu.

Rozporządzenia w zakresie ochrony zdrowia stanowią dopełnienie systemu źródeł prawa. Regulują istotne zagadnienia w sposób szczegółowy, co z punktu widzenia niektórych dziedzin działalności medycznej jest wręcz pożądane. Jednym z takich aktów wykonawczych jest rozporządzenie dotyczące procedur medycznych, które mogą wykonywać ratownicy medyczni samodzielnie bez zlecenia lekarskiego⁴².

Analizując źródła prawa medycznego, należy także wskazać akty prawa miejscowego. Konstytucja RP w treści art. 87 ust. 2 oraz art. 94 wyraźnie wskazuje, że omawiane akty są źródłem prawa powszechnie obowiązującego⁴³.

³⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), dalej zwana: „u.ś.o.z.”.

³⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.), dalej zwana: „u.dz.l.”.

⁴⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.), dalej zwana: „u.o.z.l.”.

⁴¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.), dalej zwana: „u.o.p.p.”.

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 863 z późn. zm.).

⁴³ Zgodnie z treścią art. 94 Konstytucji RP: „Organy samorządu terytorialnego oraz terenowe organy administracji rządowej, na podstawie i w granicach upoważnień zawartych w ustawie, ustanawiają akty prawa miejscowego obowiązujące na obszarze działania tych organów. Zasady i tryb wydawania aktów prawa miejscowego określa ustawa.”.

W kontekście aktu prawa miejscowego jako źródła prawa medycznego należy wskazać, że jednostki samorządu terytorialnego mają kompetencje do finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach polityki zdrowotnej⁴⁴, zgodnie z treścią art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. Jednak natura prawna programów realizowanych na podstawie wskazanego przepisu może budzić pewne wątpliwości, ponieważ program zdrowotny i program polityki zdrowotnej można kwalifikować albo jako akt administracyjny z zakresu planowania albo jako akt normatywny. Wydaje się, że ten problem rozstrzygnął Naczelny Sąd Administracyjny, który stwierdził, że:

„Normatywny charakter aktu oznacza, że zawiera on wypowiedzi wyznaczające adresatom pewien sposób zachowania się, przybierający postać nakazu, zakazu lub uprawnienia. Charakter generalny oznacza natomiast, że normy zawarte w akcie definiują adresata poprzez wskazanie cech, a nie poprzez ich wymienienie z nazwy. Abstrakcyjność normy wyraża się w tym, że nakazywane, zakazywane lub dozwolone zachowanie ma mieć miejsce w pewnych, z reguły powtarzalnych okolicznościach, nie zaś w jednej konkretnej sytuacji. Akty muszą więc dotyczyć zachowań powtarzalnych, nie mogą konsumować się przez jednorazowe zastosowanie. Akty prawa miejscowego skierowane są do podmiotów (adresatów) pozostających poza strukturą administracji. Jako źródła prawa powszechnie obowiązującego mogą one regulować postępowanie wszystkich kategorii adresatów (obywateli, organów, organizacji publicznych i prywatnych, przedsiębiorców). Akty prawa miejscowego są prawem dla wszystkich, którzy znajdują się w przewidzianej przez nie sytuacji. W praktyce oznacza to, że adresatami aktów prawa miejscowego są osoby będące mieszkańcami danej jednostki samorządu terytorialnego bądź tylko przebywające na terenie jej działania.”⁴⁵.

Zatem materialne rozumienie aktu normatywnego pozwala na przyjęcie tezy, że programy zdrowotne mogą zostać uznane za akty normatywne, ponieważ w sposób abstrakcyjny i generalny określają normy postępowania odnoszące się do podmiotów spoza struktury administracji publicznej⁴⁶.

Wśród źródeł prawa powszechnie obowiązującego Konstytucja RP w treści art. 87 ust. 1 wymienia także umowę międzynarodową ratyfikowaną za zgodą wyrażoną w ustawie. Należy zatem przyjąć, że umowy międzynarodowe mają wpływ na prawo medyczne w Polsce.

⁴⁴ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 267.

⁴⁵ Wyrok NSA z dnia 5 lipca 2011 r., sygn. akt II OSK 673/11, LEX nr 922354.

⁴⁶ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 267.

Do jednej z najważniejszych konwencji normującej istotne zagadnienia związane z problematyką prawa medycznego zaliczyć należy Konwencję o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowania biologii i medycyny⁴⁷. Rzeczypospolita Polska podpisała ją 7 maja 1999 r., jednak dotychczas jej nie ratyfikowała. Warto zaznaczyć, że mimo braku ratyfikacji wskazanej Konwencji, w Polsce przyjęto częściowo rozwiązania w niej zawarte. Jako przykład można wskazać treść art. 5 Konwencji, zgodnie z którym: „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba poddana interwencji może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę”.

Pewne elementy prawa medycznego mogą kształtować akty o zasięgu globalnym, wśród nich należy wymienić te, które zostały ratyfikowane przez stronę polską:

- Konwencję z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzoną w Nowym Jorku⁴⁸;
- Konwencję z dnia 20 listopada 1989 r. o prawach dziecka, przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych⁴⁹;
- Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku w dniu 19 grudnia 1966 r.⁵⁰.

Stale rosnące znaczenie jako źródło prawa medycznego w Polsce ma prawo unijne. Nie odpowiada ono wprawdzie konstytucyjnej koncepcji źródeł prawa, jednak akty prawotwórcze UE są wiążące dla państw członkowskich w zakresie, w jakim państwa te przyznały UE kompetencje prawotwórcze w formie traktatowej, co wynika z treści art. 5 ust. 1 i 2 Traktatu o Unii Europejskiej⁵¹.

Do źródeł unijnego prawa pochodnego zaliczyć należy rozporządzenia i dyrektywy, a także decyzje. Wskazane akty przyjęte w drodze procedury prawodawczej, określonej przez traktaty,

⁴⁷ Dalej zwana: „Konwencją”.

⁴⁸ Konwencja z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku (Dz. U. poz. 1169 z późn. zm.).

⁴⁹ Konwencja z dnia 20 listopada 1989 r. o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526).

⁵⁰ Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku w dniu 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).

⁵¹ Traktat z dnia 7 lutego 1992 r. o Unii Europejskiej (Dz. U. Nr 90, poz. 864 z późn. zm.).

są aktami ustawodawczymi UE⁵². Zgodnie z wyrokiem NSA: „(...) dyrektywy, w przeciwieństwie do rozporządzeń, nie zawierają przepisów prawa wspólnotowego bezpośrednio obowiązującego w porządku prawnym państwa członkowskiego, lecz państwo takie ma obowiązek implementować przepisy dyrektywy do krajowego prawodawstwa w odniesieniu do rezultatu, który ma być osiągnięty przez dyrektywę. W tym znaczeniu jest ona źródłem prawa dla państw członkowskich, zobowiązując te państwa oraz ich organy do wdrożenia przepisów dyrektywy do ich porządków prawnych (...) dyrektywa przyjęta przez Radę, jako organ organizacji międzynarodowej, jaką jest Unia Europejska, jest źródłem prawa w rozumieniu art. 87 ust. 1 Konstytucji i powinna mieć - w przypadku kolizji - pierwszeństwo przed ustawami, jednakże w zakresie tych tylko przepisów dyrektywy, które są wystarczająco jasne i bezwarunkowe, a więc sformułowanych w sposób pozwalający na ich bezpośrednie zastosowanie. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (ETS)”⁵³.

Jako przykład aktu prawnego obowiązującego w Polsce, zawierającego elementy prawa medycznego, należy wskazać Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej⁵⁴. Artykuł 35 KPP wskazuje, iż: „Každy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.”. Omawianą problematykę porusza także treść art. 3 ust. 2 KPP: „W dziedzinach medycyny i biologii muszą być szanowane w szczególności: a) swobodna i świadoma zgoda osoby zainteresowanej, wyrażona zgodnie z procedurami określonymi przez ustawę; b) zakaz praktyk eugenicznych, w szczególności tych, których celem jest selekcja osób; c) zakaz wykorzystywania ciała ludzkiego i jego poszczególnych części jako źródła zysku; d) zakaz reprodukcyjnego klonowania istot ludzkich.”. Wymienione zasady zawarte w art. 35 KPP znajdują odzwierciedlenie w polskim porządku prawnym.

2. Swoiste źródła prawa medycznego

Omawiając źródła prawa medycznego, stwierdzić należy, że Konstytucja RP wyklucza stosowanie jakichkolwiek „swoistych”, „nieformalnych” źródeł prawa, które nie są źródłami prawa powszechnie obowiązującego w rozumieniu art. 87 Konstytucji RP, a nakładałyby

⁵² L. Bosek, *Źródła prawa medycznego* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 267.

⁵³ Wyrok NSA z dnia 11 marca 2010 r., sygn. akt I FSK 61/09, LEX nr 785302.

⁵⁴ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 12 grudnia 2007 r. (Dz. Urz. UE C 202 z 7.06.2016, s. 389 z późn. zm.), dalej zwana: „KPP”.

generalne i abstrakcyjne powinności na osoby niepozostające w relacji korporacyjnej wobec organu, który wydał dany akt normatywny⁵⁵.

Uchwały samorządów zawodów medycznych stanowią istotne dla praktyki specyficzne źródło prawa medycznego. Akty prawne wydawane przez samorząd zawodowy, który reprezentuje osoby wykonujące zawód zaufania publicznego, są aktami prawa wewnętrznego i mogą być wydawane w granicach określonych przez Konstytucję RP. Zatem nie mają one charakteru prawa powszechnie obowiązującego. Tę tezę potwierdza wyrok Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym zakłada się: „Dobrowolność poddania się ustalonym przez korporacje – w przeważającym zakresie samoistnie - zasadom (...) określonym w unormowaniu typu regulaminowego, a więc bezspornie wewnątrzkorporacyjnego”⁵⁶. Tym samym Trybunał Konstytucyjny wykluczył, aby na podstawie aktów korporacyjnych podejmowane były merytoryczne decyzje w sprawach osób nienależących do korporacji zawodowej zaufania publicznego⁵⁷. Wskazane stanowisko znalazło także aprobatę w tezie do wyroku WSA, zgodnie z którą: „Akty korporacji zawodowych, zgodnie z założeniami konstytucyjnego systemu źródeł prawa, nie mogą być źródłami prawa powszechnie obowiązującego, a tym samym stosowanego do osób niewchodzących jeszcze w skład korporacji zawodowej. Podstawę prawną decyzji w ich sprawach mogą stanowić jedynie akty powszechnie obowiązujące, wymienione w art. 87 Konstytucji RP, a nie akty o charakterze wewnętrznym, jakimi są uchwały korporacji.”⁵⁸. Uznać zatem należy, że uchwały i inne akty o charakterze korporacyjnym uzupełniają regulacje ustawowe, jednak nie mogą ich naruszać, ponieważ nie są źródłem prawotwórstwa samoistnego. Podlegają one kontroli sądowej z punktu widzenia prawa powszechnie obowiązującego.

Do nieformalnych, swoistych źródeł prawa medycznego należy zaliczyć także normy deontologiczne obowiązujące członków korporacji zawodów medycznych, którzy podlegają odpowiedzialności zawodowej za ich naruszenie. Etykę zawodową określa się jako pewną doktrynę moralną, której celem jest systematyzacja ocen i norm moralnych związanych z wykonywaniem określonego zawodu⁵⁹. Normy etyki zawodowej nie zastępują normy ogólnej moralności jednostek, lecz traktując ją jako pewien punkt wyjścia, rozwijają jej podstawowe

⁵⁵ M. Więcek, *Źródła prawa [w:] Konstytucja RP. Tom II. Komentarz do art. 87-243*, Warszawa 2016, s. 66.

⁵⁶ Wyrok TK z dnia 18 lutego 2000 r., sygn. akt P 21/02, LEX nr 84273.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Teza do wyroku WSA w Warszawie z dnia 6 września 2005 r., sygn. akt VI SA/Wa 630/05, LEX nr 192906.

⁵⁹ I. Wrześniewska-Wal, *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018, s. 26.

treści lub idee. Nie można zatem traktować ich jako jednolitej i uporządkowanej grupy norm postępowania, ale z uwagi na konieczność ich dostosowania do indywidualnej charakterystyki poszczególnych zawodów pozostają zbiorem wielu odrębnych zespołów wzorców moralności zawodowej⁶⁰.

Przechodząc do rozważań dotyczących charakteru prawnego zasad deontologicznych, wskazać warto, że zarówno w doktrynie prawa, jak i w orzecznictwie, odrzuca się tezę o normatywnym charakterze norm deontologicznych. Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z dnia 7 października 1992 r. trafnie wskazał, że: „Zakwestionowane przez Rzecznika Praw Obywatelskich we wniosku normy zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej mają charakter norm deontologicznych, a nie norm należących do zakresu administracji państwowej. Stanowienie norm deontologicznych nie należy do właściwości organów państwa. Państwo zatem nie jest uprawnione do zlecenia stanowienia tych norm komukolwiek, także organom samorządu lekarskiego. Państwo bowiem może zlecić jedynie tworzenie norm prawnych. Normy deontologiczne same przez się charakteru prawnego nie posiadają. Należą bowiem do niezależnego od prawa zbioru norm etycznych. Upoważnienie zawarte w ustawie o izbach lekarskich do uchwalenia przez zjazd lekarzy norm deontologicznych jest jedynie ustawowym potwierdzeniem powszechnie uznawanego prawa korporacji lekarskiej (także i innych korporacji zawodowych) do określania zasad deontologicznych zgodnie z uznawanym przez te korporacje systemem wartości. Upoważnienie to nie jest natomiast delegacją ustawową w sensie scedowania na samorząd lekarski funkcji należących do organów administracji państwowej. Żaden organ administracji państwowej nie był i nie może być uprawniony do określania norm deontologicznych dla lekarzy.”⁶¹.

Powyżej przytoczoną tezę TK należy uzupełnić o uchwałę TK z dnia 17 marca 1993 r., która podtrzymuje pogląd reprezentowany przez Trybunał: „Normy etyczne są autonomiczne w stosunku do norm prawnych. To normy prawne powinny posiadać legitymację aksjologiczną, normy etyczne nie potrzebują legitymacji jurystycznej. Pozytywne prawo, szczególnie w systemie pluralistycznym, jest zawsze wynikiem kompromisu różnych sił politycznych i społecznych odgrywających rolę w życiu publicznym. Prawo nie może być pełnym odbiciem

⁶⁰ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 163-164.

⁶¹ Postanowienie TK z dnia 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, LEX nr 25236.

moralności. Stąd pochodzą różnice zakresów pomiędzy obowiązującym systemem prawa a występującymi w społeczeństwie systemami norm etycznych.

Natomiast racjonalny ustawodawca nie może obejmować sankcjami prawnymi zachowań, które są zgodne z nakazem lub dozwoleńcem wynikającym z obowiązujących norm prawnych. Wprowadzając do ustawy o izbach lekarskich sankcje prawne określone w art. 42 związane z postępowaniem sprzecznym z zasadami etyki i deontologii zawodowej, nie mógł więc ich ustawodawca łączyć z takimi zachowaniami, które były wykonaniem występującego w ustawie obowiązku lub mieściły się w ramach określonego ustawą dozwoleńca. Dlatego też Trybunał Konstytucyjny doszedł do wniosku, że art. 41 w zw. z art. 15 pkt 1) ustawy o izbach lekarskich, będący podstawą do zastosowania sankcji przewidzianych w art. 42 tej ustawy, nie ma zastosowania w tych przypadkach, w których zachowanie się lekarza jest zgodne z nakazem, zakazem lub upoważnieniem obowiązującej ustawy.”⁶².

Mając na uwadze powyżej przytoczone orzecznictwo, można stwierdzić, że normy etyki zawodowej to element służący do konkretyzacji norm postępowania, zasadniczo dekodowane z obowiązujących przepisów prawa⁶³. Zatem normy wynikające z kodeksów deontologicznych powinny traktować się jako szczególną grupę norm etycznych, która została w pewien sposób inkorporowana do systemu prawnego.

Podsumowując, normy deontologiczne wynikające z kodeksów etyki zawodów medycznych nie są normami prawnymi, a zbiorem norm etycznych dookreślających, uzupełniających normy prawne.

3. Podsumowanie

Biorąc pod uwagę zarówno źródła prawa powszechnie obowiązującego, jak i swoiste źródła prawa, bez wątpienia można uznać prawo medyczne za jedną z gałęzi systemu prawa w Polsce. Gałęzi, co warto podkreślić, o niejednorodnych źródłach, bowiem dziedzina ta czerpie unormowania nie tylko ze specyficznych dla siebie aktów normatywnych, a także deontologicznych, lecz również jest wypadkową innych gałęzi prawa uznanych za klasyczne, takich jak: prawo cywilne, prawo karne czy administracyjne. Będzie to uwypuklone w dalszej części rozprawy doktorskiej.

⁶² Uchwała TK z dnia 17 marca 1993 r., sygn. akt W 16/92, LEX nr 25141.

⁶³ P. Kardas, *Kilka uwag o funkcji i znaczeniu etycznych i deontologicznych standardów wykonywania zawodów prawniczych*, Palestra 1-2/2014, s. 48.

Prawo medyczne jest filarem, na którym opiera się cały system ochrony zdrowia w Polsce od regulacji jednostkowych, określających prawa i obowiązki ich adresatów, np. pacjentów oraz osób wykonujących zawody medyczne, aż po unormowania związane z finansowaniem oraz organizacją podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Rozdział II. Odpowiedzialność cywilna i karna w prawie medycznym

Pojęcie „odpowiedzialność” odnosi się do moralnego lub prawnego obowiązku ponoszenia konsekwencji za rezultaty podejmowanych działań, zarówno wobec pacjentów, jak i wobec zawodu. W prawie medycznym można wyróżnić cztery rodzaje odpowiedzialności, w zależności od przyjętego kryterium⁶⁴: cywilną, karną, zawodową i pracowniczą.

Na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej swoją uwagę poświęcę dwóm z wymienionych w poprzednim akapicie rodzajom odpowiedzialności – cywilnej i karnej, jako najbardziej rozbudowanym rodzajom odpowiedzialności.

1. Odpowiedzialność cywilna

Odpowiedzialność cywilna jest rozumiana jako odpowiedzialność za wyrządzenie szkody majątkowej lub krzywdy, czyli uszczerbku o charakterze niemajątkowym. Podstawową funkcją odpowiedzialności cywilnej jest funkcja wyrównawcza, celem której jest kompensata uszczerbku, jakiego doznał poszkodowany w swoich dobrach prawnie chronionych.

W przypadku szkody majątkowej poszkodowany ma uprawnienie do rekompensaty w naturze lub pieniężnej. Natomiast szkoda niemajątkowa cechuje się kompensatą o charakterze zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Odpowiedzialność cywilna dzieli się na odpowiedzialność deliktową (*ex delicto*) oraz kontraktową (*ex contractu*).

1.1. Odpowiedzialność deliktowa

O odpowiedzialności *ex delicto* mówimy, gdy zdarzenie prowadzące do powstania szkody i za szkodę tę prawo czyni kogoś odpowiedzialnym, występuje poza stosunkiem zobowiązaniowym⁶⁵. Wyrządzenie szkody przez czyn niedozwolony stanowi samoistne źródło stosunku obligacyjnego, a co za tym idzie skutkuje zaistnieniem odpowiedzialności odszkodowawczej – deliktowej. W polskim systemie prawa odróżnia się zasadniczo odpowiedzialność deliktową od kontraktowej, gdzie dla zaistnienia obowiązku naprawienia

⁶⁴ A. Fiutak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2016, s. 97.

⁶⁵ M. Pannert, *Czyny niedozwolone [w:] Zobowiązania*, Warszawa 2016, wyd. 2, s. 175.

szkody wymaga się, aby była ona wynikiem niewykonania albo nienależytego wykonania istniejącego wcześniej między stronami stosunku zobowiązaniowego⁶⁶.

Kolejną różnicą między odpowiedzialnością *ex delicto* a *ex contractu* jest stopień winy. Ową różnicę trafnie uchwycił Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 17 października 2018 r., stwierdzając, że: „O ile pojęcie winy jest jednakowe, zarówno jeśli chodzi o odpowiedzialność deliktową (art. 415 k.c.), jak i kontraktową (art. 471 k.c.), o tyle różnice dotyczą zakresu odpowiedzialności. W ramach odpowiedzialności deliktowej stopień winy ma znaczenie drugorzędne, co oznacza, że sprawca odpowiada w razie istnienia choćby lekkiego niedbalstwa.”⁶⁷. Zatem świadczenie polegające na obowiązku naprawienia szkody w odniesieniu do odpowiedzialności kontraktowej ma charakter następczy, a na gruncie odpowiedzialności deliktowej – pierwotny.

Artykuł 415 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny⁶⁸, normujący odpowiedzialność *ex delicto*, ma zastosowanie w takich przypadkach, w których do wyrządzenia szkody dochodzi poza istniejącymi między danymi stronami stosunkami prawnymi, a zdarzenie wywołujące szkodę stanowi źródło powstania zobowiązania, które sprowadza się do obowiązku naprawienia szkody nim wyrządzonej. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że z treści wskazanego przepisu wprost nie wynika obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej w ramach istniejącego między stronami stosunku prawnego⁶⁹. Nie wyklucza to jednak ewentualnego zbiegu roszczeń wynikającego z art. 433 k.c.

Termin „odpowiedzialność deliktowa” nie odpowiada wprost faktycznemu jej zakresowi, ponieważ art. 415 k.c. nie przewiduje odpowiedzialności za delikt, a za czyn niedozwolony. Pojęcie „delikt” określa się jako zawinione działanie człowieka, podczas gdy art. 415 i n. k.c. przewidują odpowiedzialność za czyny niedozwolone, w tym także za szkodę wyrządzoną bez winy człowieka, a także za czyny zaszłe bez zaangażowania woli ludzkiej. Warto podkreślić, że czyn niedozwolony ma szerszy, w odniesieniu do deliktu, charakter znaczeniowy i stanowi pewien fakt albo zespół faktów rodzących odpowiedzialność za szkodę, jeśli da się stwierdzić, iż między czynem a szkodą występuje adekwatny związek przyczynowy.

⁶⁶ W. Dubis, *Czyny niedozwolone* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2021, wyd. 10, s. 904.

⁶⁷ Wyrok SA w Łodzi z dnia 17 października 2018 r., sygn. akt I ACa 47/18, LEX nr 2595392.

⁶⁸ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360, z późn. zm.), dalej zwana: „k.c.”.

⁶⁹ Tak: postanowienie SN z dnia 14 października 2011 r., sygn. akt III CSK 288/10, LEX nr 1129123.

Wina wyraża zasadę ogólną odpowiedzialności *ex delicto*, jednak za szkodę można odpowiadać też bez winy. Uzasadniają to względy ryzyka lub słuszności. Zasady winy, ryzyka i słuszności stosuje się od siebie niezależnie i odnoszą się do odmiennych form czynów niedozwolonych⁷⁰.

Na gruncie prawa medycznego wina będzie związana z zachowaniem przedstawicieli zawodów medycznych niezgodnym z obowiązującymi przepisami i zasadami odnoszącymi się do wiedzy medycznej i deontologii zawodowej. Winę można przypisać tylko wtedy, gdy sprawca szkody znajdował się w normalnym stanie świadomości oraz miał możliwość kierowania swoim postępowaniem. Za wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 20 października 2006 r. można wyróżnić:

„Element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa przedmiotowego lub też - w stosunku do lekarza - naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania, występował zakaz zaniechania lub też zakaz spowodowania skutku, który przez zaniechanie mógłby być spowodowany. (...) Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może - w zakresie dotyczącym techniki medycznej wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza. Obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta.”⁷¹.

Jako przykłady odpowiedzialności deliktowej przedstawicieli zawodów medycznych można wskazać⁷²:

- 1) działanie bez zgody pacjenta albo poza jej zakresem,
- 2) odmowę udzielenia pomocy medycznej przez personel medyczny, gdy jest on do tego zobowiązany,

⁷⁰ W. Dubis, *Czyny niedozwolone* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2021, wyd. 10, s. 904–905.

⁷¹ Wyrok SA w Katowicach z dnia 20 października 2006 r., sygn. akt I ACa 966/06, LEX nr 269615.

⁷² A. Fiutak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2016, s. 103.

- 3) zaniedbanie personelu medycznego w zakresie dochowania obowiązku nadzoru nad pacjentem,
- 4) naruszenie dóbr osobistych pacjenta, niezwiązane bezpośrednio z wykonywanym zabiegiem leczniczym.

1.2. Odpowiedzialność kontraktowa

Zgodnie z treścią art. 353 § 1 k.c. elementarnym obowiązkiem dłużnika jest spełnienie świadczenia. Prowadzi ono do zaspokojenia wierzyciela, wskutek czego zobowiązanie wygasa. Czasami dłużnik uchyla się od spełnienia świadczenia albo wykonuje świadczenie niezgodnie z treścią zobowiązania. W ten sposób określone, ujemne następstwa zachowania dłużnika wypełnienia obowiązku świadczenia określa się mianem odpowiedzialności kontraktowej. Zagadnienie to zawiera w sobie odpowiedzialność odszkodowawczą, której źródłem jest niewykonanie albo nienależyte wykonanie zobowiązania wskutek okoliczności obciążających dłużnika, wynikające z treści art. 471 k.c.⁷³

Na gruncie prawa medycznego o odpowiedzialności kontraktowej będzie mowa w sytuacji niewykonania bądź niewłaściwego wykonania umowy zawartej między osobą wykonującą zawód medyczny a pacjentem. Przez zawarcie umowy należy rozumieć umowę o właściwe wykonanie świadczenia zdrowotnego. Jako przykład takiej odpowiedzialności można wskazać pielęgniarkę prowadzącą indywidualną praktykę, która nie wykonała albo nienależycie wykonała zawartą z pacjentem umowę w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Warto zaznaczyć, że personel medyczny zatrudniony na umowie o pracę przez podmiot wykonujący działalność leczniczą ponosi odpowiedzialność pracowniczą (dyscyplinarną), nie zaś cywilną. W tym zakresie to podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność kontraktową.

Zobowiązania dzielą się na zobowiązania starannego działania oraz zobowiązania rezultatu.

Zobowiązania starannego działania obligują dłużnika do dołożenia należytej staranności w zmierzaniu do ustalonego celu, jednak jego osiągnięcie pozostaje poza treścią stosunku zobowiązaniowego. W odniesieniu do zawodów medycznych udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie zobowiązaniem np. lekarza czy pielęgniarki do starannego działania – lekarz zobowiązuje się, że będzie leczył pacjenta zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz innymi standardami wyznaczonymi przez akty prawne, jak i pozaprawne, jednak nie

⁷³ K. Zagrobelny, *Zobowiązania [w:] Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2021, wyd. 10, s. 1108.

zobowiązuje się do wyleczenia pacjenta. Zobowiązanie starannego działania oznacza działania ze starannością wymaganą w stosunkach danego rodzaju.

Zobowiązanie rezultatu oznacza nałożenie na dłużnika powinności osiągnięcia oznaczonego z góry, konkretnego rezultatu. Przez pojęcie rezultatu należy rozumieć uzgodniony w treści zobowiązania prawny i ekonomiczny skutek, którym wierzyciel jest zainteresowany, nie zaś samą czynność, którą dłużnik powinien podjąć. Przykładem takiego działania w odniesieniu do procedur lekarskich jest wykonanie protezy przez lekarza dentystę, wykonanie zabiegu powiększania piersi przez lekarza czy wykonanie określonego zastrzyku przez pielęgniarkę⁷⁴.

2. Odpowiedzialność karna

Odpowiedzialność karną można zdefiniować jako odpowiedzialność za popełnianie przez człowieka czynu zabronionego przez ustawę pod groźbą kary. Czynem tym może być zbrodnia albo występki, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy. W kontekście prawa medycznego czynami tymi będą te, które są kierowane przeciwko dobrom szczególnie chronionym, takim jak życie czy zdrowie. Konsekwencją naruszenia wskazanych dóbr jest kara kryminalna rozumiana jako osobista dolegliwość ponoszona przez sprawcę jako odpłata za popełnione przestępstwo, która wyraża potępienie popełnionego przez niego czynu i wymierzana jest w imieniu państwa przez sąd⁷⁵.

Warto zaznaczyć, że ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny⁷⁶ nie przewiduje wprost – poza jednym wyjątkiem wynikającym z art. 192 k.k. – odpowiedzialności karnej za przestępstwo stypizowane, którego adresatami są przedstawiciele zawodów medycznych. Jednakże wśród katalogu przestępstw zawartych w Kodeksie karnym można wskazać te, które z racji wykonywania zawodu mogą być popełnione przez osoby wykonujące zawody medyczne – przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu oraz wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta.

Dodać należy, że w ustawach regulujących wykonywanie poszczególnych zawodów medycznych, np. lekarza i lekarza dentysty, pielęgniarek i pielęgniarzy oraz diagnostów laboratoryjnych, są przewidziane przepisy karne odnoszące się do udzielania świadczeń zdrowotnych bez wymaganych kwalifikacji.

⁷⁴ A. Fiutak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2016, s. 102.

⁷⁵ L. Gardocki, *Prawo karne*, wyd. 20, Warszawa 2017, s. 50 i 164.

⁷⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.), dalej zwana: „k.k.”.

Do przedstawicieli zawodów medycznych (lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i pielęgniarzy, położnych, ratowników medycznych) odnosi się art. 2 k.k., stanowiący, że: „odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciąży prawny, szczególnie obowiązek zapobiegania skutkowi”.

Na gruncie prawa karnego podstawą odpowiedzialności za przestępstwo popełnione przez przedstawicieli zawodów medycznych może być⁷⁷:

- 1) art. 160 k.k. określający narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W tym szczególnie art. 160 § 2 i 3 k.k., z którego wynika, że osoby wykonujące zawody medyczne są „gwarantami bezpieczeństwa” pacjenta,
- 2) art. 162 k.k., który penalizuje nieudzielenie pomocy osobie znajdującej się w stanie grożącym bezpośredniemu niebezpieczeństwu utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
- 3) art. 155 k.k. dotyczący odpowiedzialności za nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta,
- 4) art. 156 k.k. penalizujący spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności do płodzenia, innego ciężkiego kalectwa, innej ciężkiej choroby nieuleczalnej albo długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała,
- 5) art. 157 § 1 i § 2 k.k. dotyczący lekkiego i średniego uszczerbku na zdrowiu,
- 6) art. 152 § 2 k.k. dotyczący przerwania ciąży wbrew ustawie.

Na marginesie pragnę dodać, że w literaturze przedmiotu często na gruncie odpowiedzialności karnej w prawie medycznym podkreśla się rolę lekarza jako „gwaranta bezpieczeństwa” pacjenta. Moim zamiarem nie jest umniejszanie roli lekarza w procesie terapeutycznym oraz wdawanie się w spór o słuszność wdrażania w system prawa medycznego pojęcia zespołu terapeutycznego, a jedynie podkreślenie, że wraz z przyznawaniem nowych kompetencji innym zawodom medycznym rośnie ich odpowiedzialność za pacjenta. Jest to istotna problematyka także w odniesieniu do prawa karnego. Dla przykładu można podać ratownika medycznego w zespole podstawowym (bez lekarza), jako gwaranta bezpieczeństwa pacjenta, czy

⁷⁷ A. Fiutak, *Błąd medyczny i niepożądane zdarzenia medyczne – odpowiedzialność prawnokarna* [w:] *Medyczne prawo karne*, Warszawa 2016, s. 63-64.

pielęgniarkę środowiskową wykonującą procedury medyczne w domu pacjenta bez nadzoru lekarza.

Rozdział III. Charakterystyka zawodów medycznych

1. Pojęcie „zawodu medycznego”

Problematyka pojęcia „zawodu medycznego” jest niezwykle skomplikowana, ponieważ można ją rozumieć wielopłaszczyznowo, poczynając od znaczenia językowego, poprzez pojęcie *sensu stricto* prawnicze, aż po definicję opierającą się wyłącznie o praktyczne rozumienie tego zagadnienia.

Próba odnalezienia spójnej definicji zawodu medycznego w literaturze poświęconej prawu medycznemu lub w doktrynie prawa, opierając się na orzecznictwie sądów, prowadzi jedynie do wniosku, że w polskim systemie prawa nie sposób jej odnaleźć. Wynika to nie tyle ze źle sformułowanych przepisów, ile z pewnej niekonsekwencji ustawodawcy w tworzeniu aktów prawnych regulujących wykonywanie określonego zawodu. W konsekwencji osoby wykonujące w znaczeniu praktycznym zawód medyczny nie mogą korzystać z wielu przywilejów, które przypisywane są do ustabilizowanych w sensie prawnym zawodów, takich jak np. lekarze, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjni czy od niedawna fizjoterapeuci. Egzemplifikacja tego problemu była najlepiej widoczna w trakcie trwania pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2.

Potoczne rozumienie zawodu medycznego ma niezwykle szeroki zakres. Mówiąc o kimś, że jest medykiem mamy na myśli przede wszystkim: lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych, a także rejestrarki medyczne, techników radiologii, diagnostów laboratoryjnych, fizjoterapeutów. Warto zadać pytanie, czy wszystkie zawody rzeczywiście spełniają przesłankę bycia medycznymi.

2. Problematyka związana z pojęciem „zawodu medycznego”

Definicja zawodu medycznego po raz pierwszy w polskim systemie prawnym pojawiła się wraz z wprowadzeniem art. 18d ust. 1 pkt 1) ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁷⁸, w świetle którego: „ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o osobie wykonującej zawód medyczny, należy przez to rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę

⁷⁸ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), dalej zwana: „u.z.o.z.”.

legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny”.

Wskazana definicja zawodu medycznego została skonstruowana jedynie na użytek ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz klasyfikacji osób jako wykonujących zawód medyczny w zakładzie opieki zdrowotnej⁷⁹.

Z racji zawężonego charakteru powyższej definicji pojawiły się wątpliwości, czy jednoznacznie określiła ona istotę, zakres oraz czy usystematyzowała pojęcie „zawodów medycznych” bez względu na miejsce wykonywania pracy⁸⁰. Ustawodawca po kilku latach, przepisem art. 3 ust. 1 pkt 3) u.o.p.p., rozszerzył zastosowanie definicji użytej w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej na inne podmioty ochrony zdrowia⁸¹.

Obecnie definicja zawodu medycznego jest zawarta w treści art. 2 ust. 1 pkt 2) u.dz.l. Stanowi ona wierną kopię pojęcia z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

D. Karkowska zauważa, że definicja zawodu medycznego składa się z kilku elementów. Według niej istotne jest to, że:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych wynika ze społecznego podziału pracy, stanowi zespół czynności;
- przez wzgląd na podział pracy można wyodrębnić dwie grupy zawodów medycznych: pierwszą stanowią zawody, dla których zbiór czynności jest wyznaczony przez obowiązujące przepisy; oraz drugą, dla której zbiór czynności nie posiada źródła w przyjętych uregulowaniach prawnych, jednak stanowi zespół czynności w określonym zakresie medycyny lub określonej dziedzinie medycyny;
- osoba wykonująca zawód medyczny powinna robić to w sposób systematyczny;
- kwalifikacje zawodowe stanowią podstawę udzielania świadczeń zdrowotnych. Zawody medyczne dzielą się na dwie grupy – osoby udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów odrębnych od ustawy o działalności leczniczej i osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w związku z legitymowaniem się nabytymi kwalifikacjami, przy czym wymagana „legitymacja” nie została przez ustawodawcę ściśle określona;

⁷⁹ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 72.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Artykuł 3 ust. 1 pkt 3) u.o.p.p.

- definicja ustawowa zawodu medycznego pomija aspekt dochodu uzyskiwanego w ramach wykonywania zawodu⁸².

Przyjąć należy, że D. Karkowska, w sposób prawidłowy i wyczerpujący, dokonała rozbioru art. 2 ust. 1 pkt 2) u.dz.l. na części składowe. Rzeczywiście ustawodawca podzielił zawody medyczne na dwie grupy, jednak dokonał tego w sposób nieprecyzyjny. O ile pierwsza część zdania omawianego przepisu nie budzi wątpliwości - osoba wykonująca zawód medyczny oznacza osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych - o tyle druga część może prowadzić do błędnej kwalifikacji niektórych zawodów do zbioru zawodów medycznych. Użyte w omawianym przepisie nieostre sformułowania przyczyniają się do kolejnych wątpliwości natury prawnej, bowiem nie ma legalnej definicji świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie, legitymowania się nabyciem fachowych kwalifikacji i określonej dziedziny medycyny. Rdzeniem problemu są wątpliwości związane ze statusem zawodowym osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji, a mianowicie, czy powinien on mieć źródło w przepisach prawa, a jeśli tak, to w jakim zakresie⁸³.

Przykładem szerokiej interpretacji pojęcia „zawodu medycznego” jest wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 8 października, w treści którego Sąd uznał, iż:

„Neuroterapeuta jest osobą wykonującą zawód medyczny, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2) ustawy z 2011 r. o działalności leczniczej. Zdaniem Sądu przy ustalaniu, czy dany zawód spełnia przesłanki do uznania go za medyczny, może wynikać potrzeba posiłkowania się wykładnią językową: można sięgnąć do »Słownika języka polskiego« Wydawnictwa Naukowego PWN, autorstwa W. Doroszewskiego, gdzie terapeuta to: 1. psychoterapeuta, 2. osoba specjalizująca się w określonym rodzaju terapii, czy też do Wikipedii (<http://pl.wikipedia.org/wiki/>), gdzie neuroterapeuta to osoba, która specjalizuje się w określonym rodzaju terapii, najczęściej w psychoterapii. Można się też spotkać z definicją, która określa terapeutę jako specjalistę w dziedzinie terapii, znawca metod terapii. Terapeuta, stosując odpowiednie metody, testy, oraz angażując pacjenta/klienta w rozwiązywanie określonych zadań i wykonywanie odpowiednich czynności, wpływa na zmianę postępowania lub zmianę zachowania swojego pacjenta/klienta. Najczęściej terapeutami są psycholodzy,

⁸² D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 73.

⁸³ Z. Banaszczyk, *Formy prowadzenia działalności leczniczej* [w:] *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 663; F. Grzegorzczak, *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o działalności leczniczej*, Warszawa 2012, s. 22.

lekarze, fizjoterapeuci, psychopedagodzy oraz pracownicy socjalni. W Polsce dość liczną grupę stanowią terapeuci zajęciowi, którzy poprzez organizację odpowiednich zajęć manualnych swoich podopiecznych wpływają na poprawę ich samopoczucia lub zachowania. Terapeuci najchętniej wykorzystywani są przy wspomagającym leczeniu chorób psychiatrycznych, depresji, choroby alkoholowej, narkomanii, zaburzeń u dzieci i młodzieży (ADHD, zespół Downa, itp.) oraz w leczeniu traumy. Coraz powszechniej ich praca znajduje zastosowanie w pracy z dziećmi agresywnymi oraz z zaburzeniami zachowania. Można też wyróżnić różnego rodzaju terapie rodzinne, np. w podejściu systemowym⁸⁴.

Z racji tego, że polski ustawodawca nie sprecyzował znaczenia legitymowania się danej osoby nabyciem fachowych kwalifikacji”, Sąd uznał za wystarczające wydanie naturoterapię dokumentów w postaci certyfikatów przez Centrum Rehabilitacji Poznawczej i Neuroterapii „Biomem” we Wrocławiu oraz Instytut EEG w Warszawie.

Nadmienić należy, że zawód neuroterapeuty może wykonywać osoba bez wykształcenia medycznego, posiadająca jedynie certyfikat przyznany przez bliżej niesprecyzowany podmiot.

Uznać można, iż ustawodawca, konstruując w ten sposób omawiany przepis, chciał sprostać rozwojowi nauk medycznych i pozostawił możliwość rozszerzenia jego interpretacji, tak aby nowo powstające zawody mające związek z szeroko pojętą medycyną kwalifikować jako zawód medyczny.

Liberalnie wyrażona definicja ustawowa zawodu medycznego prowadzi niekiedy do zbyt szerokiej interpretacji tego pojęcia, co może mieć wpływ na porządek prawny, ale przede wszystkim na mylne przyjęcie, że przedstawiciel danego zawodu ma wiedzę i umiejętności w zakresie medycyny.

Justyna Zajdel-Całkowska przyjęła, że do zawodów medycznych należy zaliczyć także zawody związane pośrednio z ochroną zdrowia, które wspomagają udzielanie świadczeń zdrowotnych w obszarze administracyjnym, takie jak: sekretarki medyczne, asystenci medyczni oraz osoby zajmujące się kontrolą i rozliczaniem udzielonych świadczeń zdrowotnych⁸⁵. Jest to pogląd chybiony, ponieważ osoby te nie dokonują czynności związanych bezpośrednio z pacjentem.

⁸⁴ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 8 października 2013 r. I SA/Sz 464/13 Zwolnienie usług neuroterapeuty z podatku od towarów i usług. LEX nr 1382020.

⁸⁵ J. Zajdel-Całkowska, *Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego i sprzeciw wobec niego* [w:] *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, Warszawa 2021, s. 25.

Trudno też przyjąć, że przetwarzanie danych osobowych czy danych wymaganych do rozliczeń mieści się w zakresie udzielania świadczenia zdrowotnego.

Podkreślenia wymaga fakt, że osoby zajmujące się czynnościami biurowo-administracyjnymi nie mogą badać pacjenta, w tym przeprowadzać wywiadu medycznego. Są to uprawnienia przysługujące zawodom regulowanym (np. lekarzom, pielęgniarkom), które odnoszą się do delikatnej sfery życia ludzkiego, jaką jest zdrowie. Mimo że trudno wyobrazić sobie w praktyce badanie pacjenta przez rejestratorkę medyczną, a następnie postawienie przez nią rozpoznania, to takie czynności w polskiej ochronie zdrowia nie należą do rzadkości.

Próba odkodowania pojęcia „zawodu medycznego” natrafia na jeszcze większe trudności, gdy podda się analizie definicje przytaczane w literaturze poświęconej prawu medycznemu. W wielu książkach traktujących o zawodach medycznych jest najczęściej przytaczana definicja tej grupy zawodowej autorstwa A. Kolasy, zgodnie z którą pojęcie „zawodu medycznego” należy odnieść do osób: „(...) które stale, fachowo i w celach zarobkowych zajmują się wykonywaniem zajęcia mającego związek z medycyną i które mają odpowiednie kwalifikacje. Przez kwalifikacje należy zaś rozumieć zasób wiedzy i umiejętności wymaganych do udzielania świadczeń zdrowotnych”⁸⁶. Jest to definicja zbyt szeroka, autorka posługuje się w niej pojęciami nieostrymi. Przyjęcie jej w praktyce zapewne spowodowałoby kwalifikowanie zawodów mających niewiele wspólnego z medycyną jako medycznych, z możliwą szkodą dla pacjentów.

Znacznie lepsza definicja zawodu medycznego jest proponowana przez D. Karkowską. Uważa ona, że zawód medyczny jest wykonywany przez osobę legitymującą się wykształceniem medycznym, systematycznie oraz odpłatnie podejmującą i prowadzącą działania medyczne, które stanowią osobiste oddziaływanie na organizm człowieka, odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, na podstawie kwalifikacji i umiejętności zdobytych w wyniku kształcenia oraz nabytych uprawnień⁸⁷.

Jest to definicja „szczelna”, w rozumieniu braku możliwości rozszerzenia jej o osoby prowadzące terapie dalekie od wymogów aktualnej wiedzy medycznej, „leczących” klientów metodami niezajdującymi potwierdzenia w badaniach klinicznych, nie tylko prowadząc do nieuzasadnionego uzyskiwania korzyści majątkowych, ale czasami także do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Wymóg legitymowania się wykształceniem medycznym jest kolejną

⁸⁶ A. Kolasa, *Zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy*, nr 7-8 (2000), s. 54 i n.

⁸⁷ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 465-466.

barierą chroniącą przed nadużyciami osób nieposiadającymi wiedzy medycznej, a podejmującymi próby „leczenia” ciężko chorych pacjentów metodami niekonwencjonalnymi, które mogą okazać się tragiczne w skutkach.

Nabywanie wiedzy medycznej, a tym samym legitymowanie się wykształceniem medycznym, sprawia, że należałoby skonstruować legalną definicję wykształcenia medycznego, bowiem w moim przekonaniu niedopuszczalna jest sytuacja, w której kwalifikacja danego zawodu jako medyczny odbywa się na zasadzie przypadku. Temat ten będzie poruszony w dalszej części pracy.

Krytyce należy poddać próbę – nawet pośrednią – klasyfikacji zawodu jako medycznego na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, ponieważ nie zawiera ono żadnych wskazówek dotyczących zdekodowania pojęcia „zawód medyczny”, a jedynie porządkuje nazwy zawodów w zależności od specjalności, w sposób budzący poważne wątpliwości.

Ponadto traktowanie wyżej wymienionego rozporządzenia w odniesieniu do próby definiowania zawodu medycznego wydaje się sprzeczne z zasadami logiki oraz nauką prawoznawstwa. Owo rozporządzenie stanowi akt wykonawczy do art. 36 ust. 8 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z którego treści wynika, że: „Minister właściwy do spraw pracy określi, w drodze rozporządzenia, klasyfikację zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakres jej stosowania, uwzględniając zawody i specjalności występujące na rynku pracy oraz potrzeby pośrednictwa i poradnictwa zawodowego”. Przepisy aktu wykonawczego w żaden sposób nie rozwiązują wątpliwości związanych z definiowaniem zawodu medycznego, a nawet prowadzą do sporów między przedstawicielami różnych grup zawodowych.

Rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania dokonuje w sposób sprzeczny z porządkiem prawnym, wprowadzający w błąd co do istoty kwalifikacji danego zawodu jako medyczny, podziału na:

- 1) specjalistów do spraw zdrowia, zaliczając do nich:

Tabela 1. Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy; specjaliści do spraw zdrowia

22	Specjaliści do spraw zdrowia
221	Lekarze
222	Pielęgniarki
223	Położne
2240	Specjaliści do spraw ratownictwa medycznego
2240 01	Specjalista do spraw ratownictwa medycznego
225	Lekarze weterynarii
226	Lekarze dentyści
227	Diagności laboratoryjni
228	Farmaceuci
229	Inni specjaliści ochrony zdrowia
2291	Specjaliści do spraw higieny, bezpieczeństwa pracy i ochrony środowiska
2291 01	Inspektor dozoru jądrowego
2291 02	Specjalista promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
2291 03	Specjalista bezpieczeństwa i higieny pracy
2291	Specjalista zdrowia publicznego

04	
2291 05	Specjalista zdrowia środowiskowego
2291 06	Rzecznawca do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy
2291 90	Pozostali specjaliści do spraw higieny, bezpieczeństwa pracy i ochrony środowiska
2292	Fizjoterapeuci
2293	Dietetycy i specjaliści do spraw żywienia
2293 01	Specjalista do spraw dietetyki
2293 02	Specjalista żywienia człowieka
2293 90	Pozostali dietetycy i specjaliści do spraw żywienia
2294	Audiofonolodzy i logopedzi
2294 01	Audiofonolog
2294 02	Logopeda
2294 03	Neurologopeda
2294	Surdologopeda

04	
2294 90	Pozostali audiofonolodzy i logopedzi
2295	Optometryści
2299	Specjaliści ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowani
2299 01	Epidemiolog
2299 02	Koordynator badań klinicznych
2299 03	Kosmetolog
2299 04	Osoba wykwalifikowana w przemyśle farmaceutycznym
2299 05	Psychoterapeuta
2299 06	Specjalista psychoterapii uzależnień
2299 07	Specjalista terapii uzależnień
2299 08	Toksykolog
2299 09	Psychoonkolog

2299 10	Psychotraumatolog
2299 11	Specjalista radiofarmacji
2299 12	Specjalista inżynierii medycznej
2299 13	Elektroradiolog
2299 14	Specjalista do spraw techniki dentystycznej
2299 90	Pozostali specjaliści ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowani

Źródło: Załącznik do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2021 r.

2) średni personel do spraw zdrowia, do których należą:

Tabela 2. Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy; średni personel do spraw zdrowia

32	Średni personel do spraw zdrowia
321	Technicy medyczni i farmaceutyczni
3211	Operatorzy aparatury medycznej
3211 01	Operator systemów sterylizacji artykułów sanitarnych, sprzętu i aparatów medycznych
3211 02	Perfuzjonista
3211	Technik elektroradiolog

03	
3211 04	Technik sterylizacji medycznej
3211 90	Pozostali operatorzy aparatury medycznej
3212	Technicy analityki medycznej
3212 01	Technik analityki medycznej
3213	Technicy farmaceutyczni
3213 01	Technik farmaceutyczny
3214	Technicy medyczni i dentystyczni
3214 01	Protetyk sluchu
3214 02	Technik dentystyczny
3214 03	Technik ortopedyczny
3214 90	Pozostali technicy medyczni i dentystyczni
322	Dietetycy i żywieniowcy
3220	Dietetycy i żywieniowcy

3220 01	Dietetyk
3220 02	Technik żywienia i gospodarstwa domowego
3220 90	Pozostali dietetycy i żywieniowcy
323	Praktykujący niekonwencjonalne lub komplementarne metody terapii
3230	Praktykujący niekonwencjonalne lub komplementarne metody terapii
3230 01	Akupunkturzysta
3230 02	Bioenergoterapeuta
3230 03	Biomasażysta
3230 04	Chiropraktyk
3230 05	Homeopata
3230 06	Instruktor hipoterapii
3230 07	Kynoterapeuta (dogoterapeuta)
3230 08	Muzykoterapeuta

3230 09	Naturopata
3230 10	Osteopata
3230 11	Refleksolog
3230 12	Zielarz-fitoterapeuta
3230 13	Arteterapeuta
3230 14	Podolog
3230 90	Pozostali praktykujący niekonwencjonalne lub komplementarne metody terapii
324	Technicy weterynarii
3240	Technicy weterynarii
3240 01	Laborant weterynaryjny
3240 02	Technik weterynarii
3240 90	Pozostali technicy weterynarii
325	Inny średni personel do spraw zdrowia

3251	Asystenci dentystyczni
3251 01	Asystentka stomatologiczna ^s
3251 02	Higienistka stomatologiczna ^s
3251 90	Pozostali asystenci dentystyczni
3252	Środowiskowi pracownicy ochrony zdrowia
3252 01	Terapeuta środowiskowy
3252 90	Pozostali środowiskowi pracownicy ochrony zdrowia
3253	Optycy okularowi
3253 01	Optyk okularowy
3253 02	Technik optyk
3253 90	Pozostali optycy okularowi
3254	Technicy fizjoterapii i masażyści
3254 01	Technik fizjoterapii
3254	Technik masażysta

02	
3255	Średni personel ochrony środowiska, medycyny pracy i bhp
3255 01	Edukator ekologiczny
3255 02	Inspektor bezpieczeństwa i higieny pracy
3255 03	Inspektor ochrony radiologicznej
3255 04	Inspektor ochrony środowiska
3255 05	Instruktor higieny
3255 06	Kontroler higieny mięsa
3255 07	Strażnik ochrony przyrody/środowiska
3255 08	Technik analizy i monitoringu środowiska
3255 09	Technik bezpieczeństwa i higieny pracy
3255 10	Technik dozymetrysta
3255 11	Technik ochrony środowiska

3255 12	Weterynaryjny kontroler sanitarny
3255 13	Inspektor obrony cywilnej
3255 14	Inspektor sanitarny
3255 15	Technik gospodarki odpadami
3255 90	Pozostały średni personel ochrony środowiska, medycyny pracy i bhp
3256	Ratownicy medyczni
3256 01	Ratownik medyczny
3259	Średni personel do spraw zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowany
3259 01	Felczer
3259 02	Higienistka szkolna
3259 03	Instruktor terapii uzależnień
3259 04	Koordinator pobierania i przeszczepiania tkanek i narządów
3259 05	Opiekunka dziecięca

3259 06	Ortoptystka
3259 07	Terapeuta zajęciowy
3259 90	Pozostały średni personel do spraw zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowany

Źródło: Załącznik do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2021 r.

Po przeanalizowaniu tabeli nr 1, stanowiącej załącznik do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, trudno zgodzić się z twierdzeniem, że pełni ono funkcję pomocniczą w identyfikowaniu danego zawodu jako medyczny.

Wadliwość polega na tym, że ustawodawca, kategoryzując zawody, użył sformułowań – odpowiednio – specjaliści do spraw zdrowia i średni personel do spraw zdrowia. Przydzielenie do danej kategorii nie jest w żaden sposób wyznacznikiem przy wskazywaniu, który zawód zawiera elementy potrzebne do spełnienia przesłanki definiowania go jako zawód medyczny.

Aby w pełni uchwycić problematykę związaną z definicją zawodu medycznego, należy ustalić zakres pojęcia „świadczenia zdrowotnego”, które stanowi jeden z elementów definicji.

3. Problematyka pojęcia „świadczenia zdrowotnego”

Definicja zawodu medycznego wynikająca z treści art. 2 ust. 1 pkt 10) u.d.z.l. zawiera element, bez którego stałaby się jałowa, a mianowicie świadczenie zdrowotne. Istotą przywołanego przepisu jest to, że osoba wykonująca zawód medyczny udziela świadczeń zdrowotnych, a osobę zwracającą się o ich udzielenie, bądź z nich korzystającą określa się mianem pacjenta. W świetle przepisu art. 3 ust. 1 pkt 4) u.p.p.: „Pacjent to osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”.

Odpowiednie zrozumienie pojęcia „świadczenia zdrowotnego” – które stanowi element definicji zawodu medycznego – w polskim prawodawstwie wymaga prześledzenia jego

ewolucji. Może się okazać, że w naszym rozumieniu zaszczości historyczno-prawne w lepszy sposób niż obecnie uchwyciły problematykę związaną z owym sformułowaniem.

W okresie międzywojennym pierwszym aktem prawnym zawierającym załączek dzisiejszego sformułowania „świadczenie zdrowotne” był dekret z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby⁸⁸. Nie definiował on wprost pojęcia znanego nam obecnie, ale zawierał w treści pojęcia, takie jak:

- w art. 22, świadczenia obowiązkowe, polegające na pomocy lekarskiej przez Kasę Chorych i zasiłki na koszty pogrzebu swym członkom i ich rodzinom, oraz zasiłków pieniężnych swym członkom w czasie choroby i połogu;
- w art. 42, pomoc lekarska, która udzielana była „(...) przez dyplomowanych lekarzy i lekarzy-dentystów, którzy posiadają przyznane przez polskie władze państwowe prawo praktyki i przyjęli odpowiednie obowiązki drogą pisemnej umowy z Kasą. Czynności pomocnicze mogą być wykonywane przez pomocniczy personel lekarski i techników dentystycznych jedynie na zlecenie lekarza kasowego i pod jego kierunkiem, a bez jego wiedzy i zezwolenia – tylko w wypadkach nagłych i porodów, jeżeli nie może być wezwany lekarz kasowy lub inny lekarz dyplomowany”;
- w art. 30, opieka lekarska, pomoc i opieka pielęgniarska – nie były zdefiniowane.

Dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, został uchylony i zastąpiła go ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym⁸⁹, w treści której zdefiniowano:

- w art. 95, pomoc leczniczą, która obejmowała swoim zakresem: „(...) opiekę lekarską, zaopatrzenie w leki bezpłatne, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością na zasadach i w zakresie określonych w odrębnej ustawie oraz środki lecznicze i pomocnicze oraz środki pomocnicze przeciwko zniekształceniu i kalectwu.”.

Kolejna ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznej służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia⁹⁰ wskazuje na: „(...) udzielanie pomocy leczniczej,

⁸⁸ Dekret z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. Nr 44, poz. 272 z późn. zm.).

⁸⁹ Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. Nr 51, poz. 396 z późn. zm.).

⁹⁰ Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznej służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. Nr 55, poz. 434 z późn. zm.).

przez co należy rozumieć opiekę lekarską, pomoc położniczą, lekarstwa i środki opatrunkowe”⁹¹.

Nie można także pominąć Konwencji z dnia 21 lipca 1967 r. między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej a Rządem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Północnej Irlandii⁹², traktującej o uprawnieniach obywateli obu państw do wzajemnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Przepis artykułu 1 tej Konwencji definiował w sposób ogólny pojęcie „świadczenia zdrowotnego”. Z jego treści wynika, iż: „świadczenie zdrowotne oznacza w odniesieniu do Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej leczenie i opiekę w zakresie społecznej służby zdrowia, świadczone na podstawie ustawodawstwa Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej oraz w odniesieniu do Zjednoczonego Królestwa – leczenie i opiekę, świadczone na podstawie ustawodawstwa o Państwowej Służbie Zdrowia Zjednoczonego Królestwa.”. Podkreślić należy, że świadczenie zdrowotne w rozumieniu Konwencji odnosiło się do pracujących i członków ich rodzin w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniach społecznych z 1933 r., która tym mianem określała pomoc leczniczą, pomoc lekarską i opiekę pielęgniarską⁹³.

Po przemianach ustrojowych pierwszym aktem prawnym, dość obszernie regulującym pojęcie „świadczenia zdrowotnego”, była ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁹⁴, która w art. 3 wskazywała, iż: „(...) świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- 1) badaniem i poradą lekarską;
- 2) leczeniem;
- 3) badaniem i terapią psychologiczną;
- 4) rehabilitacją leczniczą;
- 5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem;
- 6) opieką nad zdrowym dzieckiem;

⁹¹ Artykuł 2 ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznej służby zdrowia i planowanej gospodarcze w służbie zdrowia.

⁹² Konwencja z dnia 21 lipca 1967 r. między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, a Rządem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Północnej Irlandii o świadczeniach zdrowotnych (Dz. U. z 1970 r. Nr 1, poz. 1).

⁹³ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 75; Artykuł 1 Konwencji między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej a Rządem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Północnej Irlandii o świadczeniach zdrowotnych (Dz. U. z 1970 r. Nr 1, poz. 1).

⁹⁴ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

- 7) badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną;
- 8) pielęgnacją chorych;
- 9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi;
- 10) opieką paliatywno-hospicyjną;
- 11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia;
- 12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne;
- 13) czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji;
- 14) czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze”.

Partykuła „w szczególności” oznacza, że kategorie świadczenia zdrowotnego nie stanowiły katalogu zamkniętego, a w sposób precyzyjny określały kierunek, jaki należy obrać przy określaniu, czy dane świadczenie spełnia przesłankę zdrowotną⁹⁵.

Omawiany przepis należy interpretować łącznie z art. 4 oraz art. 10 ust. 1 u.z.o.z., w świetle których: „Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach” oraz: „W zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach”. Z cytowanych przepisów wynika, że w rozumieniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, świadczeń zdrowotnych mogą udzielać tylko podmioty wykonujące je zawodowo; *a contrario* podmioty, które nie są w ustawie wymienione, nie mogą udzielać świadczeń zdrowotnych. Przepisy te wyłączały możliwość rozszerzenia interpretacji pojęcia „świadczenia zdrowotnego”⁹⁶.

Współcześnie pojęcie „świadczenia zdrowotnego” w polskim prawodawstwie jest zawarte w kilku aktach prawnych. Przed wyjaśnieniem, zdekodowaniem omawianego terminu warto poświęcić uwagę samemu znaczeniu pojęcia „świadczenie”⁹⁷.

Pojęcie „świadczenia” traktowane jako przedmiot zobowiązania, a co za tym idzie – spoczywającego na dłużniku długu, stanowi zachowanie, które dłużnik ma obowiązek podjąć

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ M. Dercz, T. Rek, *Przepisy ogólne* [w:] Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, wyd. II, Warszawa 2010, s. 42; artykuł 4 oraz art. 10 ust. 1 u.z.o.z.

⁹⁷ B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego* [w:] *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 1058.

w interesie wierzyciela. Należy pamiętać o tym, że każda z części składowych świadczenia złożonego z danych zachowań jest przedmiotem odrębnego obowiązku dłużnika, któremu odpowiada roszczenie wierzyciela⁹⁸.

Innymi słowy, czynności prawne zobowiązujące, w swojej istocie polegają na zobowiązaniu się jednej strony do świadczenia, czyli określonego działania lub zaniechania na rzecz drugiej strony⁹⁹. Zaspokojenie świadczenia – interesu – wierzyciela stanowi cel stosunku zobowiązaniowego¹⁰⁰.

W odniesieniu do świadczeń zdrowotnych zaspokojenie interesu wierzyciela niejednokrotnie wymagać będzie określonego zachowania się dłużnika – profesjonalisty udzielającego świadczenia zdrowotnego – jak również zapewnienia szczególnemu wierzycielowi – pacjentowi – możliwości dyspozycji przedmiotem świadczenia¹⁰¹.

Niewątpliwie celem zrealizowania świadczenia jest zapewnienie pacjentowi określonej korzyści.

Świadczenie zdrowotne jest szczególnym stosunkiem tylko zbliżonym do stosunku zobowiązaniowego wynikającego z przepisów Kodeksu cywilnego, ponieważ podmiotami tego stosunku nie jest wierzyciel i dłużnik, a jak wynika z szeregu aktów prawnych regulujących *sensu largo* prawo medyczne personel medyczny–pacjent czy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych–pacjent.

W kontekście świadczeń zdrowotnych jest nim cel leczniczy, wynikający wprost z treści ustawy o działalności leczniczej, dążący do zachowania, ratowania, przywracania lub poprawy zdrowia oraz innych działaniach medycznych wynikających z procesu leczenia¹⁰². Określony sposób zachowania się dłużnika uznaje się za treść świadczenia w danym stosunku zobowiązaniowym, to z kolei jest unormowane przez treść zobowiązania, łączącego dłużnika z wierzycielem¹⁰³. Złożoność czynności składających się na świadczenia zdrowotne powoduje, że w rachubę wchodzi różnorodność działań, w zależności od źródła powstania zobowiązania, wynikającego

⁹⁸ G. Kozieł, *Księga trzecia. Zobowiązania* [w:] *Kodeks cywilny komentarz*, Warszawa 2020, wyd. 2., s. 782.

⁹⁹ Z. Radwański, A. Olejniczak, *Prawo cywilne – część ogólna*, Poznań 2019, wyd. 15, s. 226.

¹⁰⁰ T. Dybowski, *System Prawa Prywatnego. Tom 3. Prawo rzeczowe*, Warszawa 2007, wyd. 2, s. 71; B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego* [w:] *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 1058.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Ibidem; Art. 2. ust. 1 pkt 10) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

¹⁰³ T. Dybowski, *System Prawa Prywatnego. Tom 3. Prawo rzeczowe*, Warszawa 2007, wyd. 2, s. 79.

przykładowo z treści umowy bądź obowiązku ustawowego¹⁰⁴. Czynności uznawane za typowe, odnoszące się wprost do udzielania świadczeń zdrowotnych, są zawarte w ustawach traktujących o wykonywaniu danego zawodu medycznego. Jednak jest to zakres ogólny i nie wyczerpuje złożoności pojęcia „świadczenia zdrowotnego”. Podkreślić należy, że ściśle unormowane powinny zostać te świadczenia, co do których wykonania pacjent lub inny uprawniony podmiot wyraża zgodę bądź odmawia jej wyrażenia. Czynność ta została ujęta w treści art. 31 u.o.z.l. oraz art. 15 u.o.p.p.¹⁰⁵.

Znaczenie terminu „świadczenie zdrowotne” jest ujęte w kilku aktach prawnych. Pojęcie to zawiera ustawa o działalności leczniczej, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w wersji pośrednio odnoszącej się do świadczeń zdrowotnych, a ujętych terminem usług w zakresie opieki medycznej, w ustawie o podatku od towarów i usług.

Każda z definicji zawarta w wymienionych wyżej aktach prawnych nieco się różni. Przepis art. 2 ust. 1 pkt 10) u.dz.l. mianem świadczenia zdrowotnego określa „(...) działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Podobna definicja znajduje się w art. 5. ust. 1 pkt 40) u.ś.o.z., w myśl której świadczenie zdrowotne polega na działaniu służącym profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innym działaniu medycznym wynikającym z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Analiza obu wyżej przytoczonych przepisów może prowadzić do wniosku, że są one odmienne. Jednak różnice redakcyjne nie wykluczają ich zbieżności. W przeciwieństwie do ustawy o działalności leczniczej, art. 5 pkt 40) u.ś.o.z. zawiera w sobie element określający działania służące profilaktyce. Wydaje się, że stanowisko B. Janiszewskiej, uznające, iż wykładnia ustawy o działalności leczniczej nie powinna budzić wątpliwości w aspekcie działań profilaktycznych stanowiących element świadczenia zdrowotnego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10) u.dz.l., jest słuszne. Ponadto, jak trafnie wskazuje autorka, zabieg ten mógł mieć na celu

¹⁰⁴ B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego* [w:] *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 1059.

¹⁰⁵ B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego* [w:] *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 1059.

podkreślenie, iż działanie polegające na profilaktyce zdrowia, jako świadczenie z zakresu opieki zdrowotnej, także jest finansowane ze środków publicznych¹⁰⁶.

Ze wskazanego stanowiska *eo ipso* wynika wykładnia językowa. Można zatem przyjąć, iż termin: „działań służących zachowaniu zdrowia” mieści się w zbiorze zmierzających do tego celu świadczeń o charakterze zapobiegawczym. Do tożsamesgo wniosku można dojść, używając pojęcia: „świadczeń z zakresu profilaktyki”, odnosząc je do świadczeń zmierzających do zachowania zdrowia, co wynika z art. 31. ust. 1 pkt 1) uchylonej ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁰⁷.

Te same wnioski wynikają z zastosowania dyrektywy systemowej oraz funkcjonalnej interpretacji art. 2. ust. 1 pkt 10) u.d.z.l. Wskazują one bowiem na rozszerzającą wykładnię tego przepisu, jako obejmującego pełne spektrum działań służących ochronie zdrowia pacjenta, zatem zakres unormowania pojęcia „świadczenia zdrowotnego” w obu ustawach może być poddany łącznej analizie¹⁰⁸.

Zdanie odmienne prezentują M. Dercz i T. Rek, wskazując na brak elementu profilaktycznego w definicji świadczenia zdrowotnego zawartego w ustawie o działalności leczniczej, który prowadzi do konkluzji, że podmioty wykonujące działalność leczniczą nie posiadają formalnej możliwości wpisania takiej działalności do rejestrów działalności leczniczej, co sprawia, że nie mogą jej legalnie prowadzić.

Autorzy wskazują, iż według przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców działalność lecznicza uprawnionych do jej wykonywania podmiotów może być wykonywana w ramach zakresu działań, które są ściśle określone przez ustawę. Pogląd ten opatrzony jest zastrzeżeniem, że obydwie definicje należałoby zunifikować¹⁰⁹.

Nieco odmienne zdefiniowanie tożsamyh pojęć może wynikać także z sensu każdej z ustaw. Niewykluczone, iż świadczenia profilaktyczne, ujęte w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, można wykonywać w innej formie niż poprzez prowadzenie działalności leczniczej. Warto mieć na uwadze, że świadczenia

¹⁰⁶ B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego* [w:] *Institucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 1059.

¹⁰⁷ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

¹⁰⁸ B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego* [w:] *Institucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 1060.

¹⁰⁹ M. Dercz, T. Rek, *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019, wyd. 3, s. 51.

zdrowotne w rozumieniu wskazanego aktu prawnego są elementem szerokiej kategorii pojęciowej, wynikającej z art. 68 Konstytucji RP¹¹⁰.

W moim przekonaniu, stanowiska aprobujące pogląd o zbieżności pojęcia „świadczenia zdrowotnego” ujętego zarówno w ustawie o działalności leczniczej, jak i w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są słuszne. Jest pytaniem retorycznym, czemu ustawodawca, tworząc ustawę o działalności leczniczej, nie zawarł pojęcia „świadczeń profilaktycznych” w definicji świadczenia zdrowotnego. Niezależnie od tego, niemożność wdrożenia profilaktyki zdrowotnej, np. przez pielęgniarkę prowadzącą działalność leczniczą, sprzeciwiałaby się jej uprawnieniom wynikającym z ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Ustawa ta wskazuje, że jedną z części składowych świadczenia zdrowotnego udzielanego przez tę grupę zawodową jest profilaktyka zdrowotna zawarta w ogólnym pojęciu edukacji i promocji zdrowia, w zestawieniu z uprawnieniami wynikającymi z art. 4. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹¹¹.

Pełne zrozumienie pojęcia „świadczenia zdrowotnego” wymaga wykładni logicznej oraz językowej treści art. 2. ust. 1 pkt 10) u.d.z.l., w świetle którego: „Świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”.

Definicja omawianego pojęcia niepodważalnie wskazuje, że świadczenie zdrowotne polega na działaniu. Dalsza analiza prowadzi do wniosku, iż ustawodawca podzielił świadczenia na kategorie, jednak niewiadomą zostaje sens logiczny użytych w treści przepisu spójników.

Według stanowiska przyjętego przez M. Dercza i T. Reka, po sformułowaniu „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu” użyto spójnika „lub” w odniesieniu do „poprawy zdrowia”, który stanowi alternatywę, a nie koniunkcję. Wynika z tego, że proces udzielania świadczeń zdrowotnych nie zawsze polega na „poprawie stanu zdrowia”, jednak *sine qua non* jest „zachowanie, ratowanie i przywracanie”, natomiast „poprawianie” tylko wtedy, gdy występują odpowiednie możliwości i warunki medyczne¹¹².

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 poz. 551 z późn. zm.), dalej zwana: „u.o.z.p.p.”.

¹¹² M. Dercz, T. Rek, *Przepisy ogólne [w:] Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019, wyd. 3, s. 50-51;

Pogląd prezentowany wyżej uważam za nietrafny z dwóch przyczyn.

Po pierwsze, problematyka poruszonego przepisu nie jest w pełni rozwinięta, autorzy pominieli dalszą część zdania, a mianowicie: „(...) oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”, które ma doniosłe znaczenie, ponieważ nie każda procedura medyczna będzie wyłącznie polegała na „zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia”. Należy przy tym zwrócić szczególną uwagę na to, iż tak okrojona interpretacja całkowicie pomija zawody medyczne, których zakres czynności nie ogniskuje się na pierwszych czterech czasownikach. Jako przykład można podać diagnostę laboratoryjnego, który wykonuje zawód medyczny, jednak w sposób bezpośredni jego czynności nie mieszczą się w zbiorze zachowania, ratowania, przywracania lub poprawie zdrowia.

Po drugie, jest oczywiste, że słowo „lub” nie stanowi koniunkcji, jest alternatywą nierozłączną, co sprawia, że jest prawdziwa, gdy przynajmniej jedno ze zdań składowych jest prawdziwe. *A contrario*, alternatywa nierozłączna może być fałszywa tylko w jednym przypadku, a mianowicie wszystkie zdania muszą być fałszywe. Zatem pogląd, wedle którego „(...) w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych nie zawsze konieczne jest poprawianie stanu zdrowia, ale konieczne jest jego: zachowanie, ratowanie i przywracanie”, jest o tyle błędny, że przyjmuje jakiegokolwiek warunki *sine qua non*, aby móc stwierdzić, że dana czynność jest świadczeniem zdrowotnym. Tymczasem nie muszą zaistnieć trzy pierwsze przesłanki, aby mówić o wykonywaniu świadczenia. „Poprawa stanu zdrowia” według wykładni logicznej przepisu art. 2 ust. 1 pkt 10) sama w sobie stanowi świadczenie zdrowotne¹¹³. Należy zauważyć, że jest to pojęcie nieostre, bowiem na czym ma dokładnie polegać poprawa stanu zdrowia i jakie procedury się z nią wiążą?

Termin ten nie ma legalnej definicji, która nakazuje tak a nie inaczej rozumieć określone słowo czy zwrot językowy występujący w akcie prawnym. Pojęcie „poprawy stanu zdrowia” występuje w ustawie o działalności leczniczej oraz w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kilkakrotnie, jednak z zaprezentowanych poniżej artykułów nie można wywnioskować w sposób ścisły jego dokładnego znaczenia¹¹⁴:

¹¹³ Z. Ziemiński, *Logika praktyczna*, Warszawa 2000, wyd. XXIII, s. 86-88; A. Gacka-Asiewicz, *Logika w pigułce*, Warszawa 2014, s. 91-92.

¹¹⁴ Z. Ziemiński, *Logika praktyczna*, Warszawa 2000, wyd. XXIII, s. 232.

- art. 2 ust. 1 pkt 7) u.dz.l. – „(...) promocja zdrowia to działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu”;
- art. 9 ust. 1 pkt 3) u.dz.l. - „(...) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia”;
- art. 48d ust. 3 u.ś.o.z. – „Prezes Funduszu dokonuje oceny wniosku oraz załączonych dokumentów oraz podejmuje decyzję o dofinansowaniu programu, którego wniosek dotyczy, uwzględniając wpływ planowanych działań na poprawę stanu zdrowia populacji objętej programem oraz możliwości finansowe Funduszu”;
- art. 31c ust. 1 i 2 u.ś.o.z. – „Minister właściwy do spraw zdrowia zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania, jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania (...) Zlecenie zawiera opis świadczenia opieki zdrowotnej oraz opis choroby i stanu zdrowia, w których jest udzielane, i jego wpływu na poprawę zdrowia obywateli”.

Zrozumienie terminu „poprawa stanu zdrowia” wymaga zatem zastosowania wykładni językowej. Wedle definicji zawartej w „Słowniku języka polskiego” oznacza on: „polepszenie stanu zdrowia”. Jako przykład można podać zdanie: Stan zdrowia chorego znacznie się poprawił. Termin „polepszenie” odnoszący się do stanu zdrowia wymiennie oznacza poprawę stanu zdrowia, np. Po paru dniach nastąpiło polepszenie, gorączka spadła ¹¹⁵.

Znaczenie omawianego wyżej terminu – w słowniku – jest ujęte w odniesieniu do osób, które w danym momencie są chore i w sposób zależny albo niezależny ich stan zdrowia uległ poprawie. Zatem wydaje się, że pojęcie „poprawy stanu zdrowia” można analizować wyłącznie pod kątem osoby chorej, co niekoniecznie jest twierdzeniem prawdziwym.

Pewną podpowiedzią w zdekodowaniu terminu „poprawa stanu zdrowia” jest treść celu programu „Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej województwa podlaskiego

¹¹⁵ M. Szymczak i in., *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 1996, s. 746 i 779.

prowadzonego” opracowanego przez Białostocki Uniwersytet Medyczny. Zgodnie z nim: „Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia osób w wieku 25-50 lat pracujących w województwie podlaskim poprzez przeprowadzenie interwencji w zakresie modyfikacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz wdrożenie działań mających na celu zmianę niewłaściwego stylu życia do roku 2021”¹¹⁶.

Ponadto zgodnie z treścią przepisu art. 2 ust. 1 pkt 7) u.d.z.l., w którym w sposób klarowny przedstawiono, iż na promocję zdrowia składają się takie elementy jak działania umożliwiające poszczególnym osobom oraz społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia, promowanie zdrowego stylu życia i środowiskowych oraz indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu, co ma bezpośredni wpływ na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa¹¹⁷.

Powyższe oznacza, że „poprawa stanu zdrowia” jest terminem o szerokim znaczeniu pojęciowym i przez wzgląd na to nie może ograniczać się wyłącznie do osób chorych, *a contrario* obejmuje także profilaktykę, której głównym celem jest zapobieżenie wystąpieniu danej jednostki chorobowej u osoby zdrowej.

G. Głanowski, poddając analizie termin świadczenia zdrowotnego zawarty w przepisie art. 2 ust. 1. pkt 10) u.d.z.l., zwrócił uwagę na pogrupowanie – mniej albo bardziej świadome – przez ustawodawcę omawianego pojęcia. Otóż autor przyjął, iż działania zawarte pod pojęciem „świadczenia zdrowotnego” dzielą się na trzy grupy czynności:

- 1) działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia;
- 2) inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia;
- 3) inne działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania¹¹⁸.

Autor podkreślił, że zgodnie z orzeczeniem TK, wykładnia językowa terminu „świadczenia zdrowotne” skłania do wniosku, iż wszystkie części składowe, które są w nim zawarte, zmierzają do osiągnięcia celu leczniczego¹¹⁹. Według G. Głanowskiego tylko pierwsza grupa prowadzi do osiągnięcia celu leczniczego, a dwie pozostałe są subsydiarne względem działań z tejże grupy oraz względem nich wtórne. Ponadto wynikają z podejmowanych działań

¹¹⁶ <https://www.umb.edu.pl/psz>. (dostęp: 12 lipca 2021 r.).

¹¹⁷ Ibidem.

¹¹⁸ G. Głanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s.247.

¹¹⁹ Ibidem, s. 247 – 248; Wyrok TK z dnia 7 października 2015 r., K12/14, LEX 1809416.

wymienionych w grupie pierwszej. Trzecia grupa dotyczy czynności, które nie mają celu leczniczego ani nie mają źródła w procesie leczenia¹²⁰.

Ostatecznie autor stoi na stanowisku, iż udzielanie świadczenia zdrowotnego jest nierozłącznie związane z co najmniej naruszeniem integralności cielesnej pacjenta, myląc pojęcie świadczenia z zabiegiem medycznym.

Omawiając stanowisko przyjęte przez G. Głanowskiego, warto postawić pytanie: Czym jest cel leczniczy?

P. Daniluk twierdzi, iż cel leczniczy można rozumieć poprzez zobiektywizowanie danej czynności, skierowanej na chorobę w wymiarze biologiczno-medycznym, która zmierza do profilaktyki, diagnozy, terapii bądź rehabilitacji osoby dotkniętej jej skutkami. Jednym z wielu elementów celu leczniczego jest zabieg leczniczy, który musi wiązać się z ingerencją w sferę integralności pacjenta. Z tego powodu nie będzie nim obserwacja pacjenta w celu postawienia diagnozy.

Zarówno w literaturze poświęconej prawu medycznemu, jak i w ustawodawstwie, przyjęto podział celów w medycynie na co najmniej trzy grupy: leczniczy, diagnostyczny oraz profilaktyczny¹²¹. Fakt ten nie oznacza, iż jest to podział słuszny. W moim przekonaniu, przyjęto nietrafnie, iż tylko pierwsze trzy elementy definicji świadczenia zdrowotnego zmierzają do osiągnięcia celu leczniczego. Ustawodawca nie dookreślił pojęcia innych działań wynikających z procesu leczenia oraz działań medycznych wynikających z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Trudno zatem na tej podstawie budować tak daleko idącą interpretację pozostającą w niezgodzie z praktyką medyczną.

Przechodząc na grunt medycyny należy zauważyć, że skupia się ona w dużej mierze na praktyce. Z tego punktu widzenia trudno założyć, że cele wymienione wyżej nie przenikają się. Cel leczniczy jest terminem o najszerszym znaczeniu pojęciowym, bowiem zawiera w sobie cel diagnostyczny lub cel profilaktyczny. Niewzruszalny podział omawianych terminów, tak na gruncie prawnym, jak i medycznym, mija się z praktyką. Jako przykład można podać sytuację pacjenta w stanie ciężkim, przyjętego do szpitalnego oddziału ratunkowego. Pierwsze działania personelu będą skupiały się na ustabilizowaniu stanu zdrowia pacjenta. W tym celu

¹²⁰ G. Głanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s.247; B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego* [w:] *Institucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 1063.

¹²¹ P. Daniluk, *O pojęciach „zabieg leczniczy” i „pacjent” w rozumieniu art. 192 § 1 k.k.*, *Prawo i Medycyna* 2011, nr 4, s. 66; artykuł 14a ust. 8, art. 15 ust. 3b pkt 4), art. 31 ust. 1 i 7 u.o.z.l., art. 9 ust. 2 i 7 u.o.p.p., art. 35 u.s.o.z. (który *expressis verbis* wymienia zabiegi lecznicze i diagnostyczne).

należy go zbadać fizykalnie, zebrać wywiad medyczny, o ile pacjent jest przytomny, i równocześnie zastosować odpowiednie leczenie. Pojęcia te funkcjonują synergicznie, przenikają się, jednak głównym celem jest cel leczniczy zawierający w sobie *a priori* cel diagnostyczny.

Powracając do klasyfikacji zaprezentowanej przez G. Głanowskiego, należy zauważyć, że nie wyczerpuje ona znaczenia pojęcia „świadczenia zdrowotnego” ujętego w ustawie o działalności leczniczej. Bowiem analizując przepis zawierający ustawową definicję omawianego terminu pod kątem logiki prawniczej należy przyjąć, że zawiera on więcej niż trzy grupy świadczeń.

Moje stanowisko wynika z mnogości spójników zawartych w art. 2. ust. 1 pkt 10) u.dz.l. oraz ogólnego znaczenia wskazanego przepisu. Ustawodawca przyjął, iż świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania¹²².

Zatem z tak skonstruowanego przepisu wynika, iż świadczeniem zdrowotnym są działania:

- 1) służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu zdrowia;
- 2) służące poprawie zdrowia;
- 3) służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu zdrowia i poprawie zdrowia;
- 4) inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia;
- 5) inne działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 6) inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia i przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Trudność w zdekodowaniu pojęcia „świadczenia zdrowotnego” wynika nie tylko z konstrukcji przepisu, ale także z użytych w nim pojęć, które są nieostre, nie zawierają definicji ustawowych. Wszystkie elementy występujące w art. 2. ust. 1 pkt 10) u.dz.l. przenikają się wzajemnie i mogą prowadzić do osiągnięcia celu leczniczego.

Przekładając przepis prawa definiujący termin świadczenia zdrowotnego na sytuację życiową, można posłużyć się przykładem pacjenta przywiezionego do SOR z obrzękiem płuc, wynikającym z ostrej niewydolności serca. Pacjent ze wskazaną wyżej jednostką chorobową

¹²² Artykuł 2 ust. 1 pkt 10) u.dz.l.

trafia w trybie natychmiastowym do sali reanimacyjnej. Załóżmy zatem sytuację, co nie jest zjawiskiem rzadkim, że w tym czasie lekarz zajmuje się w innym pacjencie w ciężkim stanie. Pielęgniarka systemu, wraz z innym personelem, zajmując się pacjentem z obrzękiem płuc, może samodzielnie założyć drugie wkłucie dożylnie, pobrać krew do badań laboratoryjnych, założyć cewnik Foley'a do pęcherza moczowego w celu kontroli diurezy, podłączyć pacjenta do kardiomonitora i analizować wyniki, wykonać 12-odprowadzeniowy elektrokardiogram, wdrożyć odpowiednie leczenie, podając w razie potrzeby diuretyk pętłowy (*furosemid*), azotany (*glyceroli trinitras*), a nawet morfinę¹²³. W razie istotnego pogorszenia stanu zdrowia pielęgniarka systemu może samodzielnie wykonać intubację i zastosować wentylację mechaniczną¹²⁴. Dodatkowo ma kompetencję do wystawienia skierowania na podstawowe badania krwi oraz skierowania na RTG klatki piersiowej¹²⁵.

Wskazany przykład jest egzemplifikacją czynności ratunkowej, która zawiera wszystkie elementy w definicji świadczenia zdrowotnego – zachowanie, przywracanie, ratowanie i poprawa zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Dwa ostatnie elementy wywodzą się z zarówno z ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, jak i aktów wykonawczych do nich. Działania te niepodważalnie prowadzą do osiągnięcia celu leczniczego, zawierającego panel diagnostyczny.

4. Termin „zawód medyczny” a „świadczenie zdrowotne” oraz treść rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. Czynności nielecnicze

Zawodami medycznymi posiadającymi na mocy przepisu art. 2 ust. 1 pkt 2) u.dz.l. uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów są: farmaceuci, fizjoterapeuci, lekarze, pielęgniarki, położne oraz ratownicy medyczni. Jednak kwestia

¹²³ B. Bednarz, A. Budaj, G. Goncierz, *Ostra niewydolność serca* [w:] *Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2018/19*, wyd. X, Kraków 2018, s. 302-310; M. Kuzemczak, *Obrzęk płuc* [w:] *Stany zagrożenia życia i zdrowia. Schematy postępowania dla ZRM typu P*, wyd. 1, Warszawa 2021, s. 30.

¹²⁴ Paragraf 3 pkt 3) lit. d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

¹²⁵ Wykaz badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, na które pielęgniarki i położne, mogą wystawiać skierowania.

pozostałych zawodów pretendujących do zaliczenia ich do zawodu medycznego nie jest klarowna.

Kontrowersje wzbudza tabela zawierająca klasyfikację zawodów stanowiąca załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. W zestawieniu z niesprecyzowanymi definicjami zawodu medycznego oraz świadczenia zdrowotnego pojawiają się liczne problemy interpretacyjne – czy dany zawód spełnia przesłankę umożliwiającą kwalifikowanie go jako medyczny?

Aby w pełni uchwycić problematykę związaną z klasyfikacją zawodów medycznych, należy raz jeszcze przeanalizować elementy związane z definicją zawodu medycznego oraz świadczenia zdrowotnego, a mianowicie:

- 1) jakie przesłanki należy spełnić, aby legitymować się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny;
- 2) czy pojęcie innych działań medycznych, wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, spełnia przesłankę zabiegów nieterapeutycznych oraz co w istocie oznaczają te pojęcia w kontekście zawodów innych niż: farmaceuci, fizjoterapeuci, lekarze, pielęgniarki, położne oraz ratownicy medyczni.

Odnosząc się do punktu pierwszego – jak zaprezentowałem to w podrozdziale 1.2 – warto zauważyć, że ustawodawca nie uściślił znaczenia terminu „legitymowania się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych”, nie ma zatem jakiegokolwiek ściśle określonego katalogu zawodów medycznych. Sądy, orzekając, czy dany zawód jest medyczny, rozszerzają znacznie interpretacje przepisów, co sprawia, że nawet osoby nieposiadające wykształcenia medycznego – według ich oceny – udzielają świadczenia zdrowotnego¹²⁶.

Terminy zawarte w punkcie drugim, w moim przekonaniu, nie definiują zabiegów nieterapeutycznych. Nadal ich zakres mieści się w osiągnięciu naprzemiennie albo jednostkowo celu: leczniczego, diagnostycznego, bądź profilaktycznego. Nie zgadzam się zatem ze stanowiskiem M. Filara, który łączy oba wskazane w punkcie drugim terminy z działaniami nieterapeutycznymi, jako argument podając, iż jest to: „ (...) każde działanie podjęte

¹²⁶ Wyrok WSA w Szczecinie z dnia 8 października 2013 r., sygn. akt I SA/Sz 464/13, LEX nr 1382020.

z zastosowaniem takich środków, metod i technik, którego przedmiotem jest wprowadzenie organizmu ludzkiego, jednakże motywem ich podjęcia nie jest cel leczniczy, tj. nie zmierzają one w swym założeniu do ratowania życia, zdrowia lub zmniejszenia cierpień fizycznych czy psychicznych osoby, w stosunku do organizmu której zostały one podjęte”¹²⁷.

Ustawodawca jasno wskazał, iż świadczeniem zdrowotnym jest działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, a więc leczenia już podjętego. Natomiast pod pojęciem przepisów odrębnych regulujących zasady wykonywania działań medycznych – w moim przekonaniu – należy rozumieć czynności, które pielęgniarka, ratownik medyczny bądź lekarz mogą wykonywać, a które nie mieszczą się pod pojęciami zawartymi *in principio* art. 2 ust. 1 pkt 10) u.d.z.l.

Niepodważalnie świadczenia zdrowotne muszą odpowiadać wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Jest to jedno z podstawowych praw pacjenta w świetle art. 6 ust. 1 u.o.p.p. Tym samym jedną z najważniejszych cech zawodów medycznych jest dysponowanie przez osoby je wykonujące wiedzą opartą na teoretycznych podstawach systemu opierającego się na badaniach naukowych, przyswajaną na różnych poziomach oraz z różnym poziomem szczegółowości. Działania medyczne znajdujące swoje uzasadnienie w systemie naukowym są rodzajem twórczości intelektualnej, a wobec nauki są wysuwane oczekiwania nierozzerwalnie związane z uporządkowaniem, sklasyfikowaniem, wyjaśnieniem faktów oraz zjawisk, tworzeniem reguł i praw. W związku z tym ocena procesu udzielania świadczenia zdrowotnego odnosząca się do zgodności działań medycznych z aktualnym stanem wiedzy podlega nadzorowi ze strony konsultantów krajowych i wojewódzkich w zakresie trzech obszarów: diagnostycznego, leczniczego i pielęgnacyjnego, w świetle art. 10 ust. 1 pkt 6) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia¹²⁸. Jednocześnie, co należy podkreślić, przeprowadzanie czynności medycznych w zgodzie z aktualnym stanem wiedzy medycznej jest warunkiem koniecznym podejmowania czynności zgodnie z prawem¹²⁹.

Ustawodawca, przez niejasne definicje ustawowe oraz brak porządku w systemie prawnym, stworzył lukę, która w niekontrolowany sposób pozwala na zaliczenie do przedstawicieli zawodów medycznych osób nieposiadających jakiegokolwiek wykształcenia medycznego. Warto z całą stanowczością podkreślić, że odbywa się to przede wszystkim ze szkodą dla

¹²⁷ M. Filar, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, wyd. 1, s. 1071.

¹²⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 886 z późn. zm.).

¹²⁹ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 92.

pacjenta. Nie sposób zatem posiłkować się załącznikiem do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania przy kwalifikowaniu danego zawodu jako medyczny. Przekroczenie pewnej granicy spowodowałoby zaliczanie do grona zawodów medycznych osób zajmujących się medycyną alternatywną, która w stosunku do medycyny konwencjonalnej nie posiada zasad postępowania zawartych w konwencji akademickiej¹³⁰. Istnieje uzasadnione ryzyko, że do zawodów medycznych będą należały osoby zajmujące się ziołolecznictwem, homeopatią czy bioenergoterapią.

Problematyka kwalifikacji zawodu jako medycznego widoczna jest szczególnie na tle konfliktu trwającego między lekarzami a kosmetologami. Większość zabiegów z zakresu medycyny estetycznej polega na przerwaniu ciągłości tkanki skórnej, co stanowi ingerencję w integralność cielesną konsumenta¹³¹. Warto mieć na uwadze, że zarówno lekarze, jak i kosmetolodzy, którzy wykonują zabiegi medycyny estetycznej, dopuszczają się błędów. Jednak lekarze dzięki posiadaniu wiedzy medycznej, anatomicznej, dają większą gwarancję bezpieczeństwa dla konsumenta¹³². Ponadto lekarze odpowiadają za błędy medyczne nie tylko na gruncie prawa cywilnego czy karnego, ale także grozi im odpowiedzialność zawodowa¹³³. Kosmetolodzy wykonują zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, jednak lekarze stoją na stanowisku, że nie mają oni do tego prawa, ponieważ są to świadczenia zdrowotne. W pełni podzielam jednak pogląd wyrażony przez T. Gardocką, która słusznie stwierdza, iż medycyna estetyczna nie mieści się w definicji świadczenia zdrowotnego, ale właściwa kwalifikacja zabiegu wymaga każdorazowej oceny lekarskiej¹³⁴. Ponadto, jak wynika z orzeczenia Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 października 2016 r., „ (...) zawód kosmetologa nie jest zawodem medycznym w rozumieniu art. 18d ust. 1 pkt 1) ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej”¹³⁵. Należy pamiętać, iż każdy zabieg, szczególnie w obrębie twarzy obarczony jest dużym ryzykiem uszkodzenia nerwów twarzowych, a w konsekwencji ich porażenia. Tylko

¹³⁰ D. Michalska-Sieniawska, *Legalność działań medycyny alternatywnej i odpowiedzialności za jej skutki* [w:] *Medyczne prawo karne*, Warszawa 2016, s. 149 i 150.

¹³¹ Medycyna estetyczna nie mieści się w zakresie pojęciowym „świadczenia zdrowotnego”, nie można zatem przyjąć, że między osobą wykonującą zabiegi estetyczne a osobą z nich korzystającą zachodzi relacja między osobą wykonującą zawód medyczny a pacjentem.

¹³² Błędy przy poprawianiu urody, a w tle spory lekarzy z kosmetyczkami <https://lex.oirp.warszawa.pl/#/external-news/1795659881?keyword=kosmetolog&cm=SREST> (dostęp: 15 lipca 2021 r.).

¹³³ Ibidem.

¹³⁴ Ibidem.

¹³⁵ Wyrok NSA z dnia 4 października 2016 r. I FSK 878/14, LEX nr 2116435.

osoba dysponująca wysokospecjalistyczną wiedzą z zakresu anatomii, bezpieczeństwa leków powinna być uprawniona do wykonywania działań z zakresu medycyny estetycznej.

Przepisy obowiązujące w polskim systemie prawnym, odnoszące się do wykonywania zawodu medycznego oraz świadczeń zdrowotnych, nie tylko stanowią lukę prawną, ale także sprawiają, że osoby, które pracują jako technicy elektroradiologii czy technicy prosektoryjni – laboranci, są całkowicie pomijani, mimo posiadanej wiedzy medycznej i wykonywania czynności diagnostycznych.

Aby uzyskać kwalifikacje wymagane przy wykonywaniu zawodu technika elektroradiologii, należy skończyć szkołę średnią o odpowiednim profilu bądź ukończyć studia wyższe na kierunku elektroradiologia. Są to studia medyczne. Ponadto elektroradiolog wykonuje pacjentom zdjęcia RTG, badanie tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, czuwa nie tylko nad odpowiednim ustawieniem pacjenta, a w konsekwencji zobrazowaniem miejsca dotkniętego chorobą, ale także nad bezpieczeństwem pacjenta. Osoby wykonujące zawód technika elektroradiologii muszą posiadać obszerną wiedzę z zakresu anatomii i wielu chorób, ponieważ stanowią pierwsze ogniwo diagnostyki i procesu leczenia, widząc obraz badania. Niepodważalnie realizują oni cele diagnostyczne, prowadzące do realizacji celu leczniczego. Niestety obowiązujące przepisy nie pozwalają na uznanie przedstawicieli tej grupy zawodowej za wykonujących zawód medyczny.

Drugą grupą zawodową, niemającą przepisów regulujących zawód, są technicy prosektoryjni. Wykonywanie tego zawodu nie wymaga ukończenia studiów ani kursu. Należy mieć jednak na uwadze specyfikę wykonywanej pracy. Technicy sekcijni zajmują się przygotowywaniem i preparowaniem zwłok pacjenta. Powinni posiadać szczegółową wiedzę z zakresu anatomii i patofizjologii, ponieważ to głównie oni, a nie lekarz w zakładach medycyny sądowej czy w szpitalach, dokonują cięcia, mimo braku przesłanek ustawowych. Konieczne jest uchwycenie, w jakim stopniu technicy są narażeni na obciążenie psychiczne, biorąc czynniki wynikające z charakteru wykonywanej pracy.

Pewnym mankamentem w polskim systemie prawa medycznego jest ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, która jest aktem obowiązującym. Zgodnie z treścią przepisu art. 1: „(...) przepisy ustawy dotyczą lekarzy, lekarzy-dentystów, farmaceutów, felczerów, pielęgniarek (pielęgniarzy), położnych, ratowników medycznych oraz techników i uprawnionych techników dentystycznych, posiadających prawo wykonywania praktyki (zawodu), zwanych w dalszym ciągu fachowymi

pracownikami służby zdrowia”. Z dniem 1 stycznia 1990 r. przepisów ustawy nie stosuje się do członków samorządu lekarzy oraz od dnia 15 listopada 1990 r. w stosunku do członków samorządu pielęgniarek i położnych. Jednak przepisy niniejszej ustawy nadal pozostają w mocy w stosunku do innych zawodów w nich wymienionych: ratowników medycznych oraz techników i uprawnionych techników dentystycznych, posiadających prawo wykonywania praktyki (zawodu), zwanych w dalszym ciągu fachowymi pracownikami służby zdrowia.

Omawiana ustawa wskazuje niepodważalnie, kto jest fachowym pracownikiem służby zdrowia. Warto postawić pytanie: Czy jest to określenie tożsame z wykonywaniem zawodu medycznego? W tym celu należy zastosować regułę kolizyjną *lex posterior derogat legi priori*. Wydaje się zatem, iż pierwszeństwo w określaniu definicji zawodu medycznego będzie miała ustawa o działalności leczniczej.

5. Zawód medyczny jako zawód zaufania publicznego

5.1. Pojęcie „zawodu”

Termin „zawód” odnosi się do grupy społecznej łączącej ludzi o podobnych kwalifikacjach, zjednoczonych zadaniami oraz mentalnością, która jest wyodrębniona zewnętrznie statusem społecznym¹³⁶. Wiąże się nierozłącznie z procesem powstawania i funkcjonowania systemu organizacji pracy w społeczeństwie¹³⁷.

W zawodzie skupiają się procesy społeczne, można zatem uznać, iż historia zawodów jest w pewnym stopniu historią społeczeństwa, zaś kształtowanie zawodu oraz jego miejsca w społeczeństwie, praw i obowiązków jest modelowaniem społeczeństwa¹³⁸.

I. Reszke przyjęła następujące założenie - aby w pełni uchwycić problematykę pojęcia kategorii zawodu, wymagane są następujące informacje¹³⁹: „(...) historia zawodu; czynności zawodowych i warunków pracy; ról zawodowych i jakości pracy przedstawicieli zawodu lub podkategorii zawodowych; dróg dojścia do zawodu i zdobywania kwalifikacji zawodowych; motywów i okoliczności wyboru zawodu; specjalizacji w zawodzie – stanowisk, funkcji oraz

¹³⁶ A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008, s. 42; Ż. Skrenty, *Standardy wykonywania zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego – wybrane zagadnienia* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, Warszawa 2019, s. 53.

¹³⁷ J. Żebrowski, *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, Gdańsk 2008, s. 24.

¹³⁸ A. Sarapata, *Socjologia zawodów*, Warszawa 1965, s. 5.

¹³⁹ I. Reszke, *O przydatności monografii zawodów*, *Studia Socjologiczne* 1997, nr 34.

rodzajów instytucji zatrudniających; składu kategorii zawodowej pod względem płci, wieku, stanu cywilnego, poziomu wykształcenia, przynależności organizacyjnej, stażu pracy; sytuacji materialnej oraz warunków bytowych; zbieżności i rozbieżności czynników pozycji społecznej przedstawicieli zawodu; osobliwości zawodu, takich jak: żargon zawodowy, styl życia przeważający wśród przedstawicieli zawodu, budżet czasu, uczestnictwo w życiu kulturalnym; prestiż zawodu – w zestawieniu z innymi zawodami i stereotypu zawodu; zróżnicowania wewnątrz zawodowego, podkategorii wewnątrz zawodu, typów zawodowych, stereotypu zawodu; zróżnicowania wewnątrz zawodowego, podkategorii wewnątrz zawodu i ich wzajemnych relacji, elity zawodu; subkultury zawodu, typów zawodowych, stereotypu zawodu wśród jego przedstawicieli, charakterystycznych typów jego zachowań, zwyczajów związanych z pracą zawodową, postaw wobec zawodu, ideologii zawodu w tym etyki zawodowej; przebiegu karier w zawodzie oraz możliwości i uwarunkowań awansu w zawodzie; stowarzyszeń zawodowych”.

Warto zauważyć, że zawód jest uwarunkowany historycznie. Pod wpływem postępu naukowo-technicznego oraz społecznego zmienia się i rozwija¹⁴⁰, nie może podlegać analizie w oderwaniu od danej rzeczywistości społecznej, dlatego przy jego rozpatrywaniu nie można pominąć społecznego podziału pracy, charakterystycznego dla danego społeczeństwa¹⁴¹.

Analizując termin „zawód” nie sposób pominąć elementu, który nań się składa, odgrywając współcześnie niezwykle ważną rolę, a mianowicie wykształcenia, które w efektywnej gospodarce rynkowej stanowi czynnik najsilniej wpływający na status materialny i społeczny¹⁴². Obecnie zawód charakteryzuje się określonymi specjalnościami – węższymi specyficznymi zakresami czynności, wymagającymi odpowiednich kwalifikacji¹⁴³. Odnosząc się do tych zawodów, które na gruncie antropologii oraz socjologii, w ramach społecznego podziału pracy pełnią szczególną rolę, wymagającą długotrwałego przygotowania i pozyskania wiedzy oraz umiejętności warunkujących zaspokojenie wysoko cenionych ludzkich potrzeb, używa się pojęcia „profesja”, a osoby je wykonujące tytułuje się profesjonalistami¹⁴⁴.

¹⁴⁰ J. Żebrowski, *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, Gdańsk 2008, s. 27.

¹⁴¹ Z. Kowalewski, *Trudności definicji pojęcia zawodu* [w:] *Zawody. Materiały i studia*, Wrocław-Warszawa-Karków 1964, s. 15; D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 39.

¹⁴² Ibidem, s. 40; J. A. Majcherek, *Czynniki społecznego statusu i rozwarstwienia a polityka społeczna*, PS 1999, nr 7, s. 1-3; D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 40.

¹⁴³ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 40.

¹⁴⁴ D. Rueschemeyer, *Professional Autonomy and the Social Control of Expertise* [w:] *The Sociology of the Professions. Lawyers, Doctors, and Others*, London 1983, s. 38-58.

Jednym z ważniejszych kryteriów wyróżniających dany zawód są korzyści materialne, sytuacja materialna oraz stałość zatrudnienia¹⁴⁵. Należy pamiętać, że określony zawód daje prawo do uznawanej społecznie aktywności, stanowi zasadniczy element wymiany usług, świadczeń, praw i obowiązków¹⁴⁶.

Zawód stanowi podstawę zróżnicowania struktury społecznej, wpływa na poważanie społeczne, prestiż i pozycję społeczną¹⁴⁷. Najczęstszymi kryteriami – jak wskazuje I. Reszke – poważania są: użyteczność społeczna zawodu, niezbędność i ważność jego funkcji, uciążliwość pracy, odpowiedzialność i ryzyko zawodowe, ofiarność oraz poświęcenie, wykształcenie, fachowe umiejętności i osobiste kwalifikacje¹⁴⁸. Prestiż określa miejsce danego zawodu w społeczeństwie. Zmiany w jego zakresie odnośnie danego zawodu wynikają z rodzaju i hierarchii potrzeb odczuwanych przez społeczeństwo i oceny roli poszczególnych zawodów w zaspokajaniu tych potrzeb¹⁴⁹. H. Domański i Z. Sawiński wskazują, iż prestiż stanowi sumę ocen psychologicznych odnoszących się do poszczególnych zawodów, a pozycja społeczna podyktowana jest przez funkcję obiektywnych atrybutów położenia społecznego jednostki, oraz ważnych atrybutów położenia społecznego, na które składają się: dochody, władza, wykształcenie oraz styl życia¹⁵⁰.

Należy zauważyć, że zawody o wysokim prestiżu społecznym wpływają swoim przykładem na innych członków społeczeństwa, pełniąc funkcję grup odniesienia w dziedzinach, które nie są związane z wykonywaną działalnością zawodową¹⁵¹. Z pojęciem pozycji społecznej nierozzerwalnie łączy się pozycja oraz rola zawodowa¹⁵². Rolę zawodową można ująć w kontekście zachowania wynikającego z działalności związanej z pozycją w zakładzie pracy oraz przypisywanymi jej obowiązkami¹⁵³.

¹⁴⁵ J. Żebrowski, *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, Gdańsk 2008, s. 27.

¹⁴⁶ A. Sarapata, *Zawód jako wyznacznik miejsca w społeczeństwie [w:] Socjologia zawodów*, Warszawa 1963, s. 144.

¹⁴⁷ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 41.

¹⁴⁸ Ibidem.

¹⁴⁹ A. Sarapata, *Zawód jako wyznacznik miejsca w społeczeństwie [w:] Socjologia zawodów*, Warszawa 1963, s. 147 i 154.

¹⁵⁰ H. Domański, Z. Sawiński, *Prestiż i pozycja społeczna jako wymiar ruchliwości zawodowej*, Studia Socjologiczne 1984, nr 2, s. 108.

¹⁵¹ I. Lazari-Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role [w:] Etyka zawodowa*, Warszawa 1971, s. 53.

¹⁵² P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2000, s. 82.

¹⁵³ J. Stępień, *Socjologia pracy i zawodu*, Poznań 2009, s. 91.

Sprzeczności w funkcjonowaniu preferowanego społecznie modelu zawodowego wywierają wpływ na rolę i pozycję poszczególnych zawodów w społeczeństwie¹⁵⁴. Zachodzą one w następujących obszarach¹⁵⁵:

- 1) między osobami wykonującymi zawód a tymi, którzy chcą wejść do zawodu, szczególnie, gdy dany zawód cechuje się hermetycznością, a jego wykonywanie jest związane z prawną reglamentacją;
- 2) w obrębie zawodu, w znaczeniu walki o stanowisko;
- 3) pomiędzy wykonawcami zawodu a konsumentami usług tego zawodu, jako przykład można wskazać relację zachodzącą między zawodami medycznymi a pacjentami;
- 4) między zawodami, w sytuacji bliskiej współpracy lub jej braku – między lekarzami a pielęgniarkami, może dojść do sytuacji, w której przedstawiciele obu grup zawodowych będą dążyły do zdobycia przywilejów kosztem innych¹⁵⁶;
- 5) między zawodami, które reprezentują *status quo* a zawodami cechującymi się rozwojem i dążeniem do zmiany istniejącej rzeczywistości oraz wpływu na świadomość społeczną.

W opozycji do konfliktów w funkcjonowaniu modelu zawodowego stoją stosunki współpracy, wzajemne zrozumienie, uznanie oraz solidarność¹⁵⁷.

Wykonywanie zawodu określonego mianem profesji wpływa na kształtowanie osobowości człowieka, normuje jego nawyki i sposób zachowania, wpływa na ambicje oraz aspiracje życiowe, posiada decydujący wpływ na powstanie odrębnych grup zawodowych o określonej kulturze, wzorach i stereotypach, dając asumpt do powstania odrębnych światów zawodowych¹⁵⁸. Poddając analizie zmiany zachodzące w strukturze klasowej, a następnie warstwowej oraz przemiany struktury zawodowej, można uznać, iż grupy zawodowe stanowią centralną oś integrującą współczesne społeczeństwo¹⁵⁹.

Istotnym aspektem związanym z pojęciem „zawodu” jest świadomość zawodowa, dlatego praca w określonym zespole ludzkim powinna zawsze wiązać się ze świadomością celu, do którego się dąży¹⁶⁰. Jak wskazuje A. Nawrocka, świadomość zawodowa kształtuje się

¹⁵⁴ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 43.

¹⁵⁵ A. Sarapata, *Socjologia zawodów*, Warszawa 1965, s. 166.

¹⁵⁶ Ibidem, s. 167.

¹⁵⁷ Ibidem, s. 168.

¹⁵⁸ I. Lazari-Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role* [w:] *Etyka zawodowa*, Warszawa 1971, s. 35.

¹⁵⁹ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 44.

¹⁶⁰ Ibidem.

poprzez współdziałanie ludzi, wykonujących określone czynności z określonymi, wspólnymi celami¹⁶¹. Czynności te spełniane są w sposób stały, służą zaspokojeniu potrzeb ich wykonawców, jak również członków całej społeczności¹⁶². Egzemplifikacją wskazanych elementów jest społeczność zawodowa, stanowiąca grupę zawodową powstałą do wykonywania określonych działań i realizacji celów potrzebnych do zaspokojenia różnorodnych potrzeb ludzkich¹⁶³.

Podkreślić należy, że termin „zawód” może być traktowany szeroko albo wąsko¹⁶⁴. W szerszym ujęciu należy skupić uwagę na wielu aspektach znaczeniowych pojęcia „zawodu” – innymi słowy – gdy poszukując definicji zawodu oraz konstrukcji zamykającej poszczególne zawody w schematy klasyfikacyjne, zakładamy istnienie pewnej współzależności funkcjonalnej, traktującej zawód w charakterze zmiennej zależnej. Jest to szczególnie widoczne, gdy stawiamy pytanie dotyczące konsekwencji zmian w postępie nauki, ale także zmian odnoszących się do rozwoju techniki, które oddziałują na tradycyjne zawody; lub zmiennej niezależnej – gdy pytanie stawia za cel ustalenie wpływu wykonywania danego zawodu na zachowanie człowieka oraz jego osobowość społeczną.

Zawód w węższym znaczeniu pojęciowym, stanowi jeden z czynników charakteryzujących określoną zbiorowość ludzi, której struktura, albo skład stanowią przedmiot analizy, wymaga zatem jednoznacznego zdefiniowania, w drodze ustalenia zaznaczającego określone cechy zawodu i regulującego sposób posługiwania się nazwą zawodu. Cechy zawodu pozwalające odróżnić określony zawód od innych mogą opierać się na skojarzeniach potocznych lub ustaleniach prawno-administracyjnych¹⁶⁵. Stworzenie takiej definicji może doprowadzić do sklasyfikowania wszystkich osób wykonujących np. zawód medyczny¹⁶⁶.

Przechodząc na grunt prawa, należy zauważyć, iż może ono definiować pojęcie „zawodu” w dwojaki sposób: poprzez wypracowanie ogólnej definicji pojęcia zawodu oraz poprzez zdefiniowanie poszczególnych zawodów¹⁶⁷. W polskim systemie prawa brak jest ustawowej definicji „zawodu”, znajduje się ona jedynie w treści rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby

¹⁶¹ A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008, s. 40–41.

¹⁶² T. Ślipko, *Zarys etyki szczególowej*, t. II, Kraków 1982, s. 197.

¹⁶³ A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008, s. 40.

¹⁶⁴ S. Kowalewska, *Definicje i kwalifikacje zawodów* [w:] *Socjologia zawodów*, Warszawa 1965, s. 52.

¹⁶⁵ *Ibidem*, s. 53 i n.

¹⁶⁶ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012 s. 46.

¹⁶⁷ *Ibidem*, s. 49.

ryнку pracy oraz zakresu jej stosowania: zawód stanowi źródło dochodów i oznacza zestaw zadań (czynności) wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wymagających kompetencji nabytych w toku uczenia się lub praktyki; specjalność obejmuje część zawodu, wymagającą dodatkowych kompetencji¹⁶⁸. Zgodnie z przywołaną definicją zawodu, można wyodrębnić następujące elementy¹⁶⁹:

- wynikający ze społecznego podziału pracy zbiór zadań (zespół czynności),
- stałe lub z niewielkimi zmianami wykonywanie tych czynności,
- odpowiednie kwalifikacje - przez które należy rozumieć wiedzę i umiejętności – do ich wykonywania,
- kwalifikacje zdobyte w wyniku kształcenia lub praktyki,
- wykonywanie zawodu jako źródło dochodu,
- specjalność obejmującą część zawodu, wymagającą dodatkowych kompetencji.

Ustawodawca we wskazanej definicji zawodu do wykonywania zbioru zadań wymaga posiadania kwalifikacji zawodowych zdobytych w wyniku kształcenia lub praktyki, określając je jako układy wiedzy i umiejętności wymagane do realizacji składowych zadań zawodowych¹⁷⁰.

W związku z tym ustawodawca opiera kwalifikacje zawodowe na dwóch elementach: wiedzy oraz umiejętności¹⁷¹. Termin „wiedza” nie posiada legalnej definicji. Zgodnie z definicją przyjętą przez S. Judyckiego, „wiedzę” można określić jako ogół wiarygodnych informacji o rzeczywistości wraz z umiejętnością ich wykorzystywania – wyróżnia się wiedzę niezależną od zmysłów i dotyczącą prawd absolutnych lub uniwersalnych, jakimi niepodważalnie są prawa logiki czy matematyki oraz wiedzę, którą nabywa się poprzez zmysły, jej prawdziwość może być obalona przez następne obserwacje¹⁷². Natomiast pojęcie „umiejętności” zostało zdefiniowane przez ustawodawcę jako sprawdzona możliwość wykonania odpowiedniej klasy zadań w ramach wykonywanego zawodu.

¹⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.).

¹⁶⁹ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 49.

¹⁷⁰ Ibidem, s. 57.

¹⁷¹ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 57.

¹⁷² S. Judycki, *Wiedza a priori – struktura problemu*, Roczniki Filozoficzne 1998/1999, nr 46/47, s. 1.

Warto zauważyć, iż na gruncie nauk prawnych kwalifikacje obejmują zarówno wiedzę teoretyczną, jak i praktyczną, które są potwierdzone przez uprawniony do tego organ w formie odpowiedniego dokumentu, który uprawnia do wykonywania danego zawodu¹⁷³.

W polskim systemie prawa oddziela się „potrzebną wiedzę” od „potrzebnych umiejętności”¹⁷⁴. Wskazane rozdzielenie jest w wielu przypadkach trudne, a nawet niemożliwe, ponieważ są one ściśle powiązane, w związku z czym stosowanie pewnych technicznych umiejętności bez wcześniejszego zdobycia wiedzy na dany temat jest w wielu przypadkach bezsensowne, a szczególnie przy zawodach, których wykonywanie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych może okazać się niebezpieczne dla życia i zdrowia pacjenta.

Kolejnym elementem pojęcia „zawód” jest poziom kwalifikacji zawodowych. Stanowi on funkcję złożoności oraz zakresu umiejętności wynikających z kompleksowości i zakresu zadań i obowiązków. Przez wzgląd na ten fakt, wyższy poziom kwalifikacji wymaga zatem szerszego zakresu wiedzy i umiejętności oraz odpowiednio dłuższego okresu przygotowania zawodowego. Ustawodawca może i powinien określić wymagane wykształcenie, wskazując typ wykształcenia, rodzaj, albo ograniczyć się do wskazania określonych umiejętności zdobytych w wyniku przygotowania praktycznego lub do wymogu posiadania określonych cech.

Termin „specjalizacja” ma szczególne znaczenie dla przedstawicieli zawodów medycznych. Stanowi pojęcie węższe od zawodu, jest traktowana jako wynik podziału pracy w ramach wykonywanego zawodu, wymaga zatem pogłębionej lub dodatkowej wiedzy i umiejętności, zdobytych w trakcie dodatkowego szkolenia lub praktyki. Specjalizacja kwalifikacji danego zawodu wskazuje kierunek przygotowania zawodowego, a wymagany poziom kwalifikacji i specjalizacji normowany jest przez formalne wykształcenie lub szkolenie w drodze aktów prawnych różnej rangi¹⁷⁵. Potwierdzenie spełniania stawianych wymogów przepisy prawa wymagają udokumentowania formalnego dowodu posiadanych kwalifikacji, którym jest świadectwo ukończenia nauki lub odbycia praktyki zawodowej oraz dowodu materialnego, faktycznie wskazującego umiejętności zawodowe.

¹⁷³ C. Kosikowski, *Zezwolenie na działalność w prawie polskim*, Warszawa 1997, s. 46.

¹⁷⁴ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 59.

¹⁷⁵ *Ibidem*, s. 67.

5.2. Termin „zawód zaufania publicznego”

Pojęcie „zawodu zaufania publicznego” stanowi instytucję prawa konstytucyjnego. Zostało wprowadzone do polskiego porządku prawnego w art. 17 ust. 1. Konstytucji RP. Zgodnie z jego treścią¹⁷⁶: „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”. Zatem ustawodawca na mocy przywołanego artykułu umożliwił zawodom zaufania publicznego tworzenie w drodze ustawy samorządów zawodowych. Warto mieć na uwadze, że termin „zawód zaufania publicznego” nie ma legalnej definicji, nie istnieje również katalog wskazujący te zawody, podobnie jak w innych krajach europejskich¹⁷⁷.

Dotykając problematyki pojęcia zawodu zaufania publicznego, należy przede wszystkim podkreślić, że chodzi o zawody¹⁷⁸: wyuczone, wymagające wysokich kwalifikacji, wykonywane osobiście na podstawie i w granicach obowiązującego prawa, rozumiane jako zespół spójnych czynności, stanowiących źródło dochodu.

Wykonywanie zawodu zaufania publicznego wiąże się nierozdzielnie z podejmowaniem działań wobec konkretnej osoby, w toku których dochodzi do ingerencji w jej sferę prywatności¹⁷⁹. Kluczowe znaczenie przy wykonywaniu zawodu zaufania publicznego ma zachowanie tajemnicy zawodowej i to niezależnie od tego, czy ograniczenie prawa jednostki do prywatności następuje w wyniku jej świadomej decyzji, czy to na podstawie aktu prawnego¹⁸⁰. Dodać przy tym należy, że szczególny status osoby wykonującej zawód zaufania publicznego, który umożliwia ingerencję w sferę prywatności jednostek, wymaga zinstytucjonalizowania zaufania do niej, tak aby nadać zaufaniu charakter obiektywny, publiczny oraz oderwany od jednostkowej relacji pomiędzy osobą wykonującą zawód a jednostką, której dotyczą podejmowane czynności¹⁸¹.

¹⁷⁶ K. Bomba, *Płaszczyzny analizy statusu uwarunkowania pracy komornika sądowego* [w:] *Konstytucyjne uwarunkowania pracy komornika sądowego*, Warszawa 2020, s. 64.

¹⁷⁷ J. Hausner, D. Długosz, *Tezy w sprawie zawodów zaufania publicznego* [w:] *Zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2002, s. 117.

¹⁷⁸ K. Bomba, *Płaszczyzny analizy statusu uwarunkowania pracy komornika sądowego* [w:] *Konstytucyjne uwarunkowania pracy komornika sądowego*, Warszawa 2020, s. 65.

¹⁷⁹ K. Bomba, *Płaszczyzny analizy statusu uwarunkowania pracy komornika sądowego* [w:] *Konstytucyjne uwarunkowania pracy komornika sądowego*, Warszawa 2020, s. 65.

¹⁸⁰ Ibidem.

¹⁸¹ Ibidem.

Do zawodów zaufania publicznego, według stanowiska K. Wojtczaka, zaliczają się te zawody, dla których mogą być tworzone samorządy zawodowe sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem czynności zawodowych, w granicach zakreślonych przez interes publiczny oraz dla jego ochrony¹⁸².

Dopełnieniem wskazanej wyżej definicji „zawodu zaufania publicznego” są kryteria sformułowane przez H. Izdebskiego, który zauważa, iż omawiana grupa zawodów powinna posiadać: regulowany charakter, zdolność do autoregulacji oraz samoregulacji środowiskowej, określenie standardów postępowania, kodeks etyczny oraz rzeczywiste funkcjonowanie zawodu w praktyce¹⁸³.

Należy zauważyć, iż powołanie samorządu zawodowego powoduje zrzeczenie się przez państwo części swojej funkcji regulacyjnej na rzecz organów danego samorządu, wykonującego za państwo część władztwa publicznego¹⁸⁴.

Jak słusznie zauważyła D. Karkowska, należy przyjąć, że podstawowym kryterium uzasadniającym tworzenie samorządów zawodowych jest to, czy osoby wykonujące dany zawód reprezentują interes publiczny. Gwarancja niezależności stanowi podstawowe kryterium do realizacji tego interesu przez zawody, umożliwiając oparcie się na swojej grupie zawodowej oraz samorządowej. W przeciwnym razie tracą tę niezależność, a przez to nie mogą skutecznie chronić interesu publicznego¹⁸⁵.

Trudność w uchwyceniu znaczenia pojęcia „interesu publicznego” wynika z jego nieostrego charakteru. Jest to termin ocenny, a więc stanowi rodzaj odesłania pozaprawnego. Wskazana cecha umożliwia swobodę w interpretacji sfery interesu publicznego w działalności ustawodawczej oraz bieżącej działalności organów państwa¹⁸⁶. Jednak swoboda ustawodawcy jest ograniczona, gdy za istnieniem konkretnych samorządów zawodowych przemawiają ustalone w Konstytucji RP zobowiązania ciążące na państwie¹⁸⁷. Za uznaniem zawodów medycznych jako zawodów zaufania publicznego, a tym samym uprawnienia ich do tworzenia samorządów zawodowych, przemawiają takie wartości, jak¹⁸⁸: bezpieczeństwo zdrowotne

¹⁸² K. Wojtczak, *Reglamentacja zawodów zaufania publicznego ze względu na prawną formę ich wykonywania w świetle rozwiązań polskich i państw członkowskich Wspólnot Europejskich*, Warszawa 2002, s. 157.

¹⁸³ H. Izdebski, *Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu przez samorządy zawodowe [w:] Zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2002, s. 34.

¹⁸⁴ J. Boć, *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 r.*, Wrocław 1998, s. 47.

¹⁸⁵ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 271.

¹⁸⁶ J. Łętowski, *Prawo administracyjne dla każdego*, Warszawa 1995, s. 139.

¹⁸⁷ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 272.

¹⁸⁸ *Ibidem*, s. 273.

wynikające z art. 5 Konstytucji RP; zobowiązanie ochrony życia jednostki ludzkiej zgodnie z art. 38 Konstytucji RP; zobowiązanie w zakresie ochrony przed nieuprawnionymi eksperymentami medycznymi, w świetle art. 39 Konstytucji; zobowiązanie do ochrony zdrowia i urzeczywistnienia prawa równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez względu na sytuację majątkową obywatela. Zgodnie z wyrokiem TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07, dobro pacjenta stanowi interes publiczny, w szerokim znaczeniu oraz zapewnienie obywatelom wysokiej jakości usług medycznych, a także niepodważalne prawo pacjenta do wyboru dobrego, godnego zaufania wykonawcy, jako gwarancja odpowiedniej samoregulacji usług medycznych¹⁸⁹.

D. Karkowska proponuje klasyfikowanie zawodu medycznego jako zawodu zaufania publicznego, przyjmując następujące kryteria¹⁹⁰:

- 1) zdefiniowanie zawodu i reguł jego wykonywania. Warunkiem *sine qua non* jest to, że muszą to być zawody okrzeple, wyodrębnione spośród innych, o jasno określonych funkcjach i zakresie czynności, jakie spełniać mają ich członkowie;
- 2) wytworzenie środowiska zawodowego, ścisłe relacje między członkami, powstanie wewnętrznej opinii środowiskowej, która pozwala na kontrolowanie zachowania członków danej grupy zawodowej;
- 3) powstanie więzi zawodowej przejawiającej się w poczuciu odpowiedzialności członków zawodu za pozycję, prestiż oraz ocenę zawodu w oczach społeczeństwa;
- 4) wystąpienie kluczowych cech wolnego zawodu wypracowanych przez doktrynę prawa i praktykę;
- 5) publiczna zasadność instytucjonalizowania zawodu – tworzenia samorządu zawodowego, który sprawowałby pieczę nad prawidłowym wykonywaniem zawodu, łącznie z powołaniem sądownictwa zawodowego w przypadku łamania prawnych i etycznych zasad wykonywania zawodu.

5.3. Pojęcie „wolnego zawodu” a „zawód zaufania publicznego”

Pojęcie wolnego zawodu sięga odległych czasów. W okresie starożytności wyróżniano grupę profesji, które nie były traktowane jak zwykli kupcy, lecz cechowała je szczególna pozycja faktyczna i prawna w społeczeństwie. Osoby przynależące do tych profesji zajmowały się

¹⁸⁹ Wyrok TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07, LEX nr 371847.

¹⁹⁰ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 276.

czynnościami niezwykle użytecznymi dla ludzi, chroniły ich życie i zdrowie, udzielały fachowej pomocy prawnej czy doradzały w różnych sytuacjach osobistych oraz zawodowych. Z tego powodu ich praca była powszechnie doceniana i traktowana z głębokim szacunkiem, bowiem odpowiadała na zapotrzebowanie społeczne, tak publiczne, jak i prywatne. Z biegiem czasu ludzi tych zaczęto określać mianem osób wykonujących wolne zawody – takich, które charakteryzują się szczególnymi cechami i kwalifikacjami. Korzystali ze specjalnych przywilejów prawnych, które określały ich status zawodowy opierający się na wiedzy, doświadczeniu i odpowiedzialności. Przedstawiciele profesji uznanych za wolne zawody organizowali się w grupy i samorządy zawodowe, które sprawowały pieczę nad ich kwalifikacjami, etyką oraz ciągłym doskonaleniem zawodowym. Naturalnie, z biegiem czasu, dla osób wykonujących wolne zawody zaczęto tworzyć, w rozumieniu współczesnym odrębne regulacje prawne, przyznające im szczególny status zawodowy¹⁹¹.

Pierwszym aktem normatywnym w Polsce, w którym zostało zawarte pojęcie wolnego zawodu (wydaje się, że stosowane było zamiennie z wolnym zajęciem zawodowym, bez jego jednoznacznego zdefiniowania), było rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 17 stycznia 1922 r. w przedmiocie tekstu ustawy o państwowym podatku przemysłowym w brzmieniu obowiązującym od czasu wejścia w życie ustawy z dnia 17 grudnia 1921 r.¹⁹², zwane inaczej Polską ustawą o państwowym podatku przemysłowym¹⁹³.

Kolejnym aktem prawnym, zawierającym pojęcie wolnego zawodu bez określenia, na czym polegało jego wykonywanie czy które zawody mogły posłużyć się wskazanym tytułem, była ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o Państwowym Banku Odbudowy¹⁹⁴. Artykuł 5 pkt 4) omawianego aktu normatywnego, w lakoniczny sposób wskazywał jedynie, że: „(...) zakres działania Państwowego Banku Odbudowy obejmuje w myśl art. 4 ustawy z dnia 18-go lipca 1919 r. (...) udzielanie kredytów zarówno długo-, jak i krótkoterminowych: osobom wolnych

¹⁹¹ J. Jacyszyn, *Wolny zawód – mit czy rzeczywistość prawa?*, Wrocław 2015, s. 541.

¹⁹² Rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 17 stycznia 1922 r. w przedmiocie tekstu ustawy o państwowym podatku przemysłowym w brzmieniu, obowiązującym od czasu wejścia w życie ustawy z dnia 17 grudnia 1921 r. (Dz. U. z 1922 r. Nr 34, poz. 292).

¹⁹³ Polska ustawa o państwowym podatku przemysłowym została wprowadzona do obrotu prawnego przez przepis art. 30 ustawy z dnia 17 grudnia 1921 r. w przedmiocie rozciągnięcia mocy obowiązującej ustawy z 6 lipca 1920 r. o ujednostajnieniu na obszarze b. zaboru rosyjskiego ustaw i rozporządzeń o państwowym podatku przemysłowym na cały obszar Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 2, poz. 7 z późn. zm.), z którego treści wynikało, że: „Upoważnia się Ministra Skarbu do ogłoszenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej ustawy ros. o państwowym podatku przemysłowym z roku 1898 w brzmieniu obecnie obowiązującym, po uwzględnieniu wszelkich zmian i uzupełnień, wprowadzonych późniejszymi ustawami i rozporządzeniami w tym samym przedmiocie, jakoteż ustawami i rozporządzeniami o organizacji władz i urzędów skarbowych.”.

¹⁹⁴ Ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o Państwowym Banku Odbudowy (Dz. U. z 1922 r. Nr 27, poz. 217).

zawodów, poszkodowanym bezpośrednio przez wojnę na cele ponownego nabycia urzędnika zawodowego”.

W dniu 23 lutego 1924 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Stanisław Wojciechowski podpisał w Warszawie polsko-niemiecki układ o górnośląskim pasie pogranicznym, ratyfikowany ustawą z dnia 9 lipca 1924 r. w przedmiocie ratyfikacji układu polsko-niemieckiego¹⁹⁵, który w przepisie art. 10 wskazywał katalog otwarty „zawodów wyzwolonych”, do których należeli m. in.: lekarze, akuszerki, duchowni, miernicy, geometrzy, miernicy górniczy.

Warto wspomnieć także, że niektóre cechy wolnego zawodu określił Sąd Najwyższy w opinii z dnia 1 marca 1924 r.¹⁹⁶, wskazując, że wolny zawód to taki, któremu państwo przyznaje charakter publicznego zaufania i który z tej przyczyny poddaje swojej kontroli.

Innym aktem prawnym poruszającym tematykę wolnych zawodów była ustawa z dnia 15 lipca 1925 r. o państwowym podatku przemysłowym¹⁹⁷. Zgodnie z art. 9 wspomnianej ustawy: „Podatek przemysłowy tylko w formie podatku od obrotu (...) opłacają samodzielne wolne zajęcia zawodowe: lekarzy, dentystów, weterynarzy, felczerów, adwokatów, notariuszy, obrońców sądowych, architektów, inżynierów, innych techników i inne samodzielne wolne zajęcia zawodowe, które ustala w drodze rozporządzeń Minister Skarbu w porozumieniu z właściwym ministrem.”. Jak wynika z podanego przykładu, ustawodawca jedynie wymieniał przykładowe zawody mające status wolnego zawodu. Przykładem tego, jak bardzo rozbudowane było to pojęcie, jest treść orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 20 października 1926 r.¹⁹⁸, który uznał, że rzeźnik¹⁹⁹ „(...) jako człowiek wolnego zawodu, może prowadzić na własną rękę rzeźnię, jako zakład przemysłowy, obliczony na zysk, i w niej, na mocy swego pełnomocnictwa, wykonywać rzeźnię rytualną”.

W okresie po 1945 roku i po 1952 r., już w czasie PRL, co wymaga podkreślenia, ustawodawca także posługiwał się pojęciem wolnego zawodu. Jako przykład należy wskazać m. in.:

¹⁹⁵ Ustawa z dnia 9 lipca 1924 r. w przedmiocie ratyfikacji układu polsko-niemieckiego (Dz. U. z 1924 r. Nr 60, poz. 600).

¹⁹⁶ Opinia SN z dnia 1 marca 1924 r., sygn. akt Zo 4/23, LEX nr 1669696.

¹⁹⁷ Ustawa z dnia 15 lipca 1925 r. o państwowym podatku przemysłowym (Dz. U. z 1936 r. Nr 46, poz. 339 z późn. zm.)

¹⁹⁸ Orzeczenie SN z dnia 20 października 1926 r., sygn. akt II K 737/26, LEX nr 914556.

¹⁹⁹ Pojęcie oznaczające rzeźnika dokonującego uboju zgodnie z żydowskimi zasadami religijnymi.

- 1) dekret z dnia 8 stycznia 1946 r. o rejestracji i obowiązku pracy²⁰⁰ – art. 2 pkt 1) lit. f) wskazywał, że nie podlegają obowiązkowi rejestracji osoby należące do wolnych zawodów, o ile są zarejestrowane jako wykonywające zawód we właściwej izbie samorządu zawodowego albo w braku jej - uzyskały zezwolenie władzy administracyjnej ogólnej II instancji na wykonywanie zawodu;
- 2) rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 31 października 1946 r. o księgach handlowych, uproszczonych i podatkowych, wydane co do § 2–11 w porozumieniu z Ministrami Przemysłu oraz Aproprowizacji i Handlu²⁰¹ - paragraf 39, w świetle którego: „Lekarze, lekarze weterynarii, lekarze dentyści, felczerzy, adwokaci, obrońcy sądowi, inżynierowie (geometry), technicy – obowiązani są prowadzić księgę podatkową Nr 3 według wzoru Nr 8 (księga dla wolnych zawodów);
- 3) rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 14 marca 1947 r. wydane w porozumieniu z Ministrami Administracji Publicznej i Ziem Odzyskanych o dowodach zwolnienia od rejestracji w wykonaniu dekretu z dnia 8 stycznia 1946 r. o rejestracji i o obowiązku pracy²⁰², przewidujące w § 1 lit. d) dowód zwolnienia od obowiązku rejestracji w postaci zaświadczenia właściwej izby samorządu zawodowego dla osób należących do wolnych zawodów;
- 4) rozporządzenie Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 11 marca 1948 r. w sprawie obowiązku uzyskania zezwolenia na zawodowe wykonywanie czynności handlowych²⁰³, wskazujące w treści § 3 ust. 2 lit. c) przykładowy katalog wolnych zawodów, do których należała: „(...) działalność artystyczna, literacka, publicystyczna, lekarzy, lekarzy weterynarii, lekarzy dentyistów, techników dentyistycznych, felczerów, położnych, pielęgniarek, adwokatów, notariuszów, obrońców sądowych, inżynierów oraz techników.”

Biorąc pod uwagę powyższe przykłady, wskazać należy na błędne stwierdzenie D. Karkowskiej, która pisze, że w okresie państwa socjalistycznego nie przewidywano statusu wolnego zawodu dla żadnego z zawodów medycznych²⁰⁴. Dodatkowo można podać także

²⁰⁰ Dekret z dnia 8 stycznia 1946 r. o rejestracji i obowiązku pracy (Dz. U. z 1946 r. Nr 3, poz. 24).

²⁰¹ Rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 31 października 1946 r. o księgach handlowych, uproszczonych i podatkowych (Dz. U. Nr 65, poz. 365 z późn. zm.).

²⁰² Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 14 marca 1947 r. wydane w porozumieniu z Ministrami Administracji Publicznej i Ziem Odzyskanych o dowodach zwolnienia od rejestracji w wykonaniu dekretu z dnia 8 stycznia 1946 r. o rejestracji i o obowiązku pracy (Dz. U. Nr 34, poz. 160 z późn. zm.).

²⁰³ Rozporządzenie Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 11 marca 1948 r. w sprawie obowiązku uzyskania zezwolenia na zawodowe wykonywanie czynności handlowych (Dz. U. Nr 13, poz. 105 z późn. zm.).

²⁰⁴ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, s. 232.

przykład rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 1961 r. w sprawie zasad wykonywania przez pracowników naukowych instytutów naukowo-badawczych dodatkowych stałych zajęć zarobkowych²⁰⁵. Zgodnie z § 3 wskazanego aktu wykonawczego: „Zajęciami zarobkowymi w rozumieniu przepisów rozporządzenia są wszelkie zajęcia zarobkowe wynikające ze stosunku pracy opartego na umowie o pracę lub nominacji oraz wykonywanie wolnego zawodu lekarza lub adwokata.”. Przytoczona treść powyższego przepisu przeczy tezie D. Karkowskiej o niezaliczaniu w okresie PRL żadnego zawodu medycznego do grona wolnych zawodów.

Współcześnie pojęcie wolnego zawodu występuje m. in. w art. 87 § 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych²⁰⁶ oraz w art. 4 pkt 11) ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne²⁰⁷. Jednak oba przywołane powyżej przepisy nie stanowią pełnej definicji wolnego zawodu, który w ogóle w polskim systemie prawnym nie ma definicji legalnej. Pierwszy z przepisów – art. 87 § 1 w zw. z art. 88 – wymienia²⁰⁸, choć nie na zasadzie wyłączności – wolne zawody, które mogą być wykonywane w formie spółki partnerskiej. Istotnymi elementami przesądzającymi, z punktu widzenia przepisów kodeksu spółek handlowych, o zaliczeniu danej profesji do grupy wolnych zawodów mają kwestie regulowane w ustawach zawodowych, takie jak²⁰⁹:

- zakres uprawnień zawodowych, który będzie wyznaczał dopuszczalny przedmiot działalności spółki,
- zasady łączenia różnych zawodów w ramach jednej spółki,
- zasady uzyskiwania uprawnień zawodowych, co determinuje zdolność bycia partnerem,
- zasady dokumentowania posiadanych uprawnień, które muszą być przedłożone sądowi rejestrowemu,

²⁰⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 1961 r. w sprawie zasad wykonywania przez pracowników naukowych instytutów naukowo-badawczych dodatkowych stałych zajęć zarobkowych (Dz. U. z 1961 r. Nr 43, poz. 227).

²⁰⁶ Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1467 z późn. zm.), dalej zwana: „k.s.h.”.

²⁰⁷ Ustawa z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1993 z późn. zm.), dalej zwana: „u.o.p.d.”.

²⁰⁸ Do wolnych zawodów, w rozumieniu art. 88 k.s.h., ustawodawca zalicza zawód: adwokata, aptekarza, architekta, inżyniera budownictwa, biegłego rewidenta, brokera ubezpieczeniowego, doradcy podatkowego, maklera papierów wartościowych, doradcy inwestycyjnego, księgowego, lekarza, lekarza dentysty, lekarza weterynarii, notariusza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, radcy prawnego, rzecznika patentowego, rzeczoznawcy majątkowego i tłumacza przysięgłego.

²⁰⁹ J. Witosz, *Spółka partnerska. Komentarz do art. 88 [w:] Kodeks spółek handlowych. Tom I. Komentarz do art. 1-150*, Warszawa 2017, s. 597.

- zasady utraty uprawnień zawodowych, której konsekwencją jest obowiązek wystąpienia ze spółki i wygaśnięcie członkostwa.

Drugi z przywołanych przepisów – art. 4 pkt 11) u.o.p.d., wskazuje, że wolny zawód oznacza: „pozarolniczą działalność gospodarczą wykonywaną osobiście przez tłumaczy, adwokatów, notariuszy, radców prawnych, biegłych rewidentów, księgowych, agentów ubezpieczeniowych, agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, brokerów reasekuracyjnych, brokerów ubezpieczeniowych, doradców podatkowych, doradców restrukturyzacyjnych, maklerów papierów wartościowych, doradców inwestycyjnych, agentów firm inwestycyjnych oraz rzeczników patentowych, z tym że za osobiste wykonywanie wolnego zawodu uważa się wykonywanie działalności bez zatrudniania na podstawie umów o pracę, umów zlecenia, umów o dzieło oraz innych umów o podobnym charakterze osób, które wykonują czynności związane z istotą danego zawodu”. Wskazany przepis podaje tylko niektóre elementy wolnego zawodu, co podobnie jak art. 88 k.s.h. nie powinno przesądzać o kwalifikowaniu danej profesji jako wykonującej wolny zawód.

Wydaje się, że dobrym przykładem – wskazującym na niewiążący charakter choćby powyżej omawianego przepisu w kontekście oceny, czy dany zawód jest zawodem wolnym, ale także świadczącym o niekonsekwencji ustawodawcy w zakresie nazywania danej profesji zawodem wolnym – jest zmiana wynikająca z art. 9 pkt 3) ustawy z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw²¹⁰. Według znajdujących się tam zapisów status wolnego zawodu utraciły zawody medyczne uprzednio wymienione w art. 4 pkt 11) u.o.p.d. – lekarze, lekarze dentyści, lekarze weterynarii, technicy dentystyczni, felczerzy, położne, pielęgniarki, psycholodzy oraz fizjoterapeuci. Zatem niezależnie od okoliczności wykonywania swoich czynności przez przedstawicieli tych grup zawodowych, ich przychody nie stanowią przychodów z wykonywania wolnego zawodu²¹¹. Omawianą zmianę tłumaczy się obniżeniem opodatkowania podatku zryczałtowanego z 17% do 15% dla osób wykonujących zawody medyczne²¹². W takim przypadku, nawet jeśli lekarz czy pielęgniarka będą wykonywać zawód w ramach działalności gospodarczej, to według przepisów u.o.p.d. nie będą zaliczani do wolnych zawodów. Problematyka ta nie jest niczym nowym, warto jednak zwrócić uwagę,

²¹⁰ Ustawa z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2105 z późn. zm.).

²¹¹ A. Bartosiewicz, *Polski ład. Podatki i składki*, Warszawa 2022, s. 221.

²¹² https://medidesk.pl/polski-lad-a-zarzadzanie-biznesem-medycznym-zmiany-podatkowe/?doing_wp_cron=1651408899.5505189895629882812500 (dostęp: 1 maja 2022 r.).

że choć ratownicy medyczni od wielu lat wykonują swój zawód w ramach działalności gospodarczej, to przepis art. 4 pkt 11) u.o.p.d. w poprzednim brzemieniu nie zaliczał ich do grona wolnych zawodów.

W kontekście powyższych rozważań należy zadać pytanie, jakie są cechy wolnego zawodu, co przesądza o tym, czy dany zawód określimy jako wolny? Na tak postawione pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. J. Jacyszyn stoi na stanowisku, że elementami wyróżniającymi wolne zawody są²¹³:

- 1) szczególne wykształcenie,
- 2) specyficzne zasady wykonywania zawodu,
- 3) niezależność zawodowa,
- 4) etos i misja wykonywania zawodu,
- 5) sposób i stan zorganizowania,
- 6) etyka zawodowa,
- 7) wynagrodzenie osób wykonujących wolny zawód odmiennie od typowej zapłaty,
- 8) tajemnica zawodowa,
- 9) specyficzna odpowiedzialność cywilna, a także porządkowa czy też korporacyjna,
- 10) obowiązkowa przynależność do samorządu.

Z kolei K. Wojtczak definiuje wykonywanie wolnego zawodu jako: „osobiste i samodzielne wykonywanie wewnątrznie spójnego zespołu czynności o charakterze intelektualnym, wymagających wysokich kwalifikacji (wiedzy i praktyki), systematycznie, w zamian za honorarium bezinteresownie ustalone, służące zapewnieniu świadczeń i usług klientom oraz ochronie istotnych wartości interesu ogólnego, zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi, zasadami etycznymi i deontologicznymi”²¹⁴. Według podanej definicji wolne zawody są profesjami elitarnymi, wyróżniającymi się profesjonalizmem, wysokimi kwalifikacjami, a osoby je wykonujące są obowiązane działać zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Warto także przytoczyć definicję wolnego zawodu sformułowaną przez A. Kidybę, który wskazał następujące elementy składające się na pojęcie wolnego zawodu²¹⁵:

- 1) jest wykonywany w sposób profesjonalny,

²¹³ J. Jacyszyn, *Wolność gospodarcza a wolny zawód* [w:] *Przegląd prawa i administracji CIII*, Wrocław 2015, s. 238, <https://wuwr.pl/ppa/article/view/7522/7168> (dostęp: 1 maja 2022 r.).

²¹⁴ M. Sadowska, W. Lis, *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 37, cyt. za: K. Wojtczak, *Co to jest wolny zawód?*, ZN WSZiB 1997/1, s. 127 i n.

²¹⁵ A. Kidyba, *Prawo handlowe*, Warszawa 2021, s. 214.

- 2) działalność jest wykonywana na własny rachunek,
- 3) wymaga szczególnego wykształcenia lub umiejętności związanych z wykonywaniem zawodu,
- 4) działalność w zakresie wolnego zawodu jest wykonywana samodzielnie i osobiście, przy możliwej pomocy osób podporządkowanych.

Problematyka definicji wolnego zawodu była także poruszona w treści wyroku TK z dnia 19 października 1999 r., sygn. akt SK 4/99, zgodnie z którym: „Wolnych zawodów treścią wolności wykonywania zawodu jest stworzenie sytuacji prawnej, w której: po pierwsze, każdy mieć będzie swobodny dostęp do wykonywania zawodu, warunkowany tylko talentami i kwalifikacjami; po drugie, mieć będzie następnie rzeczywistą możliwość wykonywania swojego zawodu oraz – po trzecie, nie będzie przy wykonywaniu zawodu poddany rygorom podporządkowania, które charakteryzują świadczenie pracy. Jest jednak rzeczą oczywistą, że wolność wykonywania zawodu nie może mieć charakteru absolutnego i że musi być poddana reglamentacji prawnej, w szczególności gdy chodzi o uzyskanie prawa wykonywania określonego zawodu, wyznaczenie sposobów i metod (ram) wykonywania zawodu, a także określenie powinności wobec państwa czy samorządu zawodowego.”²¹⁶.

W moim przekonaniu najbardziej uniwersalnym pojęciem wolnego zawodu posłużył się A. Kidyba, który w swojej definicji – elementach koniecznych do uznania danej profesji za wolny zawód – pominął tak chętnie przytaczane w innych, proponowanych znaczeniach omawianego terminu cechy, takie jak: regulowany charakter zawodu, obowiązujące zawód normy deontologiczne, jako warunek *sine qua non* istnienia samorządu zawodowego.

W tym miejscu warto zastanowić się, jaka jest relacja między pojęciami „zawód wolny” a „zawód zaufania publicznego”? Pomimo istnienia pewnej wspólnej grupy desygnatów pojęć „wolnego zawodu” i „zawodu zaufania publicznego” – terminy te nie są jednoznaczne²¹⁷. Należy zwrócić uwagę, że termin „wolny zawód” w przeciwieństwie do „zawodu zaufania publicznego” nie pojawia się w treści ustawy zasadniczej, co także znacznie utrudnia określenie, jaka jest ich wspólna relacja. W zależności od zastosowania jednej z wielu teorii w kontekście określania danej profesji jako wolnego zawodu zauważymy, że nie zawsze wolny zawód będzie zawodem zaufania publicznego i odwrotnie.

²¹⁶ Wyrok TK z dnia 19 października 1999 r., sygn. akt SK 4/99, LEX nr 38260.

²¹⁷ A. Krasnowolski, *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Warszawa 2013, s. 3.

Na gruncie zawodów medycznych można wskazać przykład zawodu lekarza oraz ratownika medycznego. W pierwszym przypadku nie będziemy mieli wątpliwości, że ta profesja niezależnie od zastosowanej definicji będzie należała pojęciowo do obu grup zawodów. Jednak w odniesieniu do zawodu ratownika medycznego jest to kwestia niejednoznaczna.

Zawód ratownika medycznego nie ma własnej, partykularnej uwzględniającej interesy ratowników medycznych ustawy zawodowej. Jego wykonywanie reguluje ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze. Ratownicy medyczni nie mają wobec tego samorządu zawodowego, co w pewnym sensie wyklucza ich z grona zawodów zaufania publicznego. W kontekście wolnego zawodu można uznać, że omawiana profesja jest wolnym zawodem w zależności od użytej definicji. Patrząc przez pryzmat proponowanego przez A. Kidybę zakresu pojęciowego omawianego terminu, nie będziemy mieć wątpliwości, że ratownik medyczny jest wolnym zawodem, lecz przyjmując interpretację J. Jacyszyna, wykluczymy go z grona takiej profesji.

Można zatem, za J. Jacyszynem, postawić następujące pytanie: Wolny zawód – anachronizm czy istotne pojęcie prawne? Patrząc przez pryzmat zawodów medycznych, jest to istotne pojęcie prawne, czego nie dostrzega ustawodawca. Daje temu wyraz obecnie, poprzez wprowadzenie nowelizacji ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, z której usunął zawody medyczne (m. in.: lekarzy, zawód pielęgniarski i zawód położniczy, fizjoterapeutów) z grona wolnych zawodów oraz na przestrzeni kilku ostatnich lat nie przyznał w omawianym akcie prawnym statusu wolnego zawodu ratownikom medycznym – co jest krzywdzące. Warto w tym miejscu nadmienić, że w przeciwieństwie do lekarzy oraz pielęgniarek i pielęgniarzy, ratownicy medyczni nie są ujęci w Polskiej Klasyfikacji Działalności, jako odrębna praktyka.

Obecny stan prawny nie zawiera jednolitej definicji wolnego zawodu, co doprowadza do pojawiania się wątpliwości natury faktycznej i prawnej²¹⁸, szczególnie w odniesieniu do zawodów medycznych. Istnieje więc, w moim przekonaniu, potrzeba uregulowania, ujednoczenia tych kwestii, ponieważ status wolnego zawodu oprócz wartości historycznej i ważnych wartości etycznych, w czasach współczesnych sprzyja rozwojowi zawodowemu, poczuciu przynależności do danej grupy zawodowej, a co najważniejsze sprawia,

²¹⁸ <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/wolny-zawod-jako-pojecie-prawne,63158.html> (dostęp: 24 maja 2022 r.).

że przedstawiciele danej profesji, zaliczanej do grupy wolnych zawodów, dbają o jego poprawne wykonywanie, stale podnosząc swoje kompetencje.

5.4. Zawody medyczne kwalifikujące się jako zawód zaufania publicznego

Pojęcie „zawodu zaufania publicznego” niezauważalnie przenika się z terminem „zawodu medycznego” oraz „świadczeniem zdrowotnym”, bowiem jeśli dany zawód w polskim systemie prawnym nie mieści się pod ogólnym pojęciem „zawodu medycznego”, który jest obdarzony szczególnym zaufaniem ze strony społeczeństwa, to nie można uznać go za zawód zaufania publicznego. Może to być krzywdzące.

W środowisku osób wykonujących zawód medyczny utrwalilo się przekonanie, iż posiadanie samorządu zawodowego jest warunkiem koniecznym, aby dana grupa profesjonalistów była poważana w społeczeństwie, a tym samym została zaliczona do tych, które wykonują zawód zaufania publicznego. Taka opinia, w moim przekonaniu, jest niesłuszna, a wynika to z faktu, iż ustawodawca w Konstytucji RP daje możliwość wyłącznie danej grupie, przynależnej do określonej profesji wykonującej zawód zaufania publicznego, do założenia samorządu zawodowego.

Pozostaje więc pytaniem otwartym, które zawody medyczne i na jakiej podstawie mieszczą się w pojęciu „zawodu zaufania publicznego”?

Na potrzeby niniejszej pracy skupię się na czterech grupach zawodów medycznych będących jednocześnie zawodami zaufania publicznego, a mianowicie: lekarzach, pielęgniarkach i położnych oraz ratownikach medycznych, które to zawody – w moim przekonaniu – stanowią trzon polskiego systemu ochrony zdrowia, przez wzgląd na niezwykle rozbudowane uprawnienia oraz bezpośredniość relacji z pacjentem podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie pragnę podkreślić, że nie pomniejszam roli innych przedstawicieli zawodów medycznych, gdyż zdaję sobie sprawę z nakładu pracy i staranności wkładanej przez osoby je wykonujące w funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia.

Bez stałej i bliskiej współpracy między różnymi profesjami medycznymi nie można mówić o dobrym systemie ochrony zdrowia, bowiem nadrzędnym celem w tych zawodach jest zawsze dobro pacjenta.

6. Samorząd zawodowy

Pojęcie „samorządu zawodowego” nie ma definicji ustawowej, dlatego należy przyjąć ugruntowaną koncepcję, że jest to forma zdecentralizowanej administracji publicznej. Za istotę samorządu zawodowego należy uznać:

„(...) powierzenie zarządu sprawami publicznymi samym zainteresowanym, czyli zrzeszeniom obywateli, zorganizowanych z mocy ustawy w korporacjach prawa publicznego. Taka ustawowo ustanowiona korporacja to inaczej – w tradycyjnej terminologii prawniczej – publicznoprawny związek osób (...). Tak więc korporacja może mieć charakter terytorialny – wówczas mamy do czynienia z samorządem terytorialnym (...) albo nieterytorialny – i wtedy chodzi o samorząd zawodowy (...) w zależności od ustawowego kryterium, na którym opiera się wyodrębnienie danej korporacji”²¹⁹.

Podobną koncepcję tego terminu przyjmują M. Wierzbowski, A. Wiktorowska i M. Grzywacz: „Samorząd występuje wówczas, gdy na podstawie przepisów prawa określona grupa społeczna ma możliwość wyłonienia własnych organów przedstawicielskich oraz gdy organy wyłonione przez grupę wykonują zadania charakterystyczne dla administracji publicznej”²²⁰.

Ustawodawca, powołując w drodze ustawy samorząd zawodowy, jest zobowiązany do przypisania mu określonych funkcji. Konstytucja nie tylko legitymuje do tworzenia tego typu jednostek, ale również wyznacza im konkretną rolę publiczną. Z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP wynika bowiem, że funkcją samorządów zawodowych jest nie tylko reprezentowanie osób wykonujących zawód zaufania publicznego, lecz także sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów²²¹.

Przechodząc na grunt zawodów medycznych i mając w dalszym ciągu na uwadze powyższe rozważania, stwierdzić należy, że dwiema zasadniczymi funkcjami samorządów zawodowych jest przyznawanie numeru prawa wykonywania zawodu²²² oraz sprawowanie pieczy (nadzoru) nad poprawnym, zgodnym ze standardami, a więc z należyтą starannością, wykonywaniem zawodu.

²¹⁹ H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, 1999, s. 136.

²²⁰ M. Wierzbowski, A. Wiktorowska, M. Grzywacz, *Samorząd [w:] Prawo administracyjne*, Warszawa 2017, s. 89.

²²¹ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 202-203.

²²² Dalej zwany: „NPWZ”; kwestię przyznawania prawa wykonywania zawodu poruszyłem w dalszej części rozprawy.

W prawie administracyjnym pojęcie „nadzoru” określa sytuację, w której organ nadzorujący jest wyposażony w środki oddziaływania na postępowanie organów albo jednostek nadzorowanych, nie może jednak wyręczać tych organów w ich działalności²²³. Ze wskazanej definicji wynika zatem, że istota nadzoru wyraża się w możliwości oddziaływania jednego podmiotu na drugi w ramach szczegółowych upoważnień podmiotu nadzorującego oraz obowiązków podmiotu nadzorowanego lub w tym, że organ nadzorczy ma kompetencje do stosowania aktów lub czynności wiążących podmiot nadzorowany, w tym także możliwość wzruszania jego aktów lub czynności. Wskazać jednak należy, że z pojęciem pieczy nie wiążą się żadne konkretne formy działania władczego, bowiem konkretyzacja treści nadzoru wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, odnoszących się do danej dziedziny²²⁴.

Warto także przytoczyć fragment orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 stycznia 2009 r. – wydanego w pełnym składzie – związanego z nadzorem nad działalnością administracyjną sądów. W orzeczeniu tym poruszono zagadnienie „nadzoru”:

„Najczęściej określenia »nadzór« używa się do sytuacji, w której organ jest wyposażony w środki oddziaływania na postępowanie podmiotów i jednostek nadzorowanych, nie może jednak wyręczać tych organów w ich działalności. Uprawnienia nadzorcze obejmują prawo do kontroli oraz możliwość wiążącego wpływania na podmioty i jednostki nadzorowane. Uprawnienia organu nadzorującego można podzielić na środki oddziaływania merytorycznego (np. zawieszanie lub uchylanie rozstrzygnięć jednostek nadzorowanych) i środki nadzoru personalnego (np. prawo zawieszenia w czynnościach członków kierownictwa nadzorowanej jednostki). Organ może stosować tylko takie środki, w jakie wyposażył go ustawodawca, i tylko w celach określonych przez te przepisy.”²²⁵

Podsumowując, nadzór administracyjny nad wykonywaniem zawodów medycznych stanowią wszystkie formy kontroli i władczego wkraczania administracji publicznej, działającej przez upoważnione organy, w wykonywanie zawodów medycznych w celu zagwarantowania przestrzegania norm prawnych przez osoby je wykonujące²²⁶.

²²³ M. Wierzbowski, A. Wiktorowska, *Nadzór [w:] Prawo administracyjne*, Warszawa 2017, s. 81.

²²⁴ R. Tymiński, *Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty. Aspekty administracyjnoprawne*, Warszawa 2019, s. 38-29.

²²⁵ Wyrok TK z dnia 15 stycznia 2009 r., sygn. akt. K 45/07, LEX nr 469915.

²²⁶ R. Tymiński, *Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty. Aspekty administracyjnoprawne*, Warszawa 2019, s. 41.

Poniżej przedstawię strukturę samorządu zawodowego lekarzy oraz samorządu zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy. Celowo zawęziłem poruszaną tematykę wyłącznie do obu wskazanych grup, ponieważ w rozprawie analizuję głównie zawody lekarza, pielęgniarki i pielęgniarza oraz ratownika medycznego, zbędne byłoby zatem opisywanie samorządów analityków medycznych, fizjoterapeutów czy farmaceutów. Czytelnik zauważy zapewne brak opisu samorządu zawodowego ratowników medycznych. Wynika to z faktu, że taki samorząd nie istnieje. Oczywiście należy wskazać, że ta grupa zawodowa od kilku lat dąży do wprowadzenia w życie projektowanej od 2019 r. ustawy o samorządzie ratowników medycznych. Jednak do dnia dzisiejszego nie weszła ona w życie.

6.1. Samorząd zawodowy lekarzy

Pierwszym aktem prawnym w okresie II Rzeczypospolitej Polskiej, wydanym w przedmiocie regulacji związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, była ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich²²⁷. Na mocy wskazanego aktu normatywnego wydano rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 15 marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia Izb Lekarskich²²⁸, których ówczasem było sześć (obecnie istnieją 24 izby lekarskie). Warto także dodać, że dokładnie postępowanie przed Naczelnym Sądem Lekarskim określono dopiero w treści rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 16 marca 1925 r. w sprawie ustalenia regulaminu sądu Naczelnej Izby Lekarskiej²²⁹.

Następnym aktem normatywnym dotyczącym działalności samorządu lekarskiego była ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich²³⁰. Jej istotnym elementem było dokładne określenie zakresu działania izb lekarskich, a mianowicie:

- 1) „(...) współdziałanie z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego;
- 2) krzewienie i strzeżenie etyki, godności i sumienności zawodowej wśród członków;
- 3) współdziałanie z władzami rządowymi w sprawach wykonywania nadzoru nad praktyką lekarską;
- 4) przedstawicielstwo zawodu lekarskiego i obrona jego interesów;

²²⁷ Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. U. z 1921 r. Nr 105, poz. 763).

²²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 15 marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia Izb Lekarskich (Dz. U. Nr 41, poz. 353 z późn. zm.).

²²⁹ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 16 marca 1925 r. w sprawie ustalenia regulaminu sądu Naczelnej Izby Lekarskiej (M.P. z 1925 r. Nr 115, poz. 505).

²³⁰ Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 31, poz. 275 z późn. zm.).

- 5) piecza nad stanem materialnym członków izby, a w szczególności zakładanie, za zgodą właściwej władzy, i prowadzenie przymusowych instytucji ubezpieczeniowych oraz wzajemnej pomocy dla członków izb lekarskich i ich rodzin;
- 6) popieranie instytucji naukowych oraz zakładanie, prowadzenie lub popieranie prac i instytucji społecznych;
- 7) sądownictwo dyscyplinarne;
- 8) sądownictwo polubowne.”

Na uwagę zasługuje fakt, że w omawianej ustawie, w przeciwieństwie do poprzedniego aktu prawnego, izbom lekarskim przyznano osobowość prawną, zatem stały się one podmiotem praw i obowiązków.

W okresie powojennym doszło na mocy ustawy z dnia 18 lipca 1950 r. o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych²³¹ do likwidacji samorządu zawodowego lekarzy. Dążono w ten sposób do centralizacji władzy. W miejsce zlikwidowanego samorządu wprowadzono w życie ustawę z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza²³², która określała formalne przesłanki wykonywania zawodu lekarza. Natomiast w kontekście odpowiedzialności zawodowej ówczesna władza uchwaliła ustawę z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia²³³, która swoim zakresem obejmowała nie tylko lekarzy, ale również pielęgniarki i pielęgniarzy, farmaceutów oraz felczerów.

Samorząd lekarski odrodził się dopiero w 1989 r. po wejściu w życie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich²³⁴. Obecnie obowiązuje ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich²³⁵.

Przechodząc do struktury samorządu zawodowego lekarzy, wskazać należy, że Naczelna Izba Lekarska²³⁶ obejmuje lekarzy na terenie całego kraju, a do jej organów należą: Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Komisja Rewizyjna, Naczelny Sąd Lekarski, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Najwyższą władzą samorządu zawodowego lekarzy jest Krajowy Zjazd Lekarzy, w którym uczestniczą delegaci wybrani przez okręgowe zjazdy

²³¹ Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych (Dz. U. Nr 36, poz. 326 z późn. zm.).

²³² Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50, poz. 458 z późn. zm.).

²³³ Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. Nr 36, poz. 332 z późn. zm.).

²³⁴ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm.).

²³⁵ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 z późn. zm.), dalej zwana: „u.i.l”.

²³⁶ Dalej zwana: „NIL”.

lekarzy oraz z głosem doradczym – ustępujący członkowie organów Naczelnej Izby Lekarskiej. Podkreślić należy, że Krajowy Zjazd Lekarzy ma w swojej kompetencji uchwalanie zasad etyki lekarskiej oraz inne zadania związane z działalnością samorządu. Naczelna Rada Lekarska jako jeden z organów NIL reprezentuje zawód lekarza wobec organów administracji publicznej i innych organizacji²³⁷.

Kolejnym zagadnieniem, które niewątpliwie warto poruszyć jest odpowiedzialność zawodowa lekarzy. Jak już wcześniej wspomniałem samorząd lekarski sprawuje pieczę nad poprawnym wykonywaniem zawodu lekarza. Warto więc zadać pytanie jak definiować odpowiedzialność zawodową?

Za najprostszą definicję odpowiedzialności zawodowej, oddającą w całości sens znaczenia wskazanego pojęcia, należy uznać następującą: „Odpowiedzialność zawodowa to ponoszenie konsekwencji za naruszenie reguł wykonywania danego zawodu oraz za naruszenie zasad etyki obowiązujących w tym zawodzie.”²³⁸ Warto także przytoczyć definicję zaproponowaną przez P. Skuczyńskiego:

„(...) odpowiedzialność realizowaną przez organy powołane do kontrolowania lub nadzorowania wykonywania określonych zawodów lub sprawowania określonych funkcji. Ich cechą wspólną jest zaufanie publiczne, którym z jednej strony osoby i całe ich grupy cieszą się w społeczeństwie, a które, z drugiej strony, jest niezbędne do prawidłowego wykonywania owych zawodów lub funkcji. Podstawą tego typu odpowiedzialności dyscyplinarnej są przepisy prawa publicznego dotyczące danych służb czy wolnych zawodów. Historycznie zdaje się ona wywodzić z sądownictwa honorowego czy zawodowego zawodów medycznych i prawniczych, które kształtowało się przez wieki.”²³⁹

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy ma charakter dualistyczny. Lekarze ponoszą odpowiedzialność zawodową zarówno na gruncie aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu lekarza, m. in. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy koszykowej i aktów wykonawczych do niej, jak i na gruncie kodeksu deontologicznego, który stanowi prawo miękkie.

²³⁷ I. Wrześniewska-Wal, *Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich*, Warszawa 2020 r., s. 33-34.

²³⁸ Ibidem, s. 44.

²³⁹ P. Skuczyński, *Granice odpowiedzialności dyscyplinarnej [w:] Odpowiedzialność dyscyplinarna studentów. Podstawy, procedura i orzecznictwo w sprawach studentów Uniwersytetu Warszawskiego 2000-2005*, Warszawa 2008, s. 8-9.

Wskazany dualizm nasuwa pewne problemy w kontekście odpowiedzialności zawodowej, ponieważ normy deontologiczne wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej cechuje wysoki poziom ogólności, a te z kolei, które określają istotę naruszeń etyki zawodowej, nie są wystarczająco precyzyjne²⁴⁰. Do poruszanego zagadnienia odniósł się także Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 27 lutego 2001 r., stwierdzając, że: „Gdy chodzi o delikty dyscyplinarne (w odróżnieniu od przestępstw określonych w kodeksie karnym), nie jest możliwa precyzyjna typizacja czynów zabronionych. Są one ustawowo niedookreślone z uwagi na obiektywną niemożność stworzenia katalogu zachowań zagrażających należytemu wykonywaniu obowiązków służbowych, czy zachowaniu godności zawodu.”²⁴¹.

Warto również zwrócić uwagę na inny problem dotyczący relacji między *hard law* w postaci aktów normatywnych oraz *soft law* – zbioru zasad deontologicznych. Aby uwypuklić ów problem, posłużę się przykładem art. 38 § 1 w związku z art. 30 u.o.z.l. w odniesieniu do art. 32 KEL. Otóż, dwa pierwsze wskazane przepisy wynikające z ustawy zawodowej lekarzy stanowią, że: „Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30 (...)” oraz „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.”. Natomiast art. 32 KEL wskazuje, iż: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.”

Nie ulega wątpliwości, że zapis wynikający z art. 32 KEL powinien znaleźć się w ustawie zawodowej, bowiem reguluje niezwykle istotną kwestię nie tylko z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej, ale również cywilnej czy karnej. W praktyce lekarze często mają wątpliwości odnośnie przesłanek upoważniających ich do odstąpienia od podjęcia czy kontynuowania resuscytacji czy czynności reanimacyjnych²⁴².

²⁴⁰ M. Reshef, G. Wrona, *Orzekanie o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu przez sądy lekarskie. Część I*, *Medyczna Wokanda* 8/2016, s. 117.

²⁴¹ Wyrok TK z dnia 27 lutego 2001 r., K 22/00, LEX nr 46860.

²⁴² Różnica między reanimacją a resuscytacją polega na osiągnięciu końcowego rezultatu. Resuscytacja oznacza przywrócenie czynności mięśnia sercowego, zaś reanimacja dodatkowo prowadzi do powrotu świadomości pacjenta.

Kolejną kwestią wymagającą zaprezentowania jest katalog kar przewidzianych za przewinienie zawodowe. Zgodnie z art. 83 u.i.l. Sąd lekarski może orzekać następujące kary:

- 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 kontekście kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu warto oddać głos byłemu Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej:

„To śmierć zawodowa, ale naszym zdaniem konieczna w niektórych przypadkach. Wystarczy zadać pytanie, czy lekarzem powinien być ktoś, kto podał pacjentce środki usypiające, by ją wykorzystać seksualnie? Odpowiedź nasuwa się sama. Orzeczenie pozbawiające prawo wykonywania zawodu wydaje okręgowy sąd lekarski, podtrzymuje je naczelny sąd lekarski, a od prawomocnego orzeczenia naczelnego sądu przysługuje prawo do kasacji do Sądu Najwyższego. Jest to swoista droga kontroli postępowania dyscyplinarnego przez Sąd Najwyższy.”²⁴³

6.2. Samorząd zawodowy pielęgniarek i pielęgniarzy

Samorząd zawodowy pielęgniarek i pielęgniarzy ma znacznie krótszą tradycję od samorządu lekarskiego. Pierwszy akt prawny regulujący samorząd wskazanej grupy zawodowej wszedł w życie 14 maja 1991 r. i była nim ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych²⁴⁴. Potrzeba utworzenia korporacji zawodowej wynikała nie tylko z liczebności przedstawicieli tej profesji, ale również z ciągłego rozwoju nauk medycznych, w tym specjalistycznej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem. Te czynniki spowodowały konieczność

²⁴³ <https://www.prawo.pl/zdrowie/odebranie-prawa-wykonywania-zawodu-to-smierc-zawodowa-dla-lekarza,238297.html> (dostęp: 13 lutego 2022).

²⁴⁴ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.).

wprowadzenia organów sprawujących pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarskiego oraz kontrolowania i przyznawania prawa wykonywania zawodu. Nie można przy tym pomijać jeszcze jednego aspektu utworzenia samorządu zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy. Otóż, zawód ten w pewnym sensie usamodzielniał się, oderwał od zawodu lekarza.

Ostatnia uwaga nie ma na celu podsycania sporu o kompetencje zawodowe lekarzy i osób wykonujących zawód pielęgniarski. Pragnę jedynie zwrócić uwagę, że w krajach zachodnich (szczególnie w Stanach Zjednoczonych) położono nacisk na ścisłą współpracę zespołu terapeutycznego, co niesie za sobą dążenie do przyznawania nowych kompetencji pielęgniarkom i pielęgniarzom, którzy są uważani za personel wysoko wykwalifikowany. W Polsce ten proces jest nie tylko powolny, lecz również nieprzemyślany. Tak więc, rozszerzanie upoważnień zawodowych profesji pielęgniarskiej nie ma na celu pomniejszania roli lekarza w procesie leczenia, a jedynie sprawowanie lepszej, nowoczesnej opieki pielęgniarskiej, co w oczywisty sposób przekłada się na usprawnienie funkcjonowania ochrony zdrowia.

Powracając na grunt samorządu zawodu pielęgniarskiego, wskazać należy, że współcześnie jest on regulowany przez ustawę z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych²⁴⁵.

Zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy określa art. 2 u.s.p.p., który wskazuje, że:

- 1) Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych²⁴⁶, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony;
- 2) samorząd jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa;
- 3) przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Automatyzm w odniesieniu do obowiązkowej przynależności pielęgniarek i pielęgniarzy do samorządu zawodowego zasługuje na pełną aprobatę, bowiem samorząd w ten sposób nie

²⁴⁵ Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 628 z późn. zm.), dalej zwana: „u.s.p.p.”.

²⁴⁶ Dalej zwany: „Samorządem”.

tylko kontroluje przyznawanie prawa wykonywania zawodu, ale przede wszystkim sprawuje pieczę nad poprawnym, zgodnym ze standardami wykonywaniem zawodu.

Do organów samorządu zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy należą: Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Komisja Rewizyjna, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych.

Podobnie jak lekarze, pielęgniarki i pielęgniarze podlegają odpowiedzialności zawodowej za przewinienia zawodowe. Katalog kar określa art. 60 u.s.p.p., są nimi:

- 1) upomnienie;
- 2) nagana;
- 3) kara pieniężna;
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych;
- 5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu;
- 6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu;
- 7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu;
- 8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Konstrukcja odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy jest tożsama z odpowiedzialnością zawodową lekarzy – stanowi ona odrębną kategorię od odpowiedzialności cywilnej, karnej czy dyscyplinarnej. Pielęgniarki i pielęgniarze odpowiadają za przewinienia zawodowe, do których doszło na zasadzie działania wbrew aktom prawnym regulującym wykonywanie omawianej profesji lub wbrew kodeksowi etyki zawodowej.

Rozdział IV. Charakterystyka prawna wybranych zawodów medycznych

1. Zawód lekarza

1.1. Rys historyczno-prawny zawodu lekarza na ziemiach polskich

Historia zawodu lekarza na ziemiach polskich sięga czasów średniowiecza, jednak pierwsze akty prawne regulujące wykonywanie zawodu pojawiły się w drugiej połowie XVIII w., kiedy rozpoczęto tworzenie podstaw funkcjonowania ochrony zdrowia publicznego²⁴⁷. Za pierwszy akt prawny regulujący wykonywanie zawodu lekarza należy przyjąć Konstytucję sejmową z 1775 r., wyznaczającą dwie komisje nad szpitalami – koronną oraz litewską²⁴⁸. Celem komisji było wyznaczenie lekarzy, do których zadań należało²⁴⁹:

- 1) wybór lekarzy, felczerów i aptekarzy do szpitali;
- 2) niedopuszczanie do wykonywania zawodu lekarza osób bez kwalifikacji i karanie szarlatanów²⁵⁰;
- 3) prowadzenie kontroli nad wykonywaniem zawodu przez lekarzy zagranicznych wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej oraz wydawanie im pozwoleń na wykonywanie praktyki lekarskiej;
- 4) sprawdzanie wartości „sekretnych leków” i wydawanie zezwoleń na ich sprzedaż²⁵¹.

W 1780 r. Sejm zniósł komisje szpitalne²⁵².

Należy zauważyć, że już we wcześniejszych latach podejmowano próbę stworzenia aktu prawnego regulującego zasady wykonywania zawodu lekarza. Asumptem do tworzenia projektu zbioru przepisów było powstanie Akademii Lekarskiej w Warszawie w 1768 r. Przez wzgląd na niezwykle dużą wartość historyczno-prawną warto przytoczyć artykuły jednego z projektów – „Projekt do ustanowienia porządku dla sprawujących profesję lekarską w mieście Warszawie”²⁵³:

²⁴⁷ S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Warszawa 2021, s. 145.

²⁴⁸ Volumina Legum, przedruk zbioru praw staraniem XX. Pijarów w Warszawie. Od 1732 do roku 1782 wydanego, t. VIII, Petersburg 1860, s. 109.

²⁴⁹ F. Giedroyc, *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego 1809-1867*, Warszawa 1913, s. 14

²⁵⁰ Volumina Legum, przedruk zbioru praw staraniem XX. Pijarów w Warszawie. Od 1732 do roku 1782 wydanego, t. VIII, Petersburg 1860, s. 111.

²⁵¹ F. Giedroyc, *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego 1809-1867*, Warszawa 1913, s. 14.

²⁵² Ibidem, s. 14.

²⁵³ Ibidem, s. 15-19.

- art. 1: „Każdy lekarz, cyrulik, aptekarz, położnik, praktykujący w Warszawie, jest obowiązany w przeciągu trzech miesięcy złożyć w departamencie policji dowody szkolne, uprawniające do zajmowania się praktyką lekarską lub aptekarską, a to pod karą tysiąca grzywien i zakazu praktyki”;
- art. 2: „Po załatwieniu tych formalności, t.j. po sprawdzeniu dowodów, będzie ułożona ogólna lista wszystkich lekarzy, cyrulików i aptekarzy warszawskich”;
- art. 3: „Departament policji wybierze z listy dziewięciu doktorów, mając na względzie starszeństwo przywilejów, zasługi i doskonałości w profesji i z nich utworzy dwie klasy: pięciu najznakomitszych doktorów utworzy pierwszą klasę, a jeden z nich (...) będzie głową całego zgromadzenia doktorów warszawskich z tytułem Proto-medyka Generalnego (...) do drugiej klasy wejdą pozostali czterej z owych dziewięciu wybranych i będą najbliższymi kandydatami do klasy pierwszej. Co roku departament będzie wyznaczał nowego protomedyka i czterech jego towarzyszy pierwszej klasy, przyczemu z poprzednich konsyliarzy tylko dwu może pozostać na dawnym stanowisku. Na opróżnione posady wejdą inni lekarze z listy”;
- art. 4: „Protomedyk generalny będzie miał najpierwsze miejsce między swoimi kolegami, będzie zwoływał na naradę konsyliarzy lub nawet całe zgromadzenie doktorów i cyrulików warszawskich, będzie przewodniczył na zebraniach i egzaminach, podpisywał patenty dla cyrulików i akuszerów. W sprawach ważniejszych sam niczego nie powinien stanowić bez zasięgnięcia rady doktorów pierwszej klasy”;
- art. 5: „Protomedyka, w razie jego nieobecności lub śmierci, zastępuje pierwszy konsyliarz”;
- art. 6: „Obowiązkiem doktorów pierwszej klasy będzie (...) utrzymywać zgodę, pokój, porządek (między lekarzami, cyrulikami i aptekarzami warszawskimi); przestrzegać, ażeby apteki w jak najlepszym stanie się znajdowały, orzekać o przypadkach otrucia, nagłej śmierci, płodobójstwa, poronienia, rozwodów z powodu niemożności i we wszystkich osobliwszych i nadzwyczajnych trafunkach (...) w czasie powietrza lub innych chorób epidemicznych w kraju skuteczne sposoby do uśmierzania ich obmyślać i obwieszczać. Szpitale dla dochodzenia, jeżeli dobrymi lekarzami i aptekarzami są opatrzone, wizytować; zgoła egezkucyi wszystkich artykułów w tem ustanowieniu przepisanych pilnować i o tem wszystkim raport departamentowi policji oddawać. Może również wymierzać kary na nieposłusznych lub niewypełniających obowiązków, przedstawiając jednak wyroki swoje departamentowi policji do zatwierdzenia”;

- art. 7: „Zajmie się pierwsza klasa doktorów ułożeniem przepisów leczenia najpospolitszych chorób, departament zaś ogłosi je drukiem i roześle po całym kraju”;
- art. 8: „Zwróci szczególną uwagę na pomoc rodzącym kobietom i tym końcem dopilnuje, aby osoby niewykwalifikowane nie zajmowały się położnictwem; ułoży przytem pewne przepisy, które położnicy i babiące kobiety, tak w przygotowaniu do połów, jako i w samych połogach zachowywać mają”;
- art. 9: „Przepisze sposoby do konserwowania dobytków gospodarskich, zwłaszcza też, w razie wybuchu epidemii na bydło, ułoży przystępną dla pospólstwa instrukcję”;
- art. 10: „Na naradach publicznych lub u chorego zachowywać będą lekarze porządek starszeństwa raz ustanowiony. W razie sekcyi zwłok, dokonywający jej lekarz będzie miał mowę anatomiczną, w której wykaże właściwą przyczynę śmierci, albo poda na piśmie opis przyczyny, przebiegu i leczenia choroby, co wszystko ma być traktowane anatomicznie, podług dysekcji ciała”;
- art. 11: „W przypadkach nagłej śmierci w Warszawie lub okolicach miasta sekcyja ma się odbywać w przytomności protomedyka i czterech konsyliarzów pierwszej klasy; inni lekarze, cyrulicy i aptekarze mogą być przytem obecni”;
- art. 12: „Przejrzy pierwsza klasa doktorów ustawy bractwa, czyli cechu cyrulików warszawskich, poprawi je lub całkiem zmieni, wreszcie, gdyby uznała istnienie samego bractwa za niepożądane, złoży odpowiedni wniosek departamentowi policyi”;
- art. 13: „Nie wolno cyrulikom wdzierać się w profesję lekarską i dawać chorym środków wewnętrznych, jako też puszczać krwi bez zezwolenia lekarskiego, z wyjątkiem nagłych przypadków, a to pod karą od 500 do 1000 grzywien i utratą prawa praktyki chirurgicznej”;
- art. 14: „Nie wolno również cyrulikowi *używać do niższej chirurgii* czeladnika lub chłopca, nieposiadającego od protomedyka patentu, zdobytego na zasadzie odpowiedniego egzaminu”;
- art. 17: „Względem aptek znajdzie zastosowanie statut Zygmunta I z roku 1523, a więc obowiązkiem lekarzy klasy pierwszej będzie rewidować co rok apteki, zwracając przytem uwagę na ilość i jakość leków w aptece oraz na ceny ich (...) Rewizje aptek winny się odbywać wobec delegata departamentu policyi, mającego w asystencyi unter-officera i czterech gemejnów”;
- art. 19: „Lekarzom i cyrulikom nie wolno sprzedawać lub preparować leków, chyba dla siebie, dla ubogich lub dla dworu”;

- art. 20: „Nie wolno nikomu trzymać i sprzedawać trucizn i lekarstw dla stracenia płodu z wyjątkiem aptekarzy, którzy mogą je wydawać z aptek tylko za receptami wykwalifikowanych doktorów”;
- art. 21: „Nie wolno aptekarzom wydawać leków bez recept lekarskich, a tem bardziej udzielać porad chorym, chociażby ubogim”;
- art. 22: „Do ekspertyzy sądowo-lekarskiej w sprawach rozwodowych i karnych mogą być powoływani tylko lekarze klasy pierwszej”;
- art. 23: „Lekarze mają wypisywać na receptach datę i nazwisko chorego (z wyjątkiem wenerycznych) i podpisywać je własnoręcznie”;
- art. 24: „Tylko osobom wykwalifikowanym wolno leczyć i lekarstwa preparować. Gdyby kto posiadał sekret jakiego lekarstwa, o ile zechce je sprzedawać, wpierrw ma wyjawic tajemnicę doktorom pierwszej klasy, by uzyskać od nich zaświadczenie, że lek jest nieszkodliwy”;
- art. 25: „Lekarze, cyrulicy i akuszerki każdą kurację powinni rozpoczynać od wezwania spowiednika do chorego”;
- art. 26: „Wszyscy dentystowie, okulistowie, litotomistowie, chymistowie, przekupniarze cudownych esencji mają uzyskać na sprawowanie swojej profesyi pozwolenie od departamentu policyi na zasadzie zaświadczenia doktorów pierwszej klasy”.

Treść przywołanego powyżej projektu wskazuje na niezwykle szerokie uprawnienia osób wykonujących zawód lekarza, przy czym są one opisane w sposób szczegółowy. Projekt zakładał hierarchizację lekarzy pod względem doświadczenia i posiadanej wiedzy. Lekarzom o wyższych kompetencjach przyznawał uprawnienia do sprawowania kontroli nad wykonywaniem zawodu przez innych profesjonalistów oraz wydawania zezwoleń na wykonywanie przez nich danego zawodu, np. cyrulika, czy aptekarza.

Projekt stanowił załączek dla powstania współczesnego systemu ochrony zdrowia. Należy wskazać, że zapisy „Projektu do ustanowienia porządku dla sprawujących profesyją lekarską w mieście Warszawie” wskazywały na potrzebę jednolitego schematu leczenia – algorytmu postępowania. Jest to o tyle istotne z perspektywy współczesnego prawa medycznego, że wprowadzenie ogólnie obowiązującej i prawnie wiążącej procedury leczenia nie tylko ułatwiłoby dochodzenie roszczeń przez pacjentów, ale także zapewniałoby większe bezpieczeństwo osobom wykonującym zawody medyczne.

Wymaga podkreślenia, że przepisy projektu nakładały na lekarza obowiązek przekazywania klarownych instrukcji dotyczących zasad postępowania przy epidemii ogółowi społeczeństwa. Jest to niezwykle cenna wskazówka dla współczesnych lekarzy, bowiem często zdarza się, iż informacje medyczne przekazywane pacjentom są dla nich niezrozumiałe – wynika to głównie z używania przez lekarzy terminologii fachowej w stosunku do laików.

Lekarz znajdujący się na szczycie hierarchii miał sprawować pieczę nad ładem w relacjach między innymi profesjami medycznymi – „obowiązkiem doktorów pierwszej klasy będzie utrzymywać zgodę, pokój, porządek (między lekarzami, cyrulikami i aptekarzami warszawskimi)”. Zapis ten znajduje odzwierciedlenie także w czasach współczesnych, bowiem lekarze czują potrzebę regulowania zasad wykonywania zawodu przez innych profesjonalistów z zakresu medycyny. Można więc uznać, że ta potrzeba jest ugruntowana historycznie i wpisuje się w wykonywanie zawodu lekarza. Warto jednak zadać pytanie, czy we współczesnej medycynie hierarchizacja i wnikanie w kompetencje innych zawodów medycznych przez lekarzy jest zabiegiem niezbędnym dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia? Rozważania te będą prowadzone w dalszej części pracy.

„Projekt do ustanowienia porządku dla sprawujących profesyjną lekarską w mieście” oraz inne projekty dotyczące zagadnień funkcjonowania ochrony zdrowia z drugiej połowy XVIII w. wpłynęły na wydanie dnia 27 lipca 1784 r. artykułów marszałkowskich przez Władysława z Gurowa Gurowskiego, Marszałka Wielkiego Litewskiego, regulujących wykonywanie praktyki lekarskiej²⁵⁴. Na mocy konstytucji sejmowej powstał spis lekarzy wykonujących zawód, przyznano także uprawnienia do „praktykowania leczenia”, wydawania recept oraz do dawania jakichkolwiek leków „sekretnych” tylko po złożeniu egzaminu lekarskiego na Uniwersytetach Medycznych. „Doktor Examinator” miał kompetencje do wpisu w odpowiedni rejestr czynności, które może samodzielnie wykonywać cyrulik oraz wydawania cyrulikom zaświadczenia potwierdzającego ich uprawnienia²⁵⁵: „(...) Jmci Pana Doktora Examinatora, będą podani y wipisani w Registr z wyrażeniem w szczególności każdego, do iakiego rodzaju choroby leczenia iest zdatny, a po przyieciu prawa Mieyskiego otrzymają wolność leczenia powierzchownych chorób y recept wydawania w tym gatunku defektów, względem których zdatność ich przez Jmć Pana Examinatora zaświadczona będzie (...)”.

²⁵⁴ F. Giedroyc, *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego 1809-1867*, Warszawa 1913, s. 22.

²⁵⁵ Artykuły marszałkowskie z dnia 27 lipca 1784 r. wydane przez marszałka wielkiego litewskiego Władysława z Gurowa Gurowskiego.

Rozbiory Rzeczypospolitej uniemożliwiły pełne wdrożenie przepisów regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Starania zmierzające do reformy ochrony zdrowia w XVII wieku miały niebagatelny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Księstwie Warszawskim. W 1807 r. Komisja Rządząca powierzyła organizację i zwierzchnictwo nad służbą zdrowia Najwyższej Dyrekcji Lekarskiej Księstwa Warszawskiego²⁵⁶: „Kommissya Rządząca pierwsze chwile wolne od bardziej nagłych zatrudnień, poświęcając porządkowi wewnętrznemu w kraju, dla zabezpieczenia życia i zdrowia obywatelów ustanowiła Najwyższą Dyrekcję Lekarską (...)”²⁵⁷. Niestety o przyznanych przez Komisję Rządzącą kompetencjach i działalności Najwyższej Dyrekcji Lekarskiej zachowało się niewiele dokumentów. Te, które przetrwały do czasów współczesnych, dotyczą między innymi ustanowienia i uprawnień lekarzy (fizyków) i chirurgów powiatowych²⁵⁸. Do obowiązków lekarza powiatowego należało²⁵⁹: bezpłatne leczenie ubogich, zapobieganie chorobom epidemicznym, „wykorzenienie” przesądów leczniczych wśród społeczeństwa, badanie właściwości leczniczych ziół krajowych, przeprowadzanie kontroli kwalifikacji osób zajmujących się leczeniem. Dyrekcja Najwyższa Lekarska istniała do 14 kwietnia 1810 r.²⁶⁰

W dniu 19 września 1809 r. w Dreźnie wydano dekret królewski, na mocy którego powołano „Policynie Medycynalną” oraz utworzono Radę Ogólną Lekarską. Jej celem było: „zabezpieczenie zdrowia obywateli i mieszkańców Xięstwa Warszawskiego”²⁶¹. Artykuł 19 dekretu o Radzie Ogólnej Lekarskiej określał zakres obowiązków lekarzy urzędowych, działających w województwach i powiatach podlegających Radzie, do których należało: raportowanie o stanie zdrowia mieszkańców i bydła, „(...) o gatunku chorób – w okręgu najwięcej się zdarzających, o klimacie miejscowym, o używanym przez nich i ich dozorowi podległych lekarzy sposobie leczenia chorób oraz odkrywania prawdziwych przyczyn choroby”²⁶².

W 1838 r. w Królestwie Polskim przyjęto ustawę o urzędach i urzędnikach lekarskich w guberniach Królestwa Polskiego i mieście Warszawie, która miała na celu organizację

²⁵⁶ F. Giedroyć, *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego 1809-1867*, Warszawa 1913, s. 32.

²⁵⁷ *Gazeta Warszawska*, Nr 80, z dnia 5 października 1807 r.

²⁵⁸ F. Giedroyć, *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego 1809-1867*, Warszawa 1913, s. 33.

²⁵⁹ *Ibidem*, s. 34.

²⁶⁰ *Ibidem*.

²⁶¹ Materiały AGAD, Rada Stanu i Rada Ministrów Księstwa Warszawskiego. *Rada Lekarska – Lekarze*, 1809-1812, akta spraw, sygn. 157, <http://www.agad.gov.pl/inwentarze/RSKW175.xml> (dostęp: 12 grudnia 2021 r.).

²⁶² *Ibidem*.

publicznej służby zdrowia²⁶³. Na jej mocy zostały utworzone cztery urzędy lekarskie, które podlegały Radzie Ogólnej Lekarskiej. Warto zaznaczyć, że do obowiązków lekarzy na szczeblu guberni należało: przeprowadzanie szczepień ochronnych, sprawowanie kontroli nad jakością leków oraz kontrole sanitarne, kontrolowanie dyplomów lekarzy, położnych i felczerów, a także udzielanie bezpłatnej pomocy lekarskiej w sytuacjach zagrażających życiu lub osobom znajdujących się w stanie skrajnego ubóstwa.

Upadek powstania styczniowego spowodował kaskadę zmian, których celem było zniesienie odrębności administracyjnej Królestwa Polskiego względem Imperium Rosyjskiego. Przemiany dotyczyły także Rady Lekarskiej. W 1867 r. wystosowano z Petersburga „ukaz” likwidujący instytucję, która od ponad pół wieku doradzała w kwestiach lekarskich w Polsce – Radę Lekarską²⁶⁴:

„Ukaz do Rządzącego Senatowi. Rozkazywszy zwinąć do 1-go stycznia roku przyszłego 1868 Komisję Rządową Spraw Wewnętrznych w Królestwie Polskiem z oddaniem jej Wydziałów pod zarząd właściwych ministerstw i znając je za pożyteczne zaraz wyłączyć z pod jej władzy i oddać pod bezpośrednią władzę Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wydział Służby Lekarskiej i cywilno-budowniczych w guberni Królestwa, stosowanie do przedstawienia Naszego Namiestnika i wniosków Komitetu do spraw Królestwa, rozkazujemy: (...) art. 2 Radę Lekarską Królestwa Polskiego, wydział lekarski Komisji Spraw Wewnętrznych i Urząd Głównego Inspektora służby zdrowia w Królestwie znieść bezzwłocznie”.

Po zniesieniu Rady Lekarskiej jej kompetencje przejął departament lekarski w Petersburgu²⁶⁵.

W okresie II Rzeczypospolitej pierwszym aktem prawnym regulującym wykonywanie zawodu lekarza *sensu stricto* była ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem²⁶⁶. W świetle art. 1. p.w.p.l. nadzór nad praktyką lekarską w państwie polskim należał do ministra zdrowia publicznego, który współdziałał w tym zakresie z przedstawicielami Izb Lekarskich. Omawiana ustawa regulowała także kwestie związane z prawem wykonywania praktyki lekarskiej, zgodnie z treścią art. 2 p.w.p.l.:

„Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w państwie polskim mają osoby, które:

²⁶³ Ibidem.

²⁶⁴ F. Giedroyc, *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego 1809-1867*, Warszawa 1913, s. 122.

²⁶⁵ Ibidem, s. 123.

²⁶⁶ Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. z 1921 r. Nr 105, poz. 762), dalej zwana: „p.w.p.l.”.

- A) są obywatelami Państwa Polskiego,
- B) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z wydziałów lekarskich polskich uniwersytetów państwowych,
- C) odbyły jednoroczną praktykę szpitalną bądź w okresie studjów uniwersyteckich, bądź po ich ukończeniu,
- D) nie zostały ubezwłasnowolnione wskutek choroby umysłowej.

Uznania (nostryfikacji) w myśl punktu B) nie wymagają:

- 1) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, wydany lub uznany przez uniwersytety dawnego państwa austro-węgierskiego przed dniem 1 listopada 1918 r.,
- 2) dyplom, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej (aprobata) w dawnym państwie niemieckim przed dniem 27 grudnia 1918 r.,
- 3) dyplom doktora medycyny lub lekarza, wydany lub uznany przez uniwersytety dawnego państwa rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r.,
- 4) wszystkie inne dyplomy, uznawane za równoważne z dyplomami lekarskimi oraz uprawnieniami do wykonywania praktyki lekarskiej na terenach b. państw zaborczych austro-węgierskiego do dnia 1 listopada 1918 r. i niemieckiego do dnia 27 grudnia 1918 r. w granicach ziem, należących do Państwa Polskiego”.

Kolejnym istotnym unormowaniem ujętym w ustawie w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie polskim była możliwość pozbawienia prawa wykonywania praktyki lekarskiej na stałe, bądź na czas określony. Jednostkami uprawionymi do tej czynności były sądy – w drodze postępowania sądowego, zakreślone przez ustawy karne, oraz na podstawie wyroku sądów Izb Lekarskich, zgodnie z art. 33 i 28 ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich²⁶⁷.

Niezwykle ważnym elementem omawianego aktu normatywnego był art. 11. p.w.p.l., bowiem dotyczył bardzo delikatnej sfery, a mianowicie stanu zdrowia pacjenta. W rezultacie nakładał na lekarza obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej z pewnymi wyjątkami: Lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co spostrzeże, usłyszy lub przeniknie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu. Wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej stanowią wypadki:

²⁶⁷ Artykuł 10 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

- a) „(...) w których powierzający tajemnicę, dotyczącą tylko jego samego, lub jego ustawowy zastępca (opiekun, kurator i t. p.) zezwolą na jej ujawnienie, a lekarz nie dostrzeże w jej ujawnieniu krzywdy chorego; w tych wypadkach wyjawienie tajemnicy może być dokonane jedynie osobie przez nich wskazanej;
- b) w których powierzający tajemnicę jest niewłasnowolnym; w tych wypadkach lekarz, o ile nie dostrzeże w ujawnieniu powierzonej mu tajemnicy krzywdy chorego, winien na żądanie ustawowego zastępcy tegoż wyjawić powierzoną mu tajemnicę;
- c) w których zastosowanie tajemnicy może spowodować niebezpieczeństwo dla otoczenia pod względem zdrowia i życia;
- d) kiedy lekarz o pomocy udzielonej przez siebie członkom Kas Chorych na zlecenie i rachunek tychże będzie zapytany w drodze urzędowej przez władze lekarskie Kas Chorych, które są obowiązane do bezwzględnego zachowania tajemnicy lekarskiej”.

Co do obowiązku świadczenia wobec władz lub doniesienia do władz pozostały w mocy istniejące przepisy prawne.

Ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie polskim uprawniała lekarza do odstąpienia od leczenia pacjenta według jego uznania, jeśli wcześniej zawiadomił o tym stronę. Uprawnienie nie dotyczyło przypadków wynikających ze stosunku służbowego lub zawartych dobrowolnie umów²⁶⁸. Ponadto ustawodawca wskazał, że w razie sporu wskutek wystąpienia strony²⁶⁹, rozstrzyga Izba Lekarska, przy czym orzeczenie sądu Izby Lekarskiej nie pozbawia strony prawa dochodzenia krzywdy w drodze postępowania sądowego w granicach obowiązujących przepisów prawnych²⁷⁰.

Uprawnienia lekarza w omawianej wyżej ustawie nie były skatalogowane, ich zakres wynikał zapewne z treści kształcenia na uniwersytetach medycznych. Ustawodawca w art. 12 p.w.p.l. wspominał jedynie o czynnościach lekarskich, które nie były zdefiniowane. Jedynym uprawnieniem wynikającym wprost z treści ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki

²⁶⁸ Artykuł 15 p.w.p.l.

²⁶⁹ Ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, nie zawierała definicji strony. Wydaje się oczywiste, że za stronę w tym kontekście należało rozumieć pacjenta. Badając ówczesne akty prawne obowiązujące w II Rzeczypospolitej z zakresu prawa cywilnego: Niemiecki Kodeks cywilny z 1868 r., Austriacki Kodeks cywilny z 1811 r., Rosyjski kodeks z 1835 r., Kodeks Napoleona z 1804 r. oraz ustawę z dnia 2 sierpnia 1926 r. o prawie właściwym dla stosunków prywatnych wewnętrznych (Dz. U. z 1926 r. Nr 101, poz. 580), nie można jednoznacznie ocenić, czy stroną w rozumieniu ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej mogła być rodzina pacjenta.

²⁷⁰ Artykuł 15 p.w.p.l.

lekarskiej w państwie Polskim było wydawanie świadectwa stanu zdrowia oraz jak pośrednio wynika z treści przepisu – stawianie rozpoznania choroby²⁷¹:

„Lekarz może wydawać świadectwa stanu zdrowia tylko na podstawie bezpośrednio dokonanego lub uprzedniego własnego badania. Za wydanie świadectwa lekarz ma prawo pobierania odpowiedniej należności w myśl zasad o pobieraniu należności, przewidzianych w art. 21 niniejszej ustawy.

W każdym świadectwie stanu zdrowia lekarz winien:

- a) wskazać cel jego wydania oraz na czyje ręce i na czyje żądanie wydał świadectwo;
- b) dokładnie wymienić imię i nazwisko oraz sposób stwierdzenia tożsamości badanej osoby, jak również jej wieku i miejsca zamieszkania;
- c) zaznaczyć w razie ich stwierdzenia rozpoznanie cierpienia, lub choroby.

Rozpoznanie choroby może być opuszczone, jeżeli odnośnie do celu świadectwa lekarz uzna je za zbędne lub jeżeli umieszczenie rozpoznania w świadectwie nasuwa wątpliwości w myśl art. 11. o zachowaniu tajemnicy lekarskiej lub z innych ważnych powodów”.

Istotne zmiany w obowiązującym prawie w II Rzeczypospolitej, dotyczącym wykonywania zawodu lekarza, wprowadziło rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej²⁷² na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i art. 1 lit. a) ustawy z dnia 17 marca 1932 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy²⁷³.

Po pierwsze, przepisy rozporządzenia definiowały praktykę lekarską jako wykonywanie czynności polegających na rozpoznawaniu chorób, leczeniu chorych, zapobieganiu szerzenia się chorób oraz na wydawaniu orzeczeń lekarskich²⁷⁴.

Po drugie, odmiennie była uregulowana kwestia prawa wykonywania zawodu, bowiem mogło być wydane na stałe albo na czas określony²⁷⁵. Prawo stałego wykonywania praktyki lekarskiej uzyskały osoby, które:

²⁷¹ Artykuł 23 p.w.p.l.

²⁷² Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 81, poz. 712 z późn. zm.), dalej zwane: „w.p.l.”.

²⁷³ Ustawa z dnia 17 marca 1932 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. z 1932 r. Nr 22, poz. 165).

²⁷⁴ Artykuł 1 w.p.l.

²⁷⁵ Artykuł 2 i 3 oraz art. 4 w.p.l.

- a) „(...) są obywatelami Państwa Polskiego,
- b) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z wydziałów lekarskich uniwersytetów w Państwie Polskim,
- c) odbyły jednoroczną praktykę szpitalną po uzyskaniu dyplomu lekarskiego.

(2) Przepisy lit. d) ust. (1) nie mają zastosowania do lekarzy zapisanych na listę członków izby lekarskiej przed dniem 1 kwietnia 1939 r.

(3) Równoznaczne z dyplomami lekarskimi, wydanymi lub uznanymi przez uniwersytety polskie są:

- a) dyplom doktora wszechnauk lekarskich, wydany lub uznany przez uniwersytety byłego cesarstwa austro-węgierskiego przed dniem 1 listopada 1918 r.,
- b) dyplom, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej (aprobata) na terytorjum Rzeszy Niemieckiej i wydany przed dniem 27 grudnia 1918 r.,
- c) dyplom doktora medycyny lub lekarza, wydany lub uznany przez uniwersytety byłego cesarstwa rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r.,
- d) dyplom zagraniczny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej na zasadzie zezwolenia, udzielonego przez Tymczasową Radę Stanu Królestwa Polskiego,
- e) dyplomy doktora wszech nauk lekarskich b. obywateli Republiki Czeskosłowackiej, którzy w dniu 30 września 1938 r. posiadali prawo wykonywania praktyki lekarskiej na obszarze wymienionej Republiki, jeśli osoby te uzyskały obywatelstwo polskie na podstawie art. 2a ustawy o obywatelstwie Państwa Polskiego i zarejestrują swoje uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej w Polsce przed dniem 1 marca 1939 r.

(4) Przepisów lit. a) - d) ustępu poprzedzającego nie stosuje się do dyplomów, posiadanych przez osoby, które nabyły obywatelstwo polskie po dniu 30 września 1938 r.”

Prawo czasowego wykonywania praktyki lekarskiej mogły otrzymać:

- a) „osoby, powołane przez władze państwowe z zagranicy na profesorów wydziałów lekarskich uniwersytetów polskich, chociaż nie mają wszystkich warunków, określonych w art. 3 ust. 1, posiadają jednak uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej w innych państwach, - a to na czas przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich;
- b) osoby, niemogące niezwłocznie wykazać się dowodami, iż posiadają wszystkie warunki, wymagane w art. 3 ust. 1;

- c) osoby, nieposiadające jeszcze obywatelstwa polskiego, a posiadające inne warunki określone w art. 3, o ile poczyniły u odpowiednich władz potrzebne starania celem uzyskania tego obywatelstwa;
- d) w uzdrowiskach polskich osoby, posiadające obce obywatelstwo i uprawnione do wykonywania praktyki lekarskiej w swoim państwie - pod warunkiem wzajemności;
- e) osoby, które wskutek poślubienia cudzoziemca utraciły obywatelstwo polskie, a posiadają wszystkie inne warunki do wykonywania praktyki lekarskiej w rozumieniu niniejszego rozporządzenia.

(2) Przyznawanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w przypadkach, przewidzianych w ustępie poprzednim, należy do Ministra Opieki Społecznej; w przypadkach, określonych w ustępie poprzednim w pkt. b), c) i e) Minister Opieki Społecznej udziela zezwolenia po uprzednim zasięgnięciu opinii izby lekarskiej”.

Po trzecie, pewnym *novum* prawnym było wprowadzenie przepisu art. 12. w.p.l. stanowiącego – w moim przekonaniu – podwaliny praw pacjenta, a nakładającego na lekarza wykonującego zabieg operacyjny uzyskanie zgody chorego lub jego prawnego zastępcy, z wyłączeniem przypadków, gdy życiu grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo, a zabieg operacyjny dokonany jest poza obrębem zakładu leczniczego²⁷⁶. Za naruszenie wskazanego przepisu groziła kara aresztu do trzech miesięcy i grzywny do trzech tysięcy złotych lub jednej z tych kar, o ile za czyn ten nie groziła kara surowsza²⁷⁷. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgoda pacjenta ujęta w treści przepisu art. 12. w.p.l. nie ograniczała się wyłącznie do zabiegu operacyjnego, ale także do innych działań medycznych podejmowanych przez lekarza. Przykładem rozszerzenia znaczenia zgody pacjenta jest orzeczenie Sądu Najwyższego z 6 września 1937 r. C.II. 885/37²⁷⁸ dotyczące eksperymentalnego podjęcia leczenia iperytem²⁷⁹. W celu dokładniejszej analizy przywołanego przypadku należy przeanalizować uzasadnienie faktyczne orzeczenia SN²⁸⁰:

²⁷⁶ Artykuł 12. ust. 1 w.p.l.

²⁷⁷ Artykuł 25. ust. w.p.l.

²⁷⁸ Orzeczenie SN z dnia 6. września 1937 r., sygn. akt C.II. 885/37, LEX nr 359348.

²⁷⁹ Iperyt (gaz musztardowy) jest organicznym związkem chemicznym, stosowanym jako bojowy środek trujący. Nazwa *iperyt* pochodzi od nazwy miejscowości w Belgii – Ypres, gdzie użyto go po raz pierwszy 12 lipca 1917 r. w czasie I wojny światowej; zob. *1000 słów o chemii i broni chemicznej*, Witkiewicz (red.), Warszawa 1987.

²⁸⁰ Orzeczenie SN z dnia 6 września 1937 r., sygn. akt C.II. 885/37, LEX nr 359348.

„Skarga kasacyjna powoda, który w niej zaskarżył ustępy I. i II. wyroku Sądu Apelacyjnego, oddalające powództwo w całości przeciwko pozwanemu drowi Mieczysławowi O., zaś powództwo przeciwko pozwanemu Uniwersytetowi Jagiellońskiemu w części dotyczącej roszczenia o zapłatę renty ze względu na utratę zdolności zarobkowej przez powoda, jest ze stanowiska obu przytoczonych w niej podstaw z art. 426 k. p. c. w całości uzasadniona. Pogląd Sądu Apelacyjnego, jakoby powództwo, z którym wystąpił powód, nie mogło być skierowane przeciwko pozwanemu drowi Mieczysławowi O., ponieważ tenże jako asystent Kliniki Uniwersyteckiej wykonywał przy leczeniu powoda zlecenie swego przełożonego dyrektora tej kliniki prof. dra Franciszka W., któremu w tym względzie podlegał, jest mylny. Z zeznań prof. dr Franciszka W. nie wynika bynajmniej, ażeby tenże polecił wtóropozwanemu przeprowadzić leczenie powoda przy użyciu iperytu, bez względu na to, czy powód na takie leczenie się zgodzi i bez poprzedniego poinformowania powoda o tym, że taki sposób leczenia wywoła u powoda długotrwały i bardzo dotkliwy ból, a rezultat tego leczenia jest niepewny i problematyczny. Wtóropozwany dr Mieczysław O. przystępując do leczenia powoda, przy zastosowaniu iperytu, był już lekarzem, powinien był więc zastosować się do przepisu art. 12 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. nr 81 poz. 712) ze względu na to, że sposób leczenia, jaki zamierzano zastosować u powoda, musiał wywołać u niego poważniejsze zaburzenia zdrowia i dotkliwy ból przez dłuższy okres czasu, zaś skutek tego leczenia był wątpliwy i niepewny, powinien był pouczyć o tym wszystkim powoda należycie. Ogólnikowe zapytanie powoda, czy godzi się na poddanie go eksperymentowi zastosowania co do niego nowego sposobu leczenia według uznania kliniki - bez należytego pouczenia powoda o następstwach tego eksperymentu w postaci długotrwałych i bardzo dotkliwych bólów i o wątpliwym rezultacie tego sposobu leczenia, nie czyniłoby zadość przepisowi art. 12 powołanego rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarskiej, i stanowiłoby przekroczenie karalne według art. 25 tego rozporządzenia, a tym samym uzasadniałoby odpowiedzialność cywilną pozwanego za wszelkie ujemne skutki eksperymentalnego leczenia, wynikłe u powoda. W tym kierunku jednak stan faktyczny sprawy nie został należycie zbadany i ustalony, jak to zresztą sam Sąd Apelacyjny zaznaczył w uzasadnieniu dotyczącym III ustępu sentencji wydanego orzeczenia”.

Sąd Najwyższy słusznie wyszedł poza literalne znaczenie art. 12. w.p.l. ograniczające się wyłącznie do zabiegu operacyjnego, uznając tym samym, że lekarz, stosując nową metodę leczenia, która wiąże się z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta, nie może ograniczyć się do ogólnikowego zapytania chorego, czy zgadza się na poddanie go eksperymentowi.

Po czwarte, rozporządzenie poruszało kwestię spędzenia płodu przez lekarza. Było to możliwe w dwóch przypadkach²⁸¹:

- 1) gdy ciąża wynikała z przestępstw określonych w artykułach od 203. do 206. rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. - Kodeks karny²⁸², tj.: dopuszczenia się czynu nierządno względem osoby poniżej 15. roku życia albo osoby zupełnie lub częściowo pozbawionej zdolności rozpoznawania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem; doprowadzenia do czynu nierządno przemocą, groźbą bezprawną albo podstępem; doprowadzenia do czynu nierządno przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystania krytycznego położenia; współżycia z krewnym w linii prostej, bratem lub siostrą - po uprzednim złożeniu lekarzowi zaświadczenia wydanego przez prokuratora stwierdzającego jego uzasadnione podejrzenie popełnienia czynów przytoczonych powyżej,
- 2) gdy zabieg spędzenia płodu jest konieczny ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej, jednak tylko po uprzednim złożeniu mu zaświadczenia dwóch lekarzy, stwierdzających powyższą okoliczność.

Po piąte, ustawodawca nałożył na lekarza obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, grożącym choremu wskutek zwłoki niebezpieczeństwem utraty życia lub zdrowia. Za odmowę niesienia pomocy lekarskiej we wskazanych przypadkach, lekarz winien być pociągnięty do odpowiedzialności dyscyplinarnej, niezależnie od przepisów karnych zawartych w treści rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej²⁸³.

Po II wojnie światowej, do 1950 r. było w mocy rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej,. Dopiero w dniu 29 października 1950 r. weszła w życie ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza²⁸⁴. Treść omawianej ustawy bazowała w znakomitym stopniu na rozporządzeniu Prezydenta RP z 1932 r. Należy podkreślić, że ustawa z 1950 r. o zawodzie lekarza przewidywała sytuację, w której pacjent nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody na dokonanie zabiegu operacyjnego – jest nieprzytomny lub niemożliwe jest porozumienie się z jego przedstawicielem ustawowym. W takim przypadku lekarz obowiązany był zasięgnąć opinii drugiego lekarza. W sytuacji, gdy

²⁸¹ Artykuł 12 ust. 1 i 2 w.p.l.

²⁸² Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 60, poz. 571 z późn. zm.).

²⁸³ Artykuł 17 w.p.l.

²⁸⁴ Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50, poz. 458 z późn. zm.).

zasięgnięcie opinii drugiego lekarza nie byłoby możliwe lub połączone ze znacznymi trudnościami, lekarz mógł dokonać zabiegu sam, jednak powinien odnotować ten fakt w karcie operacyjnej²⁸⁵.

1.2. Regulacje prawne dotyczące obecnie wykonywania zawodu lekarza

Zawód lekarza jest regulowany kilkoma aktami prawnymi, są to przede wszystkim: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak również ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ogół aktów prawnych odnoszących się do wykonywania zawodu lekarza tworzy kompletny obraz uprawnień przysługujących przedstawicielom tej profesji. Zrozumienie zawłości wykonywania zawodu lekarza wymaga ich dogłębnej analizy, wszakże, jak to zdarza się na gruncie prawa, wiele przepisów stoi ze sobą w sprzeczności lub brakuje szczegółowych regulacji odnoszących się do pewnych zagadnień, które w praktyce okazują się niezwykle ważne.

Podkreślić należy, że usystematyzowanie szczegółowych praw i obowiązków związanych z wykonywaniem zawodu lekarza jest niezwykle trudne. Wynika to z doniosłości i sensu wykonywania tej profesji, która jest obarczona niekiedy wysokim ryzykiem błędu, a odnosi się do życia i zdrowia człowieka. Dlatego narzędzia, jakimi dysponuje prawo, często nie są w stanie sprostać szybkiemu rozwojowi medycyny, wskazać, czy dana procedura jest zgodna z normami prawnokarnymi, czy cywilnymi, a także – co wydaje się najtrudniejsze – próby pogodzenia norm deontologicznych z praktyką zawodową.

Chcąc w sposób pełny przeanalizować problematykę wykonywania zawodu lekarza, nie sposób pominąć uprawnień wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej²⁸⁶, który stanowi próbę pogodzenia przepisów powszechnie obowiązujących z normami etycznymi zawodu. Przekroczenie zasad w nim zawartych może skutkować odpowiedzialnością zawodową lekarza, a nawet – uprawnienie to posiadają sądy karne tylko w ograniczonym zakresie – do orzeczenia zakazu wykonywania zawodu.

²⁸⁵ Artykuł 17 ust. 2 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza.

²⁸⁶ Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., dalej zwany: „KEL”.

1.3. Analiza uprawnień lekarza wynikających z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

1.3.1. Prawo do wykonywania zawodu lekarza

Elementarnym uprawnieniem osoby, która ukończyła studia medyczne, jest prawo do wykonywania zawodu. Jest ono niezbędne do korzystania z praw przysługujących tej profesji. Podkreślić należy, że z racji statusu korporacyjnego zawodu lekarza, prawo do jego wykonywania nabywa się nie w momencie ukończenia studiów na kierunku lekarskim, a dopiero po wpisie na listę Okręgowej Izby Lekarskiej.

Uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza wiąże się nie tylko z uzyskaniem uprawnień, ale także implikuje powstanie obowiązków. Jednolita regulacja prawna dotycząca wykonywania zawodu lekarza była przedmiotem nowelizacji wynikających z konieczności implementacji ustawodawstwa Unii Europejskiej, szczególnie postanowień dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych²⁸⁷, zmienionej dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym²⁸⁸, regulująca kwestie dotyczące m.in.: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych²⁸⁹.

Naczelna Rada Lekarska²⁹⁰ podejmowała liczne akty w formie uchwał, stanowisk oraz apeli w sprawie zagadnień związanych z wykonywaniem zawodu lekarza²⁹¹. Jednak najistotniejsze znaczenie ma uchwała NRL Nr 30/10/VI w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej.

²⁸⁷ Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.9.2005, str. 22-142).

²⁸⁸ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE. L 354 z 28.12.2013, str. 132—170 z późn. zm.).

²⁸⁹ G. Rączka, *Prawo wykonywania zawodu lekarza [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, wyd. 2, Warszawa 2015, s. 22.

²⁹⁰ Dalej zwana: „NRL”.

²⁹¹ Ibidem.

Przepisem obszernie regulującym warunki przyznania prawa wykonywania zawodu jest art. 5 u.o.z.l., zgodnie z jego treścią Okręgowa Rada Lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty osobie, która²⁹²:

- 1) jest obywatelem polskim lub obywatelem innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej;
- 2) posiada:
 - a) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie co najmniej sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim, obejmujących co najmniej 5700 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym dwusemestralnego praktycznego nauczania klinicznego na 6. roku studiów, lub dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie co najmniej pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko -dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie kliniczne na 5. roku studiów i co najmniej 5000 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, lub
 - b) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., lub dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., lub
 - c) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, wydany przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, wymieniony w wykazie, o którym mowa w art.

²⁹² Artykuł 5 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

6b, i towarzyszące mu odpowiednie świadectwo wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 6b, lub

- d) dyplom lekarza lub lekarza dentystry wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny zgodnie z przepisami o szkolnictwie wyższym i nauce oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, albo
 - e) dyplom lekarza lub lekarza dentystry wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej i świadectwo złożenia Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego, albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego, o których mowa w art. 6c;
- 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
 - 4) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry;
 - 5) wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Treść wskazanego powyżej przepisu art. 5. ust. 1 u.o.z.l. wskazuje na konieczność kumulatywnego spełnienia wszystkich przewidzianych w tym przepisie przesłanek. Warto jednak zwrócić uwagę, że redakcja omawianej normy prawnej nasuwa pewne wątpliwości. Ustawodawca posłużył się czasownikiem „przyznaje” w odniesieniu do kompetencji Okręgowej Rady Lekarskiej²⁹³. Fakt ten może prowadzić do wniosku, że uchwała ORL w tym zakresie ma charakter konstytutywny.

Analiza przepisów odnoszących się do prawa wykonywania zawodu lekarza prowadzi jednak do wniosku, że uchwała ORL w przedmiocie prawa do wykonywania zawodu ma charakter deklaratoryjny. Argumentem dla powyższego stanowiska są przepisy ustawy o zawodzie lekarza w pierwotnym brzmieniu, które nie przewidują możliwości odmowy stwierdzenia posiadania tego prawa w przypadku, gdy wszystkie przesłanki są spełnione. Pogląd judykatury w przedmiocie prawa wykonywania zawodu jest jednoznaczny. Wskazana problematyka była kilkakrotnie przedmiotem rozważań WSA w Warszawie, wprawdzie odnosiła się do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, jednak z uwagi na podobieństwo sposobu redakcji norm wskazane przez sąd konkluzje znajdują odpowiednie zastosowanie w odniesieniu

²⁹³ Dalej zwana: „ORL”.

do zawodu lekarza²⁹⁴. W tym miejscu warto przywołać tezę wyroku WSA w Warszawie z dnia 8 listopada 2007 r., sygn. akt. VII SA/Wa 1487/07, zgodnie z którą: „Konstrukcja art. 11 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej²⁹⁵ oznacza, iż osobie, która spełni wszystkie wymogi określone w ust. 2, w związku z czym uzyska prawo wykonywania zawodu, nie można odmówić stwierdzenia posiadania tego prawa. Uchwała organu samorządu zawodowego w tym przedmiocie ma wyłącznie charakter deklaratoryjny potwierdzający prawo wykonywania zawodu”²⁹⁶. Zatem, zgodnie z wykładnią prawa, należy uznać, że osoba spełniająca przewidziane prawem wymagania ma prawo wykonywania odpowiedniego zawodu, a uchwała danego samorządu zawodowego w tym przedmiocie jest aktem o charakterze deklaratoryjnym.

Podkreślić należy, że okręgowa rada pielęgniarek i położnych jest organem samorządu zawodowego, zatem do podejmowanych przez nią uchwał, w tym o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, znajdują zastosowanie przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego²⁹⁷; analogicznie należy odnieść się do uchwał podejmowanych przez okręgową izbę lekarską. Niepodważalnie, organy samorządu zawodowego wykonują zadania zlecone z zakresu administracji publicznej, w konsekwencji są zobowiązane do ścisłego przestrzegania wyznaczonego prawem zakresu kompetencji i zgodnie z treścią przepisu art. 6 k.p.a. mogą działać jedynie na podstawie i w granicach prawa²⁹⁸.

Kolejny argument przemawiający za uznaniem uchwały okręgowej rady lekarskiej charakteru deklaratoryjnego wynika z treści przepisu art. 6 u.o.z.l., zgodnie z którym prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry zostaje przyznane na podstawie złożonych przez kandydata dokumentów ściśle określonych w powołanym przepisie, na podstawie których OIL stwierdza, czy dane wymagania zostały spełnione.

²⁹⁴ G. Rączka, *Prawo wykonywania zawodu lekarza* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, wyd. 2., Warszawa 2015, s. 24.

²⁹⁵ W wyroku WSA w Warszawie z dnia 8 listopada 2007 r., sygn. akt VII SA/Wa 1487/07 przywołany został przepis art. 11 ust. 1 i 2 obecnie uchylonej ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. W ustawie obowiązującej, tj. ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r., przepisem regulującym przyznanie prawa wykonywania zawodu jest art. 7, zgodnie z którym: zawód pielęgniarki i położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych oraz osoba, o której mowa w art. 24 i art. 25., co nie zmienia w istocie jego deklaratoryjnego charakteru.

²⁹⁶ Teza do wyroku WSA w Warszawie z dnia 8 listopada 2007 r., sygn. akt VII SA/Wa 1487/07, LEX nr 495262

²⁹⁷ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.), dalej zwany: „k.p.a.”; G. Rączka, *Prawo wykonywania zawodu lekarza* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, wyd. 2., Warszawa 2015, s. 26.

²⁹⁸ Ibidem.

Niezwykle istotnym aspektem prawa wykonywania zawodu lekarza jest jego charakter – pełny albo ograniczony, co wynika z treści art. 5 u.o.z.l., w związku z uchwałą Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystry²⁹⁹.

Rozgraniczenie uprawnień zawodowych lekarzy na ograniczone i pełne nie jest jednak kompletne, ponieważ z treści wspomnianej uchwały Nr 1/17/VII wynika, że istnieje także prawo wykonywania zawodu przyznane na czas odbywania stażu podyplomowego oraz prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności. Wydaje się, że obie instytucje są także ograniczonym prawem wykonywania zawodu, jednak jak wynika z treści uchwały są one kwalifikowane w inny sposób. Pierwsza z wymienionych odnosi się do osób, które uzyskały tytuł zawodowy lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz przystąpiły do odbywania stażu podyplomowego. Druga zaś odnosi się do osób nostryfikujących dyplom zawodowy lekarza, które w celu ukończenia procedury są zobowiązane do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności.

W celu zrozumienia problematyki uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu lekarza konieczne jest zaprezentowanie procedur, które musi wykonać osoba z tytułem zawodowym lekarza uzyskanym w Polsce.

Pierwszym etapem jest ukończenie studiów wyższych na kierunku lekarskim, po którym osoba nabywa tytuł zawodowy lekarza.

Drugim – odbycie stażu podyplomowego zakończonego egzaminem i przystąpienie do Lekarskiego Egzaminu Końcowego³⁰⁰, jest to warunek konieczny uzyskania pełnego prawa

²⁹⁹ Artykuł 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. u.o.z.l.; uchwała Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystry.

³⁰⁰ Dalej zwany: „LEK”; Do Lekarskiego Egzaminu Końcowego mogą przystąpić osoby, które: są studentami szóstego roku na kierunku lekarskim, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2) lit a) u.o.z.l. – po przedstawieniu zaświadczenia o stanie studiów i dokumentu potwierdzającego tożsamość; lekarze po przedstawieniu dyplomu lekarza albo zaświadczenia potwierdzającego ukończenie studiów na kierunku lekarskim oraz dokumentu potwierdzającego tożsamość. Lekarski Egzamin Końcowy jest przeprowadzony dwa razy w roku, miejsce i dokładny termin przeprowadzenia egzaminu ustala dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych. Egzamin składa się w formie pisemnego testu zawierającego 200 pytań po 5 odpowiedzi każde, z których tylko jedna jest prawidłowa. Zakres pytań odnosi się do wielu dziedzin medycyny; największą ilość stanowią pytania z zakresu chorób wewnętrznych – 39, najmniej pytań dotyczy orzecznictwa lekarskiego – 7. Aby uzyskać wynik pozytywny, należy otrzymać co najmniej 56% maksymalnej liczby punktów z testu. Pytania testowe są opracowywane przez ekspertów z danej dziedziny medycyny. Korzystanie przez zdającego w trakcie egzaminu z pomocy naukowych

wykonywania zawodu lekarza. Przy czym należy pamiętać, że w trakcie odbywania stażu podyplomowego właściwa OIL wydaje prawo wykonywania zawodu wyłącznie na czas jego trwania, natomiast sam pozytywny wynik z LEK nie stanowi podstawy do wydania wskazanego uprawnienia.

Po zadaniu egzaminu kończącego staż podyplomowy oraz LEK osoba zainteresowana może złożyć wniosek do wybranej OIL o wydanie pełnego prawa wykonywania zawodu lekarza.

Warto w tym miejscu pochylić się nad problemem oceny nienagannej postawy etycznej jako jednej z przesłanek przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza. Ustawodawca we wskazanym zakresie posłużył się klauzulą generalną, która jest niedookreślona. Przy czym podkreślić należy, że użycie zwrotu nieostrego wymaga istnienia szczególnych gwarancji proceduralnych, zapewniających przejrzystość i ocenność praktyki wypełniania nieostrego zwrotu konkretną treścią przez organ, który decyduje o jego wypełnieniu³⁰¹. Jednocześnie ustawodawca nie wskazał, jakimi kryteriami ma się kierować okręgowa izba lekarska, ustalając, czy kandydat do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentystry legitymuje się nienaganną postawą etyczną. Trudności interpretacyjne pojawiają się także na gruncie wykładni językowej omawianego kryterium. Zgodnie z treścią zawartą w "Słowniku języka polskiego" wynika, że nienaganna postawa to taka, która nie zasługuje na krytykę lub karę, do której nie ma zarzutów, zaś postawa etyczna to postępowanie, które jest zgodne z powszechnie obowiązującymi normami określającymi, co jest dobre, a co złe³⁰².

Problematyka pojęcia „nienagannej postawy etycznej” była poruszana również w orzecznictwie sądów administracyjnych. W wyroku z dnia 16 listopada 2009 r. WSA w Warszawie stwierdził, że: „Nie można podzielić stanowiska organu, co do tego, że udzielanie świadczeń z zakresu medycyny niekonwencjonalnej może skutkować - samo przez się - uznaniem nieetycznego zachowania wnioskującego o przyznanie prawa do wykonywania zawodu. Sam fakt leczenia metodami naturalnymi preparatami ziołowymi lub homeopatycznymi, nawet jeśli są to preparaty paramedyczne, nie może uzasadniać braku zaufania do takiego lekarza. Doświadczenie życiowe wskazuje, że leczenie metodami naturalnymi cieszy się ogromną popularnością wśród pacjentów.”³⁰³. Zauważyć należy, że ten sam sąd przyznał w wyroku

i dydaktycznych, posiadanie urządzeń umożliwiających kopiowanie, przekazywanie i odbiór informacji jest zakazane. Złamanie zakazów stanowi podstawę do dyskwalifikacji, co jest równoważne z uzyskaniem wyniku negatywnego.

³⁰¹ A. Malinowski, *Błędy formalne w tekstach prawnych*, Warszawa 2020, s. 27.

³⁰² M. Bańko, *Słownik Języka Polskiego*, t. 1, Warszawa 2007, s. 482.

³⁰³ Wyrok WSA z dnia 16 listopada 2009 r., sygn. akt VII SA/Wa 1351/09, LEX nr 589525.

z dnia 9 maja 2011 r., iż uchwała Prezydium NRL w przedmiocie odmowy przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza pozostaje w sferze uznania administracyjnego, a zaangażowanie kandydata w działalność uzdrowicielską pozostaje w sprzeczności z treścią art. 57 KEL. Treść ta wskazuje, że lekarz nie może posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo³⁰⁴. Ponadto jako nieetyczną Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 26 czerwca 2006 r. uznał postawę lekarza skazanego prawomocnym wyrokiem za przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii: „Przesłanką warunkującą nabycie ograniczonego prawa do wykonywania zawodu lekarza jest wykazanie nienagannej postawy etycznej. Postępowanie etyczne powinno być rozumiane jako postępowanie odpowiadające akceptowanym w społeczeństwie wzorom. Określa ono podstawowe standardy zachowania, jakie powinny być przestrzegane przez wszystkich, gdyż chronią podstawowe dobra całej społeczności lub poszczególnych jej członków. Nie może wykonywać zawodu lekarza w żadnej postaci, kto postępuje w sposób nieetyczny, bo nie można uznać za etyczne postępowania osoby, która popełnia przestępstwo określone przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.”³⁰⁵. Zgodnie z judykaturą postawa etyczna odpowiada akceptowanym w społeczeństwie wzorcom. Nienaganna postawa etyczna powinna być przestrzegana przez wszystkich przedstawicieli zawodu lekarskiego, bowiem chroni ona dobro zarówno całego społeczeństwa, jak i poszczególnych jednostek.

Zastrzec jednak należy, że stosowanie omawianej klauzuli generalnej nie może mieć charakteru arbitralnego czy automatycznej, jednolitej oceny bez uwzględnienia wszystkich towarzyszących w sprawie przesłanek. Z tego powodu sam fakt karalności nie może stanowić okoliczności do domowy przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentystry. Należy brać pod uwagę także stopień społecznej szkodliwości czynu, którego kandydat miał się dopuścić, rodzaj i rozmiary wyrządzonej szkody oraz postać zamiaru³⁰⁶.

³⁰⁴ G. Rączka, *Prawo wykonywania zawodu lekarza* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2015, s. 52.

³⁰⁵ Wyrok WSA w Warszawie z dnia 26 czerwca 2006 r., sygn. akt VII SA/Wa 595/06, LEX nr 221927.

³⁰⁶ G. Rączka, *Prawo wykonywania zawodu lekarza* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2015, s. 53.

Ustawodawca, próbując rozwiązać problem związany z oceną nienagannej postawy etycznej, uznał, na gruncie nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry³⁰⁷, za wystarczające złożenie przez kandydata oświadczenie o następującej treści:

„Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz innymi przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust. 1 pkt 5) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.

Niewątpliwie treść ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w części dotyczącej przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza nastrocza problemy interpretacyjne, także osobom wykonującym ten zawód, z racji – w moim przekonaniu – nielogicznego rozkładu kwalifikacji niezbędnych do jego uzyskania, a także używania przez ustawodawcę pojęć niedookreślonych oraz zbyt skąpej informacji odnoszącej się do wskazania celu przystąpienia do LEK. Dlatego przy analizie rzeczonych przepisów należy posiłkować się treścią uchwał korporacyjnych wydanych przez NRL oraz OIL.

1.3.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie odbywania stażu podyplomowego

Jednym z elementów niezbędnych do uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu lekarza jest odbycie stażu podyplomowego, w celu doskonalenia umiejętności praktycznych oraz pogłębienia wiedzy teoretycznej w danych dziedzinach medycyny. Zgodnie z dyspozycją przepisu art. 15 ust. 1 u.o.z.l. okres stażu podyplomowego nie może być krótszy niż 12 miesięcy³⁰⁸.

³⁰⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2008 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. Nr 58, poz. 351 z późn. zm.).

³⁰⁸ Artykuł 15 ust. 1 u.o.z.l.

Na czas odbywania stażu podyplomowego odpowiednia miejscowo ORL przyznaje prawo wykonywania zawodu, na podstawie art. 5 ust. 7 u.o.z.l.³⁰⁹. Świadczeń zdrowotnych lekarz stażysta udziela pod nadzorem opiekuna – lekarza posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1 lub posiadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.

Uprawnienia lekarza stażysty są ograniczone poprzez nadzór opiekuna. Ustawodawca, używając zwrotu „w szczególności”, w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez stażystę, wymienił tylko przykładowe czynności, które może on wykonać pod nadzorem, nie jest to zatem katalog zamknięty.

Lekarz stażysta jest uprawniony do wykonywania zawodu wyłącznie w miejscu odbywania stażu. Stażysta jest uprawniony w szczególności do³¹⁰:

- 1) przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich po konsultacji z opiekunem;
- 2) wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich;
- 3) wydawania, po konsultacji z opiekunem, skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 4) samodzielnego stosowania, na zlecenie opiekuna, metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została potwierdzona przez opiekuna;
- 5) wykonywania wspólnie z opiekunem zabiegów operacyjnych oraz wspólnie stosowania metod leczniczych i diagnostycznych objętych programem stażu;
- 6) prowadzenia, pod nadzorem opiekuna, historii choroby i innej dokumentacji medycznej;
- 7) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta, po skonsultowaniu z opiekunem treści tych informacji;
- 8) zlecenia czynności pielęgnacyjnych;
- 9) w stanach nagłych do doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii innego lekarza;
- 10) stwierdzenia zgonu;

³⁰⁹ Zgodnie z treścią art. 5 ust. 7 u.o.z.l.: „W celu odbycia stażu podyplomowego okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na czas odbywania tego stażu”.

³¹⁰ Artykuł 15 ust. 3b u.o.z.l.

- 11) wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu z opiekunem zawartych w nim informacji.

Dnia 8 sierpnia 2020 r. weszła w życie ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw³¹¹, która w istotny sposób zmienia zakres uprawnień lekarza stażysty w kontekście udzielania świadczeń zdrowotnych. Przepisy zaprezentowane poniżej znajdą zastosowanie od dnia 1 stycznia 2022 r. zgodnie z treścią art. 14 przywołanej powyżej ustawy.

W świetle nowego przepisu art. 15b dodanego przez art. 1 pkt 20) ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw: lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy pod nadzorem lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1, albo tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, albo lekarza, który zaliczył w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy, albo lekarza albo lekarza dentysty, który ukończył 3. rok szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych lub lekarza albo lekarza dentysty, który zdał Państwowy Egzamin Modułowy³¹².

Zmiany dotyczą także zakresu czynności, które może wykonywać lekarz stażysta, bowiem stosownie do art. 15b ust. 3 lekarz stażysta jest upoważniony do:

- 1) przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania, po konsultacji z opiekunem, porad lekarskich;
- 2) wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich;
- 3) wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, a po uzgodnieniu z opiekunem lub z lekarzem wskazanym przez opiekuna – na badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 4) samodzielnego stosowania zleconych przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została stwierdzona przez opiekuna;
- 5) wspólnego z lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony stosowania metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko

³¹¹ Ustawa z dnia z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291 z późn. zm.).

³¹² Dalej zwanego: „opiekunem”.

- dla pacjenta oraz wspólnego z nim wykonywania zabiegów operacyjnych objętych programem stażu podyplomowego;
- 6) prowadzenia historii choroby i innej dokumentacji medycznej we współpracy z opiekunem;
 - 7) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta;
 - 8) zlecania czynności pielęgnacyjnych;
 - 9) doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków w stanach nagłych, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii innego lekarza;
 - 10) stwierdzania zgonu;
 - 11) wystawiania recept, z wyłączeniem recept *pro auctore* i *pro familiae* oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu ich treści z opiekunem;
 - 12) pełnienia dyżurów medycznych z lekarzem pełniącym dyżur samodzielnie.

Zmianą, która zaszła w dotychczas obowiązujących przepisach, jest zastosowanie przez ustawodawcę katalogu zamkniętego czynności, do których uprawniony jest lekarz stażysta, a co za tym idzie, zminimalizowanie odpowiedzialności za błędy lekarza stażysty względem opiekuna stażu. Innymi słowy, po nowelizacji istnieją klarowne reguły i zakres czynności – świadczeń zdrowotnych, których nie można rozszerzyć.

Znowelizowane przepisy zgodnie z treścią art. 15b ust. 5 u.o.z.l. nakładają na lekarza stażystę obowiązek:

- 1) realizowania stażu podyplomowego zgodnie z jego programem;
- 2) utrzymywania stałej współpracy z opiekunem;
- 3) bieżącego wypełniania, za pomocą SMK, „Elektronicznej karty stażu podyplomowego lekarza” albo „Elektronicznej karty stażu podyplomowego lekarza dentystry”.

Ramowy program stażu podyplomowego lekarza stażysty określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry³¹³. Zgodnie z dyspozycją § 2 omawianego aktu wykonawczego, staż podyplomowy obejmuje pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz praktycznej nauki udzielania świadczeń zdrowotnych lekarza – w dziedzinach: chorób wewnętrznych, pediatrii, w tym neonatologii, chirurgii ogólnej, w tym chirurgii urazowej, położnictwa i ginekologii, psychiatrii,

³¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.).

anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej oraz w dziedzinie medycyny rodzinnej w warunkach stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej opieki zdrowotnej.

Istotnym elementem zawartym w treści § 9 rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry jest określenie obowiązków opiekuna lekarza stażysty. Najważniejszym z nich jest odpowiedzialność opiekuna za realizację przez stażystę stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz zadami etyki i deontologii lekarskiej. Ponadto opiekun jest zobowiązany w szczególności do:

- 1) zaznajamiania stażysty z organizacją szpitala;
- 2) sprawdzania, w ciągu pierwszego miesiąca odbywania stażu cząstkowego, umiejętności stażysty w zakresie postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia;
- 3) prowadzenia wspólnie ze stażystą od 3 do 5 pacjentów, konsultowania i akceptowania proponowanych przez stażystę badań diagnostycznych i ich interpretacji, rozpoznania choroby, sposobu leczenia w szpitalu (zastosowanie leków, zabiegów operacyjnych i innych zabiegów lekarskich, pielęgnacji), rehabilitacji oraz leczenia poszpitalnego;
- 4) sprawowania bezpośredniego nadzoru nad wykonywaniem przez stażystę zabiegów diagnostycznych i leczniczych, których technikę powinien opanować w stopniu umożliwiającym samodzielne ich wykonywanie;
- 5) wykonywania wspólnie ze stażystą zabiegów operacyjnych oraz stosowania metod diagnozowania albo leczenia chorób stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 6) bezpośredniego udziału w udzielaniu przez stażystę pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach;
- 7) nadzorowania prowadzenia przez stażystę historii choroby pacjenta i innej dokumentacji medycznej;
- 8) konsultowania proponowanych przez stażystę epikryz, w tym również sporządzanych po badaniu pośmiertnym pacjenta;
- 9) zaznajamiania stażysty z przepisami z zakresu orzecznictwa lekarskiego;
- 10) konsultowania przygotowanych przez stażystę opisów przypadków, prac poglądowych i innych opracowań;
- 11) ustalania harmonogramu dyżurów medycznych stażysty i potwierdzania ich realizacji;
- 12) przeprowadzania sprawdzianów z wiedzy teoretycznej i nabytych przez stażystę umiejętności praktycznych, określonych programem;
- 13) przekazywania koordynatorowi stanowiska dotyczącego opinii.

Opiekun w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego innym niż szpital, w szczególności:

- 1) zapoznaje stażystę z organizacją pracy w przychodni i w gabinecie lekarskim;
- 2) nadzoruje wykonywane przez stażystę badania pacjenta, ustala rozpoznania, wykonywania zabiegów lekarskich, zabiegów stomatologicznych, akceptuje proponowane badania diagnostyczne, sposób leczenia i rehabilitacji;
- 3) ocenia zaproponowane przez stażystę projekty recept, opinie, orzeczenia lekarskie oraz skierowania do lekarzy specjalistów, szpitali i sanatoriów.

Widać zatem, że odpowiedzialność i obowiązek nałożony na opiekuna lekarza stażysty przez ustawodawcę jest szeroki. Ma to zapewne na celu solidne przygotowanie lekarzy stażystów do wykonywania zawodu, bowiem tylko dobrze przygotowany lekarz będzie mógł wykonywać pracę zgodnie ze sztuką, udzielając świadczeń zdrowotnych swoim pacjentom.

1.3.3. Problematyka doskonalenia zawodowego lekarzy

Rozważając tematykę związaną z wykonywaniem zawodu lekarza, nie sposób pominąć kwestii doskonalenia zawodowego. Medycyna jest dziedziną, która rozwija się w niezwykle dynamiczny sposób, co powoduje, że przedstawiciele zawodów medycznych powinni aktualizować swoją wiedzę, nie tylko ogólną, a przede wszystkim dotyczącą dziedziny, w której się specjalizują.

Ustawodawca, dostrzegając tę problematykę, wprowadził w art. 18 ust. 1 u.o.z.l. prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, które przewiduje różne formy kształcenia podyplomowego.

Aktem prawnym szczegółowo regulującym zagadnienie doskonalenia zawodowego jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów³¹⁴.

Przepisem dokładnie zakreślającym, na czym polega doskonalenie zawodowe, jest § 2 r.d.z.l.. Zgodnie z jego treścią:

„Doskonalenie zawodowe lekarza obejmuje aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego poprzez odbywanie szkolenia

³¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. z 2017 r. Nr 231, poz. 1923 z późn. zm.); dalej zwane: „r.d.z.l.”.

specjalizacyjnego³¹⁵, nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych³¹⁶, oraz doskonalenie w innych formach kształcenia. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza polega na stałej aktywności zawodowej. Lekarz potwierdza aktywność zawodową poprzez uzyskiwanie odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych, obliczonych w ustalonych okresach rozliczeniowych”.

Z racji tego, że niniejszy rozdział poświęcony jest głównie zagadnieniu uprawnienia, należy zaznaczyć, że lekarz ma prawo wyboru jednej albo wielu form doskonalenia wskazanych w treści rozporządzenia. Są to:

- 1) realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności;
- 2) udział w kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności;
- 3) udział w kursie medycznym realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 4) udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym;
- 5) odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym;
- 6) udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako „kolegium specjalistów” albo „lekarskie towarzystwo naukowe”, lub udział w posiedzeniu sekcji albo koła tego stowarzyszenia lub towarzystwa naukowego;
- 7) udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy;
- 8) wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym;
- 9) udział w programie edukacyjnym krajowym lub zagranicznym, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, udostępnianym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego, sieci internetowej i innych mediów, umożliwiających wiarygodne sprawdzenie uzyskanej przez uczestnika wiedzy lub umiejętności i potwierdzenie jego tożsamości;

³¹⁵ Dalej zwanego: „specjalizacją”.

³¹⁶ Dalej zwanych: „umiejętnością”.

- 10) uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora – w zakresie nauk medycznych;
- 11) napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego;
- 12) napisanie i opublikowanie książki o charakterze medycznym, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego;
- 13) przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego;
- 14) autorstwo lub współautorstwo artykułu opublikowanego w fachowym czasopiśmie medycznym wymienionym w części A lub B wykazu czasopism naukowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki³¹⁷;
- 15) napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym;
- 16) przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym;
- 17) sprawowanie funkcji opiekuna stażu podyplomowego;
- 18) kierowanie specjalizacją lub nabywaniem umiejętności przez lekarzy lub lekarzy dentyków;
- 19) indywidualna prenumerata fachowego czasopisma medycznego wymienionego w części A lub B wykazu czasopism naukowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki³¹⁸ ;
- 20) przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego.

Uprawnienie lekarzy do wyboru jednej albo wielu form doskonalenia zawodowego stwarza tej grupie zawodowej niezwykle szerokie możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji. Korzystają z tego szczególnie młodzi specjaliści, którzy pragną rozwijać wiedzę zdobytą w trakcie studiów lekarskich.

Przy okazji rozważań dotyczących doskonalenia zawodowego należy zwrócić uwagę, iż uprawnienie jest nierozdzielnie powiązane z obowiązkiem. Zatem należy zadać pytanie:

³¹⁷ Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. z 2018 r. poz. 87 z późn. zm.) – akt uchylony

³¹⁸ Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. z 2018 r. poz. 87 z późn. zm.) – akt uchylony, obecnie - ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574 z późn. zm.).

Jakie konsekwencje przewidział ustawodawca za niewywiązywanie się z obowiązku samodoskonalenia?

Odpowiedź nie jest oczywista, z racji tego, że ustawodawca wprost nie nałożył sankcji za niewywiązywanie się z obowiązku poszerzania wiedzy i umiejętności praktycznych.

Przez wzgląd na tę okoliczność należy zastosować reguły ogólne i odnieść się do zapisu § 8 ust. 3 r.d.z.l., który stanowi, że fakt odbywania doskonalenia zawodowego jest odnotowywany w okręgowym rejestrze lekarzy. Warto zwrócić uwagę, że wskazany paragraf powinno się analizować, łącząc go z przepisem art. 18 ust. 1 u.o.z.l oraz z ogólnym przesłaniem Kodeksu Etyki Lekarskiej. Na tym gruncie lekarz zaniedbujący obowiązek doskonalenia zawodowego może ponieść odpowiedzialność zawodową.

1.3.4 Problematyka uprawnień praktycznych lekarza związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

Zawód lekarza jest profesją, w której wiedzę i posiadane umiejętności wykorzystuje się przede wszystkim w praktyce. Trudność ustalenia uprawnień lekarza, dotycząca leczenia i diagnostyki, wynika z dość nieostrych sformułowań usytuowanych w tekstach aktów prawnych regulujących tę profesję.

Kontrowersyjny wydaje się fakt, iż ani w literaturze traktującej o problematyce związanej z prawem medycznym, ani w dyskusjach z lekarzami nie można ustalić precyzyjnie do końca źródeł prawnych i faktycznych wykonywania danych procedur medycznych przez lekarzy i czy specjalizacja poszerza katalog uprawnień w kontekście prawnym, czy też daje lekarzowi w dziedzinie objętej specjalizacją tylko większą wiedzę teoretyczną i praktyczną, dzięki której udzielanie świadczeń zdrowotnych spełniać będzie wyższe, pożądane w świetle nauki i praktyki lekarskiej, standardy.

Nadużyciem byłoby przyjęcie domniemania, że lekarz z pełnym prawem wykonywania zawodu może przeprowadzić każdą procedurę medyczną, nawet gdy nie posiada odpowiednich kwalifikacji. Nie jest to jednak zjawisko abstrakcyjne. Znane są z praktyki przypadki, w których lekarz internista, nieposiadający specjalizacji w kardiologii, wykonuje zabieg ablacji polegający na leczeniu zaburzeń rytmu serca poprzez wytworzenie w mięśniu sercowym drobnych blizn za pomocą schłodzenia odpowiednich obszarów do -70°C , w celu zatrzymania przewodzenia nieprawidłowych sygnałów elektrycznych. Wskazany przypadek nie jest

odosobniony, są bowiem lekarze bez jakiejkolwiek specjalizacji, którzy wykonują rozległe zabiegi chirurgiczne.

System prawa medycznego w Polsce wprost nie przewiduje ograniczenia wynikającego z posiadanych kwalifikacji przez lekarza. Fakt ten stanowi – w moim przekonaniu – istotną lukę prawną, która może pociągać za sobą wiele negatywnych konsekwencji.

Oczywiście, owe konsekwencje dotyczą nie tylko lekarzy, którzy nie odbyli specjalizacji, a wykonują procedury wymagające wiedzy wysoce specjalistycznej, narażając się tym samym na odpowiedzialność na różnych płaszczyznach prawa. Chodzi tu przede wszystkim o zdrowie i życie pacjenta, o poczucie jego komfortu psychicznego, świadomość, że lekarz, który go leczy, udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie ze swoimi kwalifikacjami, na najwyższym możliwym poziomie.

Podjmując próbę obrony odmiennego stanowiska, uznającego, że zakres świadczeń medycznych, których może udzielić lekarz, jest ograniczony do jego kompetencji, należy odnieść się do treści przepisów ustawowych.

W tym kontekście wpieryw należy zapoznać się z treścią przepisu art. 2 ust. 1 u.o.z.l, zgodnie z którym: „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 (...)”.

Ustawodawca w dość subtelny sposób zaznaczył, iż lekarz ma prawo udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, które są potwierdzone odpowiednimi dokumentami, jednak problem odnosi się do tego, czego dotyczą wskazane w przytoczonym wyżej przepisie wymagane kwalifikacje.

Ujmując problem w inny sposób: Czy należy interpretować wymagane kwalifikacje w kontekście uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu – od stycznia 2022 r. brak będzie rozróżnienia na prawo pełne i ograniczone wykonywania zawodu lekarza? Czy też owe przytoczone wyżej sformułowanie odnosi się do prawa wykonywania określonych procedur tylko pod warunkiem zdania egzaminu specjalistycznego?

L. Ogiegło stoi na stanowisku, że termin „wymagane kwalifikacje” użyty w przepisie art. 2 ust. 1 u.o.z.l. oznacza wymagania, jakie określone są w art. 5 i następnych ustawy o zawodzie lekarza, bowiem przepisy te odrębnie regulują wykonywanie zawodu lekarza i lekarza

dentysty³¹⁹. Omawiane kwalifikacje muszą być potwierdzone odpowiednimi dokumentami zgodnie z wykładnią przywołanych przepisów³²⁰.

Zatem przyjąć należy, że zamysłem ustawodawcy konstruującego treść przepisu art. 2 ust. 1 u.o.z.l. było wskazanie ogólnych przesłanek, które trzeba spełnić, aby móc wykonywać zawód lekarza.

Podchodząc do zagadnienia relatywistycznie, można uznać, że zamysłem ustawodawcy było wskazanie, iż tylko specjaliście przysługuje poszerzony katalog świadczeń medycznych, których ma prawo udzielać.

Wskazane podejście znajdowałoby logiczne uzasadnienie w treści przepisu art. 16x ust. 1 pkt 9) u.o.z.l., który wskazuje, że: „Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi w drodze rozporządzenia sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji – uwzględniając zakres wiedzy teoretycznej i praktycznej i umiejętności praktycznych niezbędnych do wykonywania zawodu w zakresie określonej dziedziny medycyny, zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej oraz treść rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów³²¹, które określa sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji, polegający na zdaniu z wynikiem pozytywnym PES i uzyskaniu dyplomu ukończenia specjalizacji stanowiącego załącznik do omawianego rozporządzenia.

Artykuł 16x ust. 1 pkt 9) u.o.z.l. w żaden sposób nie sankcjonuje wykonywania procedur objętych programem specjalizacji przez lekarza, który nie posiada formalnego potwierdzenia swoich umiejętności. Brak sankcji w kontekście omawianej problematyki jest widoczny także w przepisach karnych zawartych w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, bowiem dotyczą one jedynie osoby, która udziela świadczeń zdrowotnych zastrzeżonych dla lekarza, nie posiadając przy tym prawa do wykonywania tego zawodu³²². Ujmując poruszaną problematykę w inny sposób – treść wskazanego przepisu ustawy nie rozstrzyga, czy dany lekarz ma uprawnienie do wykonywania danej procedury stanowiącej element zastrzeżony dla

³¹⁹ L. Ogiegło, *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz.*, Warszawa 2015, wyd. 2., s. 8.

³²⁰ Ibidem.

³²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2020 r., poz. 1566).

³²² Artykuł 58 u.o.z.l.

lekarzy specjalistów, a jedynie stwierdza fakt posiadania wiedzy teoretycznej i praktycznej. Można zatem przyjąć, że lekarz bez specjalizacji z chirurgii będzie mógł pracować w oddziale zabiegowym.

Trzy prezentowane powyżej toki rozumowania są skonstruowane przez zastosowanie metody prawniczej *top-down*, jednak w tym przypadku ten sposób nie dostarcza odpowiedzi na zadane pytania; Do czego służy specjalizacja w sensie prawnym? Czy brak specjalizacji oznacza, że dana procedura nie może zostać wykonana przez lekarza jej nieposiadającego?

Aby odpowiedzieć na powyższe pytania, należy zastosować metodę *bottom-up*, która polega na analizie danego problemu, zaczynając od końca. W tym przypadku niezbędne jest sięgnięcie do aktów wykonawczych wydanych na podstawie przepisu art. 31d u.ś.o.z., zgodnie z którym minister zdrowia w drodze rozporządzeń określi wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem „(...) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń”.

Omawiana delegacja ustawowa sugeruje, iż warunki udzielania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia ustala wyłącznie minister, jednakże należy pamiętać o tym, że ustawodawca pozostawia też pewne prerogatywy prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia³²³.

Przed nowelizacją art. 146 ust. 1 pkt 3) u.ś.o.z., prezes NFZ miał uprawnienie do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców. Oznaczało to, że prezes Funduszu mógł tworzyć rygory dotyczące warunków wymaganych od świadczeniodawców, których spełnianie na danym etapie postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert albo rokowań warunkowało możliwości zawarcia, a następnie realizacji umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Od 1 stycznia 2016 r. powyższa konstrukcja uległa zmianie z powodu wejścia w życie nowego brzmienia przepisu art. 146 u.ś.o.z., w którego treści ustawodawca zastrzegł, że szczegółowe

³²³ K. Urban, A. Pietraszewska-Macheta, *Komentarz do art. 31d rozporządzenie koszykowe – delegacja ustawowa* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III*, Warszawa 2018, s. 225; dalej zwany: „prezes NFZ” albo „Prezes NFZ” – w zależności od kontekstu.

warunki umów wydawane przez prezesa NFZ nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego określonego w rozporządzeniach koszykowych.

Warto wskazać, że rozporządzenia wydane na podstawie art. 31d powinny określać warunki realizacji świadczeń³²⁴. Z tego stwierdzenia jednoznacznie wynika, iż w aktach wykonawczych do wskazanego artykułu powinny zostać zawarte nie tylko procedury lecznicze i jednostki chorobowe powiązane z tymi procedurami, ale także minimalne standardy ich wykonywania³²⁵.

W tym miejscu, aby uniknąć zbędnego rozdrobnienia wątpliwości, skupię się jedynie na aktach wykonawczych do przepisu art. 31d u.ś.o.z. W dalszej części rozprawy – w kontekście uprawnień i obowiązków lekarza w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – konieczna będzie jednak analiza zarządzeń Prezesa NZF oraz standardów organizacyjnych w opiece zdrowotnej.

Świadczenia gwarantowane finansowane ze środków publicznych są normowane przez następujące rozporządzenia wydane przez ministra zdrowia:

- 1) z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego³²⁶;
- 2) z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³²⁷;
- 3) z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej³²⁸;
- 4) z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³²⁹;
- 5) z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego³³⁰;

³²⁴ Ibidem, s. 226.

³²⁵ G. Machulak, *Komentarz do art. 31d u.ś.o.z.* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pomocy publicznej. Komentarz*, Warszawa 2010.

³²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1406 z późn. zm.).

³²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540 z późn. zm.).

³²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262 z późn. zm.).

³²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1542 z późn. zm.).

³³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2148 z późn. zm.).

- 6) z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych³³¹;
- 7) z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³³²;
- 8) z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej³³³;
- 9) z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej³³⁴;
- 10) z 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji³³⁵;
- 11) z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego³³⁶;
- 12) z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień³³⁷.

Analiza każdego z wyżej wymienionych rozporządzeń ministra zdrowia jest zbędna.

Warto jednak dla zrozumienia zamysłu ustawodawcy oraz zastosowania metody *bottom-up* przeanalizować choć część z dwóch z przytoczonych aktów prawnych.

Podstawą funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej jest – jak sama nazwa wskazuje – podstawowa opieka zdrowotna uregulowana w zakresie koszyka świadczeń przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Jest to, w moim przekonaniu, jeden z najlepiej usystematyzowanych aktów prawnych, stanowiący element systemu prawa medycznego w Polsce. Oczywiście nie jest pozbawiony niedociągnięć, jednak generalnie

³³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209 z późn. zm.).

³³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 419, z późn. zm.).

³³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2022 r. poz. 965 z późn. zm.).

³³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.).

³³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. poz. 1958 z późn. zm.).

³³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 237).

³³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.).

w sposób przejrzysty prezentuje wymagane kwalifikacje lekarza POZ oraz zakres jego kompetencji.

Przed przejściem do zagadnień praktycznych niezwykle istotne jest, w kontekście zrozumienia zakresu uprawnień wynikających z posiadanej przez lekarza specjalizacji, wskazanie, kogo należy rozumieć pod pojęciem lekarz POZ.

W świetle art. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece³³⁸, lekarzem POZ jest lekarz, który:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
- 4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej – zgodnie z art. 38 u.p.o.z. ust. 1 pkt 4) wejście w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

– z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

Lekarzem POZ od 1 stycznia 2025, zgodnie z treścią art. 38 ust. 1 pkt 4) u.p.o.z., w zakresie obowiązku ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, jest także lekarz:

- 1) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
- 2) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych

– udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4), z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³³⁹.

³³⁸ Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050 z późn. zm.), dalej zwana: „u.p.o.z.”.

³³⁹ Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. Nr 166, poz. 1172).

Przechodząc do zagadnień praktycznych związanych z owym rozporządzeniem, należy wskazać, że w sposób klarowny określa rdzeń działalności lekarza POZ. Świadczenia gwarantowane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:

- 1) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 2) poradę lekarską udzielaną w domu świadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych medycznie;
- 3) świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, realizowane w warunkach określonych w części II;
- 4) poradę patronażową realizowaną w warunkach określonych w części III;
- 5) badania bilansowe, w tym badania przesiewowe, realizowane w warunkach określonych w części III;
- 6) świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej, określone w części IV;
- 7) szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Wskazane świadczenia gwarantowane są określane w danych częściach treści przytoczonego rozporządzenia.

Pierwszym ze świadczeń są świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia:

Tabela 3. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia

KRYTERIA KWALIFIKACJI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W RAMACH PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA	WYMAGANE PROCEDURY MEDYCZNE I WARUNKI ICH REALIZACJI
Osoby znajdujące się na liście świadczenioborców lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy objętym umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będące w wieku od 35 do 65 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (także u innych świadczeniodawców). Kolejne świadczenie przysługuje po upływie 5 lat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zlecenie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) oraz wpisanie wyników do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. 2. Przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wpisanie wyników do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

	<p>3. Ustalenie terminu porady u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się ten świadczeniobiorca.</p> <p>4. W trakcie porady u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena czynników ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia; 2) kwalifikacja świadczeniobiorcy do grupy ryzyka na podstawie całościowego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat według aktualnej klasyfikacji SCORE dla populacji polskiej (10-letnie ryzyko epizodów chorób sercowo-naczyniowych zakończonych i niezakończonych zgonem) bazujących na wartości nie-HDL oraz wpisanie wyniku do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy; 3) poinformowanie świadczeniobiorcy o wyniku badania i klasyfikacji do grupy ryzyka oraz ustalenie planu dalszego postępowania; w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby wymagającej dalszego postępowania - skierowanie świadczeniobiorcy do dalszej diagnostyki lub leczenia; 4) edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy w zakresie ustalonym w planie dalszego postępowania. <p>5. Procedury medyczne są realizowane w ramach dwóch porad.</p> <p>6. Jedna z dwóch porad może być realizowana na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.</p>
--	---

Źródło: <https://sip.lex.pl/#/act/18031673/3144478/swiadczenia-gwarantowane-z-zakresu-podstawowej-opieki-zdrowotnej?cm=SFIRST> (dostęp: 18 września 2022 r.).

Drugim ze świadczeń są porady patronażowe oraz badania bilansowe, w tym badania przesiewowe:

Tabela 4. Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych

LP	WIEK ALBO ETAP EDUKACJI	PORADA PATRONAŻOWA I BADANIA BILANSOWE, W TYM BADANIA PRZESIEWOWE
1	1-4 tydzień życia	Porada patronażowa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, obejmująca badanie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczki, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
2	2-6 miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej), przebytych schorzeń oraz zapobiegania krzywicy. 2. Ocena wielkości ciemienia przedniego. 3. Ocena stanu neurologicznego. 4. Określenie wieku zębowego. 5. U chłopców badanie obecności jąder w mosznie. 6. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych - w przypadku nieprawidłowego wyniku testu lub stwierdzenia przynależności do grupy ryzyka uszkodzenia słuchu skierowanie do specjalistycznej diagnostyki audiologicznej lub foniatrycznej. 7. Ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. 8. Badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
3	9 miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i psychomotorycznego. 2. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień. 3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych.
4	12 miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i psychomotorycznego. 2. Ocena wykonania szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień. 3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych. 4. Ocena obecności nowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

5	2 lata	<p>Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI), i psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń; 2) ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień; 3) ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; 4) przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy; 5) test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów; 6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
6	4 lata	<p>Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; 2) badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe w kierunku oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI), psychomotorycznego i społecznego; 3) przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy; 4) ocenę higieny jamy ustnej.
7	5 lat	<p>Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe w kierunku oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI), psychomotorycznego i społecznego; 2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
8	Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne	<p>Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe: <ol style="list-style-type: none"> a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych, b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego, c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej; 2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: <ol style="list-style-type: none"> a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika

masy ciała (Body Mass Index - BMI),

b) rozwoju psychomotorycznego,

c) mowy,

d) lateralizacji,

e) układu ruchu,

f) jamy ustnej,

g) u chłopców - obecności jąder w mosznie i wad układu moczowo-płciowego;

3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych;

4) wykrywanie zeza (Cover test, test Hirschberga);

5) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;

6) ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień;

7) przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy;

8) ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu;

9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;

10) badanie lekarskie specjalistyczne i diagnostyczne w razie potrzeby;

11) podsumowanie badania, z określeniem zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego;

12) poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

9	Klasa III szkoły podstawowej	<p>Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:</p> <p>1) badanie podmiotowe:</p> <p>a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,</p> <p>b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy,</p> <p>c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;</p> <p>2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:</p> <p>a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI),</p> <p>b) rozwoju psychospołecznego,</p> <p>c) układu ruchu,</p> <p>d) układu moczowo-płciowego,</p> <p>e) dojrzewania płciowego według skali Tannera,</p> <p>f) tarczycy,</p> <p>g) jamy ustnej;</p> <p>3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczne skrzywienia kręgosłupa;</p> <p>4) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw;</p> <p>5) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</p> <p>6) badania specjalistyczne lekarskie i diagnostyczne w razie potrzeby;</p> <p>7) podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego;</p> <p>8) poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.</p>
10	Klasa I gimnazjum	<p>Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:</p> <p>1) badanie podmiotowe:</p> <p>a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych</p>

		<p>i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,</p> <p>b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy,</p> <p>c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;</p> <p>2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:</p> <p>a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI),</p> <p>b) rozwoju psychospołecznego,</p> <p>c) układu ruchu,</p> <p>d) tarczycy,</p> <p>e) dojrzewania płciowego,</p> <p>f) układu moczowo-płciowego,</p> <p>g) jamy ustnej,</p> <p>h) skóry;</p> <p>3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej;</p> <p>4) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;</p> <p>5) wykrywanie zaburzeń słuchu (badanie orientacyjne szeptem);</p> <p>6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</p> <p>7) badania specjalistyczne lekarskie i diagnostyczne w razie potrzeby;</p> <p>8) podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego;</p> <p>9) poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.</p>
11	Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej	<p>Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:</p> <p>1) badanie podmiotowe:</p> <p>a) wywiad od ucznia i przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub</p>

faktycznych, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,

b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy,

c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;

2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:

a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI),

b) rozwoju psychospołecznego,

c) dojrzewania płciowego,

d) układu ruchu,

e) tarczycy,

f) jamy ustnej,

g) skóry;

3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej;

4) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;

5) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;

6) badania specjalistyczne lekarskie i diagnostyczne w razie potrzeby;

7) podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego i dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego;

8) poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia oraz z punktu widzenia przyszłego wyboru dalszego kształcenia lub pracy zawodowej.

12	Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 roku życia	<p>Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:</p> <p>1) badanie podmiotowe:</p> <p>a) wywiad od ucznia, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,</p> <p>b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy,</p> <p>c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;</p> <p>2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:</p> <p>a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI),</p> <p>b) rozwoju psychospołecznego,</p> <p>c) układu moczowo-płciowego i dojrzałości płciowej,</p> <p>d) układu ruchu,</p> <p>e) tarczycy,</p> <p>f) jamy ustnej,</p> <p>g) skóry;</p> <p>3) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;</p> <p>4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</p> <p>5) badania specjalistyczne lekarskie i diagnostyczne w razie potrzeby;</p> <p>6) podsumowanie wyników badania, z określeniem ewentualnego problemu zdrowotnego oraz sugestii i rad dotyczących dalszego kształcenia i wyboru zawodu, przyszłego rodzicielstwa, prozdrowotnego stylu życia, w tym aktywności fizycznej.</p>
----	---	--

Źródło: <https://sip.lex.pl/#/act/18031673/3144478/swiadczenia-gwarantowane-z-zakresu-podstawowej-opieki-zdrowotnej?cm=SFIRST> (dostęp: 18 września 2022 r.).

Trzecim elementem są świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanej z realizacją świadczeń lekarza POZ:

1) Badania hematologiczne:

- a) morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi;
- b) morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi;

- c) retikulocyty;
 - d) odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).
- 2) Badania biochemiczne i immunochemiczne:
- a) sód;
 - b) potas;
 - c) wapń zjonizowany;
 - d) żelazo;
 - e) żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC);
 - f) stężenie transferyny;
 - g) stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
 - h) mocznik;
 - i) kreatynina;
 - j) glukoza;
 - k) test obciążenia glukozą;
 - l) białko całkowite;
 - m) proteinogram;
 - n) albumina;
 - o) białko C-reaktywne (CRP);
 - p) kwas moczowy;
 - q) cholesterol całkowity;
 - r) cholesterol-HDL;
 - s) cholesterol-LDL;
 - t) triglicerydy (TG);
 - u) bilirubina całkowita;
 - v) bilirubina bezpośrednia;
 - w) fosfataza alkaliczna (ALP);
 - x) aminotransferaza asparaginianowa (AST);
 - y) aminotransferaza alaninowa (ALT);
 - z) gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP);
 - aa) amylaza;
 - bb) kinaza kreatynowa (CK);
 - cc) fosfataza kwaśna całkowita (ACP);
 - dd) czynnik reumatoidalny (RF);
 - ee) miano antystreptolizyn O (ASO);

- ff) hormon tyreotropowy (TSH);
 - gg) antygen HBs-AgHBs;
 - hh) VDRL;
 - ii) FT3;
 - jj) FT4;
 - kk) PSA - Antygen swoisty dla stercza całkowity.
- 3) Badania moczu:
- a) ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu;
 - b) ilościowe oznaczanie białka;
 - c) ilościowe oznaczanie glukozy;
 - d) ilościowe oznaczanie wapnia;
 - e) ilościowe oznaczanie amylazy.
- 4) Badania kału:
- a) badanie ogólne;
 - b) pasożyty;
 - c) krew utajona - metodą immunochemiczną.
- 5) Badania układu krzepnięcia:
- a) wskaźnik protrombinowy;
 - b) czas kaolinowo-kefalinowy;
 - c) fibrynogen.
- 6) Badania mikrobiologiczne:
- a) posiew moczu z antybiogramem;
 - b) posiew wymazu z gardła z antybiogramem;
 - c) posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella.
- 7) Badanie elektrokardiograficzne w spoczynku.
- 8) Diagnostyka ultrasonograficzna:
- a) USG tarczycy i przytarczyc;
 - b) USG ślinianek;
 - c) USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego;
 - d) brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego (USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej);
 - e) obwodowych węzłów chłonnych
- 9) Spirometria.

10) Zdjęcia radiologiczne:

- a) zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej;
- b) zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa; kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej;
- c) zdjęcie czaszki;
- d) zdjęcie zatok;
- e) zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.

11) Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badania endoskopowe:

- a) gastroskopia;
- b) kolonoskopia.

Na zaprezentowanym przykładzie jest widoczny zakres uprawnień lekarza POZ wynikający z udzielania świadczeń gwarantowanych. Dzięki wyodrębnieniu procedur medycznych, do których jest uprawniony rzeczony lekarz, ustawodawca zapewnił bezpieczeństwo nie tylko wskazanej grupie zawodowej, ale także pacjentom. Zatem lekarz pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej ma do dyspozycji – w formie aktu prawnego – gotowy schemat postępowania w elementarnym zakresie.

Przykład lekarza POZ jest egzemplifikacją uprawnień lekarza specjalisty z zakresu chorób wewnętrznych, jak i medycyny rodzinnej. Mimo wyodrębnienia procedur medycznych, które może realizować lekarz w podstawowej opiece zdrowotnej, nie można zapominać, iż jest to niewielki procent całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Posiłkowanie się metodami prawniczymi – *top down*, czy *bottom up* – tylko w niewielkim stopniu pomaga w odpowiedzi na pytanie: Do czego uprawnia posiadanie specjalizacji lekarskiej? Analizując bowiem kolejne akty prawne – rozporządzenia z zakresu świadczeń gwarantowanych – można zauważyć, że określają one: wymagania dotyczące personelu medycznego o odpowiedniej specjalizacji, wymagania w zakresie sprzętu medycznego; niektóre określają procedury, które są przeprowadzane w danym oddziale. Jednak nadal nie można z całą pewnością określić procedur, które mogą wykonywać lekarze danych specjalności.

Warto mieć na uwadze, że przepisy dotyczące świadczeń koszykowych wskazują na procedury wyłącznie w zakresie ubezpieczenia, czyli przez podmioty lecznicze budżetowe czy prywatne,

które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia³⁴⁰. *A contrario*, oznacza to, że podmioty lecznicze prywatne, które nie zawarły umowy z NFZ, nie są zobligowane do kierowania się wskazaniem zawartymi w omawianych rozporządzeniach. Teoretycznie możliwe byłoby w takim podmiocie przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego przez lekarza posiadającego jedynie specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych.

Prowadząc dalsze poszukiwania źródeł, normujących uprawnienia czy obowiązki lekarzy do wykonywania danych czynności czy stosowania procedur, nie sposób pominąć problematyki związanej – w tym kontekście – z wpływem zarządzeń Prezesa NFZ.

Zasadniczymi pytaniami, które należy zadać są: Czym jest zarządzenie Prezesa NFZ, w sensie prawnym? W jaki sposób zarządzenia Prezesa NFZ wpływają na praktyczne aspekty wykonywania zawodu przez lekarza?

Na pierwsze z postawionych pytań odpowiedź jest niejednoznaczna, ponieważ analiza praktyki medycznej budzi istotne wątpliwości związane ze zdolnością prawotwórczą prezesa NFZ³⁴¹. Instrumentem prawnym pozwalającym prezesowi NFZ na regulowanie warunków udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez podmioty prywatne jest uprawnienie do wydawania zarządzeń na podstawie przepisów art. 102 ust. 5 pkt 21) i 25) i art. 146 ust. 1 pkt 1) i 2) u.ś.o.z.³⁴².

Łączna analiza przytoczonych wyżej przepisów wskazuje na ogólne zadania prezesa NFZ i charakteryzuje w sposób domyślny normę kompetencji prawodawczej³⁴³. Jak wynika z ich treści:

„Do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy: nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu; ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem konieczności stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej; oraz Prezes Funduszu określa: przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane

³⁴⁰ Dalej zwany: „NFZ”.

³⁴¹ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego. Zarządzenie Prezesa NFZ jako źródło prawa medycznego?* [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 301.

³⁴² Artykuł 102 ust. 5 pkt 21) i 25) i art. 146 ust. 1 pkt 1) i 2) u.ś.o.z.

³⁴³ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego. Zarządzenie Prezesa NFZ jako źródło prawa medycznego?* [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 301.

postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie oraz mając na uwadze konieczność stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej”.

W tym miejscu należy zgodzić się z twierdzeniem L. Boska, który uważa, że charakter prawny zarządzeń prezesa NFZ budzi wątpliwości³⁴⁴. Iwona Kowalska-Mańkowska, stoi na stanowisku, iż: „(...) zarządzenia Prezesa NFZ mają charakter wzorców umownych w rozumieniu art. 384 k.c. W świetle ukształtowanej linii orzeczniczej należy stwierdzić, że zarządzenia wydane w oparciu o art. 146 u.ś.o.z. stanowią zewnętrzny wobec samej umowy element kształtujący treść stosunku prawnego, a zatem stanowią wzorzec umowy w rozumieniu art. 384 k.c. Wskazuje się, że termin »wzorzec« oznacza, iż chodzi tu o propozycje postanowień składających się na treść stosunku prawnego, przeznaczone do masowego stosowania przez tego, kto je ustalił. W art. 384 k.c. ustawodawca wyraźnie wyodrębnia jako przykłady wzorca umowy ogólne warunki umów, wzory umów czy regulaminy, lecz pomiędzy tymi pojęciami nie występują różnice. Jeśli określone postanowienia są sformułowane przez jedną ze stron przed zawarciem umowy i są przez nią stosowane masowo, oznacza to, że jest to wzorzec umowy”³⁴⁵. Wskazane stanowisko można uzasadnić tym, że umowy łączące NFZ i świadczeniodawców są umowami cywilnoprawnymi³⁴⁶, co wynika wprost z treści przepisu art. 155 ust. 1 u.ś.o.z., w świetle, którego: „(...) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej”.

Na marginesie należy zauważyć, że sam charakter prawny wzorców umownych wywoływał w literaturze przedmiotu spory zwłaszcza na tle poprzednich regulacji³⁴⁷. Owe spory dotyczyły następujących zagadnień: czy wzorcom umownym należy przypisać walor norm prawnych, ze względu na udzieloną podmiotom je stosującym szczególnych kompetencji; czy też wzorce kształtują treść stosunku prawnego z tej przyczyny, iż kontrahenci wyrazili zgodę na jego obowiązywanie, a więc z mocy konsensusu obu stron; czy też należy traktować je jako

³⁴⁴ Ibidem, s. 302.

³⁴⁵ I. Kowalska-Mańkowska, *Komentarz do art. 146. Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Komentarz.*, wyd. 3., Warszawa 2018, s. 894; Wyrok SN z 30.03.2012 r., III CSK 217/11, LEX nr 1224682; wyrok SA w Warszawie z 29.04.2013 r., I ACa 1333/12, niepubl.

³⁴⁶ L. Bosek, *Opinia prawna na temat zawierania umów o świadczenie usług podstawowej opieki zdrowotnej i kontroli ich wykonania przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, *Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych*, zeszyt 1. 2012, s. 187.

³⁴⁷ K. Zagrobelny, *Księga trzecia. Zobowiązania. Ogólne przepisy o zobowiązaniach umownych* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz.*, wyd. 10., Warszawa 2021, s. 808.

kwalifikowane oświadczenie woli³⁴⁸. Pierwszą z koncepcji należy odrzucić, bowiem w art. 87 Konstytucji RP jest wskazany katalog zamknięty źródeł prawa³⁴⁹. Druga z nich zaś nie spełnia przesłanek określonych wprost w przepisie art. 384 k.c.

Trzeci z poglądów należy uznać za właściwy z racji tego, że nie jest przesłanką inkorporowania wzorca poznanie jego treści, a przez to wyrażenie przez adherenta zgody na włączenie go do umowy. Ponadto przemawia za nim możliwość abstrakcyjnej kontroli wzorca, która jest przeprowadzana w trybie administracyjnym przez prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów³⁵⁰. Za wskazanym stanowiskiem przemawia pogląd E. Łętowskiej, zgodnie z którym, wzorzec jest: „(...) kwalifikowanym oświadczeniem woli, mającym szczególny reżim prawny i przy spełnieniu przesłanek tego reżimu, kształtującym poza konsensem treść stosunku prawnego wynikającego z umowy tak jak zwyczaj, zasady współżycia społecznego i przepisy, a więc kolejnym czynnikiem mówiącym o następstwach prawnych czynności prawnej, poza wymienionymi w art. 56 k.c.”³⁵¹.

Przechodząc dalej, podkreślić należy, że polski system prawny nie przewiduje zakazu posługiwania się przez Skarb Państwa oraz państwowe osoby prawne ogólnymi wzorcami umów czy regulaminami w rozumieniu art. 384 k.c.³⁵² W związku z tym można byłoby uznać za trafny argument, że także zarządzenie Prezesa NFZ stanowi swoisty regulamin, który wiąże drugą stronę z mocy jej zgody na inkorporację treści zarządzenia do umowy, przyjmując jednak warunek, że treść zarządzenia Prezesa NFZ zostałaby doręczona świadczeniodawcy przed zawarciem umowy zgodnie z treścią art. 384 § 1 k.c.³⁵³. Przyjąć można, iż zarządzenie Prezesa NFZ spełnia przesłanki wzorca umownego zwyczajowo przyjętego, w odniesieniu do treści przepisu art. 384 § 2 k.c.: „(...) w razie gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści”, skoro zarządzenia publikowane są w Biuletynie Informacji Publicznej, a więc ich treść jest ogólnodostępna³⁵⁴.

³⁴⁸ Ibidem.

³⁴⁹ Artykuł 87 Konstytucji RP jako źródła prawa powszechnie obowiązującego wskazuje: konstytucje, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, a także na obszarze działania organów, które je ustanowiły, akty prawa miejscowego.

³⁵⁰ K. Zagrobelny, *Księga trzecia. Zobowiązania. Ogólne przepisy o zobowiązaniach umownych* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz.*, wyd. 10., Warszawa 2021, s. 808.

³⁵¹ E. Łętowska, *Wzorce umowne : ogólne warunki, wzory, regulaminy*, Wrocław 1975, s. 320.

³⁵² L. Bosek, *Źródła prawa medycznego. Zarządzenie Prezesa NFZ jako źródło prawa medycznego?* [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 302.

³⁵³ Ibidem.

³⁵⁴ Ibidem.

Kolejnym argumentem przemawiającym na korzyść tezy stanowiącej, że zarządzenie Prezesa NFZ jest wyłącznie stosunkiem cywilnoprawnym łączącym Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcą wynika z jego ciągłego charakteru znajdującego uzasadnienie w treści art. 384¹ k.c.³⁵⁵. Wskazany przepis dotyczy stosowania wzorców odnoszących się do stosunków, których źródło stanowi umowa, jeśli mają one charakter ciągły (trwały)³⁵⁶. Są to takie stosunki zobowiązaniowe, w których istotnym elementem z punktu widzenia świadczenia jest czynnik czasu, a do takich należy zaliczyć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto do zobowiązań trwałych zalicza się takie stosunki zobowiązaniowe, których charakter jest ciągły lub okresowy, przy czym także wtedy, gdy świadczenie tylko jednej ze stron ma taki charakter³⁵⁷. Inaczej mówiąc – za istotę stosunku o charakterze ciągłym należy uznać możliwość jego zmiany i wypowiedzenia. Komentowany przepis stanowi bowiem, że wzorzec wydany w czasie trwania stosunku o charakterze trwałym wiąże drugą stronę, jeżeli zostały zachowane wymagania określone w art. 384 k.c., a strona nie wypowiedziała umowy w najbliższym terminie umożliwiającym tę czynność³⁵⁸.

Uważam, że zarządzenia Prezesa NFZ mają pewne cechy cywilnoprawnego stosunku zobowiązaniowego łączącego strony. Należy w tym miejscu podkreślić istotną różnicę – czego nie bierze się pod uwagę przy analizie charakteru zarządzeń Prezesa NFZ – między samym zarządzeniem a zawarciem umowy ze świadczeniodawcą. Charakter prawny umowy między NFZ a podmiotem wykonującym działalność leczniczą można zaliczyć do umów cywilnoprawnych. Wynika to z faktu, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter umowy wzajemnej, odpłatnej, dwustronnie zobowiązującej – każda ze stron jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem. Zatem NFZ ma wierzytelność względem świadczeniodawcy, której treścią jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jednocześnie jako dłużnik jest zobowiązany do zapłaty za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Równocześnie świadczeniodawca jest zobowiązany jako dłużnik do udzielania świadczeń

³⁵⁵ I. Kowalska-Mańkowska, *Komentarz do art. 146. Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Komentarz.*, wyd. 3., Warszawa 2018, s. 895.

³⁵⁶ K. Zagrobelny, *Księga trzecia. Zobowiązania. Ogólne przepisy o zobowiązaniach umownych* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz.*, wyd. 10., Warszawa 2021, s. 811.

³⁵⁷ Ibidem.

³⁵⁸ I. Kowalska-Mańkowska, *Komentarz do art. 146. Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Komentarz.*, wyd. 3., Warszawa 2018, s. 895.

zdrowotnych, a jako wierzyciel ma wierzytelność względem NFZ o zapłatę za wykonane usługi³⁵⁹.

Jednak sam fakt udowodnienia pewnego stanu rzeczy na gruncie rozważań teoretycznych napotyka na problemy w sferze praktycznej dotyczącej funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia, w tym dalszych rozważań na temat praktyki prawodawczej prezesa Funduszu.

W tym miejscu pożądanym jest powrót do art. 31d u.ś.o.z., który wyraźnie zastrzega dla ministra zdrowia, a nie dla prezesa NFZ, uprawnienia do wydawania rozporządzeń określających ogólne warunki umów, których elementem jest realizacja świadczeń gwarantowanych, a w szczególności określania warunków dotyczących personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną podmiotów ubiegających się o zawarcie umów z NFZ³⁶⁰. Konkluzja jest następująca: zarządzenia Prezesa NFZ wprost wkraczają w materię ustawowo zastrzeżoną dla prawa powszechnie obowiązującego³⁶¹.

Warto podkreślić, iż powyższą opinię potwierdza wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 marca 2014 roku, sygn. akt IV CSK 383/13, dotyczący wykładni uprawnień prezesa NFZ dotyczących określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki medycznej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców³⁶². Sąd Najwyższy w omawianym wyroku potwierdził, że zarządzenia Prezesa NFZ nie stanowią aktów normatywnych, a treść umów łączących NFZ ze świadczeniodawcami określa ustawa³⁶³ oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁶⁴. Ponadto w ocenie SN zarządzenia Prezesa NFZ nie mogą kształtować treści umowy w zakresie, w jakim czyni to ustawa, która upoważnia ministra zdrowia do określenia warunków ogólnych³⁶⁵. *A contrario*, zarządzenia Prezesa NFZ mogą kształtować treści umowy w zakresie, w jakim nie

³⁵⁹ A. Pietraszewska-Macheta, *Komentarz do art. 132. Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Komentarz.*, wyd. 3., Warszawa 2018, s. 807.

³⁶⁰ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego. Zarządzenie Prezesa NFZ jako źródło prawa medycznego?* [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 303.

³⁶¹ *Ibidem*.

³⁶² Wyrok SN z dnia 21 marca 2014 r., sygn. akt IV CSK 383/14, LEX nr 1504761.

³⁶³ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego. Zarządzenie Prezesa NFZ jako źródło prawa medycznego?* [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 303.

³⁶⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.).

³⁶⁵ *Ibidem*.

czyni to ustawa, która upoważnia ministra zdrowia do określenia warunków ogólnych. Innymi słowy, jeśli zarządzenie Prezesa NFZ nie wchodzi w kolizję z treścią rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 u.ś.o.z., to jest ono dopuszczalne w danym zakresie.

Powyższe ustalenia wymuszają modyfikację postawionego – na początku rozważań dotyczących funkcji zarządzeń Prezesa NFZ – przeze mnie pytania: W jaki sposób zarządzenia Prezesa NFZ wpływają na praktyczne aspekty wykonywania zawodu przez lekarza? W tym stanie rzeczy trzeba postawić pytanie: Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, zarządzenia Prezesa NFZ wpływają na praktyczne aspekty wykonywania zawodu przez lekarza? Aby odpowiedzieć na to pytanie, konieczna jest częściowa analiza treści zarządzenia Prezesa NFZ nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej³⁶⁶.

Odpowiedź na pytanie postawione w poprzednim akapicie, znajduje się m. in. w § 2 pkt 14) i 15) zarządzenia nr 160/2021/DSOZ; zgodnie ich treścią:

„Porada lekarska oznacza świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) i 2) części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, o którym mowa w pkt 20), przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w niniejszym zarządzeniu, obejmujące:

- a) badanie przedmiotowe lub
- b) badanie podmiotowe, lub
- c) świadczenia zabiegowe, lub
- d) badania diagnostyczne niezbędne dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia, lub
- e) ordynację leków.

(...) Porada receptowa oznacza świadczenie realizowane w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, odzwierciedlone w dokumentacji medycznej; obejmujące ordynację leków, którego celem jest kontynuacja leczenia, bez konieczności uprzedniego,

³⁶⁶ Zarządzenia Prezesa NFZ nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, dalej zwane: „zarządzeniem nr 160/2021/DSOZ”.

osobistego zbadania świadczeniobiorcy, po analizie dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej”.

Nie budzi więc wątpliwości, iż zarządzenie Prezesa NFZ wpływa na praktyczne aspekty wykonywania zawodu lekarza poprzez wymienienie w nim obligatoryjnych czynności, które powinien on wykonać podczas porady lekarskiej oraz czynności, z których treść zarządzenia zwalnia go podczas porady receptowej. Jednak są to wskazania bardzo ogólne i niemożliwe jest na ich podstawie jednoznaczne stwierdzenie zakresu uprawnień lekarza. Dodatkowo nie można pominąć aspektu legalności określania przez prezesa NFZ czynności medycznych, do których zobligowany jest lekarz, bowiem to wchodzi w zakres kompetencji ministra zdrowia. W moim przekonaniu, prezes NFZ nie jest i nie powinien być organem uprawnionym do określania kwalifikacji oraz zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, niezależnie od tego, czy dotyczy to podstawowej opieki zdrowotnej, czy leczenia szpitalnego.

Podsumowując, zarządzenia Prezesa NFZ mają pewne cechy charakteru cywilnoprawnego. Można przyjąć założenie, że wskazane cechy łączą się z charakterem informacyjnym dla lekarza oraz pacjenta, odnosząc się do wymagalności realizacji pewnych procedur i działania zgodnie z zasadą *lege artis*. Jednak w kontekście prowadzonych rozważań w znikomym zakresie dostarczają odpowiedzi na pytanie: Jakie czynności może podjąć lekarz ze specjalizacją albo bez specjalizacji?

Ostatnim aspektem w kontekście uprawnień lekarzy wynikających z udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi analiza standardów organizacyjnych w opiece zdrowotnej wydawanych na podstawie art. 22 ust. 5 u.d.z.l.

W świetle przepisu art. 22 ust. 5 u.d.z.l.: „Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych”. Niezwykle istotny jest fakt, że niektóre ze standardów – z racji tego, że są zawarte w ustawie o działalności leczniczej – obligują do ich stosowania zarówno podmioty prywatne, jak i budżetowe, niezależnie od zakresu umów o świadczenie opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podkreślić należy, że standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jednak ograniczają się do technicznych i formalno-proceduralnych

zagadnień sprawowania opieki zdrowotnej³⁶⁷, a zatem pomijają kwestie czysto medyczne stanowiące *meritum* niniejszej rozprawy.

Zamysłem wprowadzenia standardów organizacyjnych było zdjęcie z zinstytucjonalizacji konieczności wskazania, które metody leczenia w dziedzinach medycyny są preferowane, i pozostawienie środowisku medycznemu możliwości ustalania różnych metod postępowania medycznego³⁶⁸.

Dalsze rozważania wymagają zdefiniowania pojęcia „standardu”. Jak trafnie wskazał A. Piątek: „Ogólne pojęcie »standard« jest rozumiane jako przeciętny typowy model, norma, wzorzec, profesjonalnie uzgodniony poziom wykonywania jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy pacjentów, który jest osiągalny, mierzalny, pożądany. Jest tym wzorcem, do którego aktualna praktyka jest porównywana”³⁶⁹. Z definicji A. Piątka wynika, że jednym z elementów obligatoryjnych do uregulowania w przyjętym standardzie jest wskazanie profesjonalnego poziomu postępowania personelu medycznego oraz wykonywanych zabiegów i procedur medycznych, które powinny być podejmowane w celu leczenia pacjenta³⁷⁰. Z tego względu przychyliam się do stanowiska M. Dercza, który stwierdza, iż: „Powinno powrócić się do wymaganych dla poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego standardów medycznych obligatoryjnie wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia w każdej dziedzinie medycyny, które powinny mieć charakter zaleceń i wytycznych, opracowanych przez instytucje rządowe i powinny być powszechnie obowiązujące przy leczeniu pacjentów. Te metody jako wzorzec postępowania personelu medycznego powinny być oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami *Evidence-Based Medicine*”³⁷¹. Jest to o tyle trafne spostrzeżenie, że wskazane rozwiązanie zapewniałoby bezpieczeństwo zdrowotne i prawne zarówno pacjentom, jak i personelowi medycznemu, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy. Z drugiej strony medycyna jest tak nieprzewidywalną dziedziną nauki – w zakresie diagnostyki i leczenia pacjenta – że wymagałoby to dogłębnej analizy specjalistów z wielu dziedzin, w tym głównie z zakresu medycyny i prawa.

³⁶⁷ M. Dercz, T. Rek, *Komentarz do art. 22. Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 3., Warszawa 2019, s. 156.

³⁶⁸ Ibidem.

³⁶⁹ A. Piątek, *Standardy praktyki w zawodach pielęgniarki i położnej* [w:] *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauki o Zdrowiu*, Lublin 2004, s. 186.

³⁷⁰ M. Dercz, T. Rek, *Komentarz do art. 22. Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 3., Warszawa 2019, s. 156.

³⁷¹ Ibidem.

Uchwycenie istoty standardów w opiece zdrowotnej pod kątem uprawnień lekarzy dotyczących przeprowadzania danych procedur medycznych wymaga przeanalizowania choć jednego z nich. W mojej opinii najlepszym materiałem badawczym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Wskazane powyżej rozporządzenie w sposób szczegółowy i przejrzysty określa organizację oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, ze szczególnym naciskiem na zakres uprawnień i obowiązków lekarzy anestezjologów, takich jak np.:

- w § 3: „Kwalifikacja pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii”;
- w § 8 ust. 1: „W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii”;
- w § 9 pkt 9): „Lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną”;
- w § 9 pkt 10): „Przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz wykonujący znieczulenie jest obowiązany:
 - a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia,
 - b) skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania,
 - c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawkę ze środkami anestetycznymi, strzykawkę z lekami stosowanymi podczas znieczulenia,
 - d) przeprowadzić kontrolę zgodności krwi biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia,
 - e) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu”.

Pomimo tak ścisłego ujęcia organizacji w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii we wskazanym powyżej rozporządzeniu, brak jest w nim wyszczególnienia procedur medycznych, które może wykonać lekarz anestezjolog.

Podsumowując, po przeanalizowaniu potencjalnych źródeł uprawnień praktycznych lekarza, takich jak: ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych, zarządzeń Prezesa NFZ oraz standardów organizacyjnych w opiece zdrowotnej, można zauważyć, że określają one uprawnienia praktyczne lekarza w szczerkowym zakresie.

Moim zdaniem, pożądanym rozwiązaniem byłoby stworzenie katalogu świadczeń medycznych, do których wprost uprawniony jest dany lekarz, zależnie od tego, czy i jaką specjalizację posiada. To rozwiązanie sprawiłoby, że praca lekarzy stałaby się dla nich bardziej przejrzysta, a co za tym idzie – bezpieczniejsza. Podany przeze mnie opis w rozdziale drugim, lekarza chorób wewnętrznych dokonującego zabiegu ablacji, jest tego przykładem, bowiem w programie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych brak jest szkolenia w przeprowadzaniu procedury ablacji i pomimo tego, iż lekarz internista może wykonywać ten zabieg w sposób prawidłowy, to nadal robi to bez wymagań formalnych potwierdzających dane umiejętności. Jednak do takiego stanu rzeczy doprowadził sam ustawodawca przez to, że od wielu lat brak jest inicjatyw legislacyjnych, zmierzających do uporządkowania i stworzenia przejrzystej struktury aktów prawnych, które wskazują na uprawnienia w zakresie procedur medycznych lekarza, w sposób na tyle zrozumiały, że nie wymagałyby dodatkowej interpretacji prawników. Owe rozwiązanie zwiększyłoby poczucie komfortu wykonywania zawodu lekarza, a co za tym idzie także bezpieczeństwo pacjentów. Oczywiście w dalszym ciągu powinnością lekarza byłoby udzielenie pomocy w stanach zagrażających życiu i zdrowiu pacjenta zgodnie z posiadaną wiedzą – niezależnie od wiedzy potwierdzonej formalnie.

2. Zawód pielęgniarski

2.1. Rys historyczno-prawny zawodu pielęgniarskiego na ziemiach polskich

Do schyłku XIX w. na ziemiach polskich – pozostających pod zaborami – utrzymywał się charytatywno-społeczny charakter pielęgniarstwa, bowiem obowiązki opieki nad chorymi sprawowały w dużej mierze siostry zakonne, głównie katolickie, zrzeszone w 15 zgromadzeniach³⁷².

Warto zauważyć, że powierzenie obowiązków opieki nad chorymi siostrą zakonną wynikało z dążenia do obniżenia kosztów pielęgnacji, ale także do zagwarantowania jej na odpowiednio wysokim poziomie wprost proporcjonalnie do motywacji religijnej, do której zawsze można było się odwołać³⁷³.

Na ziemiach zaboru rosyjskiego występowały siostry rytu wschodniego i prawosławne osiedlane tu szczególnie od lat 60. XIX w. Lokowanie to odbywało się głównie na wschodnich ziemiach polskich i było szczególnym rodzajem polityki represyjnej po powstaniu styczniowym, któremu towarzyszyło usuwanie katolickich zgromadzeń oraz konfiskata dóbr³⁷⁴. Jako przykład wskazanych działań można podać szarytki podlaskie, które z rozkazu generała – gubernatora J. W. Hurki – zmuszone były z dniem 1 stycznia 1885 r. do opuszczenia szpitala w Białej Podlaskiej³⁷⁵. Cesarstwo Rosyjskie już we wcześniejszych okresach dążyło na tych terenach do ingerencji w funkcjonowanie polskich zgromadzeń, zaangażowanych w działalność pielęgnacyjną poprzez: ograniczenie naboru kandydatek do postulatu, wydawanie niekorzystnych przepisów prawnych, wprowadzających nieprzychylną regulację zawierania umów o pracę i zawiadywania gospodarką szpitalną³⁷⁶.

Należy wspomnieć, że chorymi opiekowały się także w niewielkiej liczbie osoby świeckie, najczęściej pozostające na usługach gmin żydowskich, zrzeszone w towarzystwach czy w grupach wspólnotowych³⁷⁷: Wileńskim Towarzystwie Kmotrów, Bractwie Szpitalnym,

³⁷² B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku* [w:] *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008, s. 56.

³⁷³ J. Janowicz, *Zarys historii Zakładu Przemienienia Pańskiego* [w:] *Medycyna Praktyczna*, Poznań 1936, s.222.

³⁷⁴ B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku* [w:] *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008, s. 56-57.

³⁷⁵ B. Urbanek, *Idea opieki nad chorymi na ziemiach polskich w latach 1809-1914*, Wrocław – Warszawa 2001, s. 267

³⁷⁶ B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku* [w:] *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008, s. 57; B. Urbanek, *Idea opieki nad chorymi na ziemiach polskich w latach 1809-1914*, Wrocław – Warszawa 2001, s. 267.

³⁷⁷ Ibidem.

Towarzystwie Macierzyństwa Chebrah Sandek oraz warszawskim zgromadzeniu pomocniczym do pielęgnowania chorych działającym przy Szpitalu Starozakonnym³⁷⁸.

Można zgodzić się częściowo z B. Urbanek, że wobec rozproszenia działań w tym zakresie i skromnej dokumentacji te fakty potwierdzające, ustalenie liczby wszystkich, poświęcających się w XIX w. posłudze chorym jest na obecnym etapie badań niezwykle trudne do przeprowadzenia.

Na początku lat 30. XIX w. zaczęto dostrzegać znaczenie pielęgnowania jako element prowadzonej terapii. Zapoczątkowany został rozwój podstaw teoretycznych pielęgnowania, rozpoczęty publikacją tłumaczonych i adaptowanych opracowań z tego zakresu. Pierwszym podręcznikiem autorstwa C. E. Gedicke, przełożonym na język polski przez Ludwika Gąsiorowskiego, był „Przewodnik do pielęgnowania chorych do użytku w szkole posług chorych berlińskiego zakładu Szarite, tudzież do własnej nauki” wydany w Poznaniu w 1838 r.³⁷⁹.

Z czasem ugruntowały się pojęcia związane z czynnościami pielęgnacyjnymi przy chorych, określanymi częściej jako opieka oraz dozór. Rozwój pielęgniarstwa na ziemiach polskich był podyktowany trudną sytuacją materialną społeczeństwa po powstaniach narodowych, ponieważ wymuszała ona – głównie na kobietach – możliwości zarobkowania w lecznictwie, do czego zachęcała polska prasa, zwłaszcza od II połowy XIX w. W owym okresie szybko następowała recepcja poglądów racjonalistycznych dotyczących terapii i pielęgnowania. Egzemplifikacja tego zjawiska widoczna była w zarówno tłumaczonych, jak również w polskich, podręcznikach, takich jak np.:³⁸⁰ Florence Lees „Podręcznik pielęgnowania chorych”, „Podręcznik pielęgnowania chorych czy Pielęgnowanie chorych, czyli Krótka nauka, jak się obchodzić z choremi” K. Dobrskiego.

Pewną uwagę należy poczynić w odniesieniu do ostatniego z wymienionych powyżej podręczników – „Podręcznik pielęgnowania chorych czy Pielęgnowanie chorych, czyli Krótka nauka, jak się obchodzić z choremi” – bowiem autor w rozdziale IV „O wykonywaniu lekarskich przepisów” zwrócił uwagę na to, czego można wymagać od pielęgniarki i co jej zlecać, „nie narażając się na niebezpieczeństwo przekroczenia swych atrybucji i wdawania się

³⁷⁸ A. Schletz, *Zarys historyczny Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia w Polsce*, Kraków 1960, s. 86.

³⁷⁹ B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku [w:] Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008, s. 58.

³⁸⁰ Ibidem.

w partactwo lekarskie”³⁸¹. Jest to o tyle ciekawe, że na próżno szukać przepisów wprost regulujących kompetencje pielęgniarek i pielęgniarzy, słusznym zatem będzie przyjąć, że zakres czynności pielęgnacyjnych był zależny od ukończonej szkoły pielęgniarzkiej – pod koniec XIX w. – czy zwyczajów przyjętych w danym szpitalu. Różnica w przyznawanych uprawnieniach zależała także od wpływu organizacji systemu ochrony zdrowia pod danym zaborem.

Warto zauważyć, że w porównaniu do innych części Europy na ziemiach polskich istniało spore opóźnienie w tworzeniu szkolnictwa zawodowego pielęgniarek³⁸², co miało bezpośredni wpływ na jakość opieki szpitalnej. Najcięższa sytuacja dotyczyła ziem zaboru austriackiego – Galicji i Lodomerii. Podjęto wiele działań zmierzających do poprawy sytuacji w tej prowincji, mimo tych zabiegów Galicja pod względem ilości szpitali i łóżek szpitalnych zajmowała ostatnie miejsce w Austrii³⁸³. Egzemplifikacją takiego stanu rzeczy jest fakt, że do 1891 r. było 35 powiatów o łącznej liczbie ludności 2 539 210, które nie miały żadnego szpitala³⁸⁴. Taki stan rzeczy powodował, że oprócz nędzy, która jest i była jednym z głównych czynników sprzyjających zachorowaniu na gruźlicę, mieszkańców Galicji nawiedzały często różne epidemie³⁸⁵.

Aby przyrzeć się strukturze organizacyjnej szpitali oraz codziennej pracy pielęgnacyjnej siostr zakonnych, warto posłużyć się przykładem z ziem polskich znajdujących się pod zaborem austriackim. Każdym szpitalem kierowała przełożona domu zakonnego, do niej należała decyzja o przyjęciu albo wypisaniu chorego, prowadzenie ksiąg rachunkowych, troska o zabezpieczenie materialne oraz czuwanie nad całością spraw związanych z prowadzeniem szpitala. Siostry miłosierdzia opiekowały się chorymi przebywającymi w szpitalach, ich praca obejmowała czynności pielęgniarzkie, które niejednokrotnie wkraczały w zakres kompetencji lekarza, ze względu na ich rzadkie wizyty. Podczas przeprowadzanych kontroli stwierdzano, iż siostry niejednokrotnie same podejmowały leczenie pacjentów, wykonywały drobne zabiegi chirurgiczne, takie jak np. przecięcie ropni czy upusty krwi. Zakonnice umiejętności te początkowo zdobywały, pomagając lekarzom albo pomagając innym doświadczonym siostram. Oprócz czynności pielęgniarzskich *sensu stricto*, obsługa szpitalna chorych

³⁸¹ Dwutygodnik medycyny publicznej. Organ Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Kraków 1877, s. 153.

³⁸² B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku* [w:] *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008, s. 58.

³⁸³ W. Najdus, *Szkice z historii Galicji*, t. 1., Warszawa 1958, s.27.

³⁸⁴ *Sprawozdanie ze szpitali powszechnych w Galicji z Krakowem za rok 1891*, Lwów 1892, s. 39-43.

³⁸⁵ S. Motyka SM, *Działalność charytatywna siostr miłosierdzia prowincji krakowskiej w latach 1859-1914*, [w:] *„Nasza Przeszłość”*, t. 86, Kraków 1996, s. 312.

obejmowała takie prace, jak: żywienie chorych, szycie, pranie, naprawy bielizny, dozór nad służbą pomocniczą i odpowiedzialność za całą gospodarkę szpitalną. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że opieka pielęgniarska sprawowana przez siostry zakonne miała charakter holistyczny – co w dzisiejszych czasach jest uznawane za wzorcowy model opieki pielęgniarskiej, choć nie jest stosowany przez wzgląd na braki personelu – bowiem siostry czytały chorym wiadomości, a zdrowszym pacjentom pomagały w organizacjach przechadzek i pobycie na świeżym powietrzu, co ma niebagatelny wpływ na proces leczenia.

Siostra wyznaczona do pielęgnowania chorych przez cały dzień przebywała z nimi na sali, w nocy – w razie potrzeby – czuwała przy ciężko chorych albo konających. Jedynymi dniami odpoczynku dla siostr miłosierdzia były ośmiodniowe rekolekcje roczne.

Jakość świadczonych czynności pielęgniarskich przez siostry miłosierdzia była na wysokim poziomie, ówczesna prasa niezwykle pochlebnie wypowiadała się na temat pracy zakonnicek, zwłaszcza w czasie epidemii cholery³⁸⁶.

Powracając do zagadnienia uruchamiania szkół kształcących pielęgniarki, najczęstsze postulaty o ich celowości pojawiały się w Królestwie Polskim, na kanwie zwalczania tam felczerów, którzy byli określani mianem przeżytku dawnych czasów, a nawet „przemysłowców baniek, lewarka i puszczała”³⁸⁷ czy „nieuków i fuszerów”³⁸⁸. Owe zagadnienie było również często poruszane na łamach „Gazety Lekarzy”, warto zatem przytoczyć treść jednego z artykułów odnoszących się do potrzeby kształcenia personelu pielęgniarskiego, zatytułowanego „Kurs dla wykształcenia służby do pielęgnowania chorych”³⁸⁹:

„W mieście Lwowie dawał się dotkliwie uczuć brak dobrze wyćwiczonej służby do pielęgnowania chorych. Celem zaradzenia temu brakowi urządził fizyk m. Lwowa dr. Legeżyński za poparciem Magistratu i Sekcji sanitarnej Rady miejskiej specjalny kurs dla wykształcenia służby do pielęgnowania chorych w domach prywatnych.

Kurs ten trwał od połowy marca do połowy czerwca br. Zgłosiła się znaczna ilość uczestników, z których przyjęto najodpowiedniejszych w liczbie 28, w tym 6 mężczyzn i 22 kobiet, w wieku między 21. a 47. rokiem życia.

³⁸⁶ Ibidem, s. 316 i n.

³⁸⁷ Dawniej narzędzie chirurgiczne do upuszczania krwi.

³⁸⁸ B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku* [w:] *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008, s. 58.

³⁸⁹ *Głos Lekarzy. Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny*, 15 lipca 1906 r., Lwów, s. 5.

Liczba tych uczestników zmniejszyła się następnie częścią przez to, że niektórzy przy swym zwykłym zajęciu nie mogli poświęcić dość czasu, wymaganego na naukę, a część zaś została jako nieodpowiednia w czasie nauki oddaloną. Szkoła wykształciła ostatecznie 17 osób, w tej liczbie 15 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy, którzy zostali do egzaminu dopuszczeni. Przez pierwszy miesiąc odbywały się w fizykacie miejskim wykłady teoretyczne, udzielane przez lekarza miejskiego dr. Kielanowskiego.”.

Warto przytoczyć także plan nauki w szkołach pielęgniarskich i podkreślić, jak bardzo w tamtym okresie ważne było holistyczne – całościowe – podejście do pacjenta. Plan nauki był następujący:

1. „Ogólne przymioty dozorczyń chorych: charakter, spokój, dar spostrzegawczy, prawdomówność, zamiłowanie porządku, przyzwoitość, taktowność, zdrowie, skrupulatna czystość.
2. Anatomia i fizjologia człowieka: skóra, gruczoły, krew, limfa, ości, mięśnie, nerwy ruchowe, nerwy czuciowe, zmysły, krążenie krwi, serce, naczynia, narząd oddechania, narząd trawienia, narządy wydzielania, ułożenie narządów w klatce piersiowej i w jamie brzusznej.
3. Pokój chorego. Wybór pokoju, przewietrzanie, ogrzewanie, chłodzenie, światło słoneczne, oczyszczanie, umeblowanie.
4. Łóżko chorego: Materace żelazne, druciane i inne, pościel, nieprzemakalne podkłady, wałki do oparcia, ustawiania łóżka.
5. Pielęgnowanie chorego: Czystość, spokój, zmiana pościeli, podnoszenie chorego, zmiana bielizny, oddawanie kału i moczu w łóżku, prześcielanie łóżka, zapobieganie odleżynom, poduszki powietrzne, pielęgnowanie odleżyn.
6. Odżywianie chorego: Dyeta, podawanie pokarmów i napoi, przyrządzanie środków pokrzepiających.
7. Obserwowanie chorego: Sprawozdanie o stanie chorego, gorączka, mierzenie ciepłoty, notowanie gorączki, liczenie tętna i oddechów, poty, dreszcze, ciepłota ciała, kaszel, wysypki, wymioty, wypróżnienia.
8. Pielęgnowanie chorych na zakaźne choroby: istota chorób zakaźnych, ich sposób szerzenia, odosobnienie, odrażanie, środki ostrożności dla własnej ochrony (...).
9. Pielęgnowanie nerwowo chorych i umysłowo chorych. Objawy nerwowe: porażenia, utrata przytomności, wstrząs mózgu, nawał krwi do głowy, udar mózgu, padaczka, napady histeryczne, kolki, kurcze żołądka, kurcz głośni, dychawica, czkawka, rwa

twarzowa; Objawy obłąkania: zaburzenia wyobraźni, przygnębienie umysłu, podniecenie.

10. Zachowanie się przy umierającym. Konanie, śmierć, znaki śmierci pozorowanej, zwłoki.
11. Wykonywanie zleceń lekarskich: podawanie leków, wydychania, wstrzykiwania, enemy, czopki stolcowe, zakraplanie, wstrzykiwanie podskórne, okłady, pędzlowanie, wcieranie, gimnastykowanie, elektryzowanie, pijawki, gorczyczniki³⁹⁰, pryszczydła³⁹¹, kąpiele, polewania, nacierania, zawijania w koce, stałe chłodzenie lub ogrzewanie.
12. Udzielanie pierwszej pomocy w przypadkach nagłego zachorowania:
 - a) uszkodzenia: oparzenia, zmarznięcie, stłuczenie, zmiżdżenie, rany, krwawienie;
 - b) rany zatrute: ukąszenia owadów, wężów, psa wściekłego, zakażenie rany;
 - c) krwawienie: z nosa, z macicy, krwioplucie, wymioty krwawe;
 - d) ratowanie wisielców i topielców;
 - e) otrucia.
13. Przygotowanie do operacji: Środki przeciwnie, sala operacyjna, uśpienie, przygotowanie chorego, przygotowanie lekarza, i przygotowanie służby pomocniczej, odrażanie opatrunków, jedwabiu i narzędzi: nazwa najważniejszych przyborów chirurgicznych; wykonanie oparcyi w domy prywatnym.
14. Opatrunki:
 - a) opatrunek rany: gaza opatrunkowa, plastry, kolodyon, założenie opatrunku, opatrunek z maści,
 - b) opatrunek przy złamaniu kości i zwichnięciu: opatrunek gipsowy, kłajstrowy, z szkła wodnego, szyny aluminiowe. Ćwiczenia w zakładaniu najpotrzebniejszych opatrunków.
15. Przenoszenie chorych. Przenoszenie przy użyciu jednego, dwu, trzech lub czterech ludzi, nosze, wozy stacyi ratunkowej.”³⁹².

Niektóre z powyżej przytoczonych zagadnień dotyczących nauki w szkole pielęgniarstwa są aktualne do dzisiaj, oczywiście ze zmianami wynikającymi z postępu medycyny, zatem

³⁹⁰ Prawdopodobnie były to kompresy z gorczycy, które miały właściwości rozgrzewające.

³⁹¹ Metoda polegająca na odciąganiu krwi przez poparzenia i pęcherze, do tego rodzaju zabiegów stosowano liście chrzanu.

³⁹² *Głos Lekarzy. Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny*, 15 lipca 1906 r., Lwów, s. 5 i n.

zgodnymi z aktualną wiedzą medyczną. Niemniej interesujący jest nacisk położony na formowanie moralne i etyczne adeptów szkoły pielęgniarskiej z 1906 roku.

Na przełomie XIX i XX wieku rzeczywiście zapotrzebowanie na personel pielęgniarki było bardzo duże. Według doniesień prasowych ilość pielęgniarek i pielęgniarzy była na tyle mała, że pełnienie przez siostry zakonne dyżurów nocnych stało się niemożliwe, a choremu nie miał kto podać lekarstwa czy nawet szklanki wody³⁹³. W owych czasach na jedną pielęgniarkę na oddziale szpitalnym przypadało od 30. do 50. pacjentów³⁹⁴.

Niezwykłym świadectwem obrazującym kondycję pielęgniarstwa na ziemiach polskich jest opracowanie wydane w Warszawie w 1906 r. pt.: „Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskim. Braki i potrzeby”. Według autorów omawianego opracowania, pielęgnowanie chorych należało do „najciemniejszych stron” ówczesnego szpitalnictwa³⁹⁵. Jako przykład wzorcowego pielęgniarstwa można było wskazać Anglię, w której po wojnie krymskiej doszło do reform w ochronie zdrowia. Zasadniczą zmianą było podejście do kwestii pielęgnowania chorych, bowiem przekonano się, że czynności pielęgnacyjne wymagają przede wszystkim oddzielenia od zajęć gospodarczych oraz powierzenie ich odpowiednio wykształconym pielęgniarkom. W ten sposób pielęgniarki w Anglii zaczęły zajmować się wyłącznie chorymi, a czynności *stricte* porządkowe wykonywała służba niższa. Do ich obowiązków należało m. in. zmiatanie, mycie, szorowanie i inne czynności, niewymagające bezpośredniej styczności z chorymi.

Niestety powyższe praktyki nie zostały wdrożone w Królestwie Polskim, w wyniku czego:

„Na głowie takiej siostry spoczywa cała administracja oddziału, która pochłania jej główną część czasu, a to tem bardziej, że trzeba wciąż walczyć z brakiem najistotniejszych rzeczy jak to: jedzenia, bielizny, ubrania, a nawet termometrów. To też poza kłopotami gospodarczymi siostra ledwo może znaleźć trochę czasu, by jako tako pomierzyć choremu ciepłotę i jaki rygor wśród służby niższej utrzymać. O tem, co rozumiemy właściwie pod pielęgnowaniem chorych, ze strony siostry mowy być nie może.”³⁹⁶. Wskazać warto, że w tym samym okresie, w szpitalach niemieckich, francuskich, angielskich na jedną pielęgniarkę przypadało od 8.

³⁹³ *Medycyna* 1906, nr 32, s. 610.

³⁹⁴ *Stan obecny lecznictwa w Królestwie Polskim. Braki i potrzeby*, Warszawa 1906, s. 52.

³⁹⁵ *Ibidem*, s. 51

³⁹⁶ *Ibidem*, s. 52.

do 10. pacjentów. Możliwe, że na jakość opieki pielęgniarskiej w na ziemiach polskich miały też wpływ warunki bytowe służby szpitalnej:

„W niektórych szpitalach dotąd służba musi sypiać w salach chorych na podłodze, nie ma nawet kącika własnego, gdzieby mogła się przebrać, skrzynkę z rzeczami postawić. Inne szpitale pourządzały niby pomieszkania dla służby, lecz są to zazwyczaj ciasne, wilgotne, niemożliwe dziury, mieszczące się najczęściej w suterrenach, które dopiero w tym celu jakkolwiek przerabiano. Zaniedbanie pod tym względem dochodzi do tego, że nawet w szpitalu Dzieciątka Jezus, który się zdobył na oddzielny budynek dla służby, przy budowie dbano o taniłość, a nie o wygodę (...). Za zasługę trzeba policzyć siostrą miłosierdzia, że starają się wszelkimi sposobami choć w bieliznę posługaczy zaopatrzyć, by mniej swym brudem razili. Zdarzało się, iż szyto im koszule z worków, w których produkty do kuchni były dostarczane”³⁹⁷.

Najniebezpieczniejszą porą dla pacjentów były dyżury nocne, ponieważ:

„Chorzy od godziny ósmej wieczorem do siódmej rano są wyłącznie na łasce służby niższej. Najbardziej daje się to odczuwać na oddziałach chirurgicznych, gdzie sumienna i umiejętna opieka po operacji stanowi nawet o życiu pacjenta. Tymczasem w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu całej nocy nie ma nikogo, kto by umiał tętno zbadać, kamforę lub kofeinę wstrzyknąć, mocz wypuścić. Przy budowie szpitala urządzono obok sal ogólnych separatki dla ciężiej chorych; otóż myśli tej, zupełnie słusznej, nie można w czyn wprowadzić, ponieważ lekarz wprost boi się kłaść ciężiej chorego do oddzielnego pokoju, gdzie będzie on pozbawiony wszelkiego dozoru, o ile rodzina nie dostarczy mu z zewnątrz opieki”³⁹⁸.

Część z powyżej wymienionych problemów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki pozostaje – w nie tak poważnym stopniu – aktualna we współczesnym systemie ochrony zdrowia w Polsce. Szczególny nacisk należy położyć na dość anachroniczny system nauczania, brak odpowiednich regulacji prawnych oraz brak kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego. Oczywiście nie sposób pominąć braków kadrowych, co często skutkuje pozostawianiem oddziałów szpitalnych bez należytej obsady medycznej. Odbywa się to zawsze kosztem zdrowia i życia pacjentów.

Powracając jednak do rozważań historyczno-prawnych, należy zauważyć, że przed zakończeniem I wojny światowej ujawnił się konflikt pomiędzy pielęgniarkami, służbą niższą

³⁹⁷ Ibidem, s. 54

³⁹⁸ Ibidem, s. 56.

i pośrednio personelem zakonnym³⁹⁹. Oprócz żądań ekonomicznych i ustępstw socjalnych domagano się wyeliminowania ze szpitali zakonnice i zastąpienia ich personelem świeckim, doszło do rozpoczęcia akcji protestacyjnej wspieranej przez PPS – Frakcję Rewolucyjną⁴⁰⁰. W strajku brali udział: pielęgniarze, posługacze i felczerzy większości warszawskich szpitali, znacznie utrudniając ich funkcjonowanie⁴⁰¹. Sytuacja była o tyle groźna, że w Warszawie panowała epidemia duru plamistego, a ogólny stan hospitalizowanych wynosił około 6. tysięcy chorych.

Po zakończeniu I wojny światowej, w niepodległym kraju, idea zakładania szkolnictwa pielęgniarskiego nabierała nowego wymiaru, jednak stan liczbowy i przygotowanie zawodowe pielęgniarek nie było zadowalające⁴⁰². Z tego powodu zapotrzebowanie na profesjonalną kadre pielęgniarską było niezwykle wysokie.

Pierwszymi inicjatorami zakładania szkół pielęgniarskich – szczególnie w latach 1920 - 1925 – byli lekarze, w tym działacze Polskiego Czerwonego Krzyża oraz fundacji Rockefellera, a także grupa wykształconych pielęgniarek⁴⁰³.

Sytuacja związana z powstawaniem nowych szkół pielęgniarskich spowodowała konieczność ujednolicenia drogi uzyskania uprawnień zawodowych przez obowiązek składania egzaminu państwowego. Wbrew twierdzeniu B. Urbanka pierwszym aktem prawnym regulującym tę kwestię nie była ustawa o pielęgniarstwie z 1935 r., lecz rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 27 listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich⁴⁰⁴ wydane na mocy art. 1 oraz art. 2 ust. 2 ustawy sanitarnej. Powyższe rozporządzenie wprowadzało obowiązek zdania państwowego egzaminu pielęgniarskiego, aby uzyskać uprawnienia do wykonywania zawodu⁴⁰⁵. Warto wskazać, że zgodnie z § 10 omawianego rozporządzenia państwowy egzamin pielęgniarski polegał na:

³⁹⁹ B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku* [w:] *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008, s. 62.

⁴⁰⁰ M. Drozdowski, A. Zahorski, *Historia Warszawy*, Warszawa 2004, s. 225.

⁴⁰¹ B. Urbanek, *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku* [w:] *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008, s. 62.

⁴⁰² Ibidem, s. 63.

⁴⁰³ B. Urbanek, *Kształtowanie się statusu zawodu pielęgniarskiego na ziemiach polskich w latach 1830-1938* [w:] *Kobieta i praca*, Warszawa 2000, s. 112-113.

⁴⁰⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 27 listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich (Dz. U. Nr 127, poz. 1049 z późn. zm.).

⁴⁰⁵ Paragraf 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 27 listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich.

„(...) stwierdzeniu znajomości przedmiotów, wchodzących w zakres medycyny ścisłej, higieny i opieki społecznej, oraz sprawności w odbywaniu dyżuru przy chorych i w wykonywaniu zabiegów pielęgniarских. Szczegółowy program egzaminu pielęgniarского ustali Minister Spraw Wewnętrznych w drodze instrukcji”.

Do dnia dzisiejszego egzaminy pielęgniarские są przeprowadzane w podobny sposób, z tą jednak różnicą, że nie są egzaminami o charakterze państwowym.

Ustawa sanitarna z 1919 r. oraz obowiązujące na jej mocy akty wykonawcze regulujące kwestię egzaminów pielęgniarских stanowiły podwaliny dla opracowania aktu prawnego, który w szczególowy sposób określałby zakres prawny wykonywania zawodu pielęgniarки.

Z tego względu ważnym krokiem w przygotowaniu projektu ustawy regulującego powyższą kwestię stało się powołanie uchwałą z dnia 30 maja 1932 r. Sekcji ds. pielęgniarstwa funkcjonującej przy Naczelnej Radzie Zdrowia⁴⁰⁶. Na pierwszym posiedzeniu Sekcji, które odbyło się w dniu 16 grudnia 1932 r., omawiany był projekt ustawy pielęgniarskiej, w związku z tym przeanalizowano odpowiednie akty prawne regulujące kwestię wykonywania zawodu pielęgniarского obowiązujące w innych państwach, jednak ich treści nie odpowiadały polskim potrzebom. Warto zwrócić uwagę, że przepisy zagraniczne odnosiły się głównie do zagadnień związanych z formą kształcenia i nie obejmowały swoim zakresem innych istotnych kwestii szczególnie związanych z jego wykonywaniem⁴⁰⁷. Na marginesie należy zauważyć, że potrzeba kodyfikacji, a przez to ustalenia standardów wykonywania zawodu pielęgniarки i zrównania poziomu wykonywania rzeczonyj profesji do poziomu państw zachodnich, słusznie została zgłoszona na łamach czasopisma „Pielęgniarka Polska” przez Helenę Bridge⁴⁰⁸. Uwaga ta była niezwykle istotna, szczególnie biorąc pod uwagę, że zawód pielęgniarки wykonywały często osoby bez umiejętności czytania i pisania, a pielęgniarки dyplomowane zatrudnione w szpitalach traktowane były jako pracownice fizyczne⁴⁰⁹.

Członkowie Sekcji ds. pielęgniarstwa musieli określić, jakie czynności wchodzą w zakres pielęgnowania, jakim prawom i obowiązkom podlegać będą osoby wykonujące zawód pielęgniarский oraz treść programu kształcenia uczniów szkół pielęgniarских.

⁴⁰⁶ J. Zuchora, *Prawne regulacje w pielęgniarstwie w okresie II Rzeczypospolitej* [w:] *Zawód pielęgniarки na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2008, s. 210.

⁴⁰⁷ Ibidem; *Pielęgniarka Polska* 1929, nr 5-6, s. 8-9; *Pielęgniarka Polska* 1935, nr 6, s. 113.

⁴⁰⁸ *Pielęgniarka Polska* 1929, nr 1, s. 5-10.

⁴⁰⁹ S. Lewandowski, *Dzieje ruchu zawodowego pracowników służby zdrowia*, Warszawa 1970, s. 237.

W dniu 16 lipca 1935 r. weszła w życie ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie⁴¹⁰, regulująca w szczególności wykonywanie praktyki pielęgniarstwa.

W świetle art. 1 powyższej ustawy:

- „Przez praktykę pielęgniarstwa rozumie się zawodowe wykonywanie następujących czynności:
 - a) pielęgnowanie chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych,
 - b) wykonywanie zleceń lekarza przy chorych,
 - c) pracę w zakładach leczniczych, instytucjach zapobiegawczych, zakładach opiekuńczych, instytucjach społecznych, szkołach, zakładach przemysłowych oraz domach prywatnych w zakresie szerzenia higieny ogólnej i osobistej, zwalczania epidemii oraz zapobiegania chorobom.”

Nader istotne jest to, że do wykonywania praktyki pielęgniarstwa uprawnione były osoby, które uzyskały prawo praktyki pielęgniarstwa, a osobom tym przysługiwało wyłączne prawo używania tytułu pielęgniarki⁴¹¹. Nadzór nad wykonywaniem zawodu pielęgniarstwa należał do ministra opieki społecznej.

Przepisy ustawy o pielęgniarstwie z 1935 r. w sposób jednoznaczny wskazywały na profesjonalny charakter zawodu, choćby poprzez wskazanie w art. 4 omawianego aktu prawnego, że prawa wykonywania praktyki pielęgniarstwa nie mogą uzyskać osoby:

„(...) pozbawione własnej woli z powodu choroby psychicznej przez czas trwania ubezwłasnowolnienia, sądownie pozbawione praw publicznych i obywatelskich praw honorowych – do chwili odzyskania tych praw” oraz „dotknięte chorobą, niebezpieczną dla otoczenia”.

Ponadto na mocy art. 7 ustawy o pielęgniarstwie pielęgniarka obowiązana była do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym dowiedziała się w związku z wykonywaniem praktyki pielęgniarstwa. Od wskazanego w zdaniu poprzednim obowiązku, pielęgniarka była zwolniona:

⁴¹⁰ Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 27, poz. 199 z późn. zm.), dalej zwana: „ustawą o pielęgniarstwie”.

⁴¹¹ Artykuł 2 ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie.

„(...) w stosunku do lekarza, pod którego opieką chory pozostaje, gdy ciąży na niej z mocy przepisów prawa obowiązek doniesienia władzy, w pracy higieniczno-zapobiegawczej w stosunku do władz przełożonych”.

Kolejnym niezwykle istotnym aspektem odnoszącym się do zawodu pielęgniarstwa było wskazanie w art. 7 ustawy o pielęgniarstwie, iż:

„Pielęgniarki zaliczają się do kategorii pracowników umysłowych i korzystają z praw i obowiązków, ustawowo przepisanych dla tej kategorii pracowników”. Na podstawie przytoczonych przepisów można wnioskować, że ustawodawcy zależało na zawodzie w pełni profesjonalnym, odpowiadającym wymaganiom współczesnej medycyny, a ponadto cechującym się odpowiednią postawą moralną i etyczną.

Ustawa o pielęgniarstwie zawierała w swojej treści także przepisy karne odnoszące się w szczególności do zaniedbania obowiązku uzyskania we właściwej okręgowej radzie pielęgniarek i położnych przed wykonywaniem zawodu, stwierdzenia wykonywania zawodu oraz wykonywania zawodu bez zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu⁴¹². Za wymienione przestępstwa groziła kara aresztu do 3 miesięcy oraz 2 500 zł grzywny albo jedna z tych kar, jeżeli za czyny te nie groziła kara surowsza. Z perspektywy dzisiejszych czasów kara pieniężna była niezwykle wysoka, bowiem w przybliżeniu wynosiła 25 000 współczesnych złotych⁴¹³.

Powyższy akt prawny regulujący wykonywanie zawodu pielęgniarstwa nie odnosił się w żaden sposób do uprawnień praktycznych. Można zatem przyjąć domniemanie, że program kształcenia przyjęty w szkołach pielęgniarstwa wyznaczał granice czynności, które mogli wykonywać przedstawiciele tej profesji. Trudno określić kierunek rozwoju prawa w zakresie obejmującym zagadnienia związane z pielęgniarstwem, bowiem ostatnim aktem prawnym wskazującym na chęć doskonalenia systemu opieki zdrowotnej przez ówczesne władze II Rzeczypospolitej była ustawa wydana w przededniu inwazji niemieckiej, a mianowicie ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia⁴¹⁴. Co ciekawe, wspomniany akt prawny został uchylony dopiero z dniem 1 stycznia 2003 r.

⁴¹² Artykuł 21 ust. 1 ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie.

⁴¹³ <https://wielkahaistoria.pl/wartosc-przedwojennego-zlotego-jak-przeliczyc-pieniadze-z-ii-rp-na-obecne/> (dostęp: 2 stycznia 2022 r.)

⁴¹⁴ Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz. U. Nr 52, poz. 342 z późn. zm.).

Okres okupacji niemieckiej, nie przyniósł zmian w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarki i pielęgniarza na terenach Generalnego Gubernatorstwa, bowiem prawo dotychczas obowiązujące pozostawało w mocy, o ile nie sprzeciwiało się objęciu administracji przez Rzeszę Niemiecką⁴¹⁵. Kwestie administracyjne związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarskiego regulowano zarządzeniami wydawanymi na podstawie rozporządzeń, jako przykład warto podać zarządzenie z dnia 3 kwietnia 1940 r., wydane przez lekarza urzędowego Dr. Schermpfa⁴¹⁶. Zgodnie z jego treścią: „W myśl rozporządzenia Komisarycznego Kierownika Niemieckiego Zarządu Miasta Warszawy, Pana S.A.~Oberfuhrer’a Leist’a, winni wszyscy felczerzy, akuszerki, pielęgniarki (siostry), osoby pielęgnujące (personel pielęgniarski), (...) zarejestrować się do dnia 1/V. w właściwym Ośrodku Zdrowia i Opieki, przedstawiając metryki urodzenia i dokumenty stwierdzające wykształcenie zawodowe”.

W czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej akty prawne regulujące zawód pielęgniarski (pielęgniarza) były tworzone w oparciu o ustawę o pielęgniarstwie z 1935 r. Jako przykład można wskazać dekret z dnia 11 kwietnia 1947 r. w sprawie praktyki pielęgniarskiej⁴¹⁷, a w nim art. 1, w którego świetle: „Osobom, które do końca roku 1949 złożą egzamin przed Państwową Komisją Egzaminacyjną powołaną przez Ministra Zdrowia, nadaje się na stałe prawo wykonywania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie”. Na mocy powyższego dekretu wydano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 1953 r. w sprawie kursów szkoleniowych i egzaminów pielęgniarskich⁴¹⁸. Akt ten w sposób szczegółowy określał program trzymiesięcznego kursu pielęgniarskiego oraz przebieg egzaminu składającego się z części teoretycznej i praktycznej.

Jedynym uprawnieniem – w kontekście czynności praktycznych – ściśle określonym, przyznanym w okresie PRL pielęgniarkom było dokonywanie oględzin zwłok i wystawianie karty zgonu, jednak pod pewnymi warunkami⁴¹⁹: „W gromadzie, na której obszarze karty zgonu nie mogą być wystawiane przez osoby określone w § 2 ust. 1 bądź w § 3 ze względu na szczególne trudności komunikacyjne lub z innych uzasadnionych powodów wystawianie tych kart należy do obowiązków pielęgniarki zatrudnionej w wiejskim pielęgniarskim punkcie zdrowia.” Zapis ten, w niezmienionej postaci pozostaje w mocy do dnia dzisiejszego, w treści

⁴¹⁵ W. Baranowski, *Administracja okupacyjna w Gen. Gubernatorstwie*, Londyn 1942, s. 46.

⁴¹⁶ Zarządzenie z dnia 3 kwietnia 1940 r.

⁴¹⁷ Dekret z dnia 11 kwietnia 1947 r. w sprawie praktyki pielęgniarskiej (Dz. U. z 1947 r. Nr 32, poz. 141).

⁴¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 1951 r. w sprawie kursów szkoleniowych i egzaminów pielęgniarskich (Dz. U. Nr 20, poz. 163 z późn. zm.).

⁴¹⁹ Paragraf 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. z 1961 r. nr 39 poz. 202).

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny. Oczywiście „wiejskich pielęgniarskich punktów zdrowia” już nie ma, ale warto mieć na uwadze przytoczoną treść § 5 omawianego rozporządzenia, choćby z tego względu, że od dnia 25 listopada 2019 r.⁴²⁰ w Rządowym Centrum Legislacji wciąż na etapie konsultacji publicznych znajduje się projekt ustawy zgłoszony przez ministra zdrowia o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów. Projekt ten pośrednio omija zawód pielęgniarski, ponieważ ustawodawca nie przewidział w nim możliwości oględzin zwłok i wystawienia karty zgonu przez przedstawicieli tego zawodu. Wyjątkiem jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego. Może nim być być pielęgniarka systemu, która nie może odstąpić od wykonywania medycznych czynności ratunkowych, co stanowi dość poważne niedopatrzenie ustawodawcy. Brak wskazania w projekcie ustawy pielęgniarek i pielęgniarzy jako osób uprawnionych do dokonania oględzin i wystawienia karty zgonu niepotrzebnie obciążą tymi czynnościami wyłącznie lekarzy.

Powracając do zagadnień prawnych regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki w okresie PRL, warto zaznaczyć, że po raz pierwszy w dziejach polskiego pielęgniarstwa została unormowana kwestia specjalizacji pielęgniarek. Przedmiotowym aktem prawnym wprowadzającym szkolenie specjalizacyjne było zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 grudnia 1981 r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych⁴²¹.

Zgodnie z treścią § 2 wskazanego wyżej rozporządzenia pielęgniarki mogły uzyskać specjalizację w zakresie pielęgniarstwa:

- 1) zachowawczego,
- 2) chirurgicznego,
- 3) pediatrycznego,
- 4) operacyjnego,
- 5) środowiskowego,
- 6) psychiatrycznego,
- 7) w anestezjologii i intensywnej opiece.

⁴²⁰ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12327506> (dostęp: 6 stycznia 2022 r.).

⁴²¹ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 grudnia 1981 r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych (Dz. Urz. MZiOS z 1982 r. Nr 1, poz. 2).

Ponadto, jak wskazuje § 14, staż specjalizacyjny zaliczał kierownik specjalizacji osobie, która opanowała wiadomości teoretyczne i umiejętności praktyczne objęte programem stażu specjalizacyjnego.

Omawiany akt prawny, ani żaden inny związany ze szkoleniem specjalizacyjnym pielęgniarek, nie poruszał kwestii uprawnień do wykonywania danych czynności praktycznych przez osoby, które go ukończyły. W istocie taki stan rzeczy utrzymuje się do dnia dzisiejszego, nie wliczając w to czynności, które może wykonać pielęgniarka bez zlecenia lekarskiego, o czym będzie mowa w dalszej części rozprawy.

Analizując meandry dziejów zawodu pielęgniarskiego w kontekście historyczno-prawnym, nie sposób nie zauważyć, jak trudną drogę przebyła opisywana profesja, aby stworzyć system prawny odpowiadający wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz porządkujący kwestie związane z jego wykonywaniem.

Z dniem 31 października 1996 r. zostaje uchylona ustawa o pielęgniarstwie z 1935 r. Na jej miejsce wchodzi w życie ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁴²², która w sposób istotny modyfikuje dotychczasowy status zawodu pielęgniarskiego, bowiem zgodnie z art. 2 tejże ustawy: „Zawody pielęgniarki i położnej są zawodami samodzielnymi”.

Powyżej cytowany zapis będzie miał doniosłe znaczenie dla wykonywania zawodu pielęgniarskiego, jednak jak postaram się dowieść – jego potencjał nie został do tej pory odpowiednio wykorzystany.

2.2. Regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarskiego

„Zawód pielęgniarski” – termin ten we wcześniejszym podrozdziale i dalszych rozważaniach jest użyty przeze mnie umyślnie, bowiem mimo iż ta profesja jest sfeminizowana (liczba zarejestrowanych pielęgniarek na dzień 31 grudnia 2020 r. Wynosi 295 571), to od wielu lat rośnie ilość pielęgniarzy (stan na 31 grudnia 2020 r. wynosi 7 640). Krzywdzące byłoby zatem użycie jedynie określenia „zawód pielęgniarki” w stosunku do męskiej części osób wykonujących tę profesję. Zwrócić uwagę także należy na używanie tytułu „pielęgniarka” we wszystkich aktach wykonawczych do ustawy zawodowej, a nawet w umowach zawieranych przez pielęgniarzy z podmiotami leczniczymi – co jest nieprofesjonalne, niepoważne.

⁴²² Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.).

Tak więc zawód pielęgniarski regulowany jest przez szereg aktów prawnych, a najważniejszym z nich, określającym istotę jego wykonywania, jest ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁴²³. W odniesieniu do zawodu lekarskiego, omawiana profesja ma w większej części unormowany zakres uprawnień do wykonywania czynności praktycznych, które są zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego⁴²⁴, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne⁴²⁵ oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej⁴²⁶.

Wraz z postępem nauk medycznych, wydawałoby się, że rzeczą naturalną będzie aktualizacja uprawnień związanych z omawianym zawodem, jednak co należy podkreślić, współczesne regulacje prawne odnoszące się do rzeczony profesji są nieprecyzyjnie sformułowane, często doprowadzając do wielu nieporozumień. Trudne początki zawodu pielęgniarskiego i starania o jego unormowanie w systemie prawnym znów po wielu latach znajdują się prawie w punkcie wyjścia. W odróżnieniu bowiem od zawodu lekarza omawiana profesja jest w przeważającej mierze związana z wykonywaniem praktycznych czynności i choć wymienione w akapicie wyżej akty prawne poruszają tę problematykę, to nadal należy uznać to za niewystarczające.

Ten niezwykle poważny problem, wpływający na jakość wykonywanego zawodu oraz jakość, w sensie ogólnym patrząc całościowo na system opieki zdrowotnej w Polsce, przedstawię w kolejnych podrozdziałach. Jednak zanim to nastąpi, należy – podobnie jak w podrozdziale

⁴²³ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551 z późn. zm.).

⁴²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017 r. poz. 497).

⁴²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz. U. z 2018 r. poz. 299).

⁴²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 2335).

opisującym zawód lekarza – zacząć od określenia warunków formalnych wykonywania profesji pielęgniarskiej.

2.3. Prawne przesłanki wykonywania zawodu pielęgniarskiego

Z uwagi na inny charakter drogi formalnej, prowadzącej do uzyskania kwalifikacji uprawniających do wykonywania zawodu pielęgniarskiego, nie sposób posłużyć się schematem opisywanym w podrozdziale dotyczącym zawodu lekarza.

Pierwszym etapem kształcenia adeptów zawodu pielęgniarskiego jest ukończenie szkoły pielęgniarskiej, czyli uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku pielęgniarstwo⁴²⁷. Z tym, że w odróżnieniu od kierunku lekarskiego, studia pielęgniarskie są dwustopniowe.

Generalną zasadą jest to, że kształcenie w szkole pielęgniarskiej na studiach pierwszego stopnia trwa co najmniej 3 lata i obejmuje co najmniej 4600 godzin kształcenia zawodowego, uwzględniając w tym zakresie kształcenie kliniczne, stanowiące co najmniej połowę oraz kształcenie teoretyczne obejmujące jedną trzecią wymiaru kształcenia.

Ustawodawca konstrukcją art. 54 u.o.z.p.p. zagwarantował zdobycie przez studenta, w trakcie kształcenia teoretycznego, wiedzy zawodowej, doświadczenia i umiejętności niezbędnych do planowania, organizowania i sprawowania opieki zdrowotnej oraz oceny działań z tym związanych. To samo odnosi się do kształcenia klinicznego, podczas którego student uczy się sprawowania kompleksowej opieki zdrowotnej jako członek zespołu, w bezpośrednim kontakcie z osobami zdrowymi i chorymi. Kształcenie kliniczne odbywa się w podmiotach leczniczych, pod kierunkiem wykładowców pielęgniarstwa lub położnictwa oraz dzięki pomocy innych specjalistów, głównie lekarzy, choć ustawodawca w treści omawianego przepisu zaznaczył, że chodzi w szczególności o pielęgniarki i położne.

Cel powyższego artykułu zasługuje na aprobatę, ustawodawca założył bowiem, że absolwent studiów pielęgniarskich w toku nauczania nabędzie wystarczającego doświadczenia, aby po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu mógł rozpocząć pracę w jednostce ochrony zdrowia i udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie ze standardami. Założenie to ma jednak charakter życzeniowy. Jak trafnie zauważyła M. Sadowska: „Niemniej jednak należy podkreślić, że nawet przy najwyższym poziomie kształcenia i uzyskaniu najlepszych wyników nie sposób uznać, że student faktycznie uzyskał wiedzę zawodową, doświadczenie i umiejętności

⁴²⁷ Artykuł 52 ust. 2 u.o.z.p.p.

niezbędne do planowania, organizowania i sprawowania opieki zdrowotnej oraz oceny działań z tym związanych”⁴²⁸. Wspomniana autorka pominęła jeszcze jeden niezwykle istotny element, którym jest jakość kształcenia. W trakcie studiów pielęgniarskich jedną z podstawowych dziedzin są „podstawy pielęgniarstwa”. Ich celem jest nabycie przez studenta wiedzy teoretycznej i praktycznej w sferze podstawowych zabiegów pielęgniarskich. Niestety podczas tych zajęć znaczną część czasu poświęca się na ćwiczenia m. in. ze ścielenia łóżka, ucząc się, jak odpowiednio złożyć róg prześcieradła. Takie podejście wydaje się anachroniczne, biorąc pod uwagę postęp medycyny, a co za tym idzie, rozwój pielęgniarstwa w Polsce i uprawnienia przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego. Powyższa praktyka powinna być zmieniona m. in. na rzecz ćwiczeń z zakresu badania fizykalnego, medycznych czynności ratunkowych, które są nauczane na owym kierunku w sposób niewystarczający czy niesłusznie okrojonej wiedzy związanej wprost z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Niestety zajęcia praktyczne na niektórych uczelniach są prowadzone w sposób uniemożliwiający nabycie odpowiednich kwalifikacji przez studentów pielęgniarstwa, często bowiem dochodzi do sytuacji, w których przez kilka godzin zajęć praktycznych są odsyłani przez personel oddziałów szpitalnych do ścielenia łóżek pacjentom czy w przychodniach – do segregowania dokumentacji medycznej.

Opisane sytuacje rzutują w późniejszym okresie na jakość opieki w ochronie zdrowia. Nieprawdą jest, że po studiach wiedzę teoretyczną i praktyczną najlepiej zdobywać, ucząc się od bardziej doświadczonych przedstawicieli zawodu, bowiem mimo ich szerokich umiejętności często bywa, że nie aktualizują oni swojej wiedzy, w związku z tym treści przekazywane osobom niedoświadczonym są nieraz niezgodne ze sztuką. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest poziom wykształcenia osób wykonujących zawód pielęgniarski, bowiem wykształcenie wyższe posiada tylko 30% osób spośród 303 211 pozostających aktywnymi zawodowo⁴²⁹. W tym miejscu wskazać należy, że wskazana w zdaniu poprzednim wartość procentowa – pielęgniarek i pielęgniarzy z wyższym wykształceniem – ma tendencję wzrostową. Dzieje się tak za sprawą przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, bowiem od 1 maja 2004 r. zaczęła obowiązywać dyrektywa Rady z dnia 27 czerwca 1977 r. dotycząca koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie

⁴²⁸ M. Sadowska, *Szkoły pielęgniarskie i szkoły położnych* [w:] *Ustawa i zawodzie pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 249.

⁴²⁹ <https://nipip.pl/wyksztalacenie-pielegniarek/> (dostęp: 10 stycznia 2022 r.).

działalności pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną⁴³⁰, która wprowadziła wymóg kształcenia przyszłej kadry pielęgniarskiej na poziomie studiów wyższych. Jednocześnie, w związku z wejściem w życie przytoczonej dyrektywy, zaprzestano kształcenia w licach medycznych czy szkołach policealnych.

Wiedza medyczna oraz kompetencje wskazanych profesjonalistów uległy na przestrzeni kilku ostatnich lat diametralnej zmianie, co jest widoczne w zmieniających się przepisach prawa odnoszących się do uprawnień tej grupy zawodowej. Czynnikiem dodatkowo wpływającym na powyżej opisaną sytuację jest konstrukcja prawna ustawy regulującej zawód, ponieważ brak poszerzania wiedzy z zakresu dziedzin istotnych z punktu widzenia pielęgniarstwa nie jest sankcjonowany przez samorząd zawodowy.

Aby nauczanie studentów pielęgniarstwa odbywało się w sposób umożliwiający późniejsze wykorzystanie wiedzy teoretycznej i praktycznej, w toku studiów należałoby dostosować ich program do nowoczesnych standardów opieki pielęgniarskiej, tak aby przedstawiciele zawodu pielęgniarskiego tworzyli z lekarzami i innymi zawodami medycznymi profesjonalny zespół terapeutyczny. Dodatkowo należy zauważyć, że coraz częściej na oddziałach szpitalnych czy w zakładach opiekuńczo-leczniczych są zatrudniani opiekunowie medyczni, którzy mają wiedzę z zakresu wykonywania procedur higienicznych, tak więc pielęgniarki i pielęgniarze mogą stanowić niezwykle cenne wsparcie dla lekarzy w procesie leczniczym.

Studia pielęgniarskie kończą się złożeniem pracy dyplomowej oraz egzaminem obejmującym swym zakresem wiedzę teoretyczną i praktyczną, co oznacza, że składa się on z dwóch części.

Następnie, po zdanym egzaminie, osoba zainteresowana powinna złożyć wniosek o wydanie prawa wykonywania zawodu do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych, która podejmuje uchwałę o jego przyznaniu na mocy art. 37 ust. 3 u.o.z.p.p.

Uchwała w przedmiocie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarskiego bądź pozbawienia go jest decyzją administracyjną, zatem stosuje się do niej przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnych⁴³¹. Na owe uchwały przysługuje skarga administracyjna do sądu administracyjnego, zgodnie z treścią art. 40 u.o.z.p.p. Oznacza to, że samorząd zawodowy jest powołany z mocy prawa do załatwienia indywidualnej sprawy w drodze decyzji administracyjnej, a zatem jest

⁴³⁰ Dyrektywa Rady z dnia 27 czerwca 1977 r. dotycząca koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną (77/453EWG).

⁴³¹ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020, s. 107.

uprawniony do stosowania prawa administracyjnego materialnego i procesowego. Stwierdzenie to wynika z wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 maja 2005 r., sygn. akt. I Sa/Wa 435/04⁴³². Wprawdzie przywołane w zdaniu poprzednim orzeczenie dotyczyło organu samorządu lekarzy, jednak wydaje się, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby się na nie powołać, wszak redakcja norm jest podobna, a wskazane przez sąd konkluzje znajdują odpowiednie zastosowanie w odniesieniu do zawodu pielęgniarskiego.

W tym miejscu należy raz jeszcze przytoczyć tezę – którą posiłkowałem się w podrozdziale dotyczącym przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza – do wyroku WSA w Warszawie z dnia 8 listopada 2007 r., sygn. akt VII SA/Wa 14/07, zgodnie z którą:

„osobie, która spełni wszystkie wymogi (...) w związku z czym uzyska prawo wykonywania zawodu, nie można odmówić stwierdzenia posiadania tego prawa. Uchwała organu samorządu zawodowego w tym przedmiocie ma wyłącznie charakter deklaratoryjny potwierdzający prawo wykonywania zawodu. Żaden przepis prawa nie upoważnia samorządu zawodowego do kwestionowania dyplomu wyższej uczelni, powołanej zgodnie z obowiązującymi przepisami i posiadającą uprawnienia do prowadzenia studiów wyższych. Nawet ewentualne cofnięcie akredytacji danej uczelni nie ma wpływu na wydane uprzednio dyplomy ukończenia studiów na tej uczelni.”⁴³³.

Zatem spełnienie przez osobę występującą z wnioskiem o wydanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarskiego wszystkich przesłanek ustawowych rodzi po stronie organu samorządowego obowiązek podjęcia uchwały w tym przedmiocie – uzyskanie prawa wykonywania zawodu następuje *ex lege*.

Podsumowując powyższą kwestię, stwierdzić należy, że samorząd zawodowy nie ma swobody w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu. Jego kompetencje uprawniają jedynie do stwierdzenia, czy osoba ubiegająca się o nie, spełniła przesłanki formalne uregulowane przepisami prawa. Tak więc, uchwały samorządu zawodowego w tym zakresie mają charakter deklaratoryjny.

Z racji tego, że w Polsce 213 364 przedstawiciele zawodu pielęgniarskiego ma wykształcenie średnie, ustawodawca przewidział także możliwość skrócenia wymiaru studiów pierwszego stopnia, w formie studiów pomostowych (zawodowych). Warunkiem jest posiadanie tytułu

⁴³² Wyrok WSA w Warszawie z dnia 11 maja 2005 r., sygn. akt I SA/Wa 435/04.

⁴³³ Wyrok WSA w Warszawie z dnia 8 listopada 2007 r., sygn. akt VII SA/Wa 1487/07.

pielęgniarskiego po ukończeniu liceum medycznego albo szkoły policealnej, albo szkoły pomaturalnej, jeśli dana osoba uzyskała wiedzę, kwalifikacje i umiejętności odpowiadające wiedzy, kwalifikacjom i umiejętnościom uzyskanym po ukończeniu studiów pierwszego stopnia. Oba rodzaje studiów, o których mowa, są prowadzone w formie stacjonarnej albo niestacjonarnej, a realizowane treści programowe są takie same, przy czym czas trwania studiów prowadzonych w formie stacjonarnej i liczba godzin kształcenia zawodowego przewidziana w toku odbywania studiów niestacjonarnych nie mogą być mniejsze niż liczba godzin kształcenia zawodowego przewidziana na studiach prowadzonych w pierwszej z wymienionych form kształcenia.

Szczegółowe unormowania związane z odbywaniem studiów pomostowych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej⁴³⁴. Zgodnie z § 1 przywołanego rozporządzenia, do podjęcia studiów pomostowych, nazwanych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej: „studiami zawodowymi”, uprawnia świadectwo dojrzałości oraz dyplom ukończenia odpowiednio – w przypadku pielęgniarek:

- 1) pięcioletniego liceum medycznego,
- 2) dwuletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki,
- 3) dwupółletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki,
- 4) trzyletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki

Czas trwania studiów zawodowych określony w § 2 omawianego rozporządzenia nie może być krótszy niż:

- 1) dwa semestry lub 1150 godzin – dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych,
- 2) trzy semestry lub 2410 godzin – dla absolwentów dwuletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,

⁴³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2012 r. poz. 770).

- 3) dwa semestry albo 1984 godziny – dla absolwentów dwuipółletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
- 4) dwa semestry – dla absolwentów trzyletnich szkół policealnych albo pomaturalnych.

Warto podkreślić, że program kształcenia na studiach zawodowych ustala uczelnia łącznie z określeniem wymiaru zajęć teoretycznych, praktycznych i praktyk zawodowych, biorąc pod uwagę różnice pomiędzy treściami kształcenia określonymi w standardach kształcenia dla kierunków studiów pielęgniarских oraz programami nauczania zrealizowanymi odpowiednio w wymienionych powyżej szkołach⁴³⁵.

Kształcenie na studiach zawodowych kończy się egzaminem z zakresu wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych.

Powyżej opisana forma studiów zawodowych, jak wynika z wykładni systemowej, przewidziana jest tylko dla osób, które ukończyły jedną ze wskazanych powyżej szkół oraz uzyskały formalne potwierdzenie jej ukończenia w formie dyplomu.

2.4. Problematyka doskonalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy

Osoby wykonujące zawód pielęgniarский mają obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia, co wynika wprost z treści przepisu art. 61 ust. 1 u.o.z.p.p. Za spełnienie wskazanego obowiązku uważa się również kształcenie podyplomowe odbywane w ramach studiów podyplomowych w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, do których, zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia⁴³⁶ należą:

- 1) epidemiologia;
- 2) fizyka medyczna;
- 3) inżynieria medyczna;
- 4) neurologopedia;
- 5) promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
- 6) psychologia kliniczna;

⁴³⁵ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020, s. 143.

⁴³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 857); dalej zwane: „rozporządzeniem w sprawie specjalizacji”.

- 7) zdrowie publiczne;
- 8) zdrowie środowiskowe;
- 9) mikrobiologia;
- 10) toksykologia;
- 11) przemysł farmaceutyczny;
- 12) radiofarmacja;
- 13) surdologopedia;
- 14) psychoseksuologia;
- 15) embriologia kliniczna;
- 16) psychoterapia dzieci i młodzieży;
- 17) chirurgiczna asysta lekarza.

Na marginesie należy poczynić kilka uwag w kontekście ostatniej w wymienionych powyżej specjalizacji – chirurgicznej asysty lekarza. Punkt 17) rozporządzenia w sprawie specjalizacji został dodany na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia⁴³⁷. Zgodnie z treścią uzasadnienia do przywołanego aktu prawnego:

„Asystent lekarza byłby przygotowany merytorycznie i technicznie do wykonywania określonych czynności przedoperacyjnych, którymi nie musiałby się zajmować już lekarz, m.in. wsparcie intensywnej terapii w czynnościach chirurgii ogólnej. Chirurgiczny asystent lekarza mógłby asystować przy stole operacyjnym, a także wykonywać określone czynności po zabiegach chirurgicznych. Ratownik medyczny, fizjoterapeuta i pielęgniarka, którzy uzyskają dodatkowe kwalifikacje po szkoleniu specjalizacyjnym, będą mogli odciążyć chirurga, w szczególności chirurga ogólnego.

Rozwiązanie to spowoduje, iż system opieki zdrowotnej wzbogaci się o wysoko wyspecjalizowaną kadrę medyczną, która zdobędzie wiedzę i umiejętności w wykonywaniu dodatkowych czynności i będzie realnym wsparciem w odciążeniu lekarzy np. chirurgów.”⁴³⁸.

Przyjęcie powyższego rozwiązania przez ustawodawcę należy poddać krytyce, bowiem nie jest rozwiązaniem problemu w niedoborach kadry profesjonalnej, zajmującej się leczeniem

⁴³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 2131).

⁴³⁸ Uzasadnienie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

operacyjnym – lekarzy, pielęgniarek i pielęgniarzy operacyjnych, przyuczanie innych zawodów do pełnienia tych funkcji. Stanowi to nie tylko błąd pojęciowy, trudno bowiem przyjąć, że ratownik medyczny czy fizjoterapeuta są w toku studiów formowani do wykonywania czynności zastrzeżonych obecnie dla osób wykonujących zawód pielęgniarski, ale także błąd systemowy. Ustawodawca nie szuka rozwiązania w zachęcaniu do podjęcia pracy jako pielęgniarka i pielęgniarz, tylko stara się wyszkolić inne zawody medyczne, tak aby mogły zastąpić specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa, nie zwracając przy tym uwagi na niedobory kadrowe we wspomnianych zawodach, a zatem w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego czy oddziałach szpitalnych w odniesieniu do fizjoterapeutów. Niepokojące jest również zawarte w treści uzasadnienia następujące stwierdzenie: „Chirurgiczny asystent lekarza mógłby (...) wykonywać określone czynności po zabiegach chirurgicznych”. Opieką pooperacyjną, zgodnie z wykładnią celowościową wynikającą z rozporządzenia w sprawie standardu w anestezjologii, zajmują się pielęgniarki i pielęgniarze posiadający tytuł specjalisty bądź ukończony kurs kwalifikacyjny z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Założeniem przywołanego rozporządzenia miała być obserwacja poznieczuleniowa pacjenta, lecz niestety szpitale w Polsce nie są w stanie sprostać wymaganiom przewidzianym w powyższym akcie prawnym, w związku z czym ustawodawca od 1998 r. wydłuża okres wdrożenia standardów w anestezjologii. Obecnie podmioty lecznicze mają czas do końca grudnia 2022 r. Wprowadzenie kolejnych zawodów do asystowania lekarzowi przy zabiegach oraz sprawowania opieki pooperacyjnej wskazuje na niewydolność polskiego systemu ochrony zdrowia, bowiem wbrew twierdzeniom ustawodawcy, rozwiązania przez niego proponowane spowodują rozdrobnienie nie tylko pojęciowe poszczególnych zawodów, ale przede wszystkim doprowadzą do destabilizacji i poczucia dezorientacji przedstawicieli zawodów medycznych w systemie prawnym, ponieważ już wskazane grupy nie wiedzą, jakie prawa i obowiązki ciążyą na nich w związku z wykonywanym zawodem. Innymi słowy, wprowadzanie nowych uprawnień w związku z posiadaniem kursu chirurgicznej asysty lekarza, w sytuacji, gdy status prawny zawodu nie jest w pełni uregulowany, a zakres obowiązków niejasny, stanowi zagrożenie w sprawowaniu opieki nad pacjentami. Wskazaną problematykę rozwinę w dalszej części rozprawy.

Powracając do zagadnień związanych z problematyką doskonalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy, należy zaznaczyć, że systematyczne doksztalcanie sprawia, iż możliwe jest wyeliminowanie czynności, które pod wpływem nowych badań odrzucono jako bezskuteczne

czy wręcz szkodliwe⁴³⁹. Obowiązek doksztalcania łączy się z obowiązkiem śledzenia aktualnego stanu wiedzy medycznej, zgodnie z art. 11 ust. 1 u.o.z.p.p.⁴⁴⁰ „Doskonalenie zawodowe” nie jest terminem ustawowym i nie ma legalnej definicji, jednak przepisy prawa wskazują na zakres aktywności zawodowej objęty pojęciem kształcenia podyplomowego⁴⁴¹. W świetle art. 61 ust. 1 u.o.z.p.p., termin „doskonalenie zawodowe” jest rozumiany jako oznaczenie wszelkich form nauki i doksztalcania podejmowanych po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu i wykracza poza uzyskanie specjalizacji i ukończenie kursu, nie obejmując przy tym stażu podyplomowego⁴⁴². Za D. Karkowską można zatem zdefiniować pojęcie doskonalenia zawodowego jako proces:

„aktualizowania i pogłębiania wiedzy i umiejętności związanych z wykonywanym zawodem, umożliwiającym osiągnięcie mistrzostwa oraz lepszej pozycji ekonomicznej i społecznej”⁴⁴³.

Istotnym elementem z punktu widzenia kształcenia podyplomowego oraz nabywania dodatkowych uprawnień przez przedstawicieli zawodu pielęgniarstwa – o czym będzie mowa w dalszej części pracy – jest szkolenie specjalizacyjne, kurs kwalifikacyjny oraz kurs specjalizacyjny. Poniżej omówię pokrótce każde z wymienionych zagadnień.

Szkolenie specjalizacyjne, w nomenklaturze medycznej potocznie zwane specjalizacją, zgodnie z treścią art. 67 u.o.z.p.p. ma na celu uzyskanie przez osobę wykonującą zawód pielęgniarstwa specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Paragraf 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne⁴⁴⁴, określa specjalizacje dla pielęgniarek i pielęgniarzy, które mogą być prowadzone w następujących dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki;

⁴³⁹ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020, s. 145.

⁴⁴⁰ Ibidem.

⁴⁴¹ Artykuł 66 ust. 1 pkt 1)-4) u.o.z.p.p. wskazuje, że rodzajem kształcenia podyplomowego jest: 1) szkolenie specjalizacyjne; 2) kurs kwalifikacyjny; 3) kurs specjalistyczny; 4) kurs doksztalcający.

⁴⁴² G. Bartkowiak, *Podnoszenie kwalifikacji i samorozwój personelu medycznego* [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008, s. 397 i n.

⁴⁴³ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020, s. 146.

⁴⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r. poz. 1562).

- 2) chirurgicznego;
- 3) geriatrycznego;
- 4) internistycznego;
- 5) onkologicznego;
- 6) operacyjnego;
- 7) opieki długoterminowej;
- 8) opieki paliatywnej;
- 9) pediatrycznego;
- 10) psychiatrycznego;
- 11) ratunkowego;
- 12) rodzinnego;
- 13) epidemiologicznego;
- 14) neonatologicznego.

Warunkiem przystąpienia do szkolenia specjalizacyjnego przez pielęgniarki i pielęgniarzy jest kumulatywne spełnienie następujących warunków:

- 1) posiadanie prawa wykonywania zawodu;
- 2) ich staż pracy wynosi co najmniej 2 lata w okresie ostatnich 5 lat;
- 3) osoby te zostały dopuszczone do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego za pośrednictwem „Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych”⁴⁴⁵.

Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę albo pielęgniarza wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia⁴⁴⁶. W odróżnieniu od szkolenia specjalizacyjnego, egzamin kończący kurs kwalifikacyjny nie ma charakteru państwowego.

O formie egzaminu w zakresie przeprowadzonego kursu kwalifikacyjnego decyduje organizator kształcenia, można więc zorganizować go, sprawdzając wiedzę teoretyczną, ustnie lub w formie pisemnej albo przeprowadzając egzamin praktyczny.

⁴⁴⁵ Dalej zwany: „SMK”.

⁴⁴⁶ Artykuł 71 ust. 1 u.o.z.p.p.

Do kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego może przystąpić pielęgniarka i pielęgniarz, którzy:

- 1) posiadają prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiadają co najmniej 6-miesięczny staż w zawodzie;
- 3) zostali dopuszczeni do kursu kwalifikacyjnego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego za pośrednictwem SMK.

Zakres dziedzin pielęgniarstwa, objętych możliwością odbycia kursu kwalifikacyjnego, jest poszerzony w stosunku do szkolenia specjalizacyjnego, bowiem dotyczy 19 pozycji⁴⁴⁷:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) diabetologicznego;
- 4) geriatrycznego;
- 5) internistycznego;
- 6) kardiologicznego;
- 7) nefrologicznego z dializoterapią;
- 8) neonatologicznego;
- 9) neurologicznego;
- 10) onkologicznego;
- 11) operacyjnego;
- 12) opieki długoterminowej;
- 13) opieki paliatywnej;
- 14) pediatrycznego;
- 15) psychiatrycznego;
- 16) ratunkowego;
- 17) rodzinnego;
- 18) środowiska nauczania i wychowania;
- 19) transplantacyjnego.

W tym miejscu należy poczynić pewną uwagę, w kontekście odbywania szkolenia specjalizacyjnego i kursu kwalifikacyjnego. Otóż, ustawodawca – w moim przekonaniu –

⁴⁴⁷ Paragraf 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

nie trafnie przyjął, że pielęgniarka i pielęgniarz mogą po dwóch latach pracy zawodowej przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego, nie odbywając kursu kwalifikacyjnego.

Po pierwsze, obie wymienione formy kształcenia podyplomowego mają inne cele. Specjalizacja, jak wcześniej wspomniałem, ma na celu: „uzyskanie przez osobę wykonującą zawód pielęgniarski specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Kurs kwalifikacyjny, zaś: „ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę albo pielęgniarza wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia”. Wydaje się więc, że specjalizacja jako szkolenie, w trakcie którego nabywa się wiedzę specjalistyczną, powinna być poprzedzona kształceniem, które swoim zakresem obejmuje wiedzę podstawową.

Po drugie, ustawodawca przyjął błędne założenie, że po dwóch latach pracy w okresie ostatnich pięciu lat pielęgniarz i pielęgniarka nabędą odpowiedni poziom wiedzy, aby mogli przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego. Moje stanowisko, a zarazem obawa – we wskazanym kontekście – o tak funkcjonujący system kształcenia podyplomowego, wynika z 8-letniej obserwacji, bowiem należy mieć na uwadze, że wiedza przekazywana i zdobywana w czasie pracy w oddziale nie musi mieć statusu aktualnej wiedzy medycznej, w odróżnieniu od tej przekazywanej w ramach kursu kwalifikacyjnego. Podkreślić należy, że w sytuacjach niedostatecznego przygotowania, a w rezultacie nieprawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i pielęgniarzy, którzy pominieli w procesie kształcenia kurs kwalifikacyjny, może ucierpieć beneficjent systemu ochrony zdrowia, czyli pacjent. Mojemu stanowisku można oczywiście zarzucić, że dodatkowymi – obligatoryjnymi – kryteriami przystąpienia do egzaminu państwowego po szkoleniu specjalizacyjnym z danej dziedziny pielęgniarstwa, np. anestezjologii i intensywnej terapii, jest ukończenie kursu specjalizacyjnego w zakresie wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego oraz resuscytacji dorosłych, co pozwala na przyjęcie, że dana osoba dysponuje odpowiednią wiedzą w tym zakresie, jednak jest to zakres niewystarczający i wskazany argument nie może się ostać.

Podsumowując powyższe rozważania – kolejność kształcenia podyplomowego gwarantująca udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód pielęgniarski zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz *lege artis*, a więc w sposób zapewniający optymalną jakość, powinna zakładać obligatoryjne przystąpienie wpierrw do kursu kwalifikacyjnego, a następnie do szkolenia specjalizacyjnego.

Ostatnim z omawianych kursów jest kurs specjalistyczny. Ma on na celu uzyskanie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarski wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych⁴⁴⁸. Zakres omawianego kursu zawęży się do określonych czynności w ramach udzielania świadczeń w obszarach określonych w zdaniu poprzednim. Jako przykład można wskazać kurs „Wykonywanie i interpretacja zapisu echokardiograficznego u dorosłych”.

Kryteria przystąpienia do kursu specjalistycznego ograniczają się do:

- 1) posiadania prawa wykonywania zawodu oraz
- 2) dopuszczenia do kursu specjalistycznego po przejściu postępowania kwalifikacyjnego za pośrednictwem SMK.

Kurs specjalistyczny, podobnie jak kwalifikacyjny, kończy się egzaminem teoretycznym, który może zostać przeprowadzony w formie pisemnej bądź ustnej albo egzaminem praktycznym, a o wyborze rodzaju oraz formie egzaminu decyduje organizator kształcenia podyplomowego, z uwzględnieniem dziedziny, w jakiej jest prowadzony.

Warto w ramach podsumowania tematu problematyki doskonalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy wskazać jeszcze jedno uchybienie ustawodawcy, a mianowicie: z jednej strony brak realizacji obowiązku podnoszenia kompetencji zawodowych rodzi domniemanie naruszenia etycznego oraz prawnego nakazu doskonalenia zawodowego, co w konsekwencji może prowadzić do poniesienia przez osoby nierealizujące wskazanych nakazów odpowiedzialności zawodowej w ramach pieczy sprawowanej przez samorząd zawodowy⁴⁴⁹. Z drugiej strony prawodawca nie przewidział systemu sprawdzającego realizację etycznego oraz prawnego obowiązku doskonalenia zawodowego przez obowiązek uzyskiwania określonej ustawowo liczby punktów edukacyjnych, które byłyby wprowadzane do rejestru samorządu zawodowego. Wskazane powyżej rozwiązanie jest praktykowane w zawodzie lekarskim, bowiem jak wynika z przepisu art. 18 ust. 1 u.o.z.l lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego. Niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy jest traktowane jako przewinienie zawodowe na gruncie przepisu art. 53 u.i.l., w związku z czym

⁴⁴⁸ Artykuł 72 ust. 1 u.o.z.p.p.

⁴⁴⁹ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020, s. 188.

może wiązać się z nałożeniem przez sąd lekarski na obwinionego kar przewidzianych w przepisie art. 83 ust. 1 u.i.l.

W związku z powyższym, niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego przez pielęgniarki i pielęgniarzy nie stanowi dla organów samorządu zawodowego uzasadnionej informacji o podejrzeniu niedostatecznego przygotowania zawodowego. Ponadto jeśli nawet przyjąć założenie, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych poweźmie informację o niedostatecznym przygotowaniu zawodowym osoby wykonującej wskazaną profesję, np. od pracodawcy, to nie może, na wzór samorządu lekarskiego, wszcząć postępowania poprzez powołanie komisji, która wyda opinię o przygotowaniu zawodowym. W związku z tym samorząd pielęgniarski nie ma kompetencji do zobowiązania pielęgniarek i pielęgniarzy do odbycia uzupełniającego przeszkolenia na ich koszt⁴⁵⁰.

Rozwiązanie polegające na nałożeniu obowiązku ciągłego doskonalenia zawodowego na przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego jest ideą jak najbardziej słuszną, jednak brak normy sankcjonującej w tym kontekście jest poważnym błędem. Ostatecznym celem kształcenia podyplomowego nie jest bowiem wyłącznie podnoszenie prestiżu zawodowego oraz polepszenie statusu ekonomicznego, a jest nim przede wszystkim dbałość o jakość wykonywanych świadczeń zdrowotnych, co w konsekwencji zwiększa bezpieczeństwo i komfort pacjenta.

2.5. Problematyka samodzielności zawodu pielęgniarskiego

Zgodnie z treścią przepisu art. 2 u.o.z.p.p., zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi.

Termin „samodzielny zawód medyczny” nie ma definicji ustawowej, wydaje się to niedopatrzaniem ustawodawcy, mając na względzie obszar regulowanych spraw, a mianowicie wykonywanie zawodu pielęgniarskiego w relacji z przedstawicielami innych zawodów medycznych. M. Sadowska, poszukując odpowiedzi na pytanie, jakie kryteria powinien spełniać, a w konsekwencji, czym jest „samodzielny zawód medyczny”, w kontekście zawodu pielęgniarskiego, rozpoczyna rozważania od stwierdzenia, że: „zawody medyczne można podzielić na dwie grupy: na zawody medyczne regulowane i nieregulowane, przy czym

⁴⁵⁰ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020, s. 188.

kryterium podziału stanowi cecha uregulowania prawnego wykonywania danego zawodu medycznego”⁴⁵¹.

W rozdziale I niniejszej pracy skrytykowałem stanowisko reprezentowane powyżej przez M. Sadowską, bowiem o ile dalsze rozważania autorki w kontekście samodzielności zawodu medycznego zasługują na aprobatę, o tyle przytoczone stwierdzenia, odnoszące się do dokonanego podziału przez prawodawcę zawodów medycznych na regulowane i nieregulowane, nie znajdują w istocie uzasadnienia. Jeśli nawet przyjąć tezę, że zawody medyczne należy dzielić w sposób przedstawiony przez M. Sadowską, to wydaje się, że nie był to zamierzony zabieg ustawodawcy. Bez przyznania konkretnych uprawnień do wykonywania świadczeń zdrowotnych, w drodze odpowiednich aktów prawnych, trudno jest mówić o wykonywaniu zawodu medycznego. Na potwierdzenie słuszności mojego stanowiska przemawia treść art. 17 ust. 1 pkt 3) u.d.z.l. w związku z art. 34 ust. 1 i 2 u.o.p.p. Zgodnie z pierwszym z przywołanych przepisów, w podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych mogą udzielać wyłącznie osoby wykonujące zawód medyczny – *a contrario* – osoby niewykonyjące zawodu medycznego nie mogą udzielać w podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych.

Drugi ze wskazanych przepisów stanowi, że pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną należy rozumieć opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jak trafnie wskazał A. Pielak, warto wprowadzić podział na opiekę pielęgnacyjną podstawową i dodatkową⁴⁵². Opieka pielęgnacyjna podstawowa polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, obejmuje ona np. zmienianie pozycji pacjenta leżącego, w celu zapobiegania odleżynom, karmienie przez zgłębnik żołądkowy, podłączenie kroplowego wlewu dożylnego czy dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych. Podstawowa opieka zdrowotna jest zawężona podmiotowo do zawodu pielęgniarstwa. Do świadczeń udzielanych w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej można zaliczyć: świadczenia związane z utrzymaniem higieny ciała, świadczenia polegające na zachowaniu lub umożliwianiu aktywności do sprawności ruchowej oraz świadczenia związane z odżywianiem i pojeniem pacjenta.

⁴⁵¹ M. Sadowska, *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 29 i 30.

⁴⁵² A. Pielak, *Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020, s. 555.

Warto zauważyć, że wśród świadczeń odnoszących się do utrzymania higieny ciała można wymienić: kąpiel pacjenta, zmiana pieluchy, toaleta ciała czy ścielenie łóżka. Świadczenia związane z zachowaniem lub umożliwieniem sprawności ruchowej to np.: pomoc przy wstawaniu z łóżka, pomoc przy chodzeniu, pomoc w zmianie pozycji oraz transport wózkiem inwalidzkim⁴⁵³.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania oraz posiłkując się przykładem zawodu „opiekuna medycznego”, nie sposób uznać, iż wykonuje on zawód medyczny. Po pierwsze dlatego, że termin „opiekun medyczny” występuje jedynie w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, które w żaden sposób nie reguluje jego wykonywania. Po drugie, tak jak wspomniałem wcześniej, zabiegi higieniczne oraz mające na celu zachowanie lub umożliwienie sprawności ruchowej, które wykonują opiekunowie medyczni, nie są zaliczane do świadczeń zdrowotnych. Nie jest więc możliwy podział zawodów medycznych na regulowane i nieregulowane, bowiem tylko te zawody, których wykonywanie jest ściśle określone w aktach prawnych, mogą posługiwać się przymiotnikiem „medyczne”. Jest to oczywiste niedopatrzenie ustawodawcy, który nie wprowadził projektowanej od 2010 r. ustawy o zawodach medycznych. Wprowadzenie jej do obrotu prawnego zapewne w dużej części rozstrzygnęłoby wątpliwości na poruszonym gruncie, a w istocie rozgraniczałoby zakres obowiązków poszczególnych zawodów medycznych.

Powracając do odpowiedzi na pytanie, czy zawód pielęgniarstwa jest „samodzielnym zawodem medycznym”, należy mieć na uwadze, że przedstawiciele omawianego zawodu mogą wykonywać określone czynności bez zlecenia lekarskiego, w granicach wyznaczonych przez prawo oraz aktualną wiedzę medyczną, co oznacza, że zakres ich swobody jest istotnie ograniczony. Nie można zatem przyjąć tego argumentu jako wystarczającego do wskazania, że zawód pielęgniarstwa jest „wolnym zawodem medycznym”. W tym kontekście należy przytoczyć chybione, w moim przekonaniu, stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki⁴⁵⁴ oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki z dnia 14 września 2021 r. w sprawie wykorzystania przez personel pielęgniarstwa ultrasonografii do identyfikacji naczyń żylnych

⁴⁵³ Ibidem, s. 556.

⁴⁵⁴ Dalej zwane: „PTPAiIO”.

celem ich kaniulacji oraz do wprowadzenia obwodowego cewnika pośredniego do naczynia żylnego. Cytuję:

„Zgodnie z Art. 2. Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Pielęgniarki i położne zgodnie z brzmieniem art. 11 ww. regulacji „wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

Identyfikacja obwodowych naczyń żylnych z pomocą ultrasonografii w celu ich kaniulacji jest obecnie rekomendowanym przez *Infusion Nurses Society* standardem postępowania w sytuacjach trudności anatomicznych (np. u pacjentów otyłych lub gdy naczynia żyłne nie są widoczne). W takich sytuacjach przydatne jest wykorzystanie cewników pośrednich, ang. *midline*, wprowadzanych najczęściej przez żyłę odłokciową lub odpromieniową.

Wykorzystanie ultrasonografii do identyfikacji i kaniulacji naczyń żylnych poprawia skuteczność procedury i służy zwiększeniu bezpieczeństwa wykonania dostępu naczyniowego poprzez zmniejszenie liczby kaniulacji i jatrogennego nakłucia naczyń tętniczych. Dużą zaletą kaniul *midline* jest również możliwość pobierania krwi do badań diagnostycznych.

Wykonywanie przez przeszkolony personel pielęgniarski kaniulacji naczyń obwodowych z pomocą techniki obrazowej (USG) ułatwiającej wykonanie procedury, nie różni się zatem od innych dotychczas stosowanych w tym celu technik wizualizacji np. iluminatorów naczyniowych. Użycie USG nie służy w tym przypadku postawieniu diagnozy i zakres wykorzystania tej techniki obrazowej mieści się w ramach działań określonych w Ustawie. Warto zwrócić uwagę, że od wielu lat kaniulacje obwodowych naczyń żylnych (w tym kaniule pośrednie) pod kontrolą USG wykonywane są przez przeszkolony zespół pielęgniarski w wielu krajach Unii Europejskiej, USA i Australii i zalecane przez liczne towarzystwa naukowe, np. przez *Society for Vascular Nursing*, *Society of Hospital Medicine*, czy *Emergency Nurses Association*.

Umiejętność wykorzystania przez zespoły pielęgniarskie ultrasonografii jako technologii coraz powszechniej dostępnej i stosowanej w oddziałach wpisuje się w ustawowy obowiązek podnoszenia swojej wiedzy, umiejętności i dostosowania do aktualnej wiedzy. Każda osoba po ukończeniu studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, uzyskując tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, zdobywa kwalifikacje do kaniulacji naczyń obwodowych. Wynikają one z efektów uczenia się przypisanych dla obszaru nauk w zakresie podstaw opieki

pielęgniarskiej i zajęć z podstaw pielęgniarstwa. Brak nauczania w zakresie kaniulacji naczyń żylnych obwodowych cewnikami pośrednimi zakładanymi techniką Seldingera wynika wyłącznie z ograniczonej dostępności i nieznanomości tego typu kaniul w naszym kraju. W Rozporządzeniu MZ z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego nie określono dodatkowych kompetencji w sprawie cewników pośrednich. Nie istnieje potrzeba doprecyzowania tych przepisów, gdyż wykorzystanie cewnika pośredniego mieści się w kompetencji określonej jako: kaniulowanie naczyń żylnych kończyny górnej i dolnej. Cewnik pośredni spełnia ten wymóg, bo jego koniec musi znajdować się w obwodowym naczyniu żylnym. Liczne badania naukowe dowodzą, że cewniki pośrednie redukują zakażenia odcewnikowe oraz zmniejszają liczbę kaniulacji pacjenta podczas jego pobytu w szpitalu. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta założenie cewnika pośredniego przynosi jedynie korzyści dla pacjenta oraz zmniejsza liczbę inwazyjnych procedur, które zespoły pielęgniarskie wykonują w stosunku do chorego.

Założenie cewnika pośredniego nie wymaga dodatkowej zgody pacjenta, gdyż jest to zabieg, który nie niesie za sobą ryzyka istotnych powikłań, co stanowi kryterium do dodatkowej zgody według zestawu standardów dla szpitali zawartych w Programie Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W dobie pandemii COVID-19 zgodnie z zaleceniami CDC i WHO cewniki pośrednie obwodowe są dostępnymi naczyniowymi z wyboru u chorych, którzy nie wymagają cewnika centralnego. W w/w wytycznych zaleca się także, aby jak najwięcejostępów naczyniowych zakładanych było pod kontrolą ultrasonograficzną. Przygotowanie do takich działań wpisuje się w ustawowy obowiązek podnoszenia swojej wiedzy i umiejętności przez zespoły pielęgniarskie oraz wykorzystania wskazań aktualnej wiedzy medycznej. Reasumując, nie istnieją przeciwwskazania do zakładania przez przeszkolony personel pielęgniarski pośrednich kaniul obwodowych z możliwością identyfikacji naczyń żylnych za pomocą ultrasonografii.”

Powyższa opinia ujawnia głębszy problem niż tylko ten odnoszący się do kompetencji zakładania przez przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego wkłucia pośredniego.

Wskazać należy na problematykę poruszoną przez S. Wronkowską i Z. Ziębińskiego, a mianowicie ustawodawca coraz częściej odsyła w rozstrzyganiu konkretnych spraw do różnego rodzaju norm pozaprawnych⁴⁵⁵, w tym przypadku mamy do czynienia ze zwrotem

⁴⁵⁵ S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *Rozdział 7. Tworzenie prawa [w:] Zarys teorii prawa*, Poznań 2001, s. 124.

„wolny zawód medyczny”. Zjawisko to nosi nazwę „ucieczki w klauzule generalne”. Błąd prawodawcy w oczywisty sposób zmierza do tworzenia się podsystemów prawnych⁴⁵⁶, zgodnie z linią orzeczniczą, poglądami doktryny oraz jak można się przekonać na powyższym przykładzie – opiniami towarzystw zawodów medycznych.

Zwrot użyty w przepisie art. 2 u.o.z.p.p., w moim przekonaniu – co jest zgodne z teorią prawa odnoszącą się do obowiązującego w Polsce prawa kontynentalnego – nie daje upoważnienia omawianej grupie zawodowej do przyznawania sobie samoistnie kompetencji wykonywania danej procedury, która nie jest zawarta w stosowanych aktach prawnych. Przedstawiciele zawodu pielęgniarskiego działają w zakresie wyznaczonym przez ustawę zawodową oraz wydane do niej akty wykonawcze. Żaden z nich nie przewiduje samodzielnego zakładania „wkłucia pośredniego” oraz wykorzystywania technik obrazowania przy pomocy aparatu ultrasonograficznego. Jedyne przypadek użycia przez pielęgniarkę lub pielęgniarskiego aparatu USG jest określony w § 6 pkt 6) rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń, a mianowicie: „Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, i jednostkami wojskowymi, jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych i leczniczych obejmujących wykonanie badania USG u pacjenta urazowego”.

Powyższe nie wynika także z treści rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń, bowiem ustawodawca w żadnym miejscu tego aktu prawnego nie posłużył się pojęciem „kaniulowanie naczyń żylnych kończyny górnej i dolnej”. Wskazana kompetencja do kaniulacji naczyń żylnych wynika z § 2 wymienionego wyżej rozporządzenia:

„Pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych (...)”.

W szkole pielęgniarskiej studenci uczą się zakładania wkłuc obwodowych przy pomocy wenflonu, a nie kaniuli do zakładania „wkłuc pośrednich”, tak samo jak różne formy kształcenia podyplomowego przewidziane – w treści ustawy zawodowej – których celem jest

⁴⁵⁶ Ibidem, s. 124 i n.

nabycie przez pielęgniarki i pielęgniarzy „wiedzy i umiejętności”, w programach kształcenia nie przewidują posługiwania się wskazanymi kaniulami.

Wskazany w opinii PTPAiIO zwrot „techniki obrazowej” jest węższym pojęciem odnoszącym się do „diagnostyki obrazowej”, która nie służy wyłącznie *sensu stricto* diagnozowaniu zmian patologicznych. Służy także do obrazowania zmian fizjologicznych, co odnosi się do ujawniania naczyń żylnych w „trudnych przypadkach”.

Odnosząc się do kwestii przeszkolenia osób wykonujących zawód pielęgniarstwa, w zakładaniu pod kontrolą USG wkluc pośrednich, warto zwrócić uwagę, że kompetencje do wykonywania danych czynności określa prawodawca, nawet jeśli chodzi wyłącznie o przeszkolenie w określonym zakresie. Jako przykład należy podać treść § 16 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

„Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 215 oraz z 2007 r. poz. 1133) dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6), mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2022 r.”

Na podanym przykładzie widać, że pielęgniarka i pielęgniarz, którzy nie spełniają wymagań określonych w powyższym rozporządzeniu, mogą wykonywać czynności w nim zawarte, zastrzeżone dla pielęgniarek i pielęgniarzy anestezjologicznych po odbyciu odpowiedniego przeszkolenia, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej⁴⁵⁷. Jednak kwestia dotycząca, czy osoba wykonująca zawód pielęgniarstwa ma upoważnienie do wykonania danej procedury po przeszkoleniu, leży w kompetencji ustawodawcy.

⁴⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215 z późn. zm.).

O ile rzeczywiście zastosowanie „wkłuc pośrednich” jest z punktu medycznego słusznym rozwiązaniem, o tyle opinia wydana przez PTPAiIO nie stanowi aktu prawnego, a dodatkowo można stwierdzić, że autorzy dokonali mylnej interpretacji przepisów prawnych. Wskazana kwestia powinna zostać uregulowana przez ustawodawcę, który dopiero w drodze aktu wykonawczego nada przedstawicielom zawodu pielęgniarskiego stosowne upoważnienie.

Mając na uwadze powyższe rozważania oraz intencje ustawodawcy, stwierdzenie odnoszące się do zawodu pielęgniarskiego zawarte w przepisie art. 2 u.o.p.p. wskazujące, że jest to „wolny zawód medyczny”, można odczytać jako upoważnienie do samodzielnego decydowania przez te osoby o sposobie wykonywania zawodu w granicach określonych normą prawną⁴⁵⁸. Wskazana samodzielność nakłada na pielęgniarki i pielęgniarzy obowiązek analizowania, w kontekście zasadności, każdego swojego działania zawodowego, wobec czego osoby wykonujące zawód pielęgniarski nie mogą działać w sposób automatyczny, bez zastanowienia, nawet przy realizacji zlecenia lekarskiego⁴⁵⁹. Za każdym razem podejmując się wykonywania określonej procedury, muszą w ramach swoich kompetencji poddać ocenie pod kątem zasadności każde ze swoich działań i odpowiednio zareagować w przypadku błędu w decyzji i jego podjęciu lub sposobie realizacji⁴⁶⁰. M. Sadowska w powyższym kontekście przytoczyła w komentarzu do ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej zdanie D. Karkowskiej, która stoi na stanowisku, że zasada samodzielności stanowi dla osób wykonujących zawód pielęgniarski swojego rodzaju dyrektywę interpretacyjną, według której powinny one rozstrzygać, czy są kompetentne przy realizacji danej procedury do podjęcia decyzji⁴⁶¹. Omawiane stanowisko D. Karkowskiej uzupełniłbym o uwagę, że dotyczy to czynności, do których wskazane osoby są upoważnione przez odpowiednie akty prawne.

Podsumowując problematykę związaną z samodzielnością zawodu pielęgniarskiego, należy wskazać, że ma ona okrojony charakter, bowiem wykonywanie owego zawodu jest nierozłącznie związane ze współpracą z osobami wykonującymi zawód lekarza. Mimo, iż pielęgniarki i pielęgniarze są wedle zapisu ustawowego „wolnym zawodem medycznym”, to na ich pracę mają wpływ wydawane przez lekarzy zlecenia, co w głównej mierze determinuje wykonywanie przez nich pracy w oddziałach szpitalnych. Uważam, że zapis przepisu art. 2

⁴⁵⁸ M. Sadowska, W. Lis, *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 32.

⁴⁵⁹ Ibidem.

⁴⁶⁰ Zob. wyrok SR Gdańsk-Południe w Gdańsku z dnia 24 października 2017 r., II K 635/15, LEX nr 2447718.

⁴⁶¹ D. Karkowska, *Prawne przesłanki wykonywania zawodu pielęgniarki i konsekwencje ich niespełnienia*, Warszawa 2020, s. 112.

u.o.p.p. ma jedynie charakter symboliczny i nie należy go interpretować pod kątem innym niż wskazany w poprzednim akapicie. Można też poddać w wątpliwość sens samego istnienia art. 2 u.o.p.p., który – jak wskazałem w kontekście opinii PTPAiIO – doprowadza niekiedy do nadinterpretacji przepisów zawodowych.

2.6. Praktyczne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarskiego

Wykonywanie zawodu pielęgniarskiego w głównej mierze opiera się na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca tę kwestię uregulował w przepisie art. 4 u.o.z.p.p., bowiem zgodnie z jego treścią: „Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.”

W kontekście niniejszej rozprawy, odnosząc się do współpracy między zawodami medycznymi w Polsce, najważniejsze znaczenie będą miały punkty 4) oraz 5) przywołanego wyżej przepisu. Jedną z elementarnych czynności związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarskiego jest realizacja zleceń lekarskich. Zagadnienie to statuuje przepis art. 15 u.o.z.p.p. W jego świetle pielęgniarka i pielęgniarz wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej pacjenta. Historycznie przedstawiciele zawodu pielęgniarskiego mieli prawny nakaz wykonania zlecenia lekarskiego, a zgodnie z instrukcją nr 31/58 Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 1958 r. w sprawie zwalczania nielegalnych praktyk w dziedzinie opieki nad zdrowiem⁴⁶², podanie tabletki przeciwbólowej lub zmiana opatrunku bez zlecenia lekarza było wykonywaniem nielegalnej praktyki lekarskiej⁴⁶³.

⁴⁶² Instrukcja nr 31/58 Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 1958 r. w sprawie zwalczania nielegalnych praktyk w dziedzinie opieki nad zdrowiem (Dz. Urz. MZ z 1958 r. Nr 13, poz. 63).

⁴⁶³ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020, s. 284.

S. Olejnik stoi na stanowisku, że – odnosząc się do art. 58 KEL, który wskazuje, że:

„Lekarz powinien odnosić się należnym szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie lekarz ma prawo podejmowania decyzji związanych z prowadzonym przez niego leczeniem” – lekarz kluczową rolę w procesie leczenia, a więc nie ma obowiązku uzasadniania zleceń przekazywanych do wykonania⁴⁶⁴. Udzielenie odpowiedzi zaś na stawiane przez personel medyczny pytania odnoszące się do wydanego zlecenia S. Olejnik ujmuje nie w kategoriach obowiązku, ale życzliwości i szacunku dla osoby stawiające takie pytania⁴⁶⁵. Oczywiście pogląd reprezentowany przez przywołanego autora ma jedynie znaczenie historyczne, bowiem obecnie obowiązujące przepisy wprost dają kompetencje przedstawicielom zawodu pielęgniarstwa domagania się od lekarza uzasadnienia wydanego zlecenia lekarskiego⁴⁶⁶. Jest to o tyle istotne, że pielęgniarki i pielęgniarze nie tylko we współczesnej medycynie tworzą zespół terapeutyczny, ale także ponoszą odpowiedzialność za realizację zleceń lekarskich.

Niezwykle istotnym zagadnieniem jest zakres wykonywania zleceń lekarskich przez osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa. Nie można bowiem przyjąć założenia, że osoby te są zobowiązane czy nawet mają kompetencje do wykonania każdej czynności zleconej przez lekarza. Do wykonania danej procedury osoby te powinny być upoważnione przez ustawodawcę. W tym miejscu pojawia się poważny problem, ponieważ o ile ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej wskazuje *expressis verbis* w przepisie art. 12 ust. 2 u.o.z.p.p., że „Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego (...) niezgodnego z zakresem posiadanych kwalifikacji (...)”, o tyle nie istnieje katalog czynności, które osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa mogą wykonać na zlecenie lekarza. Oczywiście można użyć argumentu, że odpowiednią wiedzę i umiejętności osoby te nabywają w czasie trwania studiów pielęgniarstwa czy po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, kursów specjalistycznych, kursów kwalifikacyjnych i w tym kontekście mają odpowiednie kwalifikacje do wykonania danych procedur, jednak jest to – w moim przekonaniu – zbyt szeroka interpretacja. Zakres programowy wymienionych w zdaniu poprzednim form szkolenia podyplomowego jest na tyle obszerny i określony w sposób ogólnikowy, że nie daje pewności prawnej pielęgniarkom i pielęgniarzom, w kontekście kompetencji do wykonania danej czynności na zlecenie lekarskie. Jest to istotny

⁴⁶⁴ S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Warszawa 1995, s. 133.

⁴⁶⁵ Ibidem.

⁴⁶⁶ Artykuł 15 ust. 3 u.o.z.p.p.

błąd ustawodawcy i wymaga ustalenia czytelnych reguł interpretacyjnych, w formie katalogu przypisującego określone upoważnienia w zależności od posiadania danej specjalizacji.

Jak wspomniałem w poprzednim akapicie, osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa mają prawo odmowy pisemnego zlecenia lekarskiego, jednak ta sytuacja może mieć miejsce tylko w wyjątkowych okolicznościach. Ustawodawca w przepisie art. 12 u.o.z.p.p. niejako określił procedurę związaną z odmową wykonania zlecenia lekarskiego.

D. Karkowska w sposób wyczerpujący wyodrębniła pięć przypadków, w których pielęgniarki i pielęgniarze mają kompetencje do odmowy realizacji zlecenia lekarskiego⁴⁶⁷:

- 1) wstrzymanie się od realizacji zlecenia lekarskiego jest podyktowane pojawieniem się, po podjęciu decyzji przez lekarza, nowych okoliczności, które wymagają weryfikacji postępowania leczniczego. Jako przykład można wskazać podanie informacji przez pacjenta, że jest uczulony na dany lek, który został zlecony czy nagłe pogorszenie stanu zdrowia pacjenta wymagające zastosowania odmiennych niż zlecone pierwotnie procedur;
- 2) wykonanie zlecenia lekarskiego jest niezgodne z sumieniem osoby wykonującej zawód pielęgniarstwa, przy czym zgodnie z zastrzeżeniem wynikającym z art. 12 ust. 1 u.o.z.p.p. nie można skorzystać ze wskazanej kompetencji, jeśli zwłoka w udzieleniu świadczenia zdrowotnego mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych kwalifikacji, a wykonanie zlecenia bez szczególnych umiejętności mogłoby doprowadzić do uszczerbku na zdrowiu pacjenta;
- 4) osoba wykonująca zawód pielęgniarstwa zauważyła błąd w zleceniu lekarskim, którego realizacja może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta, np. lekarz zlecił podanie chlorku potasu bez rozcieńczenia, co może doprowadzić do hiperkaliemii, a w konsekwencji do zatrzymania krążenia u pacjenta. Ustawodawca nie przyznał wprost wskazanej kompetencji, jednak wydaje się, że wynika ona z ogólnych reguł wykonywania zawodu pielęgniarstwa zgodnie z zasadami należytej staranności;
- 5) odmowa wykonania zlecenia lekarskiego nie jest związana *sensu stricto* z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a zwłoka w udzieleniu pomocy nie powoduje stanu nagłego zagrożenia medycznego. Ze wskazanym przypadkiem można mieć do czynienia, gdy

⁴⁶⁷ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020, s. 292 i 293.

pacjent zachowuje się w stosunku do pielęgniarki albo pielęgniarza w sposób wulgarny czy wręcz agresywny.

Warto zadać pytanie: Czy mechanizmy prawne odpowiednio chronią personel pielęgniarski przed odpowiedzialnością prawną związaną z realizacją zlecenia lekarskiego? Jest to zagadnienie niezwykle skomplikowane, bowiem najistotniejszym elementem jest kwestia dowodowa. Ukończenie studiów pielęgniarskich czy nabycie wiedzy i umiejętności w trakcie szkolenia podyplomowego nie oznacza, że pielęgniarki i pielęgniarze będą potrafili ocenić np. podanie dawki leku zawartej w zleceniu, która nie jest zgodna z Charakterystyką Produktu Leczniczego – podanie *off-label* – i nawet jeśli się zwrócą do lekarza z wątpliwościami, a sami nie będą mieli odpowiedniej wiedzy i w rezultacie podadzą lek w dawce, która spowoduje uszczerbek na zdrowiu pacjenta, powstanie problem, kto powinien za to ponieść odpowiedzialność. Niezwykle trudno będzie dojść do prawdy, czy zlecenie było prawidłowe, a osoba wykonująca zawód pielęgniarski podała za dużą dawkę niż ta która była zlecona, czy może podała zleconą dawkę, która nie mieściła się w kryterium aktualnej wiedzy medycznej. Wydaje się, że prawo w omawianym zakresie jest bezsilne, bowiem tylko radykalne rozwiązania pozwoliłyby na wyeliminowanie potencjalnych błędów, jednocześnie mogąc prowadzić do paraliżu pracy oddziałów szpitalnych. Takim rozwiązaniem byłoby obligatoryjne przygotowywanie leków w monitorowanej sali; niewykluczone, że wraz z postępem technologii takie rozwiązanie można byłoby wdrożyć.

Zagadnienie wykonywania zleceń lekarskich przez personel pielęgniarski, mimo pewnych braków, takich jak zakres czynności, które mogą wykonać owe osoby zgodnie ze swoimi kwalifikacjami, nie budzi większych zastrzeżeń. Zupełnie inaczej prezentują się czynności, które może wykonywać wskazany personel bez zlecenia lekarskiego.

2.7. Problematyka kompetencji osób wykonujących zawód pielęgniarski do udzielania świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarza

Stały i dynamiczny rozwój nauk medycznych sprawił, że ewoluował także zakres kształcenia adeptów szkół pielęgniarskich. Można z całą stanowczością uznać, że osoby wykonujące zawód pielęgniarski są kadrą medyczną o wysokich kwalifikacjach. Ustawodawca w tym kontekście trafnie dostrzegł potrzebę przyznania nowych kompetencji pielęgniarkom i pielęgniarzom, dlatego uznał, że warto nie tylko odciążyc lekarzy, ale także usprawnić system opieki zdrowotnej. W związku z tym prawodawca upoważnił osoby wykonujące zawód

pielęgniarski do wykonywania określonych czynności bez zlecenia lekarskiego. Sam zamysł jest słuszny, jednak konstrukcja prawna rzeczonych kompetencji budzi poważne zastrzeżenia.

Zgodnie z treścią § 2 rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń:

„Pielęgniarka (...) może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej (...)”. Wskazać należy, że przepis ten jest skonstruowany w sposób ogólnikowy, bowiem ilość czynności wykonywanych w czasie trwania studiów pielęgniarskich jest na tyle duża, że nie jest pewny zakres procedur, które może wykonać personel pielęgniarski bez zlecenia lekarskiego po ukończeniu kształcenia. Z tego względu lepszą konstrukcją prawną miało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego⁴⁶⁸, bowiem w sposób niezwykle przejrzysty prezentowało kompetencje personelu pielęgniarskiego do udzielania świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarza. Jako przykład można wskazać uprawnienie pielęgniarek i pielęgniarzy do kaniulacji żył obwodowych czy płukanie pęcherza moczowego bez zlecenia lekarskiego. Oczywiście są to przykłady procedur, do których był upoważniony personel pielęgniarski nie mający dodatkowych kursów i specjalizacji wynikających z kształcenia podyplomowego.

Przechodząc do dalszej analizy rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń, warto zauważyć, że § 3 w odróżnieniu od § 2, wskazuje procedury, do których upoważnione są osoby wykonujące zawód pielęgniarski bez zlecenia lekarza, po spełnieniu dodatkowych kryteriów:

- 1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:
 - a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

⁴⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego ((Dz. U. z 2007 r. Nr 210, poz. 1540).

- b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- 2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:
- a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,
 - b) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,
 - c) wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
 - d) ocena i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiótczenia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 3) świadczeń leczniczych obejmujących:
- a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
 - b) doraźną modyfikację dawki leczniczej produktu leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych opieką paliatywną, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs

- kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
- c) przygotowanie pacjenta leczonego metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współudziału w prowadzonym leczeniu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
 - d) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
 - e) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Odnosząc się do powyżej przytoczonych kompetencji personelu pielęgniarstwa, należy zwrócić szczególną uwagę na te aspekty, które dla środowiska zawodowego są niezrozumiałe, a co za tym idzie ów personel nie korzysta ze wskazanych procedur, w obawie przed odpowiedzialnością karną i zawodową.

Pierwszym ze wskazanych wyżej upoważnień budzących zastrzeżenia środowiska pielęgniarstwa jest: „wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie”. Z przytoczonego zdania wynika, używając zasad logiki prawniczej, że ustawodawca posłużył się spójnikiem koniunkcji „i” oraz spójnikiem implikacji „jeżeli..., to...”, zatem zdanie jako negację dysjunkcji można zaprezentować, używając koniunkcji oraz równoważności – przy założeniu, że oba zdania są prawdziwe – w następujący sposób:

„Personel pielęgniarstwa jest upoważniony do wykonania standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego bez zlecenia lekarza oraz rozpoznania cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych, wtedy i tylko wtedy, gdy pacjent znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a osoba wykonująca zawód pielęgniarstwa ukończyła odpowiedni kurs w zakresie interpretacji zapisu EKG”. Oznacza to, że wszystkie zdania muszą

być prawdziwe; w tym względzie należy podkreślić, że kumulatywnie muszą się ziszczyć wszystkie przesłanki, aby wskazać, kiedy personel pielęgniarski może wykonać EKG i dokonać jego interpretacji bez zlecenia lekarskiego:

- 1) pacjent musi się znajdować w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 2) osoba wykonująca badanie EKG i interpretująca wyniki tego badania musi mieć ukończony kurs w tym zakresie.

Mając na uwadze powyższe rozważania oraz treść § 2 rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń, można przyjąć, że personel pielęgniarski może wykonać standardowe, spoczynkowe badanie elektrokardiograficzne bez zlecenia lekarskiego, mimo że nie ma odpowiedniego kursu, wtedy i tylko wtedy, gdy pacjent nie znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a osoba wykonująca badanie nie dokonuje jego interpretacji. Wskazana interpretacja ma nie tylko pokrycie w obowiązujących przepisach, ma również wymiar praktyczny, bowiem personel pielęgniarski, przygotowując pacjenta do zabiegu, może samodzielnie wykonać wydruk zapisu elektrokardiograficznego do analizy dla lekarza anestezjologa bez konieczności oczekiwania na odpowiednie zlecenie.

Drugą kompetencją wynikającą z § 3 pkt 2) lit. c) rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń osób wykonujących zawód pielęgniarski jest: wykonywanie bez zlecenia lekarskiego gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeśli osoba ta ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu. Poddając ten zapis analizie, należy zastanowić się, czy wykonanie gazometrii oznacza także jej interpretację; w moim przekonaniu tak nie jest. Sam zwrot „wykonanie” odnosi się do czynności fizycznej związanej z obsługą aparatu do gazometrii, której już w trakcie studiów uczą się przyszli absolwenci szkół pielęgniarskich. W tym kontekście – dla porównania można powrócić do problematyki procedury zapisu elektrokardiograficznego – prawodawca wskazał w nim dwie czynności: „wykonywanie zapisu elektrokardiograficznego oraz rozpoznanie stanów chorobowych”. Zatem ustawodawca odróżnił logicznie dwie czynności; w odniesieniu do pobierania krwi tętniczej należy *per analogiam* uznać, że osoby wykonujące zawód pielęgniarski posiadające odpowiednie kursy albo specjalizację mogą jedynie pobrać krew tętniczą z kaniuli i dokonać czynności technicznej wprowadzenia materiału biologicznego do analizatora, bez interpretacji wyniku. Wydaje się przy tym, że ustawodawca nie dostrzegł – konstruując analizowany przepis – realiów panujących na oddziałach szpitalnych, ponieważ personel pielęgniarski niezależnie

od posiadanych kwalifikacji nie tylko pobiera krew tętniczą z uprzednio założonej przez lekarza kaniuli, ale także wyniki te interpretuje, przekazując swoje wstępne spostrzeżenia lekarzowi, a także samodzielnie pobiera krew bezpośrednio z tętnicy czy zakłada kaniulę do naczynia tętniczego. Jest to powszechna praktyka, przyzwolona zarówno przez środowisko lekarskie, jak i pielęgniarskie, stając się tym samym *quasi* upoważnieniem wchodzącym w zakres pracy pielęgniarskiej. Z tego względu ustawodawca powinien tak skonstruować przepisy rozporządzenia, aby obecnie bez podstawy prawnej stosowana przez personel pielęgniarski praktyka była dozwolona, tym bardziej biorąc pod uwagę fakt, że to pielęgniarki i pielęgniarze mają *ipso facto* doświadczenie w zakładaniu wszelkiego rodzaju kaniul, niż lekarze.

Trzecią kompetencją personelu pielęgniarskiego budzącą moje wątpliwości jest:

„wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu”. Nie odnoszę się w tym zakresie do umiejętności samej czynności intubacji personelu, a do kwestii *stricte* medycznych procedury. Intubacja jest czynnością niezwykle bolesną, do której wykonania potrzebne jest znieczulenie ogólne⁴⁶⁹. Pojęcie „znieczulenia ogólnego” oznacza całkowitą i odwracalną utratę świadomości wywołaną wprowadzeniem anestetyków wziewnych lub dożylnych⁴⁷⁰, które powodują: amnezję (niepamięć), analgezję (zniesienie bólu), hipnozę (sen) oraz zahamowanie odruchów rdzeniowych, tzw. stan tolerancji chirurgicznej. Zgodnie z tym należy podać odpowiednio, w celu: wywołania amnezji i hipnozy – leki z grupy barbituranów, Etomidat albo Propofol; zniesienia bólu – leki z grupy opioidów np. Fentanyl; zniesienia odruchów rdzeniowych – lek zwiotczający mięśnie poprzecznie prążkowane np. bromek rokuronium. Wskazanych w zdaniu poprzednim leków personel pielęgniarski nie ma prawa podać samodzielnie bez zlecenia lekarza, a na zlecenie tylko w przypadku posiadania odpowiednich kwalifikacji – ukończony kurs kwalifikacyjny albo specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii albo kurs specjalistyczny z zakresu procedury intubacji dotchawiczej. Zatem upoważnienie przyznane przez ustawodawcę jest nieprawidłowo skonstruowane, bowiem w sytuacji stanu zagrożenia życia pacjenta, wymagającego szybkiej intubacji, personel pielęgniarski nie będzie mógł, w świetle obowiązujących przepisów,

⁴⁶⁹ M. Weinert, *Crash Course. Anestezjologia*, Munchen 2007, s. 29.

⁴⁷⁰ *Ibidem*, s. 13.

procedury tej wykonać *lege artis*, bez spowodowania z wysokim prawdopodobieństwem dodatkowego uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

W kontekście powyższych rozważań naturalnie pojawia się wątpliwość związana z kontratypem stanu wyższej konieczności, wskazanym w art. 26 k.k.⁴⁷¹, w związku z art. 12 ust. 1 u.o.z.p.p., który wskazuje, że: „Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.”; w odniesieniu do odpowiedzialności karnej, jak i zawodowej, członków samorządu pielęgniarskiego.

Na gruncie prawa karnego, w związku z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej, dochodzi do kolizji norm prawnych, bowiem z jednej strony art. 26 k.k. wyłącza odpowiedzialność karną albo ją znacznie łagodzi, z drugiej strony ustawa zawodowa nakazuje działanie zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi, odnosząc się do kompetencji personelu pielęgniarskiego do wykonywania intubacji bez możliwości użycia odpowiednich leków. Sprzeczność ta o charakterze formalnym – logicznym i przeciwieństw logicznych – stwarza bardzo ważne problemy interpretacyjne, wymaga zatem sięgnięcia po reguły kolizyjne, co nie najlepiej świadczy o działalności prawodawczej⁴⁷². Omawianą problematykę należy analizować pod kątem następującej sprzeczności logicznej: adresatowi A (pielęgniarka albo pielęgniarz) norma N¹ (art. 26 k.k. dozwala działanie w stanie wyżej konieczności, wyłączając karalność) w warunkach określonych przez hipotezę tej normy dozwala czynić, co norma N² (art. 12 ust. 1 *a contrario* zakazuje działania niezgodnego z kwalifikacjami personelu pielęgniarskiego), w tych samych warunkach, temu samemu adresatowi zakazuje czynić. Wskazany przykład nie odzwierciedla sytuacji prawnej poruszanego zagadnienia w pełni, bowiem kwestia ta jest jeszcze bardziej skomplikowana – co prawda akt wykonawczy upoważnia do wykonania intubacji w stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia, jednak nie dozwala stosowania odpowiednich leków koniecznych do przeprowadzenia procedury zgodnie ze sztuką.

Przechodząc do kwestii zastosowania odpowiedniej reguły kolizyjnej, w tym przypadku – moim zdaniem – słuszne jest zastosowanie reguły porządku treściowego, a więc norma

⁴⁷¹ Artykuł 26 k.k.: „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”.

⁴⁷² T. Chauvin, T. Stawecki, P. Winczorek, *Zasada niesprzeczności systemu prawa* [w:] *Wstęp do prawoznawstwa*, Warszawa 2016, s. 145.

szczególna uchyla normę ogólną – *lex specialis derogat legi generali*. W tym konkretnym przypadku ową normą szczególną będzie art. 26 k.k., ponieważ zdrowie i życie jest dobrem najwyższym człowieka, a wykonanie intubacji w wielu stanach chorobowych uchyla bezpośrednio niebezpieczeństwo, przy czym w medycynie niebezpieczeństwa w konkretnych przypadkach nie można w inny sposób uchylić, aniżeli zastosować intubację dotchawiczą. Oczywiście podanie odpowiednich leków przez pielęgniarkę czy pielęgniarza, przy intubacji w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego przy użyciu leków, będzie w moim przekonaniu spełniało przesłanki art. 26 k.k., uchylając normę wynikającą z art. 12 ust. 1 u.o.z.p.p.

Analizowana powyżej problematyka poza sprzecznościami natury formalnej jest obciążona także inną wadą, a mianowicie tzw. niezgodnością prakseologiczną. Polega ona na tym, że zachowanie zgodne z jedną normą unicestwia całkowicie albo w części skutek zachowania zgodnego z drugą normą. Są one dla systemu prawa wyjątkowo szkodliwe, ponieważ odnoszą się do jego efektywności⁴⁷³. Normy niezgodne prakseologicznie ujawniają się dopiero w momencie wywołania określonych skutków prawnych i choć problem dotyczący upoważnienia do wykonania intubacji, jednocześnie pomijając kwestie związane z kompetencją do podania odpowiednich leków, tę niezgodność na dzień dzisiejszy uwidacznia tylko w teorii, to niewykluczone, że wraz z postępem prawa medycznego, a co za tym idzie zwiększającą się świadomością personelu medycznego i pacjentów, ten problem znajdzie we wskazanym zakresie odzwierciedlenie.

Na gruncie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy, wskazać należy, że zgodnie z treścią art. 36 ust. 1 u.o.z.p.p., członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu (przewinienie zawodowe). Przy czym postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie. Może jednak być ono zawieszane do czasu ukończenia postępowania karnego w sprawie o przestępstwo lub postępowania w sprawie o wykroczenie⁴⁷⁴.

⁴⁷³ Ibidem.

⁴⁷⁴ Artykuł 37 u.o.z.p.p.

Warto przypomnieć, że przepisy prawne regulujące wykonywanie zawodu pielęgniarstwa znajdują się m. in. w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawie o działalności leczniczej, ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁴⁷⁵ i innych szczegółowo określających normy zawodowe aktach prawnych.

W omawianym kontekście, można uznać za przewinienie zawodowe użycie przez personel pielęgniarstwa leków niezbędnych do przeprowadzenia intubacji bez zlecenia lekarza, ponieważ zgodnie z art. 12 ust. 1 u.o.z.p.p. pomoc udzielana w nagłym pogorszeniu zdrowia pacjenta musi być zgodna z kwalifikacjami. Ponadto Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej⁴⁷⁶ w części szczegółowej wskazuje, że:

„Pielęgniarka (...) pełniąc rolę zawodową, zobowiązana jest do udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia”. Wspomniany zapis z KEPP jest uszczegółowiony przez art. 12 ust. 1 u.o.z.p.p., który zawęża granice udzielania pomocy tylko do czynności zgodnych z kwalifikacjami. Jest to oczywista nierzetelność ustawodawcy, stworzył on bowiem system, który naraża przedstawicieli zawodu pielęgniarstwa na poważne dylematy dotyczące podejmowania odpowiednich czynności ratunkowych, tak aby nie ponieść konsekwencji natury karnej i zawodowej. Taka sytuacja ma jednak zdecydowanie negatywny wpływ na jakość opieki, przez co najbardziej pokrzywdzonym w tej sytuacji jest pacjent.

Kolejna kwestia wymagająca poruszenia odnosi się do kompetencji pielęgniarek i pielęgniarzy systemu wskazanych w rozporządzeniu w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń.

Ustawodawca zdefiniował pojęcie „pielęgniarki” i „pielęgniarskiego systemu” w art. 3 pkt 6) ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁴⁷⁷ w następujący sposób: „pielęgniarka systemu - pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym”.

⁴⁷⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685, z późn. zm.).

⁴⁷⁶ Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej uchwalony na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 r., dalej zwany: „KEPP”.

⁴⁷⁷ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720 z późn. zm.), dalej zwana: „u.p.r.m.”.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń pielęgniarz i pielęgniarka systemu są upoważnieni do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

- 1) ocenę stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - a) rurki ustno-gardłowej,
 - b) rurki nosowo-gardłowej,
 - c) przyrządów nadgłośniowych,
 - d) konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 6) odsysanie dróg oddechowych;
- 7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomaganie oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;
- 8) wykonywanie intubacji dotchawiczej lub prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 9) wykonywanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;
- 10) wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej;
- 11) wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 12) wykonywanie kardiowersji w tachyarytmiiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 13) wykonywanie i ocena zapisu EKG;
- 14) monitorowanie czynności układu oddechowego;
- 15) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;
- 16) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;

- 17) wykonywanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 18) podawanie produktów leczniczych drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszpikową (w przypadku podawania produktów leczniczych drogą doszpikową, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu);
- 19) odbarczenie odmy przeźnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 20) oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu;
- 21) opatrywanie ran;
- 22) tamowanie krwawień zewnętrznych;
- 23) unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;
- 24) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;
- 25) przyjęcie porodu;
- 26) wykonywanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;
- 27) przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu;
- 28) wykonywanie pomiaru temperatury głębokiej;
- 29) podawanie pacjentowi produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 30) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Pielęgniarki i pielęgniarze systemu mają także kompetencję do podawania bez zlecenia lekarskiego w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych następujących leków⁴⁷⁸:

⁴⁷⁸ Załącznik nr 1. do u.p.r.m. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych.

Tabela 5. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych

Lp	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Adenosinum (Adenozyna)	roztwór do wstrzykiwań
3	Amiodaroni hydrochloridum (Amiodaronu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
4	Atropini sulfas (Atropiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Isosorbidi mononitras (Izosorbidu monoazotan)	tabletki
6	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
7	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
8	Clemastinum (Klemastyna)	roztwór do wstrzykiwań
9	Clonazepamum (Klonazepam)	roztwór do wstrzykiwań
10	Clopidogrelum (Klopidogrel) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
11	Dexamethasoni phosphas (Deksametazonu fosforan)	roztwór do wstrzykiwań
12	Diazepamum (Diazepam)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka doodbytnicza
13	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań

14	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
15	Fentanylum (Fentanyl)	roztwór do wstrzykiwań
16	Flumazenilum (Flumazenil)	roztwór do wstrzykiwań
17	Furosemidum (Furosemid)	roztwór do wstrzykiwań
18	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
19	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
20	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
21	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
22	Heparinum natricum (Heparyna sodowa)	roztwór do wstrzykiwań
23	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań
24	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
26	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań, żel
28	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
29	Mannitolum - 15% (Mannitol - 15%)	roztwór do wlewu dożylnego
30	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	roztwór do

		wstrzykiwań
31	Metoclopramidum (Metoklopramid)	roztwór do wstrzykiwań
32	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	roztwór do wstrzykiwań
33	Midazolamum (Midazolam)	roztwór do wstrzykiwań
34	Morphini sulfas (Morfiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
35	Naloxoni hydrochloridum (Naloksonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
36	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
37	Natrii hydrogenocarbonas 8,4% (Sodu wodorowęglan 8,4%)	roztwór do wstrzykiwań
38	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
39	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
41	Płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana)	roztwór do wlewu dożylnego
42	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do wstrzykiwań, roztwór do nebulizacji
43	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
44	Thiethylperazinum (Tietylperazyne)	czopki, roztwór do wstrzykiwań

45	Ticagrelor (Tikagrelor) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
47	Urapidilum (Urapidyl)	roztwór do wstrzykiwań

Źródło: Załącznik nr 1 do u.p.r.m. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych.

Kompetencje pielęgniarki i pielęgniarza systemu wskazane wyżej są niezwykle rozbudowane, co oczywiście zasługuje na aprobatę, jednak warto zwrócić uwagę na pewne uchybienie, a mianowicie zakres omawianych czynności jest zawężony jedynie do medycznych czynności ratunkowych.

Medyczne czynności ratunkowe są zdefiniowane w art. 3 pkt 4) u.p.r.m. jako świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2) u.p.r.m., w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednostka systemu we wskazanym kontekście oznacza zespoły ratownictwa medycznego.

Zawężenie wskazanych wyżej kompetencji pielęgniarek i pielęgniarzy systemu jedynie do zespołów ratownictwa medycznego jest poważnym uchybieniem ustawodawcy, bowiem jednostką systemu w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest także szpitalny oddział ratunkowy⁴⁷⁹, który w porównaniu do innych oddziałów szpitalnych charakteryzuje się dużą nieprzewidywalnością oraz obłożeniem pacjentami. Z tego punktu widzenia tak istotne byłoby upoważnienie pielęgniarek i pielęgniarzy systemu do czynności, które mogą wykonywać w zespołach ratownictwa medycznego również w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Aby zobrazować tę problematykę, można posłużyć się następującym przykładem: do szpitalnego oddziału ratunkowego zgłasza się 30-letni mężczyzna z uczuciem kołatania w klatce piersiowej, po segregacji medycznej jest skierowany do sali obserwacyjnej, w celu dalszej diagnostyki i leczenia. Mężczyzna zostaje podłączony do kardiomonitora, który w czasie rzeczywistym prowadzi zapis elektrokardiograficzny 4-odprowadzeniowy, pomiar ciśnienia tętniczego co 5. min. oraz nasycenie tlenem hemoglobiny (saturacja). W tym samym

⁴⁷⁹ Artykuł 32 ust. 1 pkt 1) u.p.r.m.

czasie do szpitalnego oddziału ratunkowego trafia osoba z nagłym zatrzymaniem krążenia, jest przewieziona do sali reanimacyjnej. Na oddziale ratunkowym zostają dwie pielęgniarki systemu – bez lekarza – niezaangażowane w reanimację pacjenta z nagłym zatrzymaniem krążenia. W pewnej chwili jedna z nich zauważa na kardiomonitorze 30-letniego mężczyzny zapis odpowiadający tachykardii niestabilnej hemodynamicznie – ze spadkiem ciśnienia tętniczego do 90/60 mmHg. Zakładając, że ma kompetencje pielęgniarki systemu odpowiadającym tym, które może wykonać w zespole ratownictwa medycznego, wdroży następujące działania: zastosuje analgo-sedację pacjenta (midazolam z fentanylem) i wykona kardiowersję elektryczną, w celu przywrócenia odpowiedniego rytmu mięśnia sercowego. Po 3. nieudanych próbach poda pacjentowi dożylnie *amiodaroni hydrochloridum* w dawce 300 mg i wykona kolejną próbę kardiowersji. Bez wskazanych kompetencji pielęgniarka systemu w szpitalnym oddziale ratunkowym zgodnie ze sztuką powinna powiadomić lekarza i czekać na jego przybycie oraz zlecenie odpowiedniego działania.

Omawiane powyżej zdarzenie, kiedy lekarz nie jest w szpitalnym oddziale ratunkowym dostępny natychmiast, w sytuacjach tego wymagających, jest zjawiskiem powszechnym, co przy braku odpowiednich kompetencji pielęgniarek i pielęgniarzy systemu stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Nie można w codziennej pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz na innych oddziałach szpitalnych posiłkować się kontratypem stanu wyższej konieczności wynikającym z art. 26 k.k. Świadczy to o poważnych uchybieniu ze strony ustawodawcy w konstruowaniu aktu prawnego, bowiem w obecnej formie nie zapewnia on bezpieczeństwa ani personelowi medycznemu, ani pacjentom. Możliwe rozwiązania wskazanej sytuacji przedstawię w rozdziale poświęconym współpracy między zawodami medycznymi.

Analiza rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń, jego projektu i procesu legislacyjnego, a także zbioru wszystkich aktów prawnych odnoszących się do wykonywania zawodu pielęgniarskiego prowadzi do przekonania, iż same organy administracji publicznej odpowiedzialne za tworzenie oraz opiniowanie przepisów do ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej nie tylko gubią się w „bałaganie legislacyjnym”, ale także, co jest niezwykle niepokojącym zjawiskiem, nie odróżniają pojęć swoistych dla teorii prawa, używając zamiennie wyrazów w tym samym kontekście zupełnie od siebie różnych pod względem znaczeniowym.

W projekcie z dnia 16 lipca 2016 r. dotyczącym rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych

i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego⁴⁸⁰ pierwotnie zamieszczono w przepisie § 2 pkt 5) upoważnienie pielęgniarki i pielęgniarza do zlecania opiekunom medycznym realizację świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, zgodnych z zakresem ich kompetencji. Jak słusznie zauważył R. Brochocki – wiceprezes Rządowego Centrum Legislacji – omawiany przepis:

„(...) nasuwa wątpliwości co do zgodności z upoważnieniem ustawowym. Zgodnie z art. 6 pkt 1) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej minister właściwy do spraw zdrowia określa rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Wskazana wyżej kompetencja nie mieści się w zakresie wymienionym w powyższym upoważnieniu. Niezależnie od powyższego należy także zauważyć, że przyznanie pielęgniarkom uprawnienia do zlecania osobom wykonującym inne zawody medyczne realizacji świadczeń zdrowotnych wymagałoby najpierw stosownego rozstrzygnięcia ustawodawcy”. Dodać do wskazanego w zdaniu poprzednim stanowiska należy, że do dnia dzisiejszego prawodawca nie wprowadził przepisów regulujących wykonywanie zawodu opiekuna medycznego, tym samym nie można mówić o kompetencjach do wykonywania danych czynności przez osoby wykonujące ten zawód.

Kolejnym błędnym stwierdzeniem w uzasadnieniu omawianego projektu, który świadczy o niewiedzy w zakresie kompetencji ratownika medycznego i pielęgniarki systemu, jest to, że:

„Ratownik medyczny i pielęgniarka systemu posiadają równorzędne uprawnienia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych wyłącznie w ramach systemu ratownictwa medycznego – jest to obszar, gdzie ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu mają jednakowe zakresy czynności ratunkowych i mogą się nawzajem zastępować”. Nie jest to prawdą, ponieważ jednym z ważniejszych upoważnień ustawowych przyznanych ratownikom medycznym, jest zgodnie z art. 11 ust. 10 u.p.r.m odstępianie od medycznych czynności ratunkowych: „Ratownik medyczny może, po dokonaniu oceny stanu pacjenta, nie podejmować lub odstąpić od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Ratownik medyczny uzasadnia i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyczyny niepodjęcia lub odstąpienia od medycznych czynności

⁴⁸⁰ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12287657/katalog/12367115#12367115> (dostęp: 7 lutego 2022 r.)

ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych.” Wskazana kompetencja – co jest niezrozumiałe – nie odnosi się do pielęgniarek i pielęgniarzy systemu, którzy także pełnią rolę kierowników zespołów ratownictwa medycznego. Oznacza to, że osoby wykonujące zawód pielęgniarki bądź pielęgniarza systemu, będąc jednocześnie kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, nie mogą legalnie odstąpić od wykonywania medycznych czynności ratunkowych, a jeśli to zrobią, mówić można o naruszeniu kompetencji. Wskazane zagadnienie poddaje w wątpliwość skrupulatnego opracowywania aktów prawnych przez organy administracji publicznej.

Przechodząc do ostatniej kwestii związanej z legislacją, w zakresie aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarskiego, wskazać warto na niespójność używanych przez ustawodawcę zwrotów, takich jak: „kompetencje”, „upoważnienie”, „uprawnienie” czy „kwalifikacje”. Każde z nich bowiem, oprócz „kompetencji” i „upoważnienia”, które są bliskoznaczne.

O pojęciu „uprawnienia” można mówić, gdy dane sytuacje prawne powstają ze względu na normy, które nakazują jakiemuś podmiotowi A zachowanie „na rzecz” innego podmiotu B. Wskazane normy wyznaczają zawsze sytuacje prawne dwóch różnych podmiotów, a mianowicie: podmiotowi A wyznaczają obowiązek bądź upoważnienie do określonego zachowania „na rzecz” podmiotu B, zatem podmiotowi B wyznaczają sytuację, którą określamy jako „uprawnienie”⁴⁸¹. Taka sytuacja powstaje właśnie ze względu na to, że podmiotowi A przysługuje kompetencja do danego zachowania względem B, np. pielęgniarka ma prawo podać dany lek pacjentowi bez zlecenia lekarskiego, a pacjent jest uprawniony do tego, żeby takiej procedury odmówić. Jest to typowa sytuacja prawna wyznaczana przez normy prawa cywilnego, w której uprawnienie połączone jest z wolnością przyjęcia świadczenia – sytuacja ta jest swoistym połączeniem uprawnienia i wolności dwustronnej (indyferencji)⁴⁸².

Normy kompetencyjne to szczególnego rodzaju sytuacje prawne. Ze względu na normy tego rodzaju powstaje dla określonego podmiotu „kompetencja”, a więc „możliwość prawna” (upoważnienie) do dokonywania jakiejś czynności konwencjonalnej, z takim skutkiem prawnym, że przez jej dokonanie powstanie albo zaktualizuje się obowiązek określonego zachowania się podmiotów podlegających danej kompetencji, czyli adresatów normy kompetencyjnej. Norma kompetencyjna wyznacza zatem także sytuacje prawne dwóch

⁴⁸¹ S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *Zarys teorii prawa*, Poznań 2001, s. 103.

⁴⁸² *Ibidem*, s. 103 i n.

podmiotów – uzyskującego kompetencje i adresata normy kompetencyjnej. Zachowanie wyznaczone w normie kompetencyjnej podmiotom podlegającym danej kompetencji może być zachowaniem odnoszącym się do podmiotów, którym ta kompetencja służy. Jako przykład na gruncie prawa medycznego można wskazać następującą sytuację: pielęgniarz ma kompetencję do założenia wkłucia dożylnego pacjentowi, natomiast pacjent jest upoważniony do tego, aby zdecydować, czy zgadza się na jego założenie, czy też nie wyrazić zgody.

Oba powyżej przytoczone pojęcia „uprawnienia” i „kompetencji” (upoważnienia) odnoszą się bezpośrednio do zwrotu „ma prawo”, które oznacza, że jakiś podmiot może być „uprawniony do...” albo „mieć kompetencje do...”. W przypadku prawa w sensie „uprawnienia” podmiotu B do świadczenia ze strony podmiotu A, przedmiotem „praw” tego podmiotu ze względu na normę są czyny podmiotu A nakazane albo zakazane przez tę normę, a odnoszące się do spraw podmiotu B jako recipienta świadczenia dokonywanego przez podmiot A. Natomiast odnosząc się do prawa rozumianego jako „kompetencja” podmiotu B wobec podmiotu A, przedmiotem prawa podmiotu B ze względu na rozważaną normę kompetencyjną są czynności konwencjonalne tego właśnie podmiotu, w następstwie których rozważana norma znajduje zastosowanie, w wyniku czego aktualizuje się obowiązek określonego zachowania podmiotu A jako podległego tej kompetencji. Podmiot, któremu przysługuje „prawo” (w jednym z wymienionych znaczeń), ma zatem albo obowiązek uczynić z tego prawa użytek, albo jest to dla niego, ze względu na normy danego systemu, indyferentne, ponieważ może być tak, że⁴⁸³:

- 1) każde zachowanie „mającego prawo”, należące do sfery objętej jego wolnością, jest na gruncie oceny prawodawcy tak samo cenne: tak samo cenne jest dokonanie pewnej czynności, jak i powstrzymanie się od jej dokonania;
- 2) czynienie użytku ze swojego prawa może wprawdzie nie być ani nakazane, ani zakazane, ale w systemie prawnym obowiązują normy „zachęcające” podmiot „mający prawo” do czynienia z tego prawa użytku – jest to główne założenie rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń.

⁴⁸³ Ibidem, s. 104 i n.

Przechodząc do pojęcia „kwalifikacji”, wskazać należy, że oznacza ono: „wyszkolenie potrzebne do wykonywania zawodu, jakichś czynności”, ma zatem szeroki zakres pojęciowy, a zatem nie zależy do wyrazów, które wprost przyznają daną kompetencję.

Jak wynika z powyższych rozważań teoretycznoprawnych, używane przez ustawodawcę pojęcia mają odmienne znaczenie i nie powinny być stosowane jako synonimy. Jest to jeden z ważnych elementów, których respektowanie sprawiłoby, że przepisy odnoszące się do kompetencji personelu pielęgniarskiego stałyby się przejrzystsze, jednoznaczne.

Drugim istotnym, jak nie najważniejszym, elementem koniecznym do usystematyzowania przepisów odnoszących się do wykonywania zawodu pielęgniarskiego jest zbadanie pod kątem poprawności wszystkich upoważnień zawodowych i ewentualne ich rozszerzenie w formie przejrzystego katalogu oraz utworzenie zakresu czynności, które mogą być wykonane na zlecenie lekarskie.

W moim przekonaniu tylko wskazane rozwiązania sprawią, że personel pielęgniarski będzie wykonywał prawidłowo swoje zawodowe powinności, z większą odwagą skorzysta z przysługujących mu kompetencji do realizacji danych świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarskiego, a pacjenci zauważą poprawę jakości w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce.

3. Zawód ratownika medycznego

3.1. Ratownik medyczny jako zawód zaufania publicznego

Zawód zaufania publicznego nieodzownie wiąże się ze statusem osób wykonujących zawód, którym ustawodawca przyznaje szczególną pozycję w systemie prawa, a tym samym prestiż publiczny⁴⁸⁴. Pojęcie „zawodu zaufania publicznego” określone jest w sposób ogólny, w powiązaniu z prawem do tworzenia samorządów zawodowych w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, w następujący sposób: „W drodze ustawy można tworzyć samorzady zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.”

⁴⁸⁴ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r.*, Warszawa 2000, s. 30.

W polskiej literaturze traktującej o problematyce zawodu zaufania publicznego można wyróżnić kilka, relatywnie niezależnych modeli definicyjnych wskazanego pojęcia⁴⁸⁵.

Pierwszy model definiowania zawodów zaufania publicznego wskazuje na bezpośrednie decyzje prawodawcy, bowiem mianem desygnatów opisywanej nazwy określić można tylko i wyłączenie te zawody, które wprost określa w ten sposób ustawa lub inny akt prawny. W tym kontekście można wskazać na obligatoryjny element nadawania przez ustawodawcę miana „zawodów zaufania publicznego” niektórym profesjom. Wskazać należy, że omawiany model zakłada, że kategoria „zaufania publicznego” nie jest obiektywnie weryfikowalną instytucją prawną, lecz pełni jedynie rolę szczególnej kategorii legislacyjnej, a jej zastosowanie wpływa na właściwą interpretację odpowiednich regulacji prawnych⁴⁸⁶. Prezentowany sposób rozumienia pojęcia „zawodu zaufania publicznego” znajduje oparcie w orzecznictwie Sądu Najwyższego, który w wyroku z dnia 29 maja 2001 r., sygn. I CKN 1217/98, wskazał, iż:

„(...) samorząd adwokacki jest samorządem reprezentującym osoby wykonujące zawód zaufania publicznego w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji. W ocenie Sądu Najwyższego status taki może nadawać samorządowi zawodowemu tylko ustawa, jak to ma miejsce w przypadku samorządu notariuszy (...)”⁴⁸⁷.

Drugi model definiujący pojęcie „zawodu zaufania publicznego” nawiązuje do idei samorządności⁴⁸⁸. Według jego założeń mianem tym można określić tylko te zawody, które mają własny samorząd zawodowy⁴⁸⁹, co wynika z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym korporacje zawodowe mogą rzekomo być utworzone jedynie dla tej szczególnej grupy profesji⁴⁹⁰.

Pogląd ten aprobuje wielu przedstawicieli nauk prawnych, dla których to właśnie samorządność zawodowa stanowi istotny wyróżnik wskazujący, czy dana profesja spełnia kryterium pozwalające zaliczyć ją w poczet zawodów zaufania publicznego. Omawiany model konsekwentnie przyjmuje założenie, iż to kwestia wykonywania zawodu w ramach samorządu

⁴⁸⁵ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 108.

⁴⁸⁶ Ibidem., s. 111.

⁴⁸⁷ Wyrok SN z dnia 29 maja 2001 r., sygn. I CKN 1217/98.

⁴⁸⁸ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 112.

⁴⁸⁹ J. Sobczak, *Korporacje prawnicze – potrzeba czy iluzja?* [w:] *Zawody prawnicze*, Toruń 2010, s. 102.

⁴⁹⁰ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 112.

zawodowego jest cechą kwalifikującą go jako zawód zaufania publicznego⁴⁹¹. Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego zdaje się popierać słuszność tego modelu:

„(...) od decyzji ustawodawcy zależy nadanie danemu zawodowi prawniczemu w drodze ustawy statusu zawodu zaufania publicznego i wykreowanie samorządu tego zawodu”⁴⁹².

Trzeci model opiera się na założeniu, że elementem niezbędnym zawodu zaufania publicznego jest idea misji publicznej⁴⁹³. Zakłada on, że nazwą tą można określić wyłącznie profesje, które za istotę wykonywania zawodu przyjmują ochronę interesu publicznego, stawiając ją ponad kwestie zarobkowe. Innymi słowy, interes zawodowy można utożsamiać z koniecznością służenia ogółowi poprzez realizację pewnych szczególnych funkcji lub zadań publicznych⁴⁹⁴. Wspólnym mianownikiem pozostaje ogólne założenie o nierozłącznym związku zawodów zaufania publicznego i ochrony interesu publicznego, co jest zasadniczą cechą wyróżniającą tę kategorię⁴⁹⁵.

Czwarty sposób postrzegania pojęcia „zawodów zaufania publicznego” wskazuje na ideę reglamentacji⁴⁹⁶. Zgodnie z tym założeniem nazwa ta obejmuje tylko takie zawody, których wykonywanie jest powiązane z istnieniem określonych wymagań sankcjonowanych przez prawo. Wymagania te utożsamia się z powinnością posiadania szczególnych kwalifikacji merytorycznych lub postaw etyczno-moralnych. Omawiany model przyjmuje założenie, wedle którego mianem zawodu zaufania publicznego są tylko te zawody:

„przy wykonywaniu których wymaga się zarówno wysokich kwalifikacji profesjonalnych, jak i nieskazitelnego charakteru (...)”⁴⁹⁷.

Ostatni – piąty z omawianych modeli postrzegania istoty zawodów zaufania publicznego – łączy status tego typu profesji z charakterem informacji pozyskiwanych w toku ich wykonywania.

P. Sarnecki wskazywał, iż nazwa „zawód zaufania publicznego” to:

⁴⁹¹ Ibidem.

⁴⁹² Wyrok TK z dnia 7 marca 2012 r., sygn. K 3/10, OTK-A 2012, nr 3, poz. 25.

⁴⁹³ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 115.

⁴⁹⁴ Ibidem.

⁴⁹⁵ W. J. Wołpiuk, *Zawód zaufania publicznego z perspektywy prawa konstytucyjnego* [w]: *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, Warszawa 2002, s. 22.

⁴⁹⁶ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 116.

⁴⁹⁷ Ibidem.

„(...) zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi”⁴⁹⁸.

K. Dąbrowski, analizując stanowisko P. Sarneckiego, słusznie wskazał, że ów autor zakładał zaciąganie zobowiązania do zachowania tajemnicy zawodowej przez osoby wykonujące zawód zaufania publicznego przez wkraczanie w sferę prywatności swoich klientów. A powszechna wiara tych ostatnich w jej dochowanie przez przedstawicieli danej profesji wydaje się być źródłem przypisywanego im zaufania publicznego.

W tym miejscu należy zadać pytanie: Czy zawód ratownika medycznego można przyporządkować do któregośkolwiek z wymienionych powyżej modeli zawodu zaufania publicznego? W moim przekonaniu odpowiedź jest zarazem twierdząca i przecząca, co oznacza, że jest ona fałszywa, bowiem odpowiedź na to pytanie powinna być jednoznaczna. Zatem: Czy oznacza to, że zawód ratownika medycznego nie jest zawodem zaufania publicznego, czy też – wręcz przeciwnie – jest zawodem zaufania publicznego? Odpowiedź na to pytanie, które z przywołanych wyżej modeli można uznać za poprawnie sformułowane, wymaga odniesienia się do treści przepisu art. 17 Konstytucji RP.

Wskazany powyżej przepis sugeruje fakultatywność istnienia samorządów zawodowych, ustawodawca nie bez powodu posłużył się w tym przypadku zwrotem „można tworzyć”, który wskazuje jedynie na kompetencję prawodawcy, pozostawiając mu swobodę czynienia z niej użytku⁴⁹⁹. Tym samym Konstytucja nie stawia warunku, aby każdy zawód zaufania publicznego posiadał samorząd zawodowy. Ustawodawca nie obdarza obligatoryjnie profesji, dla których tworzy samorzady zawodowe, szczególnym poziomem zaufania, a jedynie kreuje lub przedłuża funkcjonowanie pewnego aparatu pomocniczego – korporacji zawodowej – ułatwiając w ten sposób realizację przez samorzady przypisanych im zadań publicznych.

Kolejnym elementem wymagającym analizy – w kontekście odpowiedzi na pytanie: Czy zawód ratownika medycznego spełnia przesłanki zawodu zaufania publicznego? – jest „zaufanie” do danych profesji, które ma charakter abstrakcyjny. Jest ono wiązane nie tyle ze stosunkiem wobec konkretnych jednostek, ale przede wszystkim z rodzajem więzi wobec pewnego

⁴⁹⁸ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 120, cyt. za: P. Sarnecki, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie adwokatury* [w:] *Konstytucja. Wybory. Parlament*, Warszawa 2000, s. 155.

⁴⁹⁹ *Ibidem*, s. 113.

wyobrażenia o określonym modelu wykonywania niektórych zawodów⁵⁰⁰. Dlatego też nie może być ono odnoszone do relacji rzeczywiście istniejącej w stosunku do indywidualnych wykonawców danego zawodu, których zachowanie może być niekiedy oceniane negatywnie, lecz powinno łączyć się je z generalną oceną ogółu osób świadczących dane usługi⁵⁰¹. Nie można przy tym pominąć faktu, że wiedza o wykonywaniu określonych zawodów *lege artis* jest niejednokrotnie zdobywana na skutek indywidualnych doświadczeń⁵⁰² jednostek oraz ich kontaktu z konkretnymi przedstawicielami takiej grupy zawodowej bądź pozyskiwaniem przez nie pośrednich informacji o jej reprezentantach i liderach. Dlatego uznać należy, że przypisywane im zaufanie publiczne jest bezpośrednio związane nie tyle z konkretnymi osobami wykonującymi daną profesję, ile z funkcjonującym założeniem o posiadanych przez nich kwalifikacjach i umiejętnościach⁵⁰³. Tego typu zaufanie jest konsekwencją wypełniania przez osoby zaufane określonej roli społecznej, która łączy się z istnieniem normatywnych reguł kształtujących sposób postępowania osób zajmujących daną pozycję zawodową lub pracujących w określonej instytucji⁵⁰⁴.

Powyższe rozważania dotyczą rozumienia „zaufania publicznego” jako przykładu relacji *stricte* anonimowej. Istotą wskazanej relacji jest nie tyle wiara w konkretną jednostkę, ile rodzaj specyficznego przekonania o zinstytucjonalizowanych cechach, jakie taka osoba powinna posiadać. Charakterystyka zaufania publicznego – sformułowana ogólnie w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP – wskazuje, że określenie „zawód” należy traktować jako oznaczenie pewnego modelu wykonywania niektórych profesji. Za przyjęciem wskazanej interpretacji skłania także redakcja badanej regulacji, która przez użycie pojęcia „osób wykonujących zawody zaufania publicznego” – podkreśla zindywidualizowany charakter odbiorców wzmiankowanego zaufania publicznego.

Wskazany wyżej „model wykonywania zawodu” definiować należy jako szczególną grupę profesjonalistów, opisywaną mianem systemu eksperckiego. W tym kontekście, w toku rozwoju społecznego i związanym z nim postępem techniki, medycyny czy jurydyzacją życia

⁵⁰⁰ P. Kaczmarek, *Tożsamość prawnika jako wykonawcy roli zawodowej*, Warszawa 2014, s. 36.

⁵⁰¹ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 125.

⁵⁰² Jest to niezwykle cenna uwaga w kontekście wykonywania zawodu ratownika medycznego, który niejednokrotnie prowadząc medyczne czynności ratunkowe, jest zmuszony do działania kreatywnego, wykraczającego niekiedy poza przyjęte w praktyce schematy.

⁵⁰³ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, s. 125.

⁵⁰⁴ P. Sztompka, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Kraków 2007, s. 129–130.

społecznego, jednostka utraciła możliwość posiadania kompletnej wiedzy o zasadach postępowania z najcenniejszymi dobrami prawnymi. We wskazanej sytuacji została ona (jednostka) zmuszona nie tylko do akceptacji systemu podziału pracy i specjalizacji zawodowej, ale także do ścisłej współpracy z innymi członkami budowanej społeczności. Stan ten wzbudza w jednostce uprawniony niepokój, którego źródłem jest konieczność zawierzenia pewnym podmiotom niezależnym, a posiadającym brakującą jej wiedzę i mogącym dzięki niej przejąć pewien krąg odpowiedzialności za podejmowane przez nią decyzje oraz wybory. Brak przejrzystości systemów wiedzy, ich zmienność, a niekiedy arbitralność ich stosowania sprawiają, że jednostka jest świadoma własnej niewiedzy i ryzyka związanego z przypadkowością skutków podejmowanej aktywności.

Przyjąc w powyższym kontekście należy, że jednostka zawiera osobom wykonującym zawód zaufania publicznego, przez wzgląd na ich postrzeganie jako ekspertów, którzy jako powiernicy często dla niej niedostępnej lub nieweryfikowalnej wiedzy mogą przejąć pewien krąg odpowiedzialności za ochronę i rozwój tych elementów wspomnianej wiedzy, mogących służyć zabezpieczeniu najcenniejszych dóbr i wartości. We wskazanym ujęciu zaufanie do systemów eksperckich, a wraz z nim także zaufanie do systemu zawodów zaufania publicznego, wiąże się zatem nie tylko z wiarą w profesjonalizm pozyskiwanych od nich informacji, ale także z przekonaniem, iż mimo monopolizacji pewnych sfer wiedzy przez takie osoby, będzie ona wciąż rozwijana zgodnie z interesem ogółu. Z tego powodu wiara w instytucję zawodu zaufania publicznego pozwala uwolnić jednostkę nie tylko od niepokoju związanego z koniecznością podejmowania pewnych decyzji w sytuacji deficytu informacji, ale także od obaw związanych z niekontrolowanym rozwojem funkcjonujących instytucji wiedzy.

Nie należy oczywiście pomijać faktu, że tak zdefiniowane pojęcie „zaufania” do profesji opisanych w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP jest zarazem ściśle powiązane z koniecznością zawierzenia w określony model edukacji, którego program kształtuje kwalifikacje przedstawicieli tego typu profesji. Jednostki, nie dysponując fatycznymi możliwościami weryfikacji ich kwalifikacji ani też możliwością polegania na znajomości ich osobowości czy charakteru, są siłą rzeczy zmuszone do wiary, iż to właśnie funkcjonujący system edukacji gwarantuje należytą staranność wykonywania zawodów zaufania publicznego. Z tego względu ważnym elementem procesu formowania się każdego systemu eksperckiego pozostaje ustalenie ich wspólnych standardów określających minimum odpowiednich kwalifikacji.

Podjmując się próby zdefiniowania pojęcia „zawodu zaufania publicznego”, poprzez nawiązanie do idei i struktury stosunku zaufania, nie można pomijać potrzeby zarysowania

szerszej refleksji o charakterystycznym dla tej grupy przedmiocie zawierzenia. W tym znaczeniu należy zauważyć, iż powierzony tym profesjom system wiedzy obejmuje zespół informacji i umiejętności, które służą ochronie najcenniejszych dóbr i wartości⁵⁰⁵, w tym oczywiście życia i zdrowia, w odniesieniu do jednostki jako pacjenta.

W świetle powyższych rozważań przyjąć należy, że pojęcie „zawodu zaufania publicznego” jest wypadkową kilku elementów i nie należy polaryzować, sprowadzać go do posiadania przez daną profesję pojedynczego atrybutu, który przesądzałby o uznaniu jej za taki zawód. Wydaje się zatem, że stosując zaprezentowaną – holistyczną – definicję, należy uznać ratowników medycznych za osoby wykonujące zawód zaufania publicznego, bowiem:

- po pierwsze, art. 17 ust. 1 Konstytucji PR nie wskazuje, że aby uznać daną profesję za zawód zaufania publicznego wymaga się od jej przedstawicieli posiadania samorządu zawodowego;
- po drugie, zawód ratownika medycznego ma przygotowane odpowiednie ramy kształcenia, nie tylko na studiach, lecz także odnoszące się do kształcenia podyplomowego. Ratownicy medyczni są także zobligowani przez ustawodawcę do stałego podnoszenia swojej wiedzy i umiejętności, tak aby profesjonalnie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną udzielać pomocy pacjentom;
- po trzecie, pacjent jako jednostka nie posiada profesjonalnej wiedzy w odniesieniu do udzielania pomocy w stanach nagłych, analizowania parametrów życiowych i dobierania odpowiedniego leczenia adekwatnie do potrzeb. W tym kontekście jednostka (pacjent) może wyłącznie bazować na wiedzy i umiejętnościach ratownika medycznego;
- po czwarte, ratownictwo medyczne, a tym samym ratownicy medyczni, stanowi jeden z filarów systemu ochrony zdrowia w Polsce, który jest gwarantem bezpieczeństwa dla ogółu społeczeństwa. Warto bowiem pamiętać, że praca ratowników nie opiera się wyłącznie o dysponowanie jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego do pacjentów indywidualnych. Ratownicy medyczni mają wiedzę i umiejętności do niesienia pomocy w sytuacjach wymagających szerszej organizacji, takich jak:

⁵⁰⁵ K. Dąbrowski, *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022, *passim*.

wypadki masowe, katastrofy o różnej etiologii (wybuchy gazu w budynkach mieszkalnych, zamach terrorystyczny).

3.2. Systemy ratownictwa w wybranych państwach

Systemy ratownictwa na świecie różnią się między sobą szczególnie ze względu na stan wyposażenia pojazdów pogotowia ratunkowego, wiedzę i umiejętności personelu medycznego czy organizację podmiotów świadczących usługi z zakresu ratownictwa. Wynika to nie tylko z systemu edukacji, ale także nakładów finansowych przeznaczonych na działalność owych systemów.

Istotnym kryterium podziału systemów ratownictwa na świecie są kwalifikacje personelu ratowniczego, bowiem w części systemów do zespołów ratownictwa należą lekarze, a w innych tylko paramedycy czy personel przeszkolony wyłącznie w udzielaniu podstawowych zabiegów ratujących życie. Zgodnie z tym zespoły ratownictwa można podzielić na dwie grupy⁵⁰⁶:

- 1) wykonujące podstawowe zabiegi resuscytacyjne (ang. *Basic Life Support* – BLS), jest to forma opieki medycznej udzielana pacjentom z chorobami lub obrażeniami, które zagrażają życiu, zanim zostaną objęci pełną opieką medyczną. Wskazany rodzaj pomocy jest udzielany głównie przez osoby fizyczne, które odbyły kurs pierwszej pomocy. Zaletą BLS jest niewątpliwie możliwość udzielania go bez wykorzystania specjalistycznego sprzętu medycznego, nie licząc defibrylatorów automatycznych.
- 2) wykonujące zaawansowane czynności podtrzymujące życie (*Advanced Life Support* – ALS), polegają na udzielaniu pacjentowi zaawansowanej pomocy medycznej przy zastosowaniu inwazyjnych metod leczenia, w tym m. in. przyrządowym udrażnianiu dróg oddechowych, dożylniej podaży leków, monitorowaniu podstawowych parametrów życiowych i poddawaniu ich interpretacji oraz wykonywaniu defibrylacji manualnej.

Należy zauważyć, że obie formy udzielania pomocy – BLS i ALS – przenikają się wzajemnie. Oznacza to, że BLS nie jest wykonywany tylko przez osoby fizyczne i wyłącznie w warunkach przedszpitalnych, bowiem podstawowe zabiegi resuscytacyjne są także udzielane na oddziałach szpitalnych, kiedy brak jest na miejscu odpowiedniego sprzętu do udzielania ALS.

⁵⁰⁶ M. Biniak-Pieróg, Z. Zamiar, *Organizacja systemów ratownictwa*, Wrocław 2013, s. 18.

Ratownictwo w większości krajów powstało na podstawie własnych unikalnych wzorców, co w oczywisty sposób prowadzi do różnego stopnia integracji pomiędzy poszczególnymi elementami systemu, a także różnego stopnia jego centralizacji.

Warto wskazać, że w niektórych państwach poszczególne działania służb ratowniczych są całkowicie albo częściowo odpłatne, w szczególności, gdy sytuacja poszkodowanego wymaga użycia śmigłowca ratunkowego. Odpłatność akcji ratunkowych obowiązuje m. in. w krajach takich jak: USA, Kanada, Słowacja i krajach alpejskich, w związku z tym osoby uprawiające różne formy aktywności wysokogórskiej powinny w pierwszej kolejności wykupić odpowiednie ubezpieczenie, które w razie nieszczęśliwego wypadku pokryje część kosztów związanych z prowadzeniem akcji ratowniczej⁵⁰⁷.

Poniżej przedstawię modele funkcjonowania systemów ratownictwa w niektórych krajach.

Organizacja systemu ratownictwa medycznego w Wielkiej Brytanii bazuje na ściśle regionalnym modelu obejmującym piętnastu dysponentów ratownictwa⁵⁰⁸. Wśród najważniejszych jednostek systemu należy wymienić: *London Ambulance Service*, *Scottish Ambulance Service* oraz regionalne służby dysponujące lotniczym pogotowiem ratunkowym. Służby ratownicze w Wielkiej Brytanii przewidują udział lekarza wyłącznie w zespołach lotniczego pogotowia ratunkowego (HEMS), w skład których wchodzi, oprócz lekarza, również paramedyk oraz dwóch pilotów.

Jednostki naziemne systemu ratownictwa w Wielkiej Brytanii dzielą się według poziomu zaawansowania na *Advanced Life Support*, w skład których wchodzi paramedycy – zbliżeni kompetencjami do polskich ratowników medycznych – oraz na *Basic Life Support*, w tych zespołach pomocy poszkodowanym udzielają *Emergency Ambulance Crew*, którzy posiadają kwalifikacje podobne do polskich ratowników pierwszej pomocy. Warto dodać, że w Wielkiej Brytanii obowiązują stopnie ratowników medycznych, są to: *paramedic*, *senior paramedic*, oraz *advanced paramedic practitioner*.

System ratownictwa w Wielkiej Brytanii opiera się w przeważającej mierze na specjalistach medycyny ratunkowej, którymi nie są lekarze. Jest to nie tylko trafne rozwiązanie w kontekście finansowym – lekarz ma wyższą pensję od paramedyków – ale także definiuje system tam obowiązujący, a mianowicie *load and go* (potocznie w Polsce zwany „pakuj i jedź”). Jego

⁵⁰⁷ Ibidem, s 19.

⁵⁰⁸ <https://www.mp.pl/ratownictwo/na-dyzurze/140002,ratownictwo-medyczne-w-london-ambulance-service> (dostęp: 21 marca 2022 r.).

założenie opiera się na tym, że zakres zabiegów ratunkowych wykonywanych w karetce jest ograniczony, a zatem pełną pomoc wraz z diagnostyką obrazową pacjent może uzyskać wyłącznie w warunkach szpitalnych. Dlatego pacjenta przewożonego do szpitalnego oddziału ratunkowego zaopatruje się medycznie tylko w niezbędnym zakresie, a następnie przewozi do szpitala.

Francuski system ratownictwa jest scentralizowany i podlega pod „pilną pomoc medyczną” (fr. *Serice d’Aide Medicale Urgente*), która dzieli się na jednostki terenowe – obsługujące numery alarmowe. W skład SAMU wchodzi mobilne zespoły resuscytacyjne (fr. *Service Mobile d’Urgence et Reanimation*, SAMUR), w których pełnią dyżury lekarze anestezjolodzy, personel pielęgniarski oraz technicy ratownictwa medycznego⁵⁰⁹. Przy tym lekarze są wyłącznie dysponowani do zdarzeń wymagających koordynacji działań, takich jak wypadki czy zdarzenia o charakterze masowym.

Niezwykle rozbudowany system ratownictwa funkcjonuje w Izraelu. Za organizację systemu ratownictwa medycznego na terenie tego państwa odpowiada Departament Ratownictwa Ministerstwa Zdrowia⁵¹⁰. *Maren David Adam* (pol. Czerwone Tarcze Dawida)⁵¹¹ jest jedynym podmiotem realizującym działania w obszarze ratownictwa medycznego, posiadając przy tym własne dyspozytornie działające w jedenastu rejonach operacyjnych. Przyjmowaniem i kwalifikowaniem zgłoszeń alarmowych, a także dysponowaniem odpowiednich sił i środków, koordynują dyspozytorzy medyczni.

Zespoły ratownictwa medycznego w Izraelu dzielą się na dwie kategorie – ALS, z lekarzem lub ratownikiem medycznym, i BLS, z technikami medycznymi. Do zespołu – co jest dość specyficzne dla omawianego systemu – należą także wolontariusze, którzy wspierają działania MDA. Warto zauważyć, że ze względu na położenie Izraela i wynikające z tego zagrożenia na wyposażeniu zespołów ratownictwa znajdują się: maski przeciwgazowe, kamizelki kuloodporne, stroje gazoszczelne, a niektóre pojazdy są opancerzone. Dodatkowo MDA w wyposażeniu mają pojazdy wysokospecjalistyczne – przystosowane do działań podczas zdarzeń o charakterze masowym.

Zespoły MDA są silnie skoordynowane z oddziałami ratunkowymi poprzez działanie zgodnie z jednolitymi procedurami, system ćwiczeń ratowniczych oraz pełną wymiennosć sprzętu

⁵⁰⁹ Nikkanen, H. E.; Pouges, C.; Jacobs, L. M. (1998). *Emergency medicine in France. Annals of Emergency Medicine*. 31 (1): 116–120.

⁵¹⁰ M. Biniak-Pieróg, Z. Zamiar, *Organizacja systemów ratownictwa*, Wrocław 2013, s. 20.

⁵¹¹ Dalej zwane: „MDA”.

medycznego. Przez wzgląd na duże zagrożenie terrorystyczne w izraelskim systemie ratownictwa wdrożono specjalne procedury postępowania we wskazanych sytuacjach. Polegają one na uruchomieniu całego systemu jednostek MDA, Sił Zbrojnych Izraela, szpitali oraz jednostek ochotniczych i prywatnych.

System ratownictwa Stanów Zjednoczonych opiera się w przeważającej mierze na pomocy przedszpitalnej, która udzielana jest na różnych poziomach; wśród nich należy wyróżnić:

- 1) *First responders* (tzw. ratownicy przedmedyczni),
- 2) *Emergency Medical Technician Basic*⁵¹²,
- 3) *Emergency Medical Technician – intermediate*⁵¹³,
- 4) *Emergency Medical Technician – paramedic*⁵¹⁴,
- 5) *Pre-hospital critical-care provider*.

First responders w przeważającej mierze są zatrudnieni w lokalnych publicznych agencjach bezpieczeństwa, takich jak policja czy straż pożarna. Wskazani ratownicy mają podstawowy zakres wiedzy dotyczący udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, ich zadanie polega na zabezpieczeniu poszkodowanego do czasu przybycia profesjonalnych służb ratownictwa medycznego. *First responders* odbywają specjalne szkolenie obejmujące zakresem tematycznym: podstawową pierwszą pomoc, odbieranie niepowikłanego porodu, podstawowych metod zabezpieczania krwotoków oraz unieruchamiania złamań, użycie automatycznych defibrylatorów. Szkolenie trwa 50 godzin i wymaga recertyfikacji po upływie określonego czasu.

EMT-B, są ratownikami, którzy muszą odbyć 110-godzinne szkolenie, obejmujące zakresem tematycznym elementy kursu *first responders*, dodatkowo rozszerzonego o szkolenie z zakresu prowadzenia tlenoterapii biernej, segregacji poszkodowanych, udzielanie pomocy poszkodowanym znajdujących się w pojazdach mechanicznych, techniki uwalniania z wraku pojazdów mechanicznych oraz procedury przekazywania poszkodowanego do szpitala.

Ratownicy EMT-I, mają pośrednią funkcję między EMT-B a EMT-P, są dodatkowo szkoleni w zakresie zakładania wkłuc obwodowych, intubacji dotchawiczej, monitorowania i interpretacji podstawowych parametrów życiowych oraz ręcznej defibrylacji.

⁵¹² Dalej zwani: „EMT-B”.

⁵¹³ Dalej zwani: „EMT-I”.

⁵¹⁴ Dalej zwani: „EMT-P”.

Najszerze kompetencje, w kontekście opieki przedszpitalnej, spośród wymienionych rodzajów ratowników, mają EMT-P. Szkolenie wskazanych ratowników odbywa się w ramach kursu trwającego 1000 godzin, na który składa się szkolenie teoretyczne oraz zajęcia kliniczne w szpitalu obejmujące m. in. pracę na oddziałach ratunkowych, oddziałach intensywnej terapii oraz oddziałach położniczych. Program szkoleniowy opiera się na wiedzy z zakresu: zaawansowanych czynności resuscytacyjnych, zaawansowanych pediatrycznych czynności resuscytacyjnych oraz podstawowych zabiegów resuscytacyjnych związanych z urazami. Kandydat na EMT-P, w trakcie odbywania stażu w pogotowiu ratunkowym jest pod stałym nadzorem doświadczonego EMT-P. Paramedyk jest upoważniony do zakładania dojścia dożylnego, udrażniania dróg oddechowych przy pomocy zaawansowanych technik przyrządowych, takich jak intubacja czy konikotomia, wykonywania drenażu głowy i jamy opłucnowej, monitorowania i interpretacji podstawowych parametrów życiowych, wykonywania ręcznej defibrylacji, kardiowersji i stymulacji mięśnia sercowego⁵¹⁵.

Podsumowując, stwierdzić należy, że systemy ratownictwa w obu wskazanych powyżej państwach opierają się głównie na specjalnie przeszkolonych ratownikach oraz działają w myśl zasady *load and go*, która ma swoje uzasadnienie w ogólnie pojętej medycynie ratunkowej. Wskazany sposób postępowania bazuje przede wszystkim na wykluczeniu stanów nagłych bez niepotrzebnego przedłużania udzielania pomocy pacjentom wymagających leczenia w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. System ten ma jeszcze jedną zaletę: otóż, pacjent w stanie bezpośredniego zagrożenia życia bez zbędnej zwłoki trafia do szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie zespół reanimacyjny wdraża dodatkowe działania medyczne, w tym odpowiednią diagnostykę obrazową.

3.3. Rys historyczno-prawny zawodu ratownika medycznego w Polsce

Na samym początku należy poczynić pewną dygresję odnoszącą się do historii zawodu ratownika medycznego. Otóż, omawiana profesja jest dość młoda, szczególnie patrząc z perspektywy zawodu lekarza czy zawodu pielęgniarskiego, ponieważ ratownictwo medyczne w Polsce ma kilka źródeł i do wejścia w życie przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie istniał zawód ratownika medycznego.

Przed wszystkim funkcję ratowników pełnili w znacznej mierze ochotnicy, którzy nie zawsze mieli wykształcenie medyczne, kierowała nimi potrzeba niesienia pomocy drugiemu

⁵¹⁵ Ibidem, s. 20 i n.

człowiekowi znajdującemu się w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Ratownictwo w formie wolontariatu rozwijało się prężnie w obszarach ratownictwa morskiego oraz górskiego, jednak nie można pominąć ratownictwa w warunkach miejskich, czym głównie zajmowali się lekarze oraz felczerzy. Poniżej przedstawię w sposób szczegółowy ewolucję ratownictwa w Polsce, która w rezultacie doprowadziła do powstania niezwykle potrzebnej profesji, jaką jest zawód ratownika medycznego.

Powstanie i rozwój ratownictwa na ziemiach polskich było związane z organizacją procesu udzielania pierwszej pomocy w szczególnych sytuacjach⁵¹⁶, a mianowicie – w związku z ratownictwem morskim, ratownictwem górskim, ratownictwem górniczym oraz sprawowaniem opieki nad rannymi i chorymi żołnierzami. W tym miejscu podkreślić należy szczególną rolę kobiet w wojskowej służbie ratowniczej, bowiem już w czasie bitwy pod Chocimiem w 1621 r. opiekę nad rannymi rycerzami organizowała żona hetmana Karola Chodkiewicza, Anna Alojza⁵¹⁷, zaś Tadeusz Kościuszko w marcu 1794 r. wydał specjalną odezwę do kobiet, kierując do nich wyraźną prośbę⁵¹⁸:

„(...) Bracia, synowie, mężowie wasi bić się idą, krew nasza musi wasze upewnić szczęście, kobiety! Niech onej wylew waszej wstrzymają starania! Racście, proszę was o to na miłość ludzkości, róbcie szarpie⁵¹⁹ i bandaże dla wojska. Ofiara ta rąk pięknych ulży cierpieniom i męstwo sama zachęci”⁵²⁰.

Za początki nowożytnego ratownictwa należy uznać zorganizowane punkty doraźnej pomocy dla mieszkańców miast – w 1803 r. powstał w Wiedniu „Dom Ratunkowy”, a podobne inicjatywy zostały podjęte także w Krakowie, później we Lwowie, w Warszawie, Łodzi, Wilnie oraz Lublinie⁵²¹.

Następnie w Poznaniu w okresie od 1866 do 1867 r. powstała organizacja humanitarna „Stowarzyszenie Miejscowe ku wspieraniu rannych na polu bitwy lub chorych wojowników”⁵²².

⁵¹⁶ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 981.

⁵¹⁷ Ibidem; D. Wawrzykowska-Wiercichowa, *Rycerki i samarytanki*, Warszawa 1988, *passim*.

⁵¹⁸ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 981.

⁵¹⁹ Materiał opatrunkowy do opatrywania skaleczeń i ran stosowany przed wynalezieniem gazy.

⁵²⁰ B. Urbanek, *Idea opieki nad chorymi na ziemiach polskich w latach 1809-1914*, Wrocław 2001, s. 153.

⁵²¹ R. Dzierżanowski, *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*, Warszawa 1983, s. 385.

⁵²² M. Biniak-Pieróg, Z. Zamiar, *Organizacja systemów ratownictwa*, Wrocław 2013, s. 50

Dwa wypadki, które miały miejsce w 1890 r. – pożar w składzie firmy Kretschmer na Rynku Głównym w Krakowie oraz pożar w aptece Wiśniewskiego na Stradomie, dały asumpt do powołania instytucji pogotowia w Polsce. Pierwsza stacja pogotowia w Polsce powstała w Krakowie, a instytucją niosącą pomoc w stanach nagłych było Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe⁵²³, które rozpoczęło swoją działalność w dniu 6 czerwca 1891 r.. Status KOTR wskazywał wyraźnie, iż:

„Celem Towarzystwa jest udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach w obrębie miasta Krakowa i Podgórze”⁵²⁴.

Działalność KOTR wspierały władze miasta Krakowa, które przekazały Towarzystwu pomieszczenia, konie, woźnicę i służącego. Sanitarna karetka zaprzęgnięta w dwa konie, która mogła pomieścić do pięciu par noszy, była pojazdem dojeżdżającym do miejsca wypadku.

Dyżury w KOTR pełnili ochotnicy, przede wszystkim studenci ostatnich lat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Stwierdzić można, że zapisy dotyczące działalności KOTR, wprowadziły pierwotne dążenie do nadania uprzywilejowanego statusu karetkom, bowiem konie ciągnące karetkę miały prawo do biegu „wyciągniętym klusem” i wyposażone były w niebieskie lampiony z białym krzyżem, co dało początek niebieskim sygnałom współczesnych karetek. Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe miało charakter społeczny do 1904 r., natomiast do 1920 r. utrzymywało się z funduszy pochodzących z subwencji miasta, składek członkowskich oraz innej działalności. Stałe środki na funkcjonowanie pogotowia zostały przeznaczone przez Radę Miasta Krakowa po 1920 roku. Dzięki stałemu finansowaniu możliwe stało się modernizowanie i rozwój KOTR, dzięki któremu w październiku 1917 r. zakupiono pierwszą zmotoryzowaną karetkę – samochodu marki Austro-Daimler⁵²⁵.

Pomocą doraźną na wsiach zajmowali się głównie felczerzy, natomiast w miastach pomoc nieśli między innymi lekarze Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego, które powstało w 1897 r. z inicjatywy Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej⁵²⁶. Lekarze wspomnianej organizacji łączyli działalność medyczną z aktywnością na rzecz rozwoju wiedzy

⁵²³ Dalej zwane: „KOTR”.

⁵²⁴ Ibidem.

⁵²⁵ Ibidem, s. 49-50.

⁵²⁶ H. Bojczuk, *Działalność naukowa lekarzy Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego* [w:] *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa, s. 115.

o ratownictwie poprzez organizację wykładów na ten temat⁵²⁷. Dodatkowo przedstawiciele Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego prowadzili aktywność organizacyjną. Z ich inicjatywy w 1927 r. odbył się zjazd przedstawicieli towarzystw ratowniczych w Polsce, który dał asumpt do działań na rzecz ujednoczenia metod ratownictwa oraz podjęto uchwałę o utworzeniu Polskiego Komitetu ds. Ratownictwa⁵²⁸. Głównym zadaniem Komitetu było wsparcie rozwoju już istniejących instytucji ratowniczych w Polsce i tworzenie nowych. Komitet Ratownictwa podjął także próby – zakończone niepowodzeniem – utworzenia katedr ratownictwa na wydziałach lekarskich uniwersytetów w Krakowie, we Lwowie, w Poznaniu, Warszawie oraz Wilnie⁵²⁹.

W tym miejscu należy podkreślić także niezwykle ważny wkład pierwszych ratowników górskich niosących pomoc w Tatrach w rozwój ratownictwa w Polsce oraz bezpośrednią działalność na rzecz powstania Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Pierwszą znaną ofiarą tych gór był Adam Kalstein, poszukiwacz skarbów, który w XVII w. zginął w Tatrach Bielskich (jest to część Tatr ustawiona poprzecznie do grani głównej Tatr)⁵³⁰. Istnieją jednak podejrzenia, że było to zabójstwo na tle porachunków. Z tego powodu przyjmuje się, że dzieje tatrzańskich wypadków należy datować od 1771 r., kiedy to Papirus, który również był poszukiwaczem skarbów, spadł z Czarnego Szczytu⁵³¹.

Po północnej stronie Tatr – początkowo – jak pisał Walery Eljasz Radzikowski⁵³²:

„Pasterze wypełniają tę nieszczęsną kronikę śmierci”, ale ginęli również myśliwi, hawiarze – tatrzańscy górnicy, korzeniarze – zbieracze ziół, a potem także turyści⁵³³. Mariusz Zaruski zapisał, że w 1886 r. u wejścia do groty w północnej ścianie Długiego Giewontu doszło do śmierci juhasa⁵³⁴. Zgodnie z treścią zapisków M. Zaruskiego – on wraz ze swoimi towarzyszami zastali:

⁵²⁷ Ibidem.

⁵²⁸ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 982.

⁵²⁹ H. Bojczuk, *Polski Komitet do Spraw Ratownictwa i Pierwszej Pomocy Lekarskiej* [w:] *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa, s. 73.

⁵³⁰ M. Jagiełło, *Wołanie w górach. Wypadki i akcje ratunkowe w Tatrach*, Warszawa 2012, s. 19.

⁵³¹ Ibidem.

⁵³² Walery Eljasz Radzikowski (1840-1905) - polski malarz i fotograf, popularyzator Tatr i Zakopanego, współzałożyciel Towarzystwa Tatrzańskiego, autor przewodników tatrzańskich, członek korespondent Towarzystwa Muzeum Narodowego Polskiego w Rapperswilu od 1897 roku, członek Wydziału Towarzystwa Gimnastycznego „Sokół” w Krakowie w 1895 roku.

⁵³³ M. Jagiełło, *Wołanie w górach. Wypadki i akcje ratunkowe w Tatrach*, Warszawa 2012, s. 19.

⁵³⁴ Ibidem, s. 20.

„(...) tam krzyż grubo ciosany, złamany u spodu ramię odpadło, leży obok. Był zatem trup. To juhas, juhas – objaśnia Staszek – co przepadł w Giewoncie, stryk go tu znalazł (...) Pytałem później górali, żaden nie wiedział, gdzie właśnie juhas się zabił, ale wiedzieli, że gdzieś tam na upłazkach (...) Tak oto staliśmy w miejscu zapomnianej tragedii górskiej (...) Na pamiątkę zdarzenia i zabitego w tym miejscu człowieka nazwaliśmy grotę Juhaską”⁵³⁵. Zmarłym był najpewniej 10-letni Józef Chadowski, który wspiał się nad przepaść pod Giewontem, a następnie spadł między skały, gdzie dopiero po 3 latach pasterz przypadkowo znalazł jego kości⁵³⁶.

Coraz częstsze wypadki w Tarach skłoniły M. Zaruskiego do podjęcia działań zmierzających do utworzenia „pogotowia górskiego”. Jak pisał na łamach tygodnika „Zakopane”:

„O sprawie poważnej zamierzam dziś mówić: najpoważniejszej ze spraw ludzkich – o kwestii życia i śmierci w dosłownym tego słowa znaczeniu. Uwadze szerokiego ogółu pragnę polecić palącą już dziś kwestię pogotowia ratunkowego w górach. Za doświadczonymi taternikami poszli w te same żleby i kominy turyści mniej wprawni lub wcale nieobeznani z górami – i oto stoimy wobec faktu, z którym liczyć się trzeba: każdego roku zachodzą w Tatrach wypadki, kończące się kalectwem lub śmiercią turystów (...) Trzeba więc stworzyć ratunkowe pogotowie tatrzańskie.”⁵³⁷

Przełomowym, aczkolwiek tragicznym, punktem zwrotnym, który w sposób bezpośredni przyczynił się do powstania Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, była śmierć polskiego kompozytora Mieczysława Karłowicza, który zginął w lawinie 8 lutego 1909 r. na stokach Małego Kościelca. Mariusz Zaruski w miesiąc po śmierci kompozytora stwierdził:

„Straszna ta śmierć niechaj będzie jeszcze jednym przypomnieniem społeczeństwu, przynamniej tej jego części, która rozumie czym Tatry są dla nas, że przecie trzeba coś zrobić dla ratowania zaginionych turystów. Kilka tysięcy ludzi rokrocznie chodzi teraz po Tatrach, z tej liczby przynajmniej połowa znajduje się pod wyłączną opieką Pana Boga, obce im bowiem są rozważa i jaka taka sprawność techniczna, a nie ma instytucji, która by poczuwała się do obowiązku niesienia pomocy. Cała akcja ratunkowa zależy dotychczas od przypadku i dobrej woli jednostek. Śmierć Karłowicza poruszyła umysły i serca szerokiego ogółu i dziś

⁵³⁵ M. Zaruski, *Nowa grotka w Giewoncie*. cyt. za tegoż, *Na bezdrożach tatrzańskich. Wycieczki, wrażenia i opisy*, wyd. III, Warszawa 1958, s. 51.

⁵³⁶ M. Jagiełło, *Wołanie w górach. Wypadki i akcje ratunkowe w Tatrach*, Warszawa 2012, s. 20.

⁵³⁷ M. Zaruski, *Z Tatr, „Zakopane” 1908*, nr 11.

jest już pewność, że sprawa organizacji towarzystwa ratunkowego dozna wydatnego materialnego poparcia, o i to głównie idzie: o kilka tysięcy koron (...)”⁵³⁸.

Ostatecznie Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe zostało zarejestrowane we Lwowie w dniu 29 października 1909 r. Godłem organizacji został błękitny krzyż na białym polu⁵³⁹.

Warto dodać, że do dnia dzisiejszego podczas ślubowania, przed wstąpieniem do grona ratowników tatrzańskich, ratownik – kandydat składa przyrzeczenie w niezmienionej od 1909 r. formule:

„Ja niżej podpisany (...) w obecności Naczelnika Straży Ratunkowej w.p.⁵⁴⁰(...) oraz świadka w.p.(...) dobrowolnie przyrzekam pod słowem honoru, że póki zdrow jestem, na każde wezwanie Naczelnika lub jego Zastępcy – bez względu na porę roku, dnia i stan pogody – stawię się w oznaczonym miejscu i godzinie odpowiednio na wyprawę zaopatrzonej i udam się w góry według marszruty i wskazań Naczelnika lub jego Zastępcy w celu poszukiwań zaginionego i niesienia mu pomocy. Postanowienia statutu Pogotowia i regulaminu dla członków czynnych będę wykonywał ściśle, jak również rozkazy Naczelnika, jego Zastępcy i Kierowników Oddziałów. Obowiązki swe pełnił będę sumiennie i gorliwie, pamiętając, że od mego postępowania zależnem być może życie ludzkie. W zupełnej świadomości przyjętych na się trudnych obowiązków i na znak dobrej swej woli powyższe przyrzeczenie przez podanie ręki Naczelnikowi potwierdzam”.

Dynamiczny rozwój ratownictwa w Polsce przerwała II wojna światowa. W okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej pomoc doraźna została podporządkowana organom administracji państwowej, a jej finansowanie pochodziło ze Skarbu Państwa⁵⁴¹. Stacje pogotowia zostały podzielone zgodnie z obowiązującym podziałem administracyjnym na wojewódzkie, powiatowe i miejskie⁵⁴².

Przechodząc na grunt prawa, wskazać należy, że pierwszym aktem prawnym, w którym posłużono się pojęciem „pogotowia ratunkowego” była ustawa z dnia 10 grudnia 1920 r. o budowie i utrzymaniu dróg publicznych w Rzeczypospolitej Polskiej⁵⁴³. Artykuł 33 pkt 4)

⁵³⁸ M. Karłowicz, *Z Tatr, „Zakopane”* 1909, nr 5.

⁵³⁹ M. Jagiełło, *Wołanie w górach. Wypadki i akcje ratunkowe w Tatrach*, Warszawa 2012, s. 106.

⁵⁴⁰ Skrót: „w.p.” oznacza: „Wielmożny Panie” albo „Wielmożna Pani”.

⁵⁴¹ M. Biniak-Pieróg, Z. Zamiar, *Organizacja systemów ratownictwa*, Wrocław 2013, s. 50.

⁵⁴² Ibidem.

⁵⁴³ Ustawa z dnia 10 grudnia 1920 r. o budowie i utrzymaniu dróg publicznych w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1948 r. Nr 54, poz. 32 późn. zm.).

wskazanej ustawy przewidywał zwolnienie od powszechnego obowiązku realizacji świadczeń drogowych w naturze m. in. zakładów dezynfekcyjnych, szpitali, pogotowia lekarskiego ratunkowego oraz straży ochotniczych, w zakresie środków przewozowych niezbędnych do wykonywania przez te podmioty działalności. Podobną regulację zawierała ustawa z dnia 10 grudnia 1920 r. o dostarczaniu środków przewozowych do budowy i utrzymania dróg publicznych i mostów⁵⁴⁴, która w art. 5 pkt 4) w zw. z art. 4 zwalniała z obowiązku dostarczania środków przewozowych m. in. pogotowie lekarskie ratunkowe. Termin „pogotowie ratunkowe” stawało się zatem określeniem normatywnym⁵⁴⁵. Jako kolejny przykład można wskazać treść art. 1 lit. c) rozporządzenia Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemjami z dnia 12 stycznia 1921 r. w przedmiocie przymusowego szczepienia ochronnego przeciw cholery i tyfusowi brzusznemu⁵⁴⁶. Przywołany przepis wskazywał przymusowe poddanie się szczepieniom ochronnym przewidzianym w tytule rozporządzenia dla personelu lekarskiego oraz pomocniczego pracującego w pogotowia ratunkowych.

Warto zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 22 marca 1933 r. o zarobkowym przewozie osób pojazdami mechanicznymi w obrębie gminy miejskiej⁵⁴⁷, generalną zasadą był obowiązek uzyskania koncesji na prowadzenie indywidualnej działalności, od którego zwolnione były m. in. szpitale i pogotowia ratunkowe⁵⁴⁸. Poruszana problematyka dotyczyła także uprzywilejowania pojazdów pogotowia ratunkowego. W świetle § 42 rozporządzenia Ministra Robót Publicznych i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6 lipca 1922 r. o ruchu samochodów i innych pojazdów mechanicznych na drogach publicznych⁵⁴⁹, samochody pogotowia ratunkowego w służbie mogły używać innych sygnałów dźwiękowych niż inne pojazdy mechaniczne, nie obowiązywały ich także limity prędkości przewidziane w § 32 omawianego rozporządzenia oraz sposoby wymijania i wyprzedzania (§ 33 ust. 1-6).

⁵⁴⁴ Ustawa z dnia 10 grudnia 1920 r. o dostarczaniu środków przewozowych do budowy i utrzymania dróg publicznych i mostów (Dz. U. Nr 6, poz. 31 z późn. zm.).

⁵⁴⁵ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 986.

⁵⁴⁶ Rozporządzenie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemjami z dnia 12 stycznia 1921 r. w przedmiocie przymusowego szczepienia ochronnego przeciw cholery i tyfusowi brzusznemu (Dz. U. z 1921 r. Nr 5, poz. 30).

⁵⁴⁷ Ustawa z dnia 22 marca 1933 r. o zarobkowym przewozie osób pojazdami mechanicznymi w obrębie gminy miejskiej (Dz. U. Nr 32, poz. 273 z późn. zm.).

⁵⁴⁸ Artykuł 8 ust. 1 pkt 6) ustawy z dnia 22 marca 1933 r. o zarobkowym przewozie osób pojazdami mechanicznymi w obrębie gminy miejskiej.

⁵⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Robót Publicznych i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6 lipca 1922 r. o ruchu samochodów i innych pojazdów mechanicznych na drogach publicznych (Dz. U. Nr 65, poz. 587 z późn. zm.).

Analiza wskazanych aktów normatywnych z okresu II Rzeczypospolitej Polskiej nie pozwala na pełną rekonstrukcję prawną regulacji dotyczących organizacji czy zadań ówczesnego pogotowia ratunkowego⁵⁵⁰. Jak trafnie wskazali D. Bach-Golecka i J. Piecha, pojęcie i funkcje pogotowia ratunkowego w kontekście przepisów prawa traktowano jako swoiste pojęcia zastane⁵⁵¹. Stwierdzić należy, że dopiero w okresie PRL podjęto pracę nad pierwszymi regulacjami precyzującymi tę tematykę.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lutego 1949 r. w sprawie uposażenia pracowników zatrudnionych w społecznych zakładach służby zdrowia⁵⁵² było pierwszym powojennym aktem prawnym posługującym się pojęciem „pogotowia ratunkowego”. Wskazany akt normatywny regulował, w § 12, problematykę wynagrodzeń i dodatków dla pracowników zatrudnionych w lekarskich pogotowiach ratunkowych, przyznając im dodatek specjalny w wysokości 10% pobieranego wynagrodzenia zasadniczego w godzinach od 22.00 do 6.00. Istotnym aktem regulującym w sensie ogólnym funkcjonowanie służbę zdrowia⁵⁵³ była ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia⁵⁵⁴. Warto zauważyć, że na podstawie delegacji zawartej w art. 1 ust. 3 tej ustawy minister zdrowia wydał cztery zarządzenia „o zaliczeniu niektórych stacji pogotowia ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia”⁵⁵⁵, które zgodnie z treścią załącznika prowadzone były przez Polski Czerwony Krzyż. Zatem stacje pogotowia ratunkowego nie stawały się z mocy prawa własnością państwa, jednak ich włączenie w struktury służby zdrowia obligowało organy sprawujące nadzór nad nimi, do stosowania norm państwowych dotyczących tego rodzaju podmiotów⁵⁵⁶ np. w zakresie opłat, które były uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 1949 r. w sprawie ustalenia wysokości opłat pobieranych przez stacje pogotowia ratunkowego będące zakładami społecznymi służby

⁵⁵⁰ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 987.

⁵⁵¹ Ibidem.

⁵⁵² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lutego 1949 r. w sprawie uposażenia pracowników zatrudnionych w społecznych zakładach służby zdrowia (Dz. U. Nr 14, poz. 88 z późn. zm.).

⁵⁵³ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 987.

⁵⁵⁴ Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. z 1948 r. nr 55 poz. 434).

⁵⁵⁵ Np. zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 1950 r. o zaliczeniu niektórych stacji pogotowia ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M. P. z 1950 Nr 98, poz. 1232).

⁵⁵⁶ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 987.

zdrowia⁵⁵⁷. Kolejny etap obejmował rzeczywistą nacjonalizację stacji pogotowia ratunkowego⁵⁵⁸.

Powyższa analiza aktów normatywnych, poruszających problematykę pogotowia ratunkowego, jasno wskazuje, że prawodawca wykazywał w pewnym stopniu zainteresowanie kwestiami związanymi z ratownictwem, jednak ówczesne przepisy w żadnym stopniu nie odnosiły się do struktury pogotowia oraz upoważnień zawodowych personelu pracującego w pogotowiu ratunkowym.

Novum w poruszanej problematyce, porządkującym status i zadania pogotowia ratunkowego, było rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 listopada 1964 r. w sprawie organizacji i zadań pogotowia ratunkowego⁵⁵⁹, wydane na podstawie art. 17 ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. W art. 1 r.s.o.p.r. ustawodawca wskazał ogólne zadania stacji pogotowia ratunkowego, a mianowicie:

- 1) udzielanie doraźnej pomocy leczniczej osobom, które uległy nieszczęśliwym wypadkom lub nagłym zachorowaniom,
- 2) przewożenie chorych, w razie gdy ze względu na stan zdrowia chorego lub ze względów epidemicznych użycie publicznego środka lokomocji nie jest wskazane lub możliwe,
- 3) udzielanie świadczeń w zakresie zamkniętej opieki zdrowotnej chorym, którym stacja udzieliła doraźnej pomocy, jeżeli w jej skład wchodzi oddział szpitalny,
- 4) organizowanie na zlecenie właściwego do spraw zdrowia i opieki społecznej organu prezydium rady narodowej doraźnej pomocy leczniczej w większych okolicznościowych zbiorowiskach ludzi, a zwłaszcza na wiecach, pochodach i masowych imprezach, oraz współdziałanie w tym zakresie z innymi zakładami społecznymi służby zdrowia,
- 5) systematyczna obserwacja i analiza wypadków oraz niezwłoczne zawiadomianie właściwych organów administracji państwowej o wykryciu czynników mogących być przyczyną chorób lub nieszczęśliwych wypadków,

⁵⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 1949 r. w sprawie ustalenia wysokości opłat pobieranych przez stacje pogotowia ratunkowego będące zakładami społecznymi służby zdrowia (Dz. U. z 1949 r. Nr 51, poz. 388).

⁵⁵⁸ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 987.

⁵⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 listopada 1964 r. w sprawie organizacji i zadań pogotowia ratunkowego (Dz. U. Nr 42, poz. 288 z późn. zm.), dalej zwane: „r.s.o.p.r.”.

- 6) przewożenie fachowych pracowników zakładów społecznych służby zdrowia, krwi, leków lub instrumentarium w wypadkach niecierpiących zwłoki, gdy nie ma żadnych innych możliwości natychmiastowego ich przewozu.

Zgodnie z § 3 r.s.o.p.r. wyodrębniono następujące rodzaje stacji pogotowia ratunkowego:

- 1) powiatowe stacje pogotowia ratunkowego,
- 2) Miejską Stację Pogotowia Ratunkowego dla m. st. Warszawy,
- 3) wojewódzkie stacje pogotowia ratunkowego.

Powiatowe stacje pogotowia ratunkowego były organizowane i nadzorowane przez organ do spraw zdrowia i opieki społecznej prezydium powiatowej rady narodowej lub prezydium miejskiej rady narodowej w mieście stanowiącym powiat miejski, stosownie do wspólnej uchwały prezydiów wskazanych rad⁵⁶⁰. W świetle § 5 r.s.o.p.r. stacje pogotowia ratunkowego były samodzielnymi jednostkami organizacyjnymi budżetu terenowego, a w przypadkach uzasadnionych warunkami i potrzebami miejscowymi powiatowa stacja pogotowia mogła stanowić komórkę organizacyjną szpitala.

Szczególnie ważnym elementem analizowanego aktu normatywnego była kwestia związana z koordynacją działań stacji pogotowia ratunkowego. Funkcje koordynacyjne względem stacji powiatowych pełniły stacje wojewódzkie, co wynika z § 10 pkt 2) – 5) r.s.o.p.r. Do zadań wynikających z koordynacji należało:

- 1) udzielanie na terenie miasta, w którym jest zlokalizowana, oraz na terenie okalającego to miasto powiatu świadczeń określonych w § 1 r.s.o.p.r.,
- 2) sprawowanie nadzoru fachowego nad organizacją i działalnością stacji powiatowych działających na obszarze województwa,
- 3) opracowywanie wytycznych w sprawie organizacji i metodyki pracy powiatowych stacji pogotowia ratunkowego,
- 4) organizowanie szkolenia własnego personelu stacji i personelu powiatowych stacji pogotowia ratunkowego,
- 5) organizowanie i koordynowanie akcji ratowniczych w razie klęsk żywiołowych lub katastrof i innych masowych akcji na terenie województwa, jeżeli rozmiary ich przekraczają możliwość udzielenia poszkodowanym szybkiej doraźnej pomocy przez

⁵⁶⁰ Paragraf 5 r.s.o.p.r.

powiatowe stacje pogotowia ratunkowego, oraz udzielanie w takich wypadkach powiatowym stacjom pogotowia ratunkowego niezbędnej pomocy.

Zmiany systemowe w zakresie funkcjonowania stacji pogotowia ratunkowego nastąpiły w związku ze zmianą podziału terytorialnego wprowadzonego⁵⁶¹ ustawą z dnia 28 maja 1975 r. o dwustopniowym podziale administracyjnym Państwa oraz zmianie ustawy o radach narodowych⁵⁶², co doprowadziło również do reformy administracyjnej PRL. W efekcie wprowadzenia wspomnianej ustawy, minister zdrowia i opieki społecznej wydał rozporządzenie z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej⁵⁶³, które nie przewidywało odrębnej struktury oraz samodzielności stacji pogotowia ratunkowego – stały się one częścią zakładów służby zdrowia, a zwłaszcza szpitali⁵⁶⁴. W praktyce oznaczało to przekształcenie stacji pogotowia w oddziały pomocy doraźnej, chociaż § 10 tego rozporządzenia przewidywał, że wojewoda w uzgodnieniu z ministrem zdrowia i opieki społecznej mógł wyrazić zgodę na działanie dotychczasowych stacji pogotowia ratunkowego jako samodzielnych jednostek organizacyjnych i budżetowych.

Następnie w 1982 r. wprowadzono zmiany w strukturze systemu służby zdrowia, które zakładały, że stacje pogotowia ratunkowego stanowią obowiązkowe jednostki systemu z ogólnie określonymi zadaniami⁵⁶⁵.

Zmiany ustrojowe oraz wynikające z nich zmiany gospodarcze, do których doszło po 1989 r., dały asumpt do reformy systemu służby zdrowia. Przejawem wskazanych przemian było wprowadzenie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁵⁶⁶; zgodnie z jej treścią do zakładów opieki zdrowotnej zaliczano zakłady pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe)⁵⁶⁷. Zgodnie z treścią art. 28 u.z.o.z. do zadań pogotowia ratunkowego należało: udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w razie wypadku, urazu i porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia z zagrożeniem życia.

⁵⁶¹ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 988.

⁵⁶² Ustawa z dnia 28 maja 1975 r. o dwustopniowym podziale administracyjnym Państwa oraz zmianie ustawy o radach narodowych (Dz. U. Nr 16, poz. 91 z późn. zm.).

⁵⁶³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1975 r. Nr 25, poz. 134).

⁵⁶⁴ D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 988.

⁵⁶⁵ Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej ((Dz. U. Nr 15, poz. 121 z późn. zm).

⁵⁶⁶ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

⁵⁶⁷ Artykuł 2 ust. 1 pkt 3) u.z.o.z.

Mając na uwadze powyższe rozważania historyczno-prawne oraz analizę obowiązujących wcześniej regulacji prawnych odnoszących się do niesienia pomocy w stanach nagłych, stwierdzić należy, że do czasu wprowadzenia pojęcia zawodu ratownika medycznego w treści rozporządzenia z dnia 23 lutego 1993 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego⁵⁶⁸ oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2001 r. w ogóle nie można mówić o zawodzie ratownika medycznego i systemie ratownictwa medycznego. Błąd taki jest powielany w opracowaniach dotyczących problematyki zawodu ratownika medycznego⁵⁶⁹. Niemniej jednak historia ratownictwa w Polsce udowodniła silną potrzebę tworzenia systemu ratownictwa jako jednego z filarów bezpieczeństwa państwa. Przez wiele lat, jak była o tym mowa powyżej, ratownictwem zajmowali się w głównej mierze wolontariusze, studenci medycyny i lekarze, niosąc pomoc potrzebującym w pełni bezinteresownie.

Współczesne regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz problematyki z nim związanej przedstawiłem poniżej.

3.4. Ewolucja regulacji prawnych odnoszących się do wykonywania zawodu ratownika medycznego

3.4.1. Pierwsza ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w kontekście zawodu ratownika medycznego

Zawód ratownika medycznego został w pierwszej kolejności uregulowany przez ustawę z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁵⁷⁰. Zgodnie z treścią art. 30 ust. 3 omawianego aktu prawnego zawód ratownika medycznego mogła wykonywać osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz
- 2) uzyskała w kraju dyplom ukończenia wyższych studiów zawodowych w zakresie ratownictwa medycznego bądź uzyskała za granicą dyplom uznany w kraju za równorzędny albo

⁵⁶⁸ Rozporządzenie z dnia 23 lutego 1993 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 1993 r. nr 19 poz. 84).

⁵⁶⁹ Zob. D. Bach-Golecka, J. Piecha, *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020, s. 982; B. Urbanek, *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX w.*, Warszawa 2012.

⁵⁷⁰ Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 z późn. zm.), dalej zwana: „ustawa z 2001 r. o p.r.m.”.

- 3) uzyskała tytuł ratownika medycznego na dotychczas obowiązujących zasadach w policealnych szkołach medycznych przed 30 września 2006 r.

Warto wskazać, że przepisy pierwszej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w sposób niezwykle ogólnikowy odnosiły się do kwestii związanych z zakresem kompetencji ratownika medycznego, wskazując jedynie w art. 43 ust. 1 ustawy z 2001 r. o p.r.m., że osoby wykonujące tę profesję są upoważnione do podejmowania „medycznych działań ratunkowych” w jednostkach systemu. Jest pewnym niedopatrzaniem językowym ustawodawcy zwrot użyty w art. 43 ust. 1 ustawy z 2001 r. o p.r.m., bowiem w art. 3 pkt 4) tejże ustawy użył on pojęcia „medycznych czynności ratowniczych”, które oznaczały działania medyczne, w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych, podejmowane przez jednostkę systemu, służące ratowaniu osoby w stanie nagłym. Przez jednostki systemu należało zatem rozumieć szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego.

Ustawodawca, w art. 30 ust. 7 ustawy z 2001 r. o p.r.m., wskazał, iż minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia zakres medycznych działań ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, samodzielnie lub pod nadzorem lekarza ratunkowego, uwzględniając minimalne wymagania programowe wyższych studiów zawodowych dla ratowników medycznych oraz aktualny stan wiedzy w zakresie medycyny ratunkowej. Jednak powyższy akt prawny nigdy nie został wprowadzony w życie. Nie może być więc mowy o jakichś szczególnych kompetencjach ratowników medycznych, wynikających z pierwszej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Taki stan rzeczy oczywiście nie sprzyjał bezpiecznemu wykonywaniu zawodu, a czynności medyczne podejmowane przez ratowników medycznych miały jedynie charakter uznaniowy, w zależności od tego, jakimi umiejętnościami dysponowała dana osoba czy na jakie czynności pozwalał lekarz, z którym ratownik medyczny w danym momencie współpracował.

W moim przekonaniu, nie można zbyt krytycznie podchodzić do ogólnikowych kompetencji ustawowych ratownika medycznego wskazanych w omawianym akcie prawnym. Należy raczej zająć zdystansowane stanowisko, biorąc pod uwagę, że była to pierwsza próba stworzenia spójnego systemu ratownictwa. Dopiero widząc jej niespójność i niedopracowanie oraz rozwój innych gałęzi prawa medycznego, jak uściślenie pojęcia „świadczenia zdrowotnego”, ustawodawca mógł dążyć do udoskonalenia tego nowego filaru systemu ochrony zdrowia w Polsce.

3.4.2. Druga ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym w kontekście zawodu ratownika medycznego

Po pięciu latach od wprowadzenia do systemu prawnego, a tym samym do systemu ochrony zdrowia, pojęcia „Państwowe Ratownictwo Medyczne” oraz nadania upoważnień ustawowych osobom wykonującym zawód ratownika medycznego, wprowadzono w życie ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁵⁷¹, która pozostaje w mocy do dnia dzisiejszego. Akt ten wprowadził wiele zmian odnoszących się do profesji ratownika medycznego nie tylko w obrębie wskazanego aktu prawnego, ale także w innych gałęziach prawa: wyznaczając m. in. standardy kształcenia adeptów kierunku ratownictwo medyczne, wprowadzając warunki i przesłanki prawne wykonywania zawodu ratownika medycznego, precyzując definicje użyte w pierwszej ustawie z 2001 r. o p.r.m. oraz uszczegóławiając upoważnienia ustawowe ratowników medycznych. Poniżej odniosę się do każdego z wymienionych w zdaniu poprzednim zagadnień.

3.5. Standardy kształcenia przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego

Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu ratownika medycznego, unormowany przez rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego⁵⁷², wydany na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1) ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce⁵⁷³, jest *novum* w systemie prawnym. Wcześniej rozporządzenie z dnia 9 maja 2012 r. dotyczące poruszanej materii⁵⁷⁴ dotyczyło jedynie studentów kierunków: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, pomijając studentów kierunku ratownictwo medyczne.

⁵⁷¹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720 z późn. zm.).

⁵⁷² Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.), dalej zwane: „r.w.s.k.”.

⁵⁷³ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574 z późn. zm.).

⁵⁷⁴ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunku studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 345 z późn. zm.).

Na aprobatę zasługuje włączenie studentów ratownictwa medycznego w ramy standardów kształcenia, bowiem dają one pewność ujednolicenia i podnoszą jakość procesu kształcenia adeptów omawianego zawodu. Jednak można zadać pytanie retoryczne: Czemu tak późno ustawodawca zdecydował się wprowadzić standardy kształcenia studentów ratownictwa medycznego?

Szczegółowy standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu ratownika medycznego określa załącznik nr 8 do r.w.s.k., regulujący przede wszystkim sposób organizacji kształcenia, wskazując, że studia na kierunku ratownictwo medyczne:

- 1) są prowadzone na poziomie studiów pierwszego stopnia,
- 2) trwają nie krócej niż 6. miesięcy,
- 3) obejmują nie mniej niż 3675 godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych,
- 4) wymagają dla ich ukończenia zdobycia nie mniej niż 180 punktów ECTS,
- 5) są przyporządkowane do dyscypliny naukowej – nauki medyczne, albo dyscypliny naukowej – nauki o zdrowiu, jako dyscypliny wiodącej.

Niezwykle istotnym elementem r.w.s.k. jest wskazanie dyscyplin, które mogą być objęte nauczaniem studentów ratownictwa medycznego:

- 1) nauki podstawowe w których skład wchodzi: anatomia, fizjologia z elementami fizjologii klinicznej, biologia i mikrobiologia, biofizyka, biochemia z elementami chemii, farmakologia z toksykologią, informatyka i biostatystyka, patologia;
- 2) nauki behawioralne i społeczne, w których skład wchodzi: socjologia medycyny, psychologia, dydaktyka medyczna, etyka zawodowa ratownika medycznego, prawo medyczne, zdrowie publiczne, ekonomia i zarządzanie w ochronie zdrowia, badania naukowe w ratownictwie medycznym, język obcy, zajęcia sprawnościowe z elementami ratownictwa specjalistycznego – w tym miejscu warto jednak zwrócić uwagę, że zawód ratownika medycznego nie ma kodeksu deontologicznego;
- 3) nauki kliniczne, w których skład wchodzi: pediatria, choroby wewnętrzne z elementami onkologii, neurologia, psychiatria, choroby zakaźne, kardiologia, medycyna katastrof, farmakologia i toksykologia kliniczna, podstawowe zabiegi medyczne, techniki zabiegów medycznych, medycyna ratunkowa, medyczne czynności ratunkowe, procedury ratunkowe przedszpitalne, procedury ratunkowe

wewnątrzszpitalne, ginekologia i położnictwo, chirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, intensywna terapia, neurochirurgia, okulistyka, laryngologia, urologia, medycyna sądowa, choroby tropikalne, medycyna taktyczna – jest to jeden z najważniejszych elementów kształcenia adeptów ratownictwa medycznego, ponieważ wskazuje on niezbędne elementy praktyczne wykonywania omawianej profesji.

Ustawodawca, tworząc standard kształcenia studentów na kierunku ratownictwo medyczne, słusznie położył szczególny nacisk na zajęcia praktyczne, obejmujące różne dziedziny medycyny:

Tabela 6. Praktyki zawodowe przewidziane dla studentów kierunku: ratownictwo medyczne

Rodzaj praktyk zawodowych	Zakres praktyk zawodowych	Liczba godzin	Liczba punktów ECTS
Praktyki wakacyjne	Zespół ratownictwa medycznego	168	6
	Szpitalny oddział ratunkowy (SOR)	168	6
	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	164	6
Praktyki śródroczne	Oddział chirurgii	60	2
	Oddział ortopedyczno-urazowy	50	2
	Oddział chorób wewnętrznych	50	2
	SOR	100	4
	Oddział neurologii	50	2
	Oddział kardiologii	50	2
	Oddział pediatrii	50	2
	Zespół ratownictwa medycznego	50	2
Razem		960	36

Źródło: Załącznik nr 8 do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.).

Niezwykle istotnym aspektem widocznym w zaprezentowanej powyżej tabeli, są praktyki wakacyjne, które stanowią kontynuację praktyk śródrocznych. Taka konstrukcja szkolenia zawodowego pozwala na doskonalenie i utrwalanie umiejętności przez studentów przez cały okres kształcenia.

Studia na kierunku ratownictwo medyczne kończy się złożeniem egzaminu dyplomowego, który obejmuje część teoretyczną i praktyczną. Egzamin powinien być przeprowadzony w formie umożliwiającej sprawdzenie osiągniętych efektów uczenia się w kategorii wiedzy i umiejętności objętych programem studiów.

Kolejnym warunkiem koniecznym do wykonywania zawodu ratownika medycznego jest zdanie Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego oraz należy spełnić także inne przesłanki wynikające z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, jak m.in. posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych, posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu ratownika medycznego.

3.6. Warunki i przesłanki prawne wykonywania zawodu ratownika medycznego

W świetle przepisu art. 10d u.p.r.m. Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego⁵⁷⁵ organizuje Centrum Egzaminów Medycznych przy współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej. PERM przeprowadza się w formie testu zamkniętego jednokrotnego wyboru, składającego się ze 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi. Za każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się 1 punkt. W przypadku braku odpowiedzi, zaznaczenia nieprawidłowej odpowiedzi albo zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi punkty nie są przyznawane. Pytania testowe obejmują problematykę z zakresu ratownictwa medycznego. Zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań testowych PERM obejmuje wiedzę i umiejętności z zakresu programu studiów na kierunku związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego. Zgodnie z treścią § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2018 r. w sprawie Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego⁵⁷⁶, PERM zawiera pytania obejmujące wiedzę z zakresu:

- 1) medycznych czynności ratunkowych – 23 pytania;
- 2) medycyny ratunkowej – 20 pytań;
- 3) pierwszej pomocy i kwalifikowanej pierwszej pomocy – 9 pytań;
- 4) medycyny katastrof – 5 pytań;
- 5) anatomii i fizjologii – 6 pytań;
- 6) psychiatrii, psychologii i neurologii – 5 pytań;

⁵⁷⁵ Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, dalej zwany: „PERM”.

⁵⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2018 r. w sprawie Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 187), dalej zwane: „rozporządzenie w sprawie PERM”.

- 7) chorób wewnętrznych – 8 pytań;
- 8) chirurgii – 5 pytań;
- 9) pediatrii – 8 pytań;
- 10) toksykologii, farmakologii, położnictwa i ginekologii, zdrowia publicznego i prawa medycznego – 11 pytań.

Należy zauważyć, że wprowadzenie w 2017 r. zapisów o PERM do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz w 2018 r. rozporządzenia w sprawie PERM było niezwykle rozważnym rozwiązaniem ustawodawcy, ponieważ ujednolicono w ten sposób wymagania dotyczące wiedzy i umiejętności wymaganych od adeptów ratownictwa medycznego. Pytania PERM co roku się zmieniają, a tym samym wymuszają na prowadzących kształcenie taką metodologię nauki, aby była zgodna z aktualną wiedzą medyczną.

W moim przekonaniu, tego rodzaju rozwiązania powinny zostać wprowadzone także do systemu kształcenia przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy oraz położnych, bowiem są oni jedyną grupą reprezentującą zawody medyczne, która nie zdaje po zakończeniu studiów egzaminu o charakterze państwowym. Stawia to pod znakiem zapytania realne efekty kształcenia studentów kierunku pielęgniarstwo na uczelniach wyższych.

Zdanie odmienne reprezentuje Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych. Zgodnie z ich stanowiskiem z dnia 20 grudnia 2021 r., skierowanym do ministra zdrowia:

„W związku z zapoznaniem się z treścią projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych, uprzejmie informuję, że Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych pozytywnie przyjęło informację o likwidacji PERM.

W ocenie naszego Towarzystwa ścieżka kształcenia w zawodzie ratownika medycznego, które odbywa się na podstawie określonych standardów kształcenia, daje gwarancję właściwego przygotowania zawodowego absolwenta tego kierunku.

Jednocześnie mając na uwadze, że projekt przedmiotowej ustawy dopuszcza możliwość dalszego kształcenia ratownikom medycznym na studiach II stopnia na kierunku ratownictwo medyczne, stoimy na stanowisku, że tak określony sposób kształcenia w uzupełnieniu o możliwość zdobywania specjalizacji, wzmocni wartość merytoryczną zawodu ratownika medycznego.

Taka ścieżka kształcenia będzie gwarancją jeszcze lepszego przygotowania absolwentów do wykonywania zawodu oraz umożliwi ratownikom medycznym osiągnięcie kolejnych szczebli kariery zawodowej, o co od dłuższego czasu postulowało nasze Towarzystwo.”

Powyższe stanowisko uważam za nietrafione, głównie z tego względu, że PERM jest gwarancją standaryzacji kształcenia i odpowiedniego podejścia uczelni wyższych do studentów kierunku ratownictwo medyczne. Drugim istotnym aspektem związanym z PERM, jest fakt, że nie pozwala uczelniom wyższym na arbitralne podejście do studentów omawianego kierunku. Likwidacja PERM oznaczałaby, że uczelnie w dość dowolny sposób mogłyby podchodzić do kwestii związanych z egzaminem końcowym, co mogłoby prowadzić do istotnych różnic w kształceniu studentów ratownictwa medycznego. Byłby to oczywisty „krok w tył” i powrót do błędu popełnionego w stosunku do personelu pielęgniarskiego, który nie ma przewidzianego egzaminu państwowego.

W tym miejscu zaznaczę, że nie zgadam się także z wprowadzeniem studiów II^o na kierunku ratownictwo medyczne; jest to zabieg całkowicie niepotrzebny, bowiem zawód ratownika medycznego jest profesją *sensu stricto* praktyczną. Ratownicy medyczni powinni mieć przede wszystkim doskonale opanowaną wiedzę i umiejętności z zakresu medycznych czynności ratunkowych. Należy wziąć pod uwagę jeszcze jeden aspekt, otóż zawód ratownika medycznego jest profesją skoncentrowaną na niesieniu pomocy w stanach zagrożenia zdrowotnego, nie skupia się na problematyce ogólnomedycznej, z czym mamy do czynienia w zawodzie lekarza czy zawodzie pielęgniarskim. Z tego względu, czego nie uważam za krzywdzące, aspirowanie do tworzenia tytułu magistra ratownictwa medycznego jest pomysłem nietrafionym.

Przechodząc do kwestii związanej z warunkami *sine qua non* wykonywania zawodu ratownika medycznego, wskazać należy cztery główne przesłanki określone w przepisie art. 10 u.p.r.m., a mianowicie:

- 1) posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 2) posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu;
- 3) wykazanie znajomości języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożenia oświadczenia o następującej treści: „Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego”;
- 4) spełnienie następujących wymagań:

- a) rozpoczęcie przed dniem 1 października 2019 r. studia wyższe na kierunku (specjalność) ratownictwo medyczne i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) albo
- b) rozpoczęte po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1) ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata oraz złożenie z wynikiem pozytywnym PERM albo
- c) rozpoczęcie przed dniem 1 marca 2013 r. nauki w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego albo dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny albo
- d) posiadanie dyplomu wydanego w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu⁵⁷⁷- stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanego w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającego tytuł zawodowy ratownik medyczny, i uzyskanie prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami albo
- e) posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim EFTA - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanych w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej⁵⁷⁸.

Pierwsze trzy przesłanki wskazane powyżej, odnoszące się do wykonywania zawodu ratownika medycznego, są analogiczne, tak jak w przypadku zawodu lekarza oraz zawodu

⁵⁷⁷ Dalej zwane: „EFTA”.

⁵⁷⁸ Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646 z późn. zm.).

pielęgniarskiego. Elementarnym warunkiem dla osoby ubiegającej się o wykonywanie zawodu ratownika medycznego jest posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych w rozumieniu przepisu art. 11 k.c. Tym samym zawodu ratownika medycznego nie będzie mogła wykonywać osoba ubezwłasnowolniona częściowo albo całkowicie.

Niezwykle istotnym elementem składającym się na warunki konieczne do wykonywania zawodu ratownika medycznego jest stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tej profesji. Pamiętać należy, że ratownicy medyczni działają w zróżnicowanych warunkach i nie odnosi się to jedynie do wykonywania zawodu w zespołach ratownictwa medycznego, bowiem ratownicy medyczni wykonują zadania zawodowe np. w ramach⁵⁷⁹:

- 1) ratownictwa górskiego i narciarskiego, o którym mowa w art. 2 pkt 7) i 8) ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich⁵⁸⁰;
- 2) ratownictwa wodnego, o którym mowa w art. 2 pkt 4) ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych⁵⁸¹;
- 3) ratownictwa górniczego, o którym mowa w art. 122-124 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. - Prawo geologiczne i górnicze⁵⁸²;
- 4) Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w art. 116 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim⁵⁸³;
- 5) jednostek podległych ministrowi obrony narodowej, niebędących podmiotami leczniczymi;
- 6) jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej⁵⁸⁴;
- 7) działań antyterrorystycznych realizowanych przez służby podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 8) wyodrębnionych oddziałów prewencji, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2) ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji⁵⁸⁵ oraz w Centralnym Pododdziale Kontrterrorystycznym Policji „BOA” oraz w samodzielnych pododdziałach

⁵⁷⁹ Artykuł 11 ust. 3 u.p.r.m.

⁵⁸⁰ Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. z 2022 r. poz. 1425 z późn. zm.).

⁵⁸¹ Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 147 z późn. zm.).

⁵⁸² Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. - Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2022 r. poz. 1072 z późn. zm.).

⁵⁸³ Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2022 r. poz. 515 z późn. zm.).

⁵⁸⁴ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 869 z późn. zm.).

⁵⁸⁵ Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2021 r. poz. 1882 z późn. zm.).

kontrterrorystycznych Policji, o których mowa w art. 5c ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji;

9) zadań Służby Ochrony Państwa, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa⁵⁸⁶;

10) zadań Straży Granicznej, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej⁵⁸⁷.

Mając na uwadze szeroki zakres kompetencji wykonywanych w ramach różnych formacji, moim zdaniem, obok wiedzy i umiejętności sprawdzanych podczas PERM, obligatoryjnie ustawodawca powinien wprowadzić testy sprawnościowe dla ratowników medycznych, co w oczywisty sposób wynika z charakteru tej profesji.

Ratownik medyczny jest zobligowany do posługiwania się językiem polskim w stopniu umożliwiającym wykonywanie zawodu. Rozwiązanie to jest podyktowane przede wszystkim faktem, że omawianą profesję mogą wykonywać także obcokrajowcy, o ile spełniają kumulatywnie warunki określone w art. 10 ust. 1 u.p.r.m.

Zawód ratownika medycznego jest młodą profesją i co jest zrozumiałe, na przestrzeni kilku ostatnich lat, przepisy regulujące jego wykonywanie były doskonałe.

Niestety, w moim przekonaniu, projektowana ustawa o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych – bazująca głównie na ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym – spowoduje obniżenie standardów kształcenia, jak również doprowadzi do chaosu legislacyjnego poprzez wprowadzenie kursów i szkoleń bez wskazania kompetencji, które ratownik medyczny uzyskuje po ich ukończeniu.

Szerzej problematykę nowej ustawy o zawodzie ratownika medycznego poruszę w ostatnim rozdziale niniejszej pracy.

3.7. Problematyka związana z kompetencjami ratownika medycznego – uwagi praktyczne

Katalog czynności zawodowych ratownika medycznego jest otwarty, oznacza to, że ustawodawca, w innych aktach prawnych – w randze ustawy czy rozporządzenia – może przyznać przedstawicielom omawianego zawodu dodatkowe kompetencje.

⁵⁸⁶ Ustawa z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 575 z późn. zm.).

⁵⁸⁷ Ustawa z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1061 z późn. zm.).

Zgodnie z treścią art. 11 ust. 1 wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na:

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;
- 2) zabezpieczaniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia

Ustawodawca wskazał również, że ratownik medyczny ma obowiązek postępowania zgodnie ze wskazanymi aktualnej wiedzy medycznej oraz z należytą starannością. Jest to niezwykle ważny element, bowiem medycyna ratunkowa jest dziedziną rozbudowaną, a wytyczne ulegają częstym zmianom. Pamiętać także należy, że ratownik medyczny nie tylko udziela świadczeń w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, równie często dochodzi do sytuacji, w których przedstawiciele tego zawodu powinni posiadać szeroką wiedzę praktyczną z wielu dziedzin medycyny, aby udzielić adekwatnej i pełnej pomocy medycznej w zaistniałej sytuacji.

Niezwykle istotnym upoważnieniem ustawowym posiadanym przez ratowników medycznych jest możliwość odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Ratownik medyczny uzasadnia i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyczyny niepodjęcia lub odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych. Podobnej regulacji ustawodawca nie wprowadził w stosunku do pielęgniarek i pielęgniarzy systemu, o czym pisałem w podrozdziale dotyczącym zawodu pielęgniarskiego.

Warto zaznaczyć, że ratownik medyczny w ramach realizacji zadań zawodowych może udzielić świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym w rozumieniu art. 3 ust. 1 u.o.p.p. Poruszony aspekt jest bardzo istotny z punktu widzenia całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, bowiem przytoczona powyżej treść art. 11 ust. 10a u.p.r.m. porusza kwestie udzielania pomocy medycznej bez zgody pacjenta, jeśli jego stan

zdrowia nie pozwala mu na realne podjęcie decyzji co do udzielanych mu świadczeń zdrowotnych bądź odmowy ich udzielenia.

Problematyka ta nie odnosi się jedynie do działalności zespołów ratownictwa medycznego, ale również do szpitalnych oddziałów ratunkowych czy innych oddziałów szpitalnych, gdzie specyfika pracy wymaga podjęcia decyzji za pacjenta w odniesieniu do dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Obowiązujące przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵⁸⁸, pozwalają jedynie na zastosowanie przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjenta tylko w określonych sytuacjach, a mianowicie, kiedy⁵⁸⁹:

- 1) dopuszczają się oni zamachu przeciwko: zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu;
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu lub
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Przepisy ustawy o zdrowiu psychicznym nie zawierają regulacji dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, w sytuacjach innych niż wymienione powyżej. Wydaje się, że są to dwie odmienne instytucje, jednak warto zaznaczyć, że niezwykle często działają synergistycznie. Jako przykład można wskazać pacjenta pod wpływem alkoholu z poważnym urazem głowy, który jest agresywny. Ratownik medyczny w takiej sytuacji może nie tylko wbrew pacjentowi udzielić świadczeń zdrowotnych, ale także zastosować środki przymusu bezpośredniego przewidziane przez ustawę o zdrowiu psychicznym. To samo upoważnienie, do udzielania świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, mają pielęgniarki i pielęgniarze systemu, jednak ustawodawca błędnie nie rozciągnął go na wszystkie osoby wykonujące zawód pielęgniarski. Wskazać wszakże należy, że środki przymusu bezpośredniego można zastosować wobec pacjentów, którzy dopuszczają się zamachu przeciwko życiu i zdrowiu własnemu. Nie każde zachowanie pacjenta musi być związane z chęcią świadomego wyrządzenia sobie krzywdy, pacjent może znajdować się w stanie nieświadomości w wyniku zażycia substancji psychoaktywnych czy spożycia alkoholu i nie

⁵⁸⁸ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685 z późn. zm.), dalej zwana: „u.o.z.p.”.

⁵⁸⁹ Artykuł 18 u.o.z.p.

zdawać sobie sprawy z powagi sytuacji zdrowotnej. Do takich sytuacji dochodzi np. na oddziałach toksykologicznych, kiedy pacjent po zatruciu lekami lub substancjami psychoaktywnymi (niezwiązanym z podjęciem próby samobójczej), chce wypisać się na własne żądanie i kieruje się do wyjścia z oddziału. Nie zawsze jest czas natychmiastowe powiadomienie lekarza, a personel pielęgniarski w obecnie obowiązujących przepisach nie ma kompetencji do zastosowania przymusu bezpośredniego wobec takiego pacjenta, ponieważ sama chęć rezygnacji z leczenia nie stanowi zamachu przeciwko zdrowiu i życiu.

Przechodząc do dalszej analizy czynności, do których ratownicy medyczni są upoważnieni, wskazać warto rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego⁵⁹⁰. W kontekście medycznych czynności ratunkowych ratownicy medyczni mają te same kompetencje, co pielęgniarki i pielęgniarze systemu (w odniesieniu do tych, które są wskazane w rozporządzeniu o rodzaju i zakresie świadczeń), o których już była mowa, z tego względu zdecydowałem się na pominięcie tego aspektu, ponieważ byłoby to powielanie tej samej treści. Na uwagę zasługuje jednak katalog świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego, określone w załączniku nr 3 do omawianego aktu wykonawczego. W skład wskazanego katalogu świadczeń wchodzi:

- 1) ocena stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych;
- 6) odsysanie dróg oddechowych;
- 7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;

⁵⁹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 863 z późn. zm.).

- 8) wykonanie intubacji dotchawiczej i prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 9) wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej;
- 10) wykonanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;
- 11) monitorowanie czynności układu oddechowego;
- 12) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;
- 13) wykonanie i ocena zapisu EKG;
- 14) wykonanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;
- 15) wykonanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu;
- 16) podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą i wziewną oraz doszpikową;
- 17) odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej;
- 18) pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań diagnostycznych;
- 19) opatrywanie ran;
- 20) tamowanie krwawień zewnętrznych;
- 21) unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;
- 22) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego.
- 23) przyjęcie porodu;
- 24) wykonanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;
- 25) cewnikowanie pęcherza moczowego;
- 26) wykonanie pomiaru temperatury głębokiej;
- 27) oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu;
- 28) przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu;
- 29) podawanie leków wymienionych w tabeli w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

Przytoczony powyżej katalog świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, do których upoważniony jest ratownik medyczny bez zlecenia lekarza, budzi poważne zastrzeżenia, biorąc pod uwagę, iż omawiany zakres świadczeń ratownik medyczny może wykonywać na zlecenia lekarza, *a contrario* lekarz nie może zlecić wykonania ratownikowi medycznemu świadczeń zdrowotnych wykraczających poza te, które określone są w tym rozporządzeniu.

Zastrzeżenia do wspomnianego katalogu wynikają z faktu, że ratownicy medyczni mogą pracować na innych, niż szpitalny oddział ratunkowy, oddziałach szpitalnych, co wynika z § 5 ust. 6 pkt 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵⁹¹. W omawianym kontekście pojawia się problem natury praktycznej i prawnej, bowiem: Czy ratownik medyczny w ramach przyznanych kompetencji na oddziałach szpitalnych może udzielać świadczeń pielęgnacyjnych zastrzeżonych dla personelu pielęgniarskiego? W moim przekonaniu nie może, co wynika *a contrario* z przepisów regulujących wykonywanie zawodu ratownika medycznego. Na oddziałach zachowawczych rzadko dochodzi do sytuacji, w których ratownik medyczny będzie mógł na zlecenie lekarza albo bez niego skorzystać z kompetencji przyznanych przez ustawodawcę. Na wskazanych oddziałach pacjenci wymagają przede wszystkim opieki pielęgnacyjnej, co wiąże się z opracowywaniem planu opieki pielęgniarskiej, pielęgowaniem odleżyn oraz uzupełnianiem dokumentacji pielęgniarskiej. Zakres upoważnień prawnych nie pozwala ratownikom medycznym na wykonywanie wskazanych czynności, co oczywiście doprowadza do konfliktu między tymi dwoma zawodami. Winę za taki stan rzeczy ponosi ustawodawca, bowiem jego zamysłem było uzupełnianie braków kadrowych w personelu pielęgniarskim ratownikami medycznymi, co oczywiście stoi w sprzeczności z pierwotnym zamysłem utworzenia tej profesji. Omawiane rozwiązanie wprowadzone przez prawodawcę wpływa na jeszcze jeden aspekt, a mianowicie na obniżenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, bowiem ratownicy medyczni w trakcie kształcenia nie uczą się wykonywania zabiegów typowo pielęgnacyjnych.

Kulminacją wprowadzania przez prawodawcę powyższych rozwiązań jest wystąpienie efektu tzw. błędnego koła. Dzieje się tak, ponieważ ratownicy medyczni coraz częściej decydują się na rozpoczęcie studiów pielęgniarskich, co doprowadza do ich deficytu w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

W podsumowaniu niniejszego podrozdziału, poświęconego wykonywaniu zawodu ratownika medycznego, można stwierdzić, że jest to profesja niezwykle ważna w systemie ochrony zdrowia w Polsce, jednak regulacje prawne stosowane przez ustawodawcę zmierzają nie tylko do degradacji zawodu, ale również doprowadzają do konfliktów między zawodami medycznymi, co ma znaczący wpływ na destabilizację systemu ochrony zdrowia.

⁵⁹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290 z późn. zm.).

Rozdział V. Problematyka współpracy zawodów medycznych w Polsce

Celem niniejszego rozdziału jest wskazanie głównych problemów w kontekście współpracy między zawodami medycznymi w Polsce oraz przedstawienie propozycji rozwiązań. Jest to zadanie trudne, bowiem poruszana materia jest niezwykle złożona. Na skomplikowany charakter omawianej problematyki składają się różne elementy, a to dlatego że w systemie ochrony zdrowia w Polsce mamy do czynienia nie tylko z niekonsekwencją ustawodawcy, w kontekście tworzenia aktów normatywnych regulujących wykonywanie poszczególnych zawodów medycznych, ale także z tworzeniem się systemów prawa zwyczajowego stanowionego przez personel medyczny, a opartego na wątpliwej interpretacji przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Wydaje się, że dla przejrzystego ujęcia problematyki współpracy między zawodami medycznymi należy przeanalizować poszczególne relacje zachodzące pomiędzy: lekarzami a przedstawicielami zawodu pielęgniarstwa, przedstawicielami zawodu pielęgniarstwa a ratownikami medycznymi oraz lekarzami a ratownikami medycznymi.

Jednak przed przystąpieniem do wskazanej powyżej analizy, warto przytoczyć alegorię władcy – Rexa, której autorem jest L. L. Fuller, bowiem przybliży ona Czytelnikowi niniejszej rozprawy charakter błędów ustawodawcy przy tworzeniu aktów prawnych odnoszących się do wykonywania zawodów medycznych.

„Rex wstąpił na tron pełen reformatorskiego zapału. Sądził, że jego poprzedników największe niepowodzenia spotkały w dziedzinie prawa. Od wielu pokoleń system prawny nie uległ żadnej zasadniczej reformie. Postępowanie procesowe było uciążliwe, postanowienia formułowano w archaicznym języku z innej epoki, wymiar sprawiedliwości był kosztowny, sędziowie niedbali, a czasem i przekupni. Rex był zdecydowany zaradzić temu wszystkiemu i zyskać sobie w historii sławę wielkiego prawodawcy. Ostatecznie jednak spotkało go całkowite niepowodzenie: nie tylko nie zdołał przeprowadzić potrzebnych reform, lecz nie udało mu się nawet sformułować żadnego prawa – ani dobrego, ani złego.

Pierwszy oficjalny krok, jaki uczynił, był jednak dramatyczny, ale i pomyślny: wobec tego, iż chciał się uwolnić od starych zobowiązań, by podjąć nowe, ogłosił poddanym natychmiastowe zniesienie wszystkich obowiązujących praw, a następnie zabrał się do pisania nowego kodeksu. Wobec tego, iż kształcony był jak samotny królewicz, jego wiedza – niestety

– pełna była luk. W szczególności okazało się, iż niezdolny jest nawet do najprostszych uogólnień. Chociaż nie brak mu było pewności, gdy rozstrzygać musiał poszczególne spory, sformułowanie uzasadnienia jakiegokolwiek orzeczenia przekraczało całkowicie jego zdolności.

Kiedy zdał sobie sprawę ze swej ograniczoności, porzucił projekt kodeksu i ogłosił poddanym, że odtąd sam pełnić będzie funkcję sędziego we wszystkich konfliktach, jakie mogą między nimi wyniknąć. Miał nadzieję, że w nawale rozmaitych konkretnych spraw jego umiejętność uogólnienia rozwinię się, i że przechodząc od jednej sprawy do drugiej, zdoła sformułować system przepisów, które dadzą się połączyć w kodeks. Niestety, braki jego edukacji były większe, niż przypuszczał. Próba całkowicie się nie powiodła. Kiedy wydał już dosłownie setki orzeczeń, ani jego poddani, ani on sam nie potrafili dopatrzeć się w nich żadnego wspólnego schematu. Próby uogólnień zawarte w jego orzeczeniach tylko zwiększały zamieszanie, dawały bowiem fałszywe wskazówki poddanym, a jednocześnie w każdej następnej sprawie stawiały go przed coraz trudniejszymi problemami, których rozwiązanie przekraczało jego mierne zdolności.

Po tym niepowodzeniu Rex zdał sobie sprawę, że trzeba startować od nowa. Zaczął od wysłuchania kursów wykładów o uogólnianiu. Wzmocniwszy w ten sposób swe intelektualne siły, powrócił do projektu kodeksu i po wielu godzinach samotnej pracy zdołał przygotować obszerny dokument. Nadal jednak nie miał pewności, czy przewyciężył swe uprzednie braki. Ogłosił więc poddanym, że opracował kodeks i odtąd kierować się nim będzie, wydając orzeczenia, ale że na nieokreślony na razie czas kodeks pozostanie tajemnicą państwową: znać go będzie tylko on i jego pisarz. Ku zdziwieniu Rexa ten przemyślny plan bynajmniej nie zachwycił poddanych. Stwierdzili, iż jest rzeczą nader dla każdego niedogodną, by jego sprawa sądzona była wedle praw, z którymi nie sposób się zapoznać.

Oszołomiony tą reakcją Rex starannie przemyślał swe silne strony i słabości i doszedł do wniosku, że życie nauczyło go przynajmniej jednego, a mianowicie, iż o wiele łatwiej jest decydować na podstawie już zaszłych okoliczności, niż przewidywać i kontrolować przyszłość. Znane okoliczności nie tylko ułatwiają wydawanie orzeczeń, ale – i to było szczególnie ważne dla Rexa – ułatwiają również ich uzasadnienie. Chcąc wykorzystać to spostrzeżenie, podjął następujący plan. Na początku każdego roku kalendarzowego rozstrzygać będzie osobiście wszystkie ubiegłoroczne spory między poddanymi i podawać uzasadnienie orzeczeń, ale uzasadnienia te nie będą wiążące na przyszłość, zniweczyłoby to bowiem wszystkie korzyści płynące z orzekania na podstawie znanych okoliczności. Rex ogłosił swój nowy pomysł

poddanym i zapowiedział, że będzie publikować pełny tekst swych wyroków wraz ze stosowanymi przepisami, uwzględniając w ten sposób główne obiekcje wysuwane wobec poprzedniego projektu. Poddani przyjęli to obwieszczenie w milczeniu, a następnie za pośrednictwem swych przywódców wyjaśnili, iż kiedy mówili, że muszą znać prawa, chodziło im o to, że muszą je znać z góry, by móc się do nich stosować. Rex mrknął coś na temat, że mogliby od razu wyrazić się jaśniej, ale przyrzekł, że zastanowi się, jak temu życzeniu sprostać.

Zrozumiał teraz, że nie obejdzie się bez ogłoszenia kodeksu stwierdzającego, jakie prawa będą stosowane przy rozstrzyganiu przyszłych spraw. Pobierając nadal lekcje uogólniania, pilnie pracował nad kodeksem, i wreszcie zapowiedział, iż wkrótce go ogłosi, co spotkało się z powszechnym zadowoleniem. Konsternacja wśród poddanych była jednak ogromna, kiedy okazało się, że jest szczytem niejasności. Znaczący prawa orzekli, że nie ma w nim ani jednego zdania, które byłoby zrozumiałe dla zwykłego obywatela lub wykształconego prawnika. Oburzenie było powszechne, i wkrótce przed pałacem królewskim pojawiła się demonstracja z transparentami, na których widniało: »Jak można stosować się do praw, których nikt nie może zrozumieć?«.

Kodeks szybko wycofano. Kiedy Rex doszedł wreszcie do wniosku, że potrzebuje pomocy, kazał grupie prawników zrewidować kodeks. Zalecił, by nic w nim nie zmieniali, lecz wyrazili wszystko w sposób zrozumiały. Nowy dokument okazał się szczytem przejrzystości, ale kiedy zaczęto go studiować, przekonano się, że jego ścisłość ujawniła tylko, iż pełen jest sprzeczności. Stwierdzono ponad wszelką wątpliwość, iż w całym kodeksie nie ma ani jednego takiego postanowienia, którego nie przekreślałoby inne. Znowu odbyła się demonstracja z transparentami: »Tym razem wszystko jest jasne – aż za bardzo!«.

Kodeks znowu musiano wycofać i oddać do rewizji. Teraz jednak Rex stracił już cierpliwość do niechętej postawy poddanych i niewdzięczności za wszystko, co starał się dla nich uczynić. Postanowił dać im nauczkę i położyć kres wyrzekaniom. Kazał prawnikom polikwidować sprzeczności, ale zarazem zaostrzyć wszystkie zawarte w kodeksie sankcje i dodać długą listę nowych przestępstw. Na przykład, o ile poprzednio poddany, wezwany przed oblicze monarchy, stawić się miał w ciągu dziesięciu dni, teraz zobowiązany był to uczynić w ciągu dziesięciu sekund. Za przestępstwo karalne dziesięcioma latami więzienia uznano kaszlanie, kichanie, czkanie oraz omdlenie w obliczu monarchy. Niezrozumienie teorii ewolucyjnego, demokratycznego zbawienia, brak wiary w nią lub niewłaściwe jej uprawianie uznano za zdradę stanu.

Ogłoszenie nowego kodeksu omal nie spowodowało rewolucji. Czołowi obywatele ogłosili, że zamierzają wyśmiać postanowienia kodeksu. Ktoś wyszukał w jakiejś starej księdze przydatny do tego celu cytat: »Nakazywanie tego, co wykonane być nie może, nie jest prawodawstwem; przeciwnie, jest to pośmiewisko z prawa, albowiem nakaz, który nie może być spełniony, prowadzi wyłącznie do zamieszania, strachu i chaosu«. Wkrótce cytat ten powtarzano w setkach napływających do Rexa petycji.

Kodeks znów wycofano i oddano ekspertom do rewizji. Rex zlecił im, by ilekroć stwierdzą, że jakiś przepis jest nie do zrealizowania, zmienili go w taki sposób, by jego spełnienie stało się możliwe. Okazało się, że aby polecenie to wykonać, trzeba było zmienić wszystkie postanowienia kodeksu. Ostatecznie jednak opracowany kodeks okazał się szczytem sztuki prawodawczej: był jasny, spójny i nie wymagał od poddanych niczego, co nie leżałoby w ich mocy. Kodeks wydrukowano i rozdawano darmo na każdym rogu ulicy.

Jednakże nim nadszedł dzień, w którym nowy kodeks miał wejść w życie, stwierdzono, iż z powodu czasu, jaki zabrały kolejne rewizje, jego treść stała się przestarzała. Od czasu gdy Rex wstąpił na tron, zawieszono normalne działanie sądów, co doprowadziło w kraju do istotnych zmian ekonomicznych i instytucjonalnych. Przystosowanie się do nich wymagało rewizji treści wielu postanowień prawnych. Toteż od chwili, kiedy nowy kodeks wszedł w życie, niemal co dzień trzeba było wprowadzać doń poprawki. Niezadowolenie poddanych znów rosło, zaczął kursować anonimowy pamflet, na ulicach pojawiły się obraźliwe karykatury króla z podpisem: »Gorzej jest, gdy prawo zmienia się co dzień, niż kiedy w ogóle go nie ma«.

Wkrótce jednak i to źródło niezadowolenia wygślo, albowiem częstotliwość wprowadzania poprawek wyraźnie malała. Nim jednak do tego doszło, Rex ogłosił ważną decyzję. Zastanawiając się nad perypetiami swego panowania doszedł on mianowicie do wniosku, że większość kłopotów wynikała ze złych rad ekspertów. Postanowił więc sam przejąć władzę sądowniczą, aby w ten sposób osobiście kontrolować stosowanie nowego kodeksu i ustrzec kraj przed kolejnym kryzysem (...) Kiedy wydano bowiem tomy królewskich orzeczeń i przestudiowano je szczegółowo, poddani z przerażeniem stwierdzili, że nie pozostają one w żadnym stosunku do kodeksu, na którym miały się rzekomo opierać.»⁵⁹².

Z powyżej przytoczonej alegorii można wyłonić osiem warunków, które prowadzą nieuchronnie do dysfunkcji systemu prawa, a mianowicie⁵⁹³:

⁵⁹² L. L. Fuller, *Moralność prawa*, Warszawa 1978, s. 68-74.

⁵⁹³ Ibidem, s. 74.

- 1) niemożność sformułowania żadnego prawa w ogóle, w skutek czego każdy poszczególny przypadek rozstrzygany musi być *ad hoc*,
- 2) nieopublikowanie, a co najmniej nieudostępnienie zainteresowanym postanowień prawnych, którym mają być posłuszni,
- 3) nadużywanie stanowienia praw z mocą wsteczną,
- 4) formułowanie praw w sposób niezrozumiały,
- 5) stanowienie praw sprzecznych,
- 6) stanowienie praw, których przestrzeganie przekracza możliwości zainteresowanych,
- 7) zbyt częste modyfikowanie przepisów prawnych, wskutek czego obywatel nie może kierować się nimi w działaniu,
- 8) wymierzanie sprawiedliwości w sposób niezgodny z obowiązującymi prawami.

W kontekście problematyki związanej ze współpracą między zawodami medycznymi, warto zauważyć, że czynnikami złego funkcjonowania systemu prawa medycznego w Polsce są głównie przywołane wyżej punkty: 2), 4), 5) i 6).

Poniżej przedstawię podstawowe problemy związane z relacjami poszczególnych zawodów medycznych, odnoszące się w sposób bezpośredni do wskazanych punktów. Następnie zaprezentuję propozycję zmian, które w moim przekonaniu regulowałyby współpracę między profesjami medycznymi w sposób przejrzysty i bezpieczny z punktu widzenia obowiązującego prawa.

1. Współpraca między lekarzami a przedstawicielami zawodu pielęgniarskiego

Główny czynnik determinujący współpracę lekarzy z personelem pielęgniarskim wynika z art. 15 ust. 1 u.o.z.p.p., a mianowicie: „Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej.” Pytanie, które się nasuwa przy analizie wskazanego przepisu, jest następujące: Czy personel pielęgniarski może zrealizować każde zlecenie lekarskie niezależnie od posiadanych kwalifikacji?

Biorąc pod uwagę konstrukcję aktów normatywnych regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarskiego, nie można w sposób jednoznaczny odpowiedzieć na tak skonstruowane pytanie. Wskazany problem wynika w głównej mierze z braku katalogu czynności, które może wykonać pielęgniarka i pielęgniarz po ukończeniu odpowiedniego kursu kwalifikacyjnego czy specjalizacji. Obie formy szkolenia podyplomowego mają programy edukacji, jednak nie wynikają z nich jasno przyznane przez ustawodawcę kompetencje. Jako przykład można

wskazać zakres umiejętności, którym potrafią sprostać pielęgniarki i pielęgniarze – specjaliści z zakresu anestezjologii, określone w „Programie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek” zatwierdzonego przez ministra zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r.⁵⁹⁴. Przywołany program szkolenia, nawet jeśli wskazuje, że personel pielęgniarstwa po uzyskaniu tytułu specjalisty „potrafi” wykonać daną procedurę, to nie oznacza *ex lege*, że może ją wykonać. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że program szkolenia nie jest aktem prawnym i jedynie w sposób ogólny określa umiejętności przyszłych specjalistów w tym zakresie.

Nawiązując do powyższej uwagi, dodać warto, że główną osią sporu między lekarzami a personelem pielęgniarstwa jest podawanie leków na zlecenie lekarskie. W tym miejscu pojawia się kolejny problem, a mianowicie – czy personel pielęgniarstwa niezależnie od swoich kwalifikacji może podać każdy lek na zlecenie lekarskie, szczególnie taki, o którym nie ma wystarczającej wiedzy lub gdy dawka leku zlecona przez lekarza nie pokrywa się z dawką przewidzianą w charakterystyce produktu leczniczego? Odpowiadając na to pytanie, szczególnie nacisk należy położyć na możliwości zlecenia przez lekarza dawki innej niż ta, która jest określona w charakterystyce produktu leczniczego⁵⁹⁵ oraz ordynowania leku *off-label*, bowiem w najlepszym razie wskazany załącznik do produktu leczniczego odzwierciedla stan wiedzy z chwili złożenia wniosku o rejestrację i to tylko w takiej mierze, w jakiej podmiot odpowiedzialny zamierzał objąć produkt rejestracją⁵⁹⁶. W moim przekonaniu personel pielęgniarstwa, który nie dysponuje odpowiednią wiedzą na temat danego leku, w szczególności w zakresie jego dawkowania, powinien odmówić realizacji zlecenia lekarskiego. Moje stanowisko uwzględnia obowiązek personelu medycznego sprawdzenia leku i zapoznania się z ChPL lub skierowania prośby do lekarza o uzasadnienie zlecenia danego leku, jednak nie można pomijać kwestii odpowiedzialności. Kto bowiem ponosi odpowiedzialność za podanie leku zgodnie ze zleceniem lekarskim? Lekarz czy personel pielęgniarstwa? Czy odpowiedzialność jest solidarna na gruncie prawa cywilnego? Czy na gruncie prawa karnego jest to współsprawstwo w odniesieniu do lekarza zlecającego i pielęgniarki wykonującej zlecenie? W tym miejscu wyłania się niepewność na gruncie prawa, a odpowiedź na zadane

⁵⁹⁴ <https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2020/10/Specjalizacja-w-dz.-piel.-anestezjologicznego-i-intensywnej-opieki.pdf> (dostęp: 9 kwietnia 2022 r.).

⁵⁹⁵ Dalej zwana: „ChPL”.

⁵⁹⁶ M. Boratyńska, *Standard wykonywania zawodu lekarza [w:] Standard wykonywania zawodów medycznych*, Warszawa 2019, s. 13.

pytania, zawężająca się jedynie do stwierdzenia, że to zależy od stanu faktycznego, zdaje się niewystarczająca.

Kolejną kwestią związaną ze zleceniami lekarskimi jest brak określenia w aktach prawnych, co pod względem formalnym powinno ono zawierać. W praktyce przyjęło się, że lekarz, zlecając podanie leku, powinien określić: pacjenta, dawkę leku, drogę podania leku, nazwę leku oraz wskazać datę i godzinę wystawienia zlecenia. O ile programy przeznaczone do prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej wymagają podania wskazanych w zdaniu poprzednim danych, to większość podmiotów leczniczych w Polsce prowadzi jednak dokumentację medyczną w formie papierowej. Często dochodzi do sytuacji, w których pismo lekarza jest nieczytelne, zatem odszyfrowanie zleconej dawki leku przy braku dostępności lekarza wystawiającego zlecenie wiąże się z ryzykiem dla personelu pielęgniarskiego oraz przede wszystkim dla pacjenta, szczególnie gdy jest to lek niezbędny do zachowania ciągłości terapii, a jego niepodanie albo podanie w dawce innej niż przewidziana w zleceniu może stanowić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia chorego. Jako przykład można wskazać wyrok Sądu Okręgowego w Świdnicy z dnia 12 stycznia 2018 r., sygn. akt IV Ka 444/17⁵⁹⁷, dotyczący nieczytelnego zlecenia lekarskiego, którego z tego powodu nie wykonała pielęgniarka, przez co naraziła pacjenta na bezpośrednie zagrożenie życia. Wskazane zlecenie wskazywało na konieczność pomiaru ciśnienia tętniczego pacjenta. Sąd w uzasadnieniu przywołanego wyroku wskazał następująco:

„Prawidłowe zlecenie lekarskie to takie zlecenie, które doprowadza do realizacji skutku będącego jego przedmiotem. Jeżeli zaś wiąże się z wypisaniem skierowania, to należy je postrzegać łącznie ze skierowaniem. W świetle powyższego nie sposób uznać, aby zlecenie wypisane przez oskarżoną H. W. (abstrahując od przyjętej praktyki) było nie budzące wątpliwości i kompletne. Konkluzja ta jednak nie prowadzi do zwolnienia od odpowiedzialności karnej oskarżonej B. G. (...) W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia (...) W wypadku bowiem zaistnienia wątpliwości, co do treści zlecenia, a takie niewątpliwie miały miejsce, winno być ono przedmiotem weryfikacji przez oskarżoną (...)”⁵⁹⁸.

⁵⁹⁷ Wyrok SO w Świdnicy z dnia 12 stycznia 2018 r., sygn. akt IV Ka 444/17, LEX nr 2504996.

⁵⁹⁸ Ibidem.

Trudno w tym miejscu nie zgodzić się uzasadnieniem Sądu, jednak stan faktyczny sprawy wskazywał na możliwość konsultacji pielęgniarki z lekarzem i potwierdzenie zleconej procedury. Bywają jednak sytuacje, kiedy personel pielęgniarski nie ma możliwości konsultacji z lekarzem zlecającym. Sąd w uzasadnieniu wskazał dodatkowo na wieloletnie doświadczenie oskarżonej, jednak rodzi się pytanie, czy rzeczywiście biorąc pod uwagę doświadczenie zawodowe, cała odpowiedzialność ciąży na personelu pielęgniarskim w związku z niedokładnością lekarza wypisującego nieczytelne zlecenie. W moim przekonaniu należałoby także wziąć pod uwagę odpowiedzialność lekarzy, którzy zgodnie z zasadami należytej staranności powinni prowadzić dokumentację w sposób czytelny.

Niezwykle ciekawym problemem odnoszącym się do współpracy między lekarzami a personelem pielęgniarskim jest możliwość samodzielnego wykonania przez pielęgniarkę albo pielęgniarza bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz podania leków i wykonywania badań⁵⁹⁹.

O ile w niektórych obszarach medycyny, takich jak pielęgniarska opieka środowiskowa świadczona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej czy świadczenia udzielone w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego, wskazane powyżej upoważnienia przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego znajdują uzasadnienie, to na innych oddziałach szpitalnych kompetencje te wydają się zbędne. Trudno bowiem wyobrazić sobie sytuację, w której na oddziale wewnętrznym zespół pielęgniarski zaczyna np. ordynować leki bez porozumienia z lekarzem, którego stała obecność na oddziale jest wymagana w świetle aktów wykonawczych do ustawy o świadczeniach gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa. Zatem nie jest do końca jasne, jaki był dokładny zamysł ustawodawcy, wprowadzającego omawiany przepis.

Dodatkowo w kontekście powyższych rozważań wskazać należy z kolei, że w szpitalnym oddziale ratunkowym, gdzie istnieje zwiększone ryzyko nieobecności lekarza – np. z powodu dużej ilości pacjentów, ciężkich stanów wymagających natychmiastowej interwencji lekarskiej – zespół pielęgniarski ma dość ograniczony zakres kompetencji. Błąd prawodawcy w tym miejscu polega na dość niezrozumiałej nieściśłości – otwartym pytaniem pozostaje, czy było to działanie zamierzone? – a mianowicie: pielęgniarki i pielęgniarze systemu w świetle rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń mają szerokie kompetencje w zakresie medycyny ratunkowej, ale mogą je wykonywać bez zlecenia lekarskiego wyłącznie w ramach zespołów podstawowych ratownictwa medycznego (zespół bez lekarza). Rozwiązanie to nie

⁵⁹⁹ Paragraf 8 rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń.

znajduje logicznego wytłumaczenia, ponieważ szpitalne oddziały ratunkowe, tak jak zespoły ratownictwa medycznego, są jednostkami systemu⁶⁰⁰. Rozciągnięcie kompetencji zespołu pielęgniarskiego – z kwalifikacjami „pielęgniarki systemu” – na szpitalne oddziały ratunkowe mogłoby znacznie usprawnić pracę oddziału, a przy tym zapewnić większe bezpieczeństwo pacjentów i szybszy dostęp do wymaganych świadczeń zdrowotnych.

Zauważyć należy, że współpraca opiera się także na wzajemnym odciążaniu omawianych zawodów przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie na poprawieniu ergonomii pracy. Jednym z przykładów, którym można się posłużyć, był zamysł ustawodawcy odciążenia lekarzy szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez możliwość kierowania pacjentów – po wykonaniu segregacji medycznej – nieznajdujących się w stanie zagrożenia zdrowotnego do innych podmiotów leczniczych np. nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Segregację medyczną zgodnie z § 6 pkt 7) rozporządzenia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁶⁰¹ wykonuje: „pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu”. Warto zwrócić uwagę, że w świetle § 6 pkt 11) r.s.o.r. osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym albo niebieskim, mogą być kierowane z oddziału do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Przy czym zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym albo niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej są określone w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, i podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej tego podmiotu i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć⁶⁰². Konstrukcja przywołanych przepisów zmusza wręcz do postawienia następującego pytania: Czy pielęgniarka i pielęgniarz systemu mają odpowiednie kompetencje do kierowania pacjentów do innych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej?

Odpowiadając na powyższe pytanie, należy zwrócić w pierwszej kolejności uwagę na niemające uzasadnienia prawnego przyznanie upoważnienia podmiotom leczniczym do kreowania praw personelu pielęgniarskiego, które nie wynikają z ustawy zawodowej.

⁶⁰⁰ Artykuł 32 ust. 1 pkt 1) u.p.r.m.

⁶⁰¹ Rozporządzenie z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048 z późn. zm.), dalej zwane: „r.s.o.r.”.

⁶⁰² Paragraf 6 pkt 12) r.s.o.r.

Ponadto prawodawca w przepisie § 6 pkt 11) r.s.o.r. wskazał na kierowanie „osób”, a nie „pacjentów”, do innych podmiotów leczniczych, co jest poważnym błędem. Wedle przepisu art. 3 ust. 1 pkt 4) u.o.p.p., pacjentem jest także osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych albo korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo przez osobę wykonującą zawód medyczny. Użycie przez ustawodawcę pojęcia „osoba” we wskazanym akcie wykonawczym całkowicie, w sposób sprzeczny z ustawą o prawach pacjentów pozbawia chorych zgłaszających się do podmiotów leczniczych ich podstawowych praw wynikających z ustawy. Tym bardziej, że jak wskazałem powyżej, istnieje legalna definicja pacjenta. Można zakładać, że prawodawca wiedząc o braku przesłanek ustawowych do kierowania przez ratowników medycznych, pielęgniarki i pielęgniarzy systemu pacjentów do innych podmiotów, celowo użył słowa „osoba”, co teoretycznie wyłączyłoby kolizję prawa.

Pielęgniarki i pielęgniarze nie mają kompetencji ustawowych do odstąpienia od udzielania świadczeń zdrowotnych oraz kierowania – czy właściwie skierowania – pacjentów do innych podmiotów leczniczych. Dziwi więc postawa ustawodawcy, który wbrew obowiązującemu porządkowi prawnemu przyznaje upoważnienie podmiotom leczniczym do przyznawania nowych kompetencji personelowi medycznemu. Można oczywiście zarzucić mojemu twierdzeniu nieścisłość, a mianowicie – ustawodawca nie wskazał, kto z personelu miałby kierować pacjentów do innych podmiotów leczniczych, pozostawiając tę kwestię w dyspozycji podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a te opracowując procedurę kierowania pacjentów, powinny ją tworzyć zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Jednak teoria w tym miejscu ustępuje praktyce, a przykładem tego jest treść § 49a regulaminu organizacyjnego jednego z warszawskich szpitali⁶⁰³:

1. „W trybie nagłym udzielane są świadczenia zdrowotne osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
2. Osoby wymagające realizacji świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym podlegają segregacji medycznej i są przydzielane do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem pilności udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
 - 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;

⁶⁰³ <https://www.szpitalpraski.pl/procedura-przekazania-pacjenta-z-sor-do-poz2/> (dostęp: 11 kwietnia 2022 r.).

- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
 - 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
 - 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
3. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim mogą być na podstawie § 6 ust. 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego kierowane ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:
- 1) w dniach od poniedziałku do piątku od godziny 8.00 do 18.00 do lekarza POZ zadeklarowanego przez pacjenta;
 - 2) na dyżur Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w dni powszednie pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 rano dnia następnego; natomiast w soboty, niedziele i święta całodobowo.
4. W przypadku pacjentów zgłaszających się do SOR, co do których została podjęta decyzja o skierowaniu do leczenia w POZ lub Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, podstawowe dane dotyczące wywiadu oraz stanu pacjenta zostają umieszczone na karcie *Triage*, którą podpisuje ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.
5. Kopię karty *Triage*, o której mowa w ust. 4, otrzymuje pacjent z adnotacją o skierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
6. W Księdze Głównej Szpitala oraz w Księdze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w miejscu wypisu akt skierowania do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Pacjentowi przysługuje prawo zażądania udzielenia świadczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym mimo decyzji personelu medycznego o skierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W takim przypadku pacjent zachowuje przydzieloną kategorię pilności i otrzymuje świadczenia na zasadach obowiązujących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

8. Informację o nieprzyjęciu decyzji o skierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej umieszcza się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta Szpitalnego Oddziału Ratunkowego § 49b.
9. Decyzja o dalszej hospitalizacji w innym niż Szpitalny Oddział Ratunkowy oddziale, o której mowa w § 13 ust. 1 pkt 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. 2019 poz. 1213), podejmowana jest – po zakończeniu procesu terapeutycznego w SOR – jednak nie później niż 72 godziny od zgłoszenia się pacjenta do SOR.
10. Decyzja o odmowie hospitalizacji, o której mowa w § 13 ust. 1 pkt 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. 2019 poz. 1213), podejmowana jest przez lekarza prowadzącego niezwłocznie po stwierdzeniu braku wskazań do dalszej hospitalizacji.”.

Punkt 4. wskazanego powyżej regulaminu organizacyjnego wskazuje, iż:

„W przypadku pacjentów zgłaszających się do SOR, co do których została podjęta decyzja o skierowaniu do leczenia w POZ lub Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, podstawowe dane dotyczące wywiadu oraz stanu pacjenta zostają umieszczone na karcie *Triage*, którą podpisuje ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.” Wynika z niego, że decyzję o skierowaniu pacjenta do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej podejmuje *sensu stricto* pielęgniarka i pielęgniarz systemu oraz ratownik medyczny. W moim przekonaniu jest to zapis niezgodny z przepisami ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, która nie przyznaje im takich kompetencji.

Powyższe rozwiązania systemowe wprowadzone przez ustawodawcę w kontekście współpracy pomiędzy zawodem lekarza a personelem pielęgniarskim wydają się chybione, niedopracowane. Nieprzemyślane decyzje ustawodawcy doprowadzają do destabilizacji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Brak precyzji w kształtowaniu relacji współpracy na gruncie prawa między omawianymi zawodami powoduje obniżenie standardu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz pewności wykonywania zawodu, co w oczywisty sposób stwarza niebezpieczeństwo dla pacjentów. Jeszcze jednym istotnym elementem składającym się na problemy związane ze współpracą wskazanych profesji jest niski poziom edukacji prawnej, często bowiem dochodzi do sytuacji, w których to niewiedza prawna powoduje nieporozumienia pomiędzy personelem medycznym.

2. Współpraca między personelem pielęgniarskim a ratownikami medycznymi

Poruszana problematyka współpracy między personelem pielęgniarskim a ratownikami medycznymi jest szczególnie istotna w kontekście pracy obu wskazanych zawodów w ramach leczenia szpitalnego.

Podstawowym problemem, który powstaje w codziennej pracy między omawianymi zawodami, jest zakres kompetencji. Obejmuje on nie tylko aspekty praktyczne wykonywania danych procedur medycznych wobec pacjenta, lecz także dotyczy kwestii związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej.

Ustawodawca, chcąc uzupełnić braki kadrowe zespołów pielęgniarskich na oddziałach szpitalnych, pozwolił na mocy § 5 ust. 6 pkt 2) rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶⁰⁴, podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń: w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia, na zatrudnianie ratowników medycznych w celu zapewnienia właściwej opieki oraz organizacji pracy. Warto jednak zwrócić uwagę, że praca ratowników medycznych na oddziałach szpitalnych ma jedynie charakter pomocniczy, w odróżnieniu od pracy w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Teza ta wynika z konstrukcji załącznika Nr 3 określającego warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶⁰⁵, który – wyłączając szpitalny oddział ratunkowy – na każdym oddziale szpitalnym wskazuje wymagane normy zatrudnienia personelu pielęgniarskiego. Jako przykład można wskazać określone wymagania dla oddziału chirurgii ogólnej:

⁶⁰⁴ Rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.).

⁶⁰⁵ Załącznik Nr 3 do rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Tabela 7. Wymagania kadrowe personelu pielęgniarskiego na oddziale chirurgii ogólnej

pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.
--------------	--

Źródło: opracowanie własne.

Wskazany przykład dowodzi, że zatrudnienie ratowników medycznych na oddziale chirurgii nie spowoduje zwiększenia – w świetle rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych – wymaganego personelu pielęgniarskiego, a tym samym szpital, który na oddziale zastępuje pielęgniarki i pielęgniarzy ratownikami medycznymi nie spełnia wymagań wynikających z rozporządzenia. Tym samym podmioty lecznicze stosujące omawianą praktykę narażają się na naruszenie zbiorowych praw pacjentów dotyczących dostępności odpowiednich świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgnowania.

Powyższy zabieg ustawodawcy zasługuje mimo to na częściową aprobatę, bowiem próbowano w ten sposób uniknąć „paraliżu” oddziałów szpitalnych spowodowanego brakami kadrowymi personelu pielęgniarskiego. Jednocześnie prawodawca kolejny raz – celowo albo w sposób nieprzemysłany – nie zauważył różnic kompetencyjnych występujących pomiędzy zawodem pielęgniarskim a ratownikami medycznymi. Przede wszystkim ratownicy medyczni nie mogą udzielać pacjentom świadczeń pielęgnacyjnych, które są niezwykle istotne z punktu widzenia leczenia szpitalnego; należą do nich m. in. pielęgnowanie odleżyn, drenaż ułożeniowy pacjenta, prowadzenie skali i pomiarów *stricte* pielęgniarstwach (np. skala Barthel⁶⁰⁶, skala Norton⁶⁰⁷). Jedyne czynności, które może realizować ratownik medyczny na oddziałach szpitalnych, to podawanie leków na zlecenie lekarskie lub udzielanie pomocy pacjentom w stanach nagłego zagrożenia życia, co z przyczyn strukturalnych szpitali jest oczywiście bezsensowne, ponieważ w ich strukturach są zespoły interwencyjne składające się z lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki bądź pielęgniarza – specjalistów z zakresu anestezjologii.

⁶⁰⁶ Ocena stopnia samodzielności pacjentów.

⁶⁰⁷ Skala służąca ocenie ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjenta leżącego.

Z powyższego wynika, że współpracę personelu pielęgniarskiego z ratownikami medycznymi można uznać za nieudaną, co wynika wprost z charakteru omawianych zawodów oraz zakresu kompetencji przyznanych im w ramach obowiązującego prawa. Nie można zapominać o tym, że sam zawód ratownika medycznego jest wprost powołany do ratowania życia i zdrowia pacjentów znajdujących się w stanach nagłych, a nie do pielęgnowania pacjentów na oddziałach szpitalnych. Zatem nie może wzbudzać zdumienia postawa środowisk pielęgniarskich wyrażających swoją dezaprobatę wobec zatrudniania ratowników medycznych na oddziałach, bowiem nie spełniają tam swojej roli, do której zresztą nie byli przygotowywani w ramach programu studiów.

Kolejną niezwykle istotną kwestią odnoszącą się do problematyki współpracy między ratownikami a personelem pielęgniarskim, w kontekście świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach leczenia szpitalnego, jest dokumentacja medyczna. Na marginesie należy zadać ponownie pytanie, stawiane już przy okazji innych rozważań: Czy opisana poniżej sytuacja legislacyjna jest rażącym niedopatrzaniem ustawodawcy, czy może umyślnym działaniem i twardym rozgraniczeniem kompetencji zawodowych oby profesji?

Mimo iż ratownicy medyczni, na mocy § 5 ust. 6 pkt 2) rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶⁰⁸, zostali dopuszczeni do legalnej pracy na innych niż szpitalny oddział ratunkowy oddziałach, to prawodawca jednocześnie pominął całkowicie ich kompetencje związane z dokumentowaniem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez tę profesję w ramach lecznictwa szpitalnego. Dodać należy, że wskazany w zdaniu poprzednim przepis wprowadzono w § 1 pkt 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego⁶⁰⁹, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. Co ciekawe, obowiązujący akt wykonawczy, wydany na podstawie art. 30 ust. 1 u.p.p., a dotyczący dokumentacji medycznej, został wydany po upływie ponad roku od umożliwienia ratownikom medycznym wykonywanie zawodu w oddziałach szpitalnych. Mowa w tym miejscu o rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz

⁶⁰⁸ Rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.).

⁶⁰⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2376).

sposobu jej przetwarzania⁶¹⁰. Akt ten nie wskazuje, a nawet nie przewiduje *expressis verbis*, poza wyjątkami w postaci karty segregacji medycznej oraz karty obserwacji i wpisów o wykonaniu zlecenia, dokumentowania, wykonywania świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w ramach leczenia szpitalnego. Dla przykładu zupełnie odmiennie w zakresie poruszanego problemu wygląda sytuacja personelu pielęgniarskiego, jako przykład można wskazać m. in.:

- 1) w § 2 ust. 3 pkt 4) r.w.s.d.m. – dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
- 2) w § 10 pkt 4) r.w.s.d.m. – dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera: informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji,
- 3) w § 12 ust. 1 pkt 3) lit. e) r.w.s.d.m. – podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi wykaz raportów pielęgniarskich,
- 4) w § 15 ust. 1 pkt 1) r.w.s.d.m. – do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
- 5) w § 18 ust. 6 r.w.s.d.m. – wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.

W związku z powyższym środowisko ratowników medycznych coraz częściej podnosi niezasadność dokonywania przez przedstawicieli tej profesji wpisów, np. w raportach pielęgniarskich czy karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej. W moim przekonaniu, takie stanowisko w pełni zasługuje na aprobatę, bowiem ustawodawca jasno wskazał, że omawiana dokumentacja ma charakter *stricte* pielęgniarski, a jedynymi osobami upoważnionymi do dokonywania w niej wpisów są wyłącznie pielęgniarki i pielęgniarze. Wskazane rozbieżności doprowadzają wyłącznie do konfliktów na linii ratownicy medyczni–personel pielęgniarski, bowiem rozwiązania prawne związane z pracą ratowników medycznych na oddziałach szpitalnych budzą uzasadnione wątpliwości, skoro jedynymi czynnościami, które mogą wykonać na oddziałach jest podanie leku, wpis dotyczący obserwacji pacjentów

⁶¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.), dalej zwane: „r.w.s.d.m.”.

(pomijając kwestie pielęgnacyjne) oraz wdrożenie działań ratujących życie. Przy czym nawet ostatnia z wymienionych w zdaniu poprzednim procedur zdaje się kontrowersyjna, biorąc pod uwagę fakt, że ani przepisy rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, ani ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie przewidują w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego indywidualnej karty ratownika medycznego, w której mógłby on dokonać stosowanego wpisu o samodzielnym udzieleniu świadczeń.

Istotny problem, w kontekście współpracy pomiędzy omawianymi profesjami, pojawia się także na gruncie działania zespołów ratownictwa medycznego. Dotyczy on odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych przez kierowników zespołów. Warto zaznaczyć, że kierownikami mogą być zarówno pielęgniarze i pielęgniarki systemu, jak i ratownicy medyczni⁶¹¹. Z tą jednak różnicą, że pierwsza ze wskazanych grup zawodowych nie ma upoważnienia ustawowego do odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych.

Na marginesie warto wskazać, że jedyną grupą należącą do zawodu pielęgniarstwa, która jest upoważniona do odstąpienia od udzielania świadczeń zdrowotnych, w świetle § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń, są pielęgniarki i pielęgniarze pełniący służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest minister obrony narodowej, i jednostkami wojskowymi. Dodatkowo zauważyć należy, że ustawodawca określił *numerus clausus* stanów, w których przedstawiciele omawianej grupy mogą odstąpić od udzielania świadczeń zdrowotnych, a mianowicie⁶¹²:

- 1) rozerwania ciała;
- 2) rozległego zniszczenia czaszki i mózgu, masywnego urazu uniemożliwiającego prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 3) oznak rozkładu gnilnego ciała lub stężenia pośmiertnego, zwięzienia, asystolii utrzymującej się powyżej 30 minut, pomimo prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej wszystkimi metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi, przy szerokich, niereagujących na światło źrenicach.

Przepisy ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, odnoszące się do kompetencji kierowników zespołów ratownictwa, nie regulują kwestii związanych z odstąpieniem od udzielenia medycznych czynności ratunkowych, co w przeciwnym przypadku,

⁶¹¹ Artykuł 36 ust. 5 u.p.r.m.

⁶¹² Paragraf 6 ust. 4 rozporządzenia w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń.

w odniesieniu do pielęgniarek i pielęgniarzy systemu, stanowiłoby *lex specialis* w stosunku do ustawy zawodowej i upoważniało do podjęcia takiej decyzji.

Nie jest jednak obojętny fakt, że ratownicy medyczni są wprost upoważnieni do niepodejmowania medycznych czynności ratunkowych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, co wynika z przepisu art. 10h ust. 10 u.p.r.m. Regulacja ta *ex lege* – w moim przekonaniu – wyklucza pielęgniarki i pielęgniarzy systemu z możliwości pełnienia roli kierowników zespołów pogotowia, bowiem działanie przeciwne – czyli skorzystanie z kompetencji ratowników medycznych i np. pozostawienie pacjenta w domu – byłoby niezgodne z prawem. Dodatkowo niemożność odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych w sytuacjach, w których kierownik zespołu stwierdza, że pacjent jest w stanie niewymagającym transportu do szpitala, a tylko leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, powoduje zakłócenie pracy pogotowia ratunkowego poprzez zajęcie zespołu, który mógłby zostać zadysponowany do innego zdarzenia. Ponadto obowiązujący stan prawny zmusza, w sposób nie do przyjęcia, do udzielania świadczeń zdrowotnych przez kierowników zespołów będących pielęgniarkami i pielęgniarzami systemu, w sytuacjach, w których zgodnie z aktualną wiedzą medyczną można odstąpić od resuscytacji krążeniowo-oddechowej, do jej kontynuowania⁶¹³.

Powyżej opisywaną problematykę tylko w części rozwiązałby przepis art. 3 ust. 2 pkt 5) projektowanej ustawy o stwierdzeniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów⁶¹⁴, zgodnie z którym: kierownik zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993 i 1590), w przypadku:

- a) odstąpienia od prowadzenia medycznych czynności ratunkowych w sytuacji stwierdzenia znamion śmierci u ratowanej osoby w trakcie prowadzenia tych czynności,
- b) stwierdzenia po przybyciu na miejsce zdarzenia znamion śmierci u osoby, wobec której miały być podjęte medyczne czynności ratunkowe.

Rozmyślnie wskazałem w poprzednim akapicie, że omawiany problem zostałby rozwiązany częściowo, ponieważ odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych we wskazanym

⁶¹³ Zgodnie z wytycznymi Polskiej Rady Resuscytacji z 2015 r.: „Generalnie przyjmuje się, że asystolia utrzymująca się ponad 20 min. przy braku odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia i przy trwającej RKO stanowi uzasadniony powód dla zaprzestania dalszych prób resuscytacji”; https://www.prc.krakow.pl/wyt2015/3_ALS.pdf (dostęp: 16 kwietnia 2022 r.).

⁶¹⁴ Projekt ustawy z dnia 21 listopada 2019 r. o stwierdzeniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów.

projekcie ustawy dotyczy wyłącznie przypadków związanych ze „znamionami śmierci”, co oczywiście jest istotą tego aktu prawnego. Zatem potrzebne byłby zmiany w samej u.p.r.m. dotyczące możliwości odstąpienia *sensu largo* od udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z medycznymi czynnościami ratunkowymi przez pielęgniarki i pielęgniarzy systemu.

Biorąc pod uwagę problematykę współpracy na gruncie funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego, stoję na stanowisku, że tylko ratownik medyczny może pełnić funkcję kierownika zespołu. W innym wypadku, w sytuacjach niewymagających przetransportowania pacjenta do szpitala, kiedy pacjent nie odmówił poddania się tej czynności, a względy medyczne przemawiają za pozostawieniem chorego w miejscu wezwania, kierownik zespołu, którym jest pielęgniarz albo pielęgniarka systemu, nie ma innej możliwości, jak zabranie go do szpitalnego oddziału ratunkowego bądź na izbę przyjęć. Postępowanie odmienne – *a contrario* - byłoby sprzeczne z przepisami ustawy zawodowej oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Wskazane przykłady problematyki współpracy między ratownikami medycznymi a personelem pielęgniarskim wskazują na źle skonstruowane, niedopracowane przepisy prawne, które w efekcie mają negatywny wpływ na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W następnym podrozdziale zaproponuję rozwiązania prawne, które w moim przekonaniu usprawnią i ułatwią pracę personelowi medycznemu, zacieśniając ich współpracę poprzez jasne określenie ich kompetencji.

3. Współpraca między lekarzami a ratownikami medycznymi

Poruszając problematykę związaną ze współpracą między lekarzami a ratownikami medycznymi, należy przede wszystkim analizować ją pod kątem wykonywania zleceń lekarskich.

W tej części pracy poruszę kwestię wyłącznie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez ratowników medycznych, ponieważ tematyka wykonywania medycznych czynności ratunkowych na zlecenie czy polecenie kierownika zespołu ratownictwa medycznego – którym może być zarówno lekarz, jak i ratownik medyczny oraz pielęgniarka i pielęgniarz systemu – wykracza poza ramy mojej pracy doktorskiej, bowiem dotyczy wyłącznie funkcjonowania

systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i skomplikowanych zagadnień nie tylko prawnokarnych czy cywilnoprawnych, ale również etycznych i moralnych.

Zakres kompetencji ratowników medycznych jest ściśle określony w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz akcie wykonawczym do tej ustawy, rozporządzeniu w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego.

Oczywiście katalog upoważnień prawnych ratowników medycznych może zostać rozszerzony, bowiem ustawodawca w art. 11 ust. 1 u.p.r.m wskazał katalog otwarty świadczeń, które mogą wykonywać ratownicy medyczni: „Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na: (...)”. Jednak o ile konstrukcja prawna kompetencji przyznanych przez ustawodawcę omawianej profesji nie budzi zastrzeżeń, o tyle problematyka realizacji zleceń lekarskich przez ratowników medycznych nasuwa poważne wątpliwości w zakresie odmowy jego wykonania.

Artykuł 11 ust. 10 u.p.r.m. wprost wskazuje, że:

„Ratownik medyczny może, po dokonaniu oceny stanu pacjenta, nie podejmować lub odstąpić od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Ratownik medyczny uzasadnia i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyczyny niepodjęcia lub odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych.” Analizując treść przywołanego przepisu, należy zastanowić się nad wykładnią językową słowa „odstąpić”. Zgodnie z definicją zawartą w „Słowniku języka polskiego” termin „odstąpić”⁶¹⁵ oznacza zrezygnować z czegoś. Zupełnie inne znaczenie pojęciowe ma słowo „odmówić”, a mianowicie – nie zgodzić się na spełnienie czyjejś prośby, propozycji lub czyjegoś żądania. Konstrukcja oraz wykładnia językowa obu słów *expressis verbis* dowodzi, że ratownicy medyczni nie mają kompetencji do odmowy realizacji zlecenia lekarskiego, bowiem art. 11 ust. 10 u.p.r.m. nie dość, że nie przewiduje takiej czynności to odnosi się do zupełnie innej materii. Pamiętać należy, że przepis ten reguluje samodzielne wykonywanie zawodu przez ratowników medycznych zarówno w ramach medycznych czynności ratunkowych w podstawowym zespole ratownictwa medycznego, jak również w ramach samodzielnego udzielania innych niż medyczne czynności ratunkowe świadczeń

⁶¹⁵ <https://sjp.pwn.pl/sjp/odstapic;2493788.html> (dostęp: 18 września 2022 r.).

zdrowotnych, np. w czasie zabezpieczenia imprezy masowej. Decyzja o niepodjęciu albo odstąpieniu od realizacji świadczenia zdrowotnego jest zatem autonomiczną decyzją ratownika medycznego. Nie dotyczy polecenia czy zlecenia lekarskiego.

Jest faktem, że od wprowadzenia do polskiego systemu prawnego niezwykle istotnego filaru – nie tylko dla bezpieczeństwa państwa, ale przede wszystkim dla bezpieczeństwa obywateli, pacjentów – jakim jest ratownictwo medyczne, ustawodawca od ponad 16 lat nie zwrócił uwagi na tak istotną kwestię jak prawo odmowy realizacji zlecenia lekarskiego przez ratownika medycznego. Kwestia ta była m. in. przedmiotem interpelacji poselskiej nr 19771 do ministra zdrowia w sprawie funkcjonowania zawodu ratownika medycznego z dnia 12 lipca 2013 r., w treści której posłowie, Józef Lassota i Lidia Gądek, słusznie poparli dążenie środowiska ratowników medycznych do zmian ustawowych dotyczących możliwości odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, gdy zagraża ono życiu bądź zdrowiu pacjenta. Warto także zauważyć, że projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych z dnia 8 grudnia 2021 r. nie przewiduje odmowy realizacji zlecenia lekarskiego, na co wskazało również Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego: „PTPM zwraca także uwagę, że brakuje jasnego uregulowania kwestii dotyczącej prawa do odmowy wykonywania przez ratownika medycznego zlecenia lekarskiego. – To rozwiązanie niezwykle istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta oraz odpowiedzialności prawnej”⁶¹⁶.

Ratownicy medyczni według obecnie obowiązujących przepisów prawa nie mają upoważnienia ustawowego do odmowy realizacji zlecenia lekarskiego. Nasuwa się więc pytanie: Czy istnieje alternatywne rozwiązanie poruszanego problemu w świetle obecnego stanu prawnego? Wydaje się, że jedynym przepisem, na który może powołać się ratownik medyczny, odmawiając realizacji zlecenia lekarskiego, jest art. 11 ust. 2 u.p.r.m., który zobowiązuje tę profesję do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej oraz z należytą starannością. Jednak czy jest to wystarczająca linia obrony, zabezpieczenia interesów pacjenta w postaci najcenniejszego dobra, jakimi bezsprzecznie są zdrowie i życie? Czy jest to skuteczne zabezpieczenie ratownika medycznego, dające poczucie bezpieczeństwa prawnego, a na koniec zabezpieczenie samego prawa, które zgodnie z duchem zwolenników teorii prawa natury powinno być moralne? Pozostawiając Czytelnika z próbą odpowiedzi na tak sformułowane pytanie, warto na marginesie poczynić jeszcze jedną uwagę. Otóż, o ile

⁶¹⁶ <https://www.politykazdrowotna.com/52686,polskie-towarzystwo-prawa-medycznego-pozytywnie-o-projekcie-o-zawodzie-ratownika-medycznego> (dostęp: 27 maja 2022 r.).

w polskim – kontynentalnym systemie prawa zaproponowane przeze mnie powyżej rozwiązanie problemu odmowy wykonania zlecenia lekarskiego z powołaniem się na art. 11 ust. 2 u.p.r.m. jest dość wątpliwe, o tyle w systemie prawa *common law* można odwołać się do zagadnienia *casus omissus*, które oznacza sytuację pominiętą albo nieprzewidzianą w ustawie lub rozporządzeniu, czyli podlegającą prawu precedensu⁶¹⁷.

Powyżej poruszana problematyka odnosi się także do zakresu kompetencji ratownika medycznego. Jak już wcześniej wspomniałem, ratownicy medyczni mają ściśle określony zakres czynności, do których upoważnił ich ustawodawca. Zatem w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych, niezależnie czy będą to świadczenia z zakresu leczenia ambulatoryjnego, czy szpitalnego, ratownicy medyczni nie mogą wykonywać czynności pielęgnacyjnych zastrzeżonych wyłącznie dla zawodu pielęgniarstwa. Prowadzi to oczywiście do prostej konkluzji – lekarze nie mogą, przynajmniej w teorii, zlecać ratownikom medycznym m. in. pielęgnacji odleżyn, oceny stopnia odleżyn, oceny stopnia znieczulenia oraz pielęgnacji stopy cukrzycowej.

Wskazane przykłady udowadniają jedynie ograniczony charakter współpracy, szczególnie w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych udzielanych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, między ratownikami medycznymi a lekarzami. W istocie uwypuklone błędy prawne – legislacyjne, które bezpośrednio przekładają się na praktyczne aspekty współpracy obu omawianych zawodów, powinny skłonić ustawodawcę do wprowadzenia przemyślanych zmian, szczególnie w kwestii obecnie abstrakcyjnego przyznawania kompetencji zawodowych ratownikom medycznym, gdzie mylony jest zakres pojęciowy i prawny zawodów medycznych. Zachowanie ustawodawcy można zatem określić jako *cherry picking*⁶¹⁸. W tym kontekście pojęcie to oznacza dobieranie kompetencji zawodów medycznych, tak aby jedne profesje mogły zastąpić drugie, uzasadniając to działaniem rozwojem medycyny i poszerzaniem wiedzy innych zawodów medycznych, w istocie wiedząc, że jest to podyktowane przez zupełnie inny prozaiczny czynnik, czyli braki kadrowe.

⁶¹⁷ Tłumaczenie własne: https://law.en-academic.com/14274/casus_omissus (dostęp: 30 maja 2022 r.).

⁶¹⁸ P. Chybalski, *Aprobata i Krytyka stosowania wykładni komparatystycznej w orzecznictwie konstytucyjnym*, Państwo i Prawo, Warszawa 2022, s. 39; w przytoczonej pozycji autor określenia *cherry picking* użył w kontekście dobierania przez sądy obcych rozwiązań prawnych w taki sposób, aby uzasadnić z góry założoną przez sąd tezę. Jednak to pojęcie ma charakter uniwersalny.

4. Postulaty *de lege ferenda* w kontekście współpracy między zawodami medycznymi w Polsce

4.1. Uwagi dotyczące tworzenia prawa w kontekście współpracy między zawodami medycznymi w Polsce

Określenie, jakie regulacje prawne winny obowiązywać w kontekście współpracy między zawodami medycznymi w Polsce, nie jest zadaniem łatwym. Przede wszystkim dlatego, że należy brać pod uwagę nie tylko różne interesy grup osób wykonujących zawody medyczne, ale także bezpieczeństwo wykonywania zawodu czy niezwykle ważne – a nawet najważniejsze – bezpieczeństwo pacjenta. Rozważania nad postulatami *de lege ferenda* warto rozpocząć od historii zasad tworzenia aktów normatywnych, tak aby zrozumieć zmiany zachodzące na przestrzeni wieków we wskazanej materii, co ułatwi podjęcie próby usystematyzowania oraz klarownego przedstawienia możliwych – ogólnych – rozwiązań w zakresie współpracy między lekarzami, przedstawicielami zawodu pielęgniarstwa oraz ratownikami medycznymi.

Wskazać należy, że refleksja nad zasadami techniki prawodawczej pojawiła się w okresie wielkich kodyfikacji. Przez pojęcie „kodyfikacji”, do końca XVIII w., rozumiano głównie kompilacje dotychczasowych praw. Jako przykład takiej kodyfikacji można wskazać Landrecht Pruski pochodzący z 1794 r. Jego celem było uporządkowanie całego prawa obowiązującego w Prusach, a więc tematyka tego aktu normatywnego obejmowała swoim zakresem: prawo cywilne, prawo karne, prawo państwowe, prawo administracyjne, prawo lenne oraz kościelne. Z tego względu Landrecht liczył 19 187 artykułów. Metoda jego tworzenia bazowała na kazuistycznym uregulowaniu wszelkich możliwych rozwiązań.

Próba oddzielenia procesu tworzenia prawa od jego stosowania została podjęta w okresie Konstytuanty w prawodawstwie francuskim. Jej celem była realizacja postulatu likwidacji dowolności w procesie stosowania prawa. Z tego względu w 1790 r. uchwalono ustawę o reorganizacji sądownictwa, która doprowadziła do przywrócenia rekursu legislacyjnego. Pojęcie „rekursu legislacyjnego” oznaczało, że sądy nie miały kompetencji do samodzielnego rozstrzygnięcia wątpliwości prawnych oraz dokonywania wykładni ustawy, były zobowiązane zwracać się w tych sprawach do organów prawodawczych⁶¹⁹. Stosowana zasada podziału władzy Monteskiusza nakładała na prawodawcę obowiązek samodzielnego rozstrzygnięcia

⁶¹⁹ K. Sójka-Zielińska, *Kodeks Napoleona. Historia i współczesność*, Warszawa 2007, s. 48 i 49.

wszelkich zagadnień związanych z tworzeniem prawa, sądy z kolei miały dokonywać prostej subsumcji prawnej⁶²⁰.

Problem realizacji takiego modelu systemu tworzenia prawa pojawił się – kilkanaście lat później – w przedmiocie prac nad kodyfikacją prawa prywatnego we Francji. Dotyczył on osiągnięcia efektu ponadczasowości projektowanych regulacji przy zachowaniu trwałości instytucji kodyfikacji, co spowodowało zmianę w podejściu do relacji między organami tworzącymi prawo a organami je stosującymi. Aby osiągnąć omawiany cel, Dekret Konsulów z 24 Thermidora roku VIII (13 sierpnia 1800 r.) powołał czterech referentów (*conférenciers*), którym zlecił zredagowanie projektu kodeksu cywilnego według planu, jaki wyda im się najbardziej odpowiedni. Skład zespołu referentów został dobrany pod względem rodzaju ich formacji prawnej. Odmienne spojrzenie na problematykę prawną powodowało, że wśród redaktorów kodeksu ścierały się dwie opcje, a mianowicie: przewodniczący zespołu François-Denis Tronchet (1726–1806) oraz Felix-Julien-Jean Bigot de Préameneu (1747–1825), reprezentowali nurt prawniczy oparty na dawnym zwyczajowym prawie francuskim, zaś Jean-Etienne-Marie Portalis (1746–1807) oraz Jacques de Maleville (1741–1824), reprezentowali poglądy oparte na prawie rzymskim. Powszechnie uznano, że to Portalis odgrywał największą rolę w komisji. Stał na stanowisku, że negatywne nastawienie czołowych reprezentantów wieku oświecenia do prawoznawstwa i studiów prawniczych doprowadziło do lekceważenia nauki prawa⁶²¹.

J.E.M. Portalis argumentował, że chcąc stworzyć akt normatywny o charakterze ponadczasowym, należy przyjąć założenie, zgodnie z którym w akcie tworzenia prawa ustala się jedynie jego ogólne zasady, a wywodzenie z nich zasad szczególnych powierza się organom stosującym prawo. Wskazał on, że: „Kodeks nawet najbardziej kompletny nigdy nie jest zakończony, a przed sędzią staje tysiąc nieoczekiwanych sytuacji, ponieważ ustawy raz zredagowane pozostają takie, jak zostały napisane; natomiast ludzie nigdy nie stoją w miejscu; stale działają”⁶²². Portalis przewidywał, że projektowany kodeks będzie pod wpływem nauki

⁶²⁰ G. Wierczyński, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2016, s. 22

⁶²¹ W. Wołodkiewicz, *Jean-Etienne-Marie Portalis. Jego wkład w prace legislacyjne Napoleona*. Palestra 5- 6/2012.

⁶²² K. Sójka-Zielińska, *Kodeks Napoleona. Historia i współczesność*, Warszawa 2007, s. 59.

prawa i orzecznictwa sądów stale ewoluował⁶²³. Myśl tę ujął w następujący sposób: „Kodeksów właściwie się nie tworzy, one się z biegiem czasu tworzą same”⁶²⁴.

Podejście jednego z twórców Kodeksu Napoleona zainicjowało przełom w sposobie redagowania aktów normatywnych. Chcąc osiągnąć ponadczasowy charakter tworzonych kodeksów, zdecydowano się na odejście od techniki kazuistycznej na rzecz opracowania zasad ogólnych. Postępowanie według wskazanej zasady zapoczątkowało erę wielkich kodyfikacji w Europie, a jednocześnie okres refleksji nad techniką prawodawczą. Dyskusja na ten temat objęła większość krajów Europy⁶²⁵. W tym miejscu należy wskazać referat Ernesta Wilhelma Barona de Reibnitz, który był przedmiotem dyskusji na posiedzeniu Towarzystwa Naukowego w Krakowie w dniu 14 grudnia 1817 r. W swojej pracy E.W.B. de Reibnitz stwierdził, że:

„Minęły też równie i owe czasy, w których Narody rządziły się tylko zwyczajami, iakie w pamięci ludu utkwily, kiedy takowe zwyczaie stanowiły cały życia Obywatelskiego rozmiar we wszystkich czynnościach, i stawały się przeto iedyną Sędziemu skazówką (...) Sędzia sprawiedliwie z chlubą usilnie dąży do źródła ustaw prawnych, które ma położyć za zasadę Wyroku swego, a podania (tradycye) niezaspokoja go, iakoby były już dostateczne, lecz tylko wyraźnie na piśmie wyrzeczona Władzy prawodawczej, iajką w kraiu uznaie, ogłoszona ustawa służy mu za prawidło”⁶²⁶. W Niemczech ruch ten był początkowo mniej ożywiony przez silny wpływ szkoły Fryderyka Carla von Savigny’ego. Sam F.C. von Savigny stał na stanowisku, że wzorem rozwoju prawa jest prawo rzymskie. Według niego prawo stanowi wytwór ducha narodu (Volksgeist) i podlega, tak jak język, nieustannemu historycznemu rozwojowi. Ponadto wskazywał, że tradycja gwarantuje pewność prawa oraz jednolitość form, a rozwój prawa porównywał do rozwoju ciała ludzkiego⁶²⁷. Dopiero pojawienie się Rudolfa von Jheringa, który interesował się metodami nowoczesnej legislacji odpowiadającej współczesnym potrzebom społecznym i badań nad techniką prawodawczą, zmieniło ten stan rzeczy.⁶²⁸

W XIX w. jedną z podstawowych zasad techniki prawodawczej była zasada komunikatywności tekstu aktu normatywnego, którą w prostych słowach opisał Rudolf von Jhering, a mianowicie:

⁶²³ G. Wierczyński, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2016, s. 22-23.

⁶²⁴ K. Sójka-Zielińska, *Kodeks Napoleona. Historia i współczesność*, Warszawa 2007, s. 86.

⁶²⁵ G. Wierczyński, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2016, s. 23.

⁶²⁶ E. W. B. de Reibnitz, *Uwagi nad układaniem kodexów* [w:] *Rocznik Towarzystwa Naukowego z Uniwersytetem Krakowskim połączonego*, t. III, Kraków 1818, s. 29-30.

⁶²⁷ J. Grzegorz, *Wykładnia przepisów prawa cywilnego materialnego i procesowego*, Warszawa 2020, s. 201-202.

⁶²⁸ G. Wierczyński, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2016, s. 23.

„Prawodawca powinien myśleć jak filozof, ale przemawiać jak chłop”. W ten sposób – z tamtego okresu – pochodzą legendy dotyczące sposobu realizacji tej zasady. Jako przykład można wskazać tę, w której sam Napoleon kazał tak długo redagować dany fragment projektu kodeksu, aż uznał, że jest dostatecznie zrozumiały. Inny przykład legendy pochodzi ze Szwajcarii, a mianowicie, w 1907 r. tamtejszy twórca kodeksu cywilnego tak długo przeredagowywał dany przepis, dopóki nie stał się zrozumiały dla kucharki. Niezależnie od tego, czy przytoczone legendy są prawdą historyczną, w sposób klarowny ilustrują, że za najważniejszą zasadę techniki prawodawczej uznawano wówczas zasadę wyrażania norm prawnych w sposób powszechnie zrozumiały⁶²⁹.

W Polsce, pierwszym zbiorem zasad techniki prawodawczej był okólnik Ministra Spraw Wewnętrznych Nr 99 (OL. 2048/2) z dnia 2 maja 1929 r. w sprawie zbioru zasad i form technicznego opracowywania ustaw i rozporządzeń⁶³⁰, który liczył 36 ustępów. Część pierwsza dotyczyła opracowywania ustaw i rozporządzeń z mocą ustawy. Zawarto w niej niezwykle cenną wskazówkę formułowania treści przepisów: „Poszczególne artykuły winny wypowiadać myśli, pozostające z sobą w logicznym związku i ujmujące wszystkie istotne części składowe postanowienia tak, by nie wymagały one uzupełnienia w dalszych artykułach. Myśl zasadnicza postanowienia winna być wyrażona zrozumiale, krótko i zwięźle, oraz o ile możliwości— ujęta na początku postanowienia w jednym zdaniu. Objasnienia, zastrzeżenia, wyjątki, ograniczenia itp. winny być z reguły podawane w osobnym zdaniach. Należy unikać długich i zawiłych okresów oraz wplatania szeregu opisowych zdań pobocznych. Motywowanie przepisu w jego tekście jest niedopuszczalne.”⁶³¹. Druga część omawianego aktu normatywnego dotyczyła opracowywania rozporządzeń i innych aktów, niemających charakteru ustawowego.

Zarządzenie nr 55-64/4 Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 maja 1939 r. było następnym zbiorem zasad techniki prawodawczej, które było skierowane do wszystkich organów administracji rządowej. Nie zostało ono opublikowane w formie aktu normatywnego, przyjęło zaś postać publikacji książkowej. Wskazany zbiór był bardziej rozbudowany od swojego poprzednika, liczył bowiem 70 paragrafów i 5 załączników⁶³².

⁶²⁹ Ibidem.

⁶³⁰ Okólnik Ministra Spraw Wewnętrznych Nr 99 (OL. 2048/2) z dnia 2 maja 1929 r. w sprawie zbioru zasad i form technicznego opracowywania ustaw i rozporządzeń (Dz. Urz. MSW z 1929 r. Nr 7 poz. 147).

⁶³¹ Dziennik Urzędowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Warszawa 1929, s. 12; https://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/88894/PDF/NDIGCZAS003506_1929_007.pdf (dostęp: 19 kwietnia 2022 r.).

⁶³² Zasady Techniki Prawodawczej, Warszawa 1939; <https://bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/80088/edition/78337/content> (dostęp: 19 kwietnia 2022 r.).

Kolejnym zarządzeniem, które bazowało na tym pochodzącym z 1939 r., było zarządzenie nr 238 Prezesa Rady Ministrów z dnia 9 grudnia 1961 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”, które również nie zostało opublikowane w jakimkolwiek dzienniku urzędowym i wydane zostało jedynie w formie publikacji książkowej⁶³³.

Następny zbiór stanowiła uchwała nr 147 Rady Ministrów z dnia 5 listopada 1991 r. w sprawie zasad techniki prawodawczej⁶³⁴, która w odróżnieniu od poprzednich zbiorów była niezwykle rozbudowana – zawierała 109 paragrafów. Sama uchwała miała charakter „samoistny”, a więc aktu wewnątrznie obowiązującego, który został wydany bez podstawy prawnej. Warto jednak zauważyć, że Konstytucja RP z 1997 r. nie przewiduje podstaw do wydawania i obowiązywania wskazanego typu aktu prawnego, bowiem zgodnie z przepisem przejściowym – art. 241 ust. 6 Konstytucji RP:

„W okresie 2 lat od dnia wejścia w życie Konstytucji Rada Ministrów ustali, które z uchwał Rady Ministrów oraz zarządzeń ministrów lub innych organów administracji rządowej, podjęte lub wydane przed dniem wejścia w życie Konstytucji, wymagają – stosownie do warunków określonych w art. 87 ust. 1 i art. 92 Konstytucji – zastąpienia ich przez rozporządzenia wydane na podstawie upoważnienia ustawy, której projekt w odpowiednim czasie Rada Ministrów przedstawi Sejmowi. W tym samym okresie Rada Ministrów przedstawi Sejmowi projekt ustawy określającej, które akty normatywne organów administracji rządowej, wydane przed dniem wejścia w życie Konstytucji, stają się uchwałami albo zarządzeniami w rozumieniu art. 93 Konstytucji.”

W efekcie omawiana uchwała, na podstawie przepisu art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów normatywnych oraz o zmianie niektórych ustaw⁶³⁵, utraciła moc obowiązującą.

Współczesne zasady techniki prawodawczej są ujęte – w odróżnieniu od swoich poprzedników – w formie aktu wykonawczego, a mianowicie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia

⁶³³ G. Wierczyński, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2016, s. 24.

⁶³⁴ Uchwała nr 147 Rady Ministrów z dnia 5 listopada 1991 r. w sprawie zasad techniki prawodawczej (M.P. z 1991 r. nr 44 poz. 310).

⁶³⁵ Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów normatywnych oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr 120, poz. 1268 z późn. zm.); zgodnie z treścią art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów normatywnych oraz o zmianie niektórych ustaw: „Z dniem wejścia w życie ustawy tracą moc uchwały Rady Ministrów, ministrów i innych organów administracji rządowej, podjęte lub wydane przed dniem wejścia w życie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli zostały podjęte lub wydane bez upoważnienia ustawowego.”, co czyniło zadość powołanemu art. 241 ust. 6 Konstytucji RP.

20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”⁶³⁶, wydanych na podstawie art. 14 ust. 4 pkt 1) ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów⁶³⁷. Warto zwrócić uwagę, że o ile dotychczasowe zbiory stanowiły załączniki do aktów prawa wewnątrznie obowiązującego, o tyle obecny zbiór jest załącznikiem do aktu prawa powszechnie obowiązującego. Istotną konsekwencją tej zmiany jest rozszerzenie grona podmiotów, do których są adresowane zasady techniki prawodawczej, na wszystkie podmioty biorące udział w projektowaniu przepisów prawnych, zaliczając do tego grona również organy samorządu terytorialnego.

Za niezwykle istotne dla materii poruszanej w niniejszym podrozdziale, ale oczywiście i całej rozprawy, należy uznać dwa przepisy rozporządzenia w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” – § 5 oraz § 6 z.t.p., które odpowiednio wskazują, że:

„Przepisy ustawy redaguje się zwięźle i syntetycznie, unikając nadmiernej szczegółowości, a zarazem w sposób, w jaki opisuje się typowe sytuacje występujące w dziedzinie spraw regulowanych tą ustawą.” i „Przepisy ustawy redaguje się tak, aby dokładnie i w sposób zrozumiały dla adresatów zawartych w nich norm wyrażały intencje prawodawcy.” Oczywiście są to postulaty wywodzone z normy zawartej w przepisie art. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym: „Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.” Demokratyczne państwo prawne opiera się na zasadach prawidłowej legislacji, które nakazują, aby przepisy formułowane były w sposób poprawny, jasny i precyzyjny, bowiem przepis pozbawiony tych cech rodzi u jego adresatów niepewność co do zakresu ich praw i obowiązków, a co niezwykle istotne – organom, które go stosują, daje zbyt dużą swobodę oraz możliwości zastępowania ustawodawcy w zakresie przesądzania tych kwestii, które uregulował on w sposób niejasny i nieprecyzyjny⁶³⁸.

Jedną z najważniejszych dyrektyw jest zasada określoności prawa, która stanowi elementarną zasadę ochrony zaufania obywatela do państwa oraz tworzonego przez nie prawa⁶³⁹ oraz jest powiązana z zasadami pewności i bezpieczeństwa prawnego⁶⁴⁰. Zatem na prawodawcy ciąży

⁶³⁶ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. z 2016 r. poz. 283 z późn. zm.), dalej zwane: „z.t.p.”.

⁶³⁷ Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2022 r. poz. 1188 z późn. zm.).

⁶³⁸ M. Florczak-Wątor, *Komentarz do art. 2 Konstytucji RP* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 31.

⁶³⁹ Zob. wyrok TK z dnia 11 stycznia 2000 r., sygn. akt K 7/99.

⁶⁴⁰ Zob. wyrok TK z dnia 28 października 2009 r., sygn. akt Kp 3/09.

obowiązek tworzenia przepisów prawa w taki sposób, aby były możliwie określone w danym wypadku, pod względem ich treści oraz formy. Na oba elementy określoności prawa składa się nie tylko precyzyjność regulacji prawnej, lecz także jasność przepisu oraz jego legislacyjna poprawność⁶⁴¹. Trybunał Konstytucyjny w niezwykle przejrzysty sposób wyjaśnił istotę poruszanej materii, stwierdzając, że:

„Przez precyzyjność regulacji prawnej należy rozumieć możliwość dekodowania z przepisów jednoznacznych norm prawnych (a także ich konsekwencji) za pomocą reguł interpretacji przyjmowanych na gruncie określonej kultury prawnej (...). Jasność przepisu gwarantować ma jego komunikatywność względem adresatów. Innymi słowy, chodzi o zrozumiałość przepisu na gruncie języka powszechnego. Wymóg jasności oznacza nakaz tworzenia przepisów zrozumiałych dla ich adresatów, którzy od racjonalnego prawodawcy mają prawo oczekiwać stanowienia norm niebudzących wątpliwości co do nakładanych obowiązków lub przyznawanych praw. Niejasność przepisu w praktyce oznacza niepewność sytuacji prawnej adresata normy i pozostawienie jej ukształtowania organom stosującym prawo”⁶⁴².

Szczególnego podkreślenia wymaga zdanie TK, które wskazuje na wymóg takiego konstruowania przepisów prawnych, aby były zrozumiałe dla ich adresatów.

Powracając do analizy § 5 i 6 z.t.p., warto zauważyć, że pierwszy z przepisów określa sposób redagowania ustawy jako:

- 1) zwięzły,
- 2) syntetyczny,
- 3) unikający nadmiernej szczegółowości,
- 4) opisujący typowe sytuacje w dziedzinie spraw regulowanych ustawą.

Postulaty redagowania tekstów aktów normatywnych były znane już w czasach starożytnego Rzymu, o czym w sposób dobitny świadczy paremia: *legem brevem esse oportet, quo facilius ab impertitis teneatur*, co oznacza, że ustawa powinna być zwięzła, by niedoświadczeni mogli ją zapamiętać⁶⁴³. We wskazane twierdzenie wpisuje się także inna paremia: *in legibus magis simplicitas quam difficultas placet*⁶⁴⁴ – w ustawach lepsza jest prostota niż zawilość.

⁶⁴¹ M. Florczak-Wątor, *Komentarz do art. 2 Konstytucji RP* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 32.

⁶⁴² Wyrok TK z dnia 28 października 2009 r., sygn. akt Kp 3/09.

⁶⁴³ Seneka, *Epistulae morales ad Lucilium*, 94, 38.

⁶⁴⁴ Instytucje Justyniana 2, 23, 7.

Na podanych przykładach widać, że idea prostoty i elegancji prawa była obecna w wypowiedziach rzymskich prawników⁶⁴⁵.

Pożądane cechy tekstu przepisu, takie jak zwięzłość i syntetyczność, można osiągnąć m. in. przez⁶⁴⁶:

- unikanie powtórzeń,
- zamieszczanie w akcie normatywnym tylko takich wypowiedzi, które są niezbędne do wyrażenia norm prawnych,
- budowanie ustawy na zasadzie „od ogółu do szczegółu”,
- unikanie zdań wielokrotnie złożonych, wypowiedzianie jednym zdaniem myśli, które składają się na dany artykuł,
- odpowiednie posługiwanie się odesłaniami.

Podczas tworzenia przepisów ustaw powinno unikać się nadmiernej szczegółowości. Jest to niezwykle istotne w kontekście przepisów prawa medycznego regulujących kompetencje zawodowe przedstawicieli profesji medycznych, bowiem medycyna jest dziedziną, w której następuje dynamiczny rozwój, a co za tym idzie kazuistyczne regulacje mogą się szybko zdezaktualizować. Do wskazanej zasady wynikającej z § 5 z.t.p. odniósł się Trybunał Konstytucyjny w treści wyroku z dnia 22 lipca 2008 r., sygn. akt K 24/07, stwierdzając, że nakaz wystrzegania się kazuistyki, czyli ujmowania stanów faktycznych w sposób zbyt indywidualizujący, wynika z groźby zbytniego rozbudowania tekstu prawnego, a poza tym potęguje ryzyko wystąpienia wątpliwości interpretacyjnych⁶⁴⁷.

Ważną wskazówką, szczególnie w zakresie tworzenia przepisów prawnych regulujących wykonywanie zawodów medycznych, jest unikanie nadmiernej szczegółowości w ustawach, a regulację danych kwestii w treści aktów wykonawczych. Do wskazanego zagadnienia odniósł się Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 19 czerwca 2008 r., który dotyczył zamieszczenia katalogu chorób zawodowych w kodeksie pracy: „Wszystko to powoduje, że taki wykaz powinien być zawarty w akcie normatywnym odznaczającym się większą elastycznością niż ustawa, za pomocą którego organy władzy publicznej mogą szybciej reagować na zmiany okoliczności faktycznych i stanu wiedzy specjalistycznej. Taką możliwość zapewnia

⁶⁴⁵ N. Cieslewicz, J. Dmowski i in., *Teoria i filozofia prawa [w:] Łacińska terminologia prawnicza*, Warszawa 2020, s. 43.

⁶⁴⁶ G. Wierczyński, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2016, s. 78.

⁶⁴⁷ Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., sygn. akt K 24/07, OTK-A 2008, nr 6, poz. 110.

umieszczenie listy chorób zawodowych w załączniku do rozporządzenia, jako aktu normującego sprawy ulegające stosunkowo częstym zmianom”⁶⁴⁸.

Kolejną istotną kwestią jest redakcja przepisów prawnych, które powinny być konstruowane w sposób opisujący typowe sytuacje występujące w dziedzinie spraw regulowanych daną ustawą. Innymi słowy, należy unikać „żargonu” prawniczego, który jest niezrozumiały szczególnie dla grup zawodowych niezwiązanych z prawem. Zatem redakcja przepisów prawnych powinna polegać na posługiwaniu się opisami typowych sytuacji występujących w dziedzinie regulowanej daną ustawą⁶⁴⁹.

Przedstawioną powyżej problematykę reguluje przepis § 6 z.t.p., z którego wynika m. in. zasada komunikatywności przepisów prawa. Miarą skuteczności prawa jest jego odbiór przez adresatów norm z niego wynikających. Zasada komunikatywności prawa oznacza zatem, że tekst danego przepisu powinien być zredagowany w taki sposób, aby był on zrozumiały dla przeciętnego adresata – powinien odczytać z przepisu tę treść, którą zawarł w niej ustawodawca. Jednak warto podkreślić, że zasada komunikatywności konkuruje z zasadą precyzji i z tego względu jednoznaczność tekstu prawnego dla danej grupy podmiotów posługujących się pewnym językiem uzyskuje się kosztem ograniczenia zakresu podmiotów, dla których tekst ten jest komunikatywny. Warto także wskazać, że w nauce o przepływie informacji o prawie podkreśla się, iż wiele osób zainteresowanych daną tematyką prawną czerpie wiadomości nie z tekstów aktów prawnych, a z innych wtórych źródeł. Z tego względu, że prawodawca na komunikatywność tych źródeł nie ma wpływu, może jedynie założyć, że jeśli konstrukcja danego przepisu jest dostatecznie jednoznaczna, to źródła te dostosują komunikaty o ustanowionych normach do potrzeb oraz możliwości odbiorów informacji. Natomiast w przypadku, w którym ustawodawca zredaguje przepis w sposób komunikatywny, lecz niejednoznaczny, to łatwość w zrozumieniu tego, że dany przepis jest niejednoznaczny, nie zrekompensuje jego braków⁶⁵⁰.

W kontekście poruszanej problematyki warto przytoczyć fragment niemieckiego podręcznika techniki prawodawczej: „

Tekst przepisów musi być poprawny językowo oraz możliwie zrozumiały dla każdego (...). Osoba formułująca przepisy prawne musi zatem starać się o to, by ich językowy kształt

⁶⁴⁸ Wyrok TK z dnia 19 czerwca 2008 r., sygn. akt P 23/07, OTK-A 2008, nr 5, poz. 82.

⁶⁴⁹ G. Wierczyński, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz*, wyd. II, Warszawa 2016, s. 80.

⁶⁵⁰ Ibidem, s. 84.

w możliwie dużym stopniu odpowiadał specyfice przedmiotu z uwzględnieniem celu danych przepisów. Na podstawie danej regulacji prawnej zainteresowani powinni być w stanie rozpoznać wyznaczone przez nią normy postępowania bez porady prawnika i odpowiednio dostosować swoje postępowanie. Na jej podstawie sądy powinny być w stanie orzekać. Powinna umożliwiać ocenę granic działania administracji pod względem treści, celu i rozmiaru. Pod tym względem istnieje ścisły związek z (odnoszącymi się do treści) wymogami konstytucyjno-prawnymi (uwaga nr 52 punkt 7.1 konstytucyjno-prawnych pytań kontrolnych); jedynie jasny język prawny zapewnia jasność przepisów.”⁶⁵¹. Akty normatywne nie spełniające powyższych wymogów stają się zrozumiałe „jedynie w przypadku posiadania subtelnej znajomości rzeczy, nadzwyczajnych zdolności metodycznych i pewnej ochoty do rozwiązywania łamigłówek”⁶⁵².

Dlatego formując przepisy prawa, ustawodawca powinien wziąć pod uwagę przede wszystkim krąg ich odbiorców. Kierując dane akty prawne do specjalistów z danej dziedziny, ustawodawca ma prawo założyć, że dysponują oni niezbędną do ich zrozumienia wiedzą fachową. Jednak laicy powinni przynajmniej móc zorientować się, jakie kompetencje ma dana grupa specjalistów. Jest to szczególnie ważne w relacji personel medyczny – pacjent, często bowiem dochodzi do sytuacji przekroczenia kompetencji przez osoby wykonujące dany zawód medyczny, co w oczywisty sposób prowadzi do naruszenia norm bezpieczeństwa wynikających z art. 8 u.o.p.p.⁶⁵³.

Podsumowując powyższe rozważania, warto posłużyć się koncepcją wewnętrznej moralności prawa autorstwa L. L. Fullera, która nakłada na ustawodawcę obowiązek konstruowania przepisów prawa, tak aby⁶⁵⁴:

- 1) były ogólne i abstrakcyjne, a nie kazuistyczne i konkretne;
- 2) były promulgowane, tj. ogłoszone, aby każdy mógł poznać ich treść;
- 3) były formułowane w jasny sposób;
- 4) były możliwe do zrealizowania – nie wymagały rzeczy niemożliwych;

⁶⁵¹ Niemiecki podręcznik techniki prawodawczej, tłum. B. Kwiatkowska, G. Wierczyński, Gdańsk 2016, s. 57.

⁶⁵² Ibidem; tak: Federalny Trybunał Finansowy zacytował Austriacki Sąd Konstytucyjny w postanowieniu o wzorcu z 6 września 2006, sygn. akt: XI R 26/04.

⁶⁵³ Artykuł 8 u.o.p.p. jasno wskazuje zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, a mianowicie: „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych.”

⁶⁵⁴ J. Woleński, *Przedmowa* [w:] *Herbert L. A. Hart. Pojęcie Prawa*, Warszawa 2020, s. 31.

- 5) były stałe, tj. nie podlegały częstym zmianom;
- 6) zapewniały koherencję z działaniami podejmowanymi na ich podstawie.

4.2. Współpraca między zawodami medycznymi w Polsce – postulaty *de lege ferenda*

Jednym z podstawowych problemów w polskim systemie prawa medycznego odnoszącym się do współpracy między zawodami medycznymi jest brak jasnych uregulowań dotyczących kompetencji poszczególnych profesji lub taka konstrukcja przepisów, która sprawia, że są one niezrozumiałe dla odbiorców. Taki stan rzeczy w oczywisty sposób prowadzi do nieporozumień.

Moim zasadniczym postulatem *de lege ferenda* jest częściowa reorganizacja systemu ochrony zdrowia, szczególnie w obszarze zawodu ratownika medycznego. Należy zwrócić uwagę, że ustawodawca – na co wielokrotnie zwracałem uwagę w rozprawie – chcąc uzupełnić braki kadrowe w personelu pielęgniarskim, umożliwił ratownikom medycznym pracę na oddziałach szpitalnych. To była decyzja wątpliwa na gruncie prawa, logiki i praktyki. Rozwiązanie to budzi duże kontrowersje. W moim przekonaniu skutecznym rozwiązaniem takiego stanu rzeczy byłoby przekształcenie zawodu ratownika medycznego w zawód pielęgniarski albo umożliwienie ratownikom medycznym odbycia rocznych studiów pomostowych, w celu przygotowania zawodowego *stricte* pod kątem procedur charakterystycznych dla realizacji opieki pielęgniarskiej. W chwili obecnej ratownicy medyczni coraz chętniej zmieniają profesję na pielęgniarstwo, jednak wymaga to ukończenia 3-letnich studiów pielęgniarskich. Takie rozwiązanie w oczywisty sposób opóźnia napływ nowej kadry pielęgniarskiej.

Konwersja ratowników medycznych do zawodu pielęgniarki i pielęgniarza dałaby wiele korzyści. Przede wszystkim są to osoby z doświadczeniem w medycynie, bez konieczności zapoznawania od podstaw z zasadami pracy w systemie ochrony zdrowia. Oczywiście, w zakresie samej pielęgnacji pacjenta należałoby przeprowadzić kilkumiesięczny kurs, jednak nie wydaje się to nieosiągalnym rozwiązaniem.

Kolejną korzyścią wynikającą z konwersji byłoby szybkie zasilenie polskiego systemu ochrony zdrowia w nowych przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2020 r. w Polsce aktywnych zawodowo było 16 953 ratowników medycznych⁶⁵⁵. Jest to może niewielka liczba, biorąc pod uwagę liczebność przedstawicieli

⁶⁵⁵ K. Nyczaj, *Ratownictwo medyczne* [w:] *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, Warszawa, Kraków 2021, s. 116.

zawodu pielęgniarstwa, jednak fakt, że w 72% polskich szpitali brakuje pielęgniarzy i pielęgniarek⁶⁵⁶, sprawia, iż byłoby to trafne rozwiązanie.

Powyższa propozycja napotyka w praktyce jeden zasadniczy problem, a mianowicie: Co należałoby zrobić, jeśli część ratowników medycznych nie wyraziłoby zgody na przejście do zawodu pielęgniarstwa? W moim przekonaniu trafnym rozwiązaniem byłoby zamknięcie kierunku studiów ratownictwo medyczne, co w naturalny sposób, podobnie jak w przypadku zawodu felczera, doprowadziłoby do jego „wygaszenia”.

Tak drastyczna zmiana musiałaby z konieczności nieść za sobą reformę systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

Przykładowo można byłoby wprowadzić kształcenie stopniowe w ramach kursów – podobnie jak w systemie amerykańskim. System można byłoby podzielić, analogicznie jak do tej pory – czyli na zespoły specjalistyczne i podstawowe, z tą jednak różnicą, że zespół specjalistyczny składałby się z pielęgniarki bądź pielęgniarza systemu (zamiast lekarza) oraz ratownika po odpowiednim kursie, natomiast zespół podstawowy składałby się z samych ratowników po odpowiednich kursach – jednak z zastrzeżeniem, że ratownicy po kursach nie mogliby pracować w innych jednostkach ochrony zdrowia niż zespoły ratownictwa medycznego. Dodatkowo do systemu należałoby włączyć wolontariuszy, którzy mogliby znacznie szybciej dotrzeć na miejsce zdarzenia i poinformować dyspozytornię o ewentualnej konieczności zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego. Oczywiście proponowane rozwiązania, aby nie doprowadzić do destabilizacji systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, należałoby bardzo skrupulatnie opracować oraz przeprowadzić odpowiednio długą symulację ich wdrożenia.

Innym możliwym rozwiązaniem problemów współpracy między zawodem ratownika medycznego a zawodem pielęgniarstwa mógłby być powrót do stanu prawnego sprzed umożliwienia pierwszej z profesji pracy na oddziałach szpitalnych; Jednak z pewnym zastrzeżeniem, otóż zawód ratownika medycznego czy cały system Państwowego Ratownictwa Medycznego, winien podlegać ministrowi spraw wewnętrznych i administracji, jako formacja na wzór Państwowej Straży Pożarnej. Taka regulacja rozgraniczyłaby w końcu podział obowiązków między omawianymi zawodami i jednoznacznie zmieniła charakter zawodu

⁶⁵⁶ <https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/fakty-i-mity-na-temat-brakow-lekarzy-i-pielegniarek-w-polsce/> (dostęp: 24 kwietnia 2022 r.).

ratownika medycznego, w szczególności ograniczyłaby możliwość pracy przedstawicielom tej grupy zawodowej ponad ludzkie siły.

Warto mieć na uwadze, że zdarza się, iż ratownicy medyczni pracują nawet po 400 godzin w miesiącu⁶⁵⁷, co wynika z niskich wynagrodzeń wynoszących około 35 zł brutto za godzinę pracy. Taka ilość godzin przepracowanych w skali miesiąca ma negatywny wpływ na zdrowie ratowników medycznych oraz na bezpieczeństwo pacjentów.

Reorganizacja systemu powinna iść także w parze z wcześniejszym prawem do emerytury dla ratowników medycznych. Podobnie jak służby mundurowe powinni je nabywać po 25 latach pracy zawodowej. Jest to podyktowane w szczególności warunkami pracy, z których najbardziej obciążającym jest stres wynikający z charakteru wykonywanej profesji.

Jeśli jednak ustawodawca zdecydowałby się na pozostawienie regulacji związanych z pracą ratowników na oddziałach szpitalnych – co wydaje się dla mnie najbardziej prawdopodobnym scenariuszem – to należałoby tak skonstruować przepisy prawa, aby zrównały kompetencje zawodu pielęgniarskiego z zawodem ratownika medycznego w obszarze czynności pielęgniarskich. Zdaję sobie sprawę, że takie rozwiązanie mogłoby pogłębić konflikt między omawianymi zawodami, jednak utrzymanie *status quo* też nie jest trafnym rozwiązaniem, bowiem nie może dochodzić do sytuacji, w której ratownicy medyczni za to samo wynagrodzenie mają mniej obowiązków względem pacjenta, w porównaniu do pielęgniarek i pielęgniarzy.

Przechodząc na grunt problematyki współpracy między lekarzami a zawodem pielęgniarskim, należałoby zacząć od dokładnego określenia granic związanych z wydawaniem zleceń lekarskich, a tym samym stworzyć katalog procedur, które może wykonać dana pielęgniarka czy pielęgniarz posiadający odpowiednią specjalizację. Przy czym podkreślić należy, że nie jest to zadanie nierealne. Nie poruszam w tym miejscu kwestii związanych z metodą doboru sposobów leczenia, bowiem ta problematyka jest niezwykle skomplikowana i wątpię w możliwość jej prawnego uregulowania, szczególnie biorąc pod uwagę niezwykle szybki rozwój nauk medycznych. Moje rozważania odnoszą się jedynie do czynności praktycznych, technicznych.

⁶⁵⁷ <https://pulsmedycyny.pl/ratownik-pracuj-400-500-godzin-w-miesiacu-a-potem-sie-ocknij-na-zgliszczach-swojego-zycia-1127818> (dostęp: 25 kwietnia 2022 r.).

Za odpowiednie rozwiązanie powyżej wskazanej problematyki uważam przygotowanie i wydanie w formie aktu wykonawczego katalogu czynności pielęgniarskich, które może zlecić lekarz, biorąc pod uwagę kompetencje przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego. Jako przykład można wskazać podanie leku, występującego *stricte* na danych oddziałach np. oddziale toksykologii, przez pielęgniarkę posiadającą odpowiednią specjalizację. Jednym z takich leków jest np. Izoprenalina⁶⁵⁸, która według danych zawartych w obwieszczeniu Prezesa Urzędu Rejestracji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej⁶⁵⁹, nie jest w zasadzie lekiem dopuszczonym do obrotu na terenie Polski. Jednak z tego względu, że jest produktem leczniczym ratującym życie przy ciężkich zatruciach lekami z grupy beta-blokerów, jest dopuszczona do użycia w warunkach leczenia zamkniętego na zasadzie importu docelowego, a wiedzę na temat jej dawkowania i stosowania mają praktycznie tylko lekarze pracujący na oddziałach toksykologicznych. Przy czym nawet pielęgniarki czy pielęgniarzowi będzie ciężko zweryfikować czy przepisana przez lekarza w zleceniu lekarskim dawka jest odpowiednia, bowiem ChPL dołączony do wskazanego leku jest wyłącznie w języku obcym. Dlatego ustawodawca powinien pochylić się nad rozwiązaniami zmierzającymi do określenia kompetencji podawania danych leków przez pielęgniarki i pielęgniarzy na zlecenie lekarskie. W tym miejscu należy także wskazać na konieczność zmian dotyczących dokumentacji medycznej w zakresie zleceń lekarskich, które obligatoryjnie powinno być nie tylko czytelne, ale również zawierać takie dane jak: nazwa leku, droga podania, dawka, data i godzina zlecenia. Jednak powyższa analiza nie wyczerpuje w całości problematyki związanej z realizacją zleceń lekarskich. Pozostaje jeszcze kwestia związana z prawem odmowy wykonania zlecenia przez personel pielęgniarski, które jest przyznane na mocy art. 12 ust. 2 u.o.z.p.p. Zamysł wskazanego przepisu jest słuszny jednak jego konstrukcja sprawia, że jest on w istocie przepisem martwym, całkowicie niepraktycznym. Przyjrzyjmy się zatem bliżej jego budowie – zgodnie z art. 12 ust. 2-4 u.o.z.p.p.:

„Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych

⁶⁵⁸ Lek z grupy katecholamin, działa silnie sympatykomimetycznie, najsilniejszy ze wszystkich katecholamin na receptory adrenergiczne, stosowany szczególnie w zatruciach b-blokerami.

⁶⁵⁹ Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2021 r. poz. 57).

kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej (...); W przypadku, o którym mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym; W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych z przyczyn, o których mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.”.

Na marginesie wskazać należy na dość niezrozumiałą tezę M. Sadowskiej i W. Lisa, którzy uważają, że fakt poinformowania przełożonego lub osoby zlecającej o odmowie wykonania zlecenia lekarskiego dotyczy wyłącznie personelu pielęgniarskiego, który pracuje w ramach zatrudnienia pracowniczego albo służbowego⁶⁶⁰. Podkreślenia wymaga, że wskazana teza pomija całkowicie charakter umów zawieranych między podmiotami leczniczymi a osobami wykonującym zawód pielęgniarski w ramach działalności gospodarczej czy umów zlecenia. Ponieważ w owych umowach zawiera się klauzule które tworzą *quasi* podległość służbową. W przeciwnym wypadku doszłoby do dezorganizacji oddziałów szpitalnych, w których przeważającą formą staje się wykonywanie pracy na podstawie umów cywilnoprawnych.

Druga istotna uwaga odnosi się do poinformowania osoby zlecającej o odmowie wykonania zlecenia - lekarza, a więc o ile w pierwszej sytuacji pojawia się kwestia dyskusyjna odnośnie „przełożonego”, o tyle nie powinno budzić wątpliwości, że pielęgniarka albo pielęgniarka odmawiając wykonania zlecenia, niezależnie od charakteru umowy łączącej ich z danym podmiotem leczniczym mają obowiązek powiadomić o tym fakcie lekarza. Jednak przyjmując, że tylko druga ze wskazanych konstrukcji jest prawidłowa pojawia się kolejny problem – jeśli lekarz zlecający zakończył dyżur, a pielęgniarka otrzymująca zlecenie odmawia jego wykonania i łączy ją ze szpitalem umowa cywilnoprawna to nie mogłaby poinformować o tym fakcie osoby przełożonej, zatem postąpiłaby wbrew przepisom ustawy zawodowej. Tak więc w moim przekonaniu, niezależnie od stosunku prawnego łączącego daną pielęgniarkę czy pielęgniarkę z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, mają oni obowiązek – w przypadku odmowy wykonania zlecenia lekarskiego – poinformowania przełożonego (oddziałowej, koordynatora oddziału) lub lekarza wystawiającego zlecenie.

⁶⁶⁰ M. Sadowska, W. Lis, *Zasady wykonywania zawodu* [w:] *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 93.

Przechodząc do dalszych rozważań warto zauważyć, że personel pielęgniarski może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego w dwóch przypadkach – gdy jest ono niezgodne z sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji. Jest to konstrukcja dość wątpliwa, ponieważ przepis ten nie przewiduje w żadnym wypadku sytuacji odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, gdy jest ono niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, a jego realizacja może zaszkodzić pacjentowi. Przypuśćmy, że lekarz zlecił pielęgniarce podanie dożylnie hydroksyzyny⁶⁶¹, jednak zgodnie z ChPLem oraz aktualną wiedzą medyczną lek ten podaje się wyłącznie domięśniowo, bowiem podanie dożylnie może doprowadzić do poważnych zaburzeń rytmu serca, hipotensji czy depresji oddechowej. Czy w takiej sytuacji pielęgniarka wiedząc o zagrożeniach płynących z podania omawianego leku drogą zleconą przez lekarza może powołać się na klauzulę sumienia?

Niewątpliwie w opisaney wyżej sytuacji pielęgniarka będzie mogła powołać się na klauzulę sumienia, ponieważ droga podania wskazanego leku jest nieprawidłowo określona a jego podanie może zagrażać życiu i zdrowiu pacjenta. Byłoby to więc zachowanie nieetyczne, co znajduje podstawę w kodeksie deontologicznym pielęgniarek i położnych. Co prawda sam kodeks nie przewiduje wprost odstąpienia od wykonania zlecenia lekarskiego niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną, jednak wskazuje, że w przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka albo położna powinna postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w m. in. ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, która w art. 11 wskazuje na obowiązek postępowania przedstawicieli zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Jednak sama konstrukcja przepisu jest dość nieprecyzyjna, ponieważ nikt w praktyce – na dyżurze nie będzie zastanawiał się czy realizacja wskazanego zlecenia jest zgodna z sumieniem. Dlatego ustawodawca powinien w jasny sposób wskazać, że jeśli dane zlecenie lekarskie jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną to pielęgniarka bądź pielęgniarski mają prawo odmówić jego wykonania.

Postępując się w dalszym ciągu przykładem zlecenia przez lekarza pielęgniarce podania hydroksyzyny dożylnie, przyjmijmy scenariusz, w którym pielęgniarka odmawia wykonania zlecenia i powiadamia o tym lekarza, a następnie zgodnie z art. 12 ust. 3 u.o.z.p.p. powiadamia pacjenta o takiej odmowie. Zgodnie z przywołanym przepisem, pielęgniarka ma obowiązek wskazania pacjentowi realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki albo w innym podmiocie leczniczym. Jednak wiadome jest, że żadna pielęgniarka

⁶⁶¹ Hydroksyzyna – pochodna difenylometanu, lek o działaniu uspokajającym i przeciwłękowym.

(przynajmniej ta, która wie, że hydroksyzyny nie wolno podawać dożylnie) nie zrealizuje omawianego zlecenia. Pojawia się zatem *circulus in demonstrando*, ponieważ każda następną pielęgniarka nie poda leku dożylnie powołując się na ten sam artykuł, w konsekwencji czego pacjent nie otrzyma odpowiedniego leczenia – przy założeniu, że lekarz nie zmieni w zleceniu drogi podania leku z dożylniej na domięśniową. Można też przyjąć, że ustawodawca wskazując na „realną” możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego u innej pielęgniarki, wyszedł z założenia, że jeśli zlecenie lekarskie jest sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną to możliwość wskazania innej pielęgniarki będzie nierealna, a zatem *a contrario* personel pielęgniarski nie będzie musiał wskazać innej osoby która to zlecenie wykona.

Warto także zaznaczyć, że zgodnie z art. 15 ust. 3 u.o.z.p.p. pielęgniarka i pielęgniarz w przypadku uzasadnionych wątpliwości mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania. Ustawodawca nie sprecyzował pojęcia „uzasadnionej wątpliwości”, zatem uznać należy, że każda wątpliwość pielęgniarki albo pielęgniarza – biorąc pod uwagę obowiązek należytej staranności – powinna być przez lekarza wyjaśniona. Dodać należy, że pielęgniarka i pielęgniarz mają obowiązek zareagowania na oczywisty błąd lekarza w zleceniu lekarskim, jeżeli realizacja takiego zlecenia wiązałaby się z negatywnymi skutkami dla pacjenta⁶⁶². W przeciwnym wypadku zrealizowanie takiego zlecenia pociągałoby za sobą odpowiedzialność pielęgniarki lub pielęgniarza na gruncie prawa karnego i cywilnego.

Jednak komentowany przepis (art. 15 ust. 3 u.o.z.p.p.) nie przewiduje wprost odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, a jedynie nakłada na lekarza obowiązek wyjaśnienia pielęgniarce albo pielęgniarzowi istoty, celu podania leku czy wykonania określonej procedury. E. Zielińska, co prawda słusznie zwraca uwagę na konieczność powiadomienia przez personel pielęgniarski lekarza o jego błędzie w zleceniu⁶⁶³, bowiem jest to obowiązek moralny i etyczny. Jednak – w moim przekonaniu – autorka niesłusznie wskazuje, że przesłanka błędu w zleceniu lekarskim jest wystarczającym powodem do odmowy wykonania zlecenia. Można zgodzić się z twierdzeniem, że taka konstrukcja wynika z przesłanek ogólnych – niezgodności z kodeksem deontologicznym zawodu pielęgniarskiego, w tym należytej staranności, jednak sam art. 12 ust. 2 u.o.z.p.p. - nie przewiduje możliwości odmowy wykonania zlecenia lekarskiego z powodu błędu. Pamiętać należy, że prawo regulujące wykonywanie specjalistycznego

⁶⁶² E. Zielińska, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, PiM 2001/9, s. 41.

⁶⁶³ Ibidem.

zawodu nie jest pisane dla prawników a dla osób wykonujących zawód szczególny, powołany do leczenia i ratowania życia ludzkiego. Z tego powodu powinno dawać pewność prawną, że w sytuacji, gdy zlecenie lekarskie obarczone jest błędem, pielęgniarka albo pielęgniarz są przekonani, że prawo stoi po ich stronie i znajdują proste uzasadnienie dla podjętej decyzji – odmowy wykonania zlecenia lekarskiego.

Prawodawca nie określił formalnych wymagań żądania przez personel pielęgniarski uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia lekarskiego. Przyjąć należy, że ze względów dowodowych powinno ono mieć formę pisemną. Zwykle, gdy prawo pozwala na zgłaszanie wątpliwości w zakresie wykonywania zawodu, uzasadnienie przełożonego powinno mieć formę pisemną⁶⁶⁴.

Odwołując się do powyższych rozważań, niezależnie od tego czy dotyczą one podania leku, którego nie zna pielęgniarka, wykonania zlecenia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną czy kompetencjami osoby wykonującej zlecenie, ustawodawca powinien wprowadzić zmiany w art. 12 ust. 2-4 u.o.z.p.p.

Po pierwsze, odnosząc się z do zlecenia podania leku nieznanego pielęgniarcie albo pielęgniarzowi, lekarz powinien samodzielnie podać dany produkt leczniczy. W przeciwnym razie wprowadzenie zapisu zgodnie z którym lekarz po zapoznaniu się z odmową osoby wykonującej zawód pielęgniarski brałby na siebie odpowiedzialność za podanie danego leku przez tę osobę nie powodowałyby zdjęcia z niej odpowiedzialności karnej w rozumieniu art. 9 § 2 k.k. Przepis ten wprost wskazuje, że: „Czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć.”. Tak więc, jeśli np. pielęgniarka nie wiedząc, czy przepisana przez lekarza dawka danego leku, którego nie zna, jest odpowiednia, poda go, przepisy ustawy zawodowej pozwolą przenieść na lekarza całkowitą odpowiedzialność za jego zlecenie, a okaże się, że przepisana dawka była błędna i pacjentowi w ten sposób wyrządzono krzywdę, to nadal w rozumieniu art. 9 § 2 k.k. pielęgniarka popełni nieumyślnie czyn zabroniony. Z tego powodu na początku tego akapitu wskazałem, że akceptowalnym rozwiązaniem byłoby samodzielne podanie zleconego leku – nieznanego pielęgniarcie – przez lekarza.

⁶⁶⁴ Patrz np. ustawa z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2022 r. poz. 1247 z późn. zm.).

Po drugie, poruszając kwestię zlecenia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną czy z treścią ChPLu, pielęgniarka albo pielęgniarz powinni pisemnie uzasadnić powód odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, poinformować o tym fakcie pacjenta, przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego, jednak bez wskazania innej osoby wykonującej zawód pielęgniarstwa, która wykona to zlecenie. To na lekarza powinien zostać przeniesiony obowiązek wykonania zlecenia, co do którego pojawiają się uzasadnione wątpliwości pozostałego personelu co do zgodności zlecenia z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Po trzecie, poruszana problematyka nie zawęży się jedynie do podawania leków, można wymienić chociażby procedurę zakładania wkłucia dotętniczego. Obecnie przedstawiciele zawodu pielęgniarstwa nie mają prawa nakłuwać czy zakładać wkłuc do tętnicy, może zrobić to wyłącznie lekarz – tu przepisy też nie przewidują czy dany lekarz powinien mieć odpowiednie przygotowanie (kursy). Jednak mimo braku przesłanek prawnych, pielęgniarki i pielęgniarki bardzo często wykonują tę procedurę za cichym przyzwoleniem lekarzy, którzy nie mają tak dużego doświadczenia. Jest to przykład współpracy, jednak takiej która opiera się na dość wątpliwych przesłankach. Zakładanie wkłuc dotętnicznych nie jest jedyną procedurą, którą mimo braku kompetencji wykonują za lekarza pielęgniarki i pielęgniarki. Warto także zaznaczyć, że nie należy do rzadkości szycie drobnych ran w szpitalnych oddziałach ratunkowych przez personel pielęgniarstwa. Wydaje się, że te kwestie powinny zostać uregulowane przez ustawodawcę. Szczególnie w zakresie prawa zwyczajowego panującego na większości oddziałów szpitalnych w Polsce, czego przykładem są powyższe praktyki.

Przedstawiciele profesji pielęgniarstwa – w moim przekonaniu – powinni mieć rozszerzone kompetencje o te czynności, których prawo im nie przyznaje, a które i tak rutynowo wykonują za lekarzy.

Kolejny postulat *de lege ferenda* dotyczy współpracy lekarzy i personelu pielęgniarstwa z kompetencjami systemowymi, w rozumieniu art. 3 pkt 6) u.p.r.m., a mianowicie rozszerzenia prawa do wykonywania procedur przewidzianych dla medycznych czynności ratunkowych na szpitalne oddziały ratunkowe. Do tej pory szeroki katalog czynności, które mogą wykonywać pielęgniarki i pielęgniarki systemu w ramach Państwowego Ratownictwa Medycznego był zawężony do podstawowych zespołów ratownictwa medycznego bez lekarza. Obowiązujące rozwiązanie prawne jest mało logiczne ze względu na fakt, że ratownicy medyczni w ramach świadczeń zdrowotnych wykonywanych w szpitalu bez zlecenia lekarza zachowali ten sam katalog procedur, które mogą podjąć bez zlecenia w ramach zespołów podstawowych pogotowia ratunkowego. Wskazana dysproporcja zaburza sprawne

funkcjonowanie oddziałów ratunkowych, bowiem bez szerszego zakresu kompetencji każdego z członków zespołu SOR pacjent w stanie zagrożenia życia i zdrowia jest zmuszony oczekiwać na lekarza albo ratownika medycznego, który ma prawo podać odpowiednie leki bez zlecenia. We wskazanym zakresie można posłużyć się wykazem leków, które może podać pielęgniarka i pielęgniarka systemu w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego:

Tabela 8. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
3	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
4	Clemastinum (Klemastyna)	tabletki, syrop
5	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, czopki, roztwór do wstrzykiwań
6	Furosemidum (Furosemid)	tabletki
7	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerazol do stosowania podjęzykowego
8	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
9	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
10	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
11	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań, krem, maść
12	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki,

		syrop
13	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)	tabletki, czopki
14	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
15	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki
16	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	żel, aerozol, roztwór do wstrzykiwań
17	Loperamidi hydrochloridum (Loperamidu chlorowodorek)	tabletki
18	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
19	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	tabletki, czopki
20	Metamizolum natricum + Papaverinum + Atropinum (Metamizol sodowy + Papaweryna + Atropina)	czopki
21	Metoclopramidum (Metoklopramid)	tabletki
22	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	tabletki
23	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
24	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
25	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
26	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
27	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do nebulizacji
28	Suppositoria Glyceroli (Czopki glicerolowe)	czopki
29	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
30	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, tabletki

31	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
32	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
33	Produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC	wszystkie dostępne

Źródło: Załącznik nr 1. do u.p.r.m. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych

- oraz tych które – w ramach oddziałów ratunkowych – ma prawo podać ratownik medyczny:

Tabela 9. Wykaz leków, które ma prawo podać ratownik medyczny bez zlecenia lekarskiego

Lp	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Adenosinum (Adenozyna)	roztwór do wstrzykiwań
3	Amiodaroni hydrochloridum (Amiodaronu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
4	Atropini sulfas (Atropiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Isosorbidi mononitras (Izosorbidu monoazotan)	tabletki
6	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
7	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
8	Clemastinum (Klemastyna)	roztwór do wstrzykiwań
9	Clonazepamum (Klonazepam)	roztwór do wstrzykiwań
10	Clopidogrelum (Klopidogrel) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
11	Dexamethasoni phosphas (Deksametazonu fosforan)	roztwór do wstrzykiwań
12	Diazepamum (Diazepam)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka

		doodbytnicza
13	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
14	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
15	Fentanylum (Fentanyl)	roztwór do wstrzykiwań
16	Flumazenilum (Flumazenil)	roztwór do wstrzykiwań
17	Furosemidum (Furosemid)	roztwór do wstrzykiwań
18	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerazol do stosowania podjęzykowego
19	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
20	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
21	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
22	Heparinum natricum (Heparyna sodowa)	roztwór do wstrzykiwań
23	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań
24	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
26	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27	Lidocaini hydrochloridum	roztwór do wstrzykiwań,

	(Lidokainy chlorowodorek)	żel
28	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
29	Mannitolum - 15% (Mannitol - 15%)	roztwór do wlewu dożylnego
30	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	roztwór do wstrzykiwań
31	Metoclopramidum (Metoklopramid)	roztwór do wstrzykiwań
32	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	roztwór do wstrzykiwań
33	Midazolamum (Midazolam)	roztwór do wstrzykiwań
34	Morphini sulfas (Morfiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
35	Naloxoni hydrochloridum (Naloksonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
36	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
37	Natrii hydrogenocarbonas 8,4% (Sodu wodorowęglan 8,4%)	roztwór do wstrzykiwań
38	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
39	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego

41	Płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana)	roztwór do wlewu dożylnego
42	Salbutamolium (Salbutamol)	roztwór do wstrzykiwań, roztwór do nebulizacji
43	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
44	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, roztwór do wstrzykiwań
45	Ticagrelorum (Tikagrelor) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
47	Urapidilum (Urapidyl)	roztwór do wstrzykiwań

Źródło: opracowanie własne

Porównując obie tabele, łatwo dostrzec, że pielęgniarki i pielęgniarze systemu samodzielnie, w ramach oddziałów ratunkowych mogą podawać niewiele leków ratujących życie, czy działających silnie przeciwbólowo. Natomiast ustawodawca pomijając fakt, że szpitalny oddział ratunkowy jest jednostką systemu w rozumieniu przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym pominął rozszerzoną listę leków i upoważnił personel pielęgniarski SOR do podawania leków głównie w formie tabletek, które nie spełniają swojej roli w stanach nagłych. Umożliwienie podawania leków z rozszerzonej listy personelowi pielęgniarskiemu w ramach oddziałów ratunkowych znacznie odciążałoby lekarzy, którzy przed zleceniem leku do podania pacjentowi każdorazowo muszą go zbadać, co wydłuża znacznie czas oczekiwania chorego oraz prowadzi do przeciążenia lekarzy.

Kolejna kwestia, wymagająca uregulowania na gruncie współpracy lekarzy, pielęgniarek i pielęgniarzy systemu oraz ratowników medycznych, w ramach szpitalnych oddziałów ratunkowych, dotyczy kierowania pacjentów do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W mojej ocenie zamysł ustawodawcy, polegający na pośrednim przyznaniu takich kompetencji personelowi

pielęgniarskiemu i ratownikom medycznym, jest trafny, jednak nie w obecnie obowiązującej formie.

Upoważnienie do skierowania pacjenta przez obie wskazane grupy zawodowe powinno znaleźć odzwierciedlenie w aktach normatywnych regulujących ich wykonywanie, z racji tego, że jest to zbyt duża odpowiedzialność, aby wskazaną kompetencję – w formie obowiązującej – mógł przyznawać podmiot leczniczy. Wprowadzenie omawianej zmiany jest szczególnie ważne, jako że w obecnej sytuacji do szpitalnych oddziałów ratunkowych jest przyjmowanych wielu pacjentów niewymagających pomocy w trybie pilnym o czym świadczą statystyki – w 2020 r. do oddziałów ratunkowych zgłosiło się ponad 800 tys. pacjentów wymagających porady wyłącznie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej⁶⁶⁵. Wskazana grupa pacjentów mogłaby zostać skierowana z poziomu segregacji medycznej przeprowadzanej przez personel pielęgniarski oraz ratowników medycznych do podmiotów udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nie obciążając przy tym lekarzy dyżurnych SOR, którzy w tym czasie swoją uwagę mogliby skierować na pacjentów w stanie nagłym.

Warto – w ramach uzupełnienia - poruszyć jeszcze jedną kwestię związaną z przeprowadzaniem segregacji medycznej. Otóż zgodnie z treścią § 6 ust. 7 r.s.o.r., segregację medyczną pacjentów wykonuje pielęgniarka systemu, ratownik medyczny przez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia pacjenta i zakwalifikowanie go do jednej z kategorii⁶⁶⁶:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Jednak przydzielenie przez pielęgniarkę bądź pielęgniacza systemu albo ratownika medycznego danej kategorii pacjentowi nie jest końcowym etapem *triage*. Za taki należy uznać – choć nie wynika to z aktu wykonawczego – przekazanie pacjenta do odpowiedniego lekarza. O ile chorych zakwalifikowanych do kategorii czerwonej i pomarańczowej kieruje się

⁶⁶⁵ K. Nyczaj, *Ratownictwo medyczne* [w:] *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, Warszawa, Kraków 2021, s. 127.

⁶⁶⁶ Paragraf 6 ust. 9 r.s.o.r.

do sali reanimacyjnej, gdzie przekazuje się go lekarzowi „czerwonemu”⁶⁶⁷, o tyle co do z pozostałych kategorii pojawia się pewien problem.

Struktura szpitalnych oddziałów ratunkowych, a co za tym idzie procedury przydzielania pacjentów przez osobę przeprowadzającą segregację medyczną do lekarza danej specjalizacji, zależą od ustaleń wewnętrznych. Ustawodawca słusznie nie regulował poruszanej problematyki, bowiem byłoby to zadanie nie tylko niezwykle trudne, ale również niepraktyczne i niebezpieczne dla pacjenta, ponieważ czym innym są książkowe objawy danej choroby, a czym innym wnikliwa obserwacja i doświadczenie osoby dokonującej *triage*. Regulacja wedle której np. przy bólu brzucha pacjent miałby zostać kierowany wyłącznie do chirurga doprowadziłaby do sytuacji, że chory prezentujący wskazany objaw, wynikający nie z powodów chirurgicznych a kardiologicznych (ból brzucha może być tzw. „maską” zawału mięśnia sercowego) trafiałby do nieodpowiedniego lekarza specjalisty. Jednak prawodawca nie uregulował także kwestii związanej z decyzją osoby przeprowadzającej segregację medyczną o przydzieleniu pacjenta do danego specjalisty, w rezultacie dochodzi do sytuacji, w której według tej osoby pacjent powinien trafić do chirurga, ten zaś uważa, że chory wymaga interwencji internistycznej, podważając tym samym decyzję osoby przeprowadzającej *triage*. W efekcie przedłuża się proces diagnostyki i leczenia oraz zaburza to funkcjonowanie oddziału. Uważam, że decyzja pielęgniarki i pielęgniarza systemu, jak i ratownika medycznego o przydzieleniu pacjenta do danego specjalisty jest autonomiczna, zatem lekarz chcąc ją zmienić powinien ponownie zbadać chorego i na tej podstawie przyporządkować do – według swojego uznania – innego lekarza.

Niewątpliwie poruszana kwestia wymaga uregulowania prawnego choćby, w akcie wykonawczym dotyczącym szpitalnego oddziału ratunkowego, przez wskazanie, że lekarz przyjmujący pacjenta od osoby przeprowadzającej segregację medyczną może zmienić decyzję o jego przydzieleniu do niego po wcześniejszym, ponownym przeprowadzeniu badania wstępnego.

Wskazane powyżej propozycje zmian odnoszących się do współpracy między zawodami medycznymi w Polsce mają charakter systemowy i w moim przekonaniu stanowiłyby dobry początek reorganizacji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce poprzez

⁶⁶⁷ Jest to typowy przykład żargonu medycznego, ponieważ żaden akt prawny nie przewiduje funkcji „lekarza czerwonego” – określenie to oznacza lekarza, który został wyznaczony do koordynowania pracy oddziału na danym dyżurze oraz jest lekarzem systemu, a w najlepszym razie lekarzem medycyny ratunkowej.

odpowiednie rozgraniczenie obowiązków czy nadanie nowych upoważnień poszczególnym profesjom. Jednak poruszenia wymaga jeszcze jedna kwestia, a mianowicie sposób redakcji przepisów prawnych dotyczących wykonywania omawianych zawodów medycznych.

Przepisy regulujące wykonywanie zawodów medycznych powinny być redagowane w sposób niezwykle klarowny, tak aby w czasie pełnienia dyżuru, personel medyczny mógł w szybki sposób odnaleźć odpowiednie przepisy określające jaką procedurę mogą przeprowadzić zgodnie z prawem. W tym zakresie można odnieść się do treści dość niejasnego przepisu § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii⁶⁶⁸, zgodnie z którym:

„W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.”. Przytoczony przepis niejednokrotnie budzi wątpliwości odnośnie np. pacjentów z napadowym migotaniem przedsionków przebywających w SOR, którzy wymagają przeprowadzenia procedury kardiowersji⁶⁶⁹ przy jednoczesnym braku na oddziale lekarza anestezjologa. Wskazany zabieg wymaga analgosedacji⁶⁷⁰ jednak ustawodawca nie podał definicji ustawowej „znieczulenia ogólnego”, z tego powodu lekarze niebędący specjalistami z zakresu anestezjologii w obawie przed przekroczeniem uprawnień zawodowych odraczają wykonanie procedury kardiowersji do momentu przyjęcia pacjenta na dedykowany oddział, co w niektórych przypadkach klinicznych nie jest wskazane, bowiem przedłużone migotanie przedsionków może prowadzić do udaru mózgu.

Następnym przykładem nieprecyzyjnych uregulowań budzących wątpliwości interpretacyjne w zakresie posiadanych kompetencji może budzić § 2 rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń, zgodnie z którym: „Pielęgniarka (...) może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu

⁶⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2022 r. poz. 392 z późn. zm.).

⁶⁶⁹ Zabieg polegający na przywróceniu miarowego rytmu serca (zatokowego – miarowego) poprzez wykonanie wyładowania elektrycznego za pomocą łyżek defibrylatora wraz z synchronizacją z załamkami R odpowiednim ładunkiem kolejno: 100, 200 i 300 J.

⁶⁷⁰ Analgosedacja jest także rozumiana pod pojęciem „krótkotrwałego znieczulenia ogólnego”, które nie ma definicji ustawowej, zatem nie jest pewne, czy mieści się pod szerszym pojęciem „znieczulenia ogólnego”, czy może jest odrębną jednostką w rozumieniu prawa.

szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych”. Nie istnieje bowiem katalog „wiedzy i umiejętności” nabytych po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej, jedyną wskazówką – ogólną - w tym zakresie może stanowić suplement do dyplomu ukończenia studiów pielęgniarskich. W moim przekonaniu konstrukcja omawianego przepisu mogłaby przybrać następującą formę:

„Pielęgniarka oraz pielęgniarz po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej ma prawo samodzielnie:

- 1) wykonywać kaniulację żył obwodowych kończyn górnych i dolnych,
- 2) wykonywać badanie fizykalne,
- 3) zakładać cewnik Foley’a,
- 4) podawać leki – zgodnie z załącznikiem,
- 5) wykonywać spoczynkowe EKG,
- 6) dobierać metody leczenia odleżyn”

Wskazana przykładowa forma katalogu zamkniętego zapewne polepszyłaby komfort wykonywanej pracy oraz pomogłaby przy rozwiązaniu sporu dotyczącego zakresu danych kompetencji np. między specjalistą z danej dziedziny pielęgniarstwa a pielęgniarką bez żadnej specjalizacji. Należy zwrócić uwagę, że powyższy katalog jest prosty, klarowny, a co najważniejsze zrozumiały dla osób wykonujących zawody medyczne. Przy czym jego rozbudowanie dla specjalistów nie stanowiłoby większego problemu, jedynie wymagałoby większych nakładów czasu.

Uwagi *de lege ferenda* nie mogą pominąć także tak ważnej kwestii, jaką niewątpliwie jest prawo odmowy realizacji zlecenia lekarskiego przez ratownika medycznego. Ustawodawca powinien niezwłocznie znowelizować obecnie obowiązującą ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym, upoważniając ratowników medycznych do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego zawierającego błędy albo niezgodnego z zakresem posiadanych kwalifikacji. Taka zmiana nie tylko zapewni skuteczną ochronę prawną ratownikom medycznym, ale przede wszystkim poprawi bezpieczeństwo pacjentów.

Wnioski

W moim przekonaniu w niniejszej rozprawie doktorskiej potwierdziłem prawdziwość wstępnej hipotezy badawczej.

Dogłębna analiza problematyki zagadnienia współpracy między zawodami medycznymi w Polsce, przy wykorzystaniu różnych metod badania prawa dowiodła, że: prawidłowej, a zatem spełniającej oczekiwania zarówno lekarzy, jak i przedstawicieli innych zawodów medycznych, współpracy przeszkadzają:

- 1) częste przypadki braku należycie – logicznie i formalnie – skonstruowanych przepisów prawnych,
- 2) niewłaściwa organizacja i zarządzanie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- 3) kwestie historyczne dotyczące relacji lekarzy z pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych,
- 4) głębokie przekonanie o wyłącznej odpowiedzialności lekarzy za proces udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 5) hierarchizacja zawodów medycznych utrwalana przez błędną organizację systemu ochrony zdrowia.

Na przywołane powyżej czynniki destabilizujące prawidłową współpracę między profesjami medycznymi trzeba spojrzeć całościowo – kumulatywnie. Innymi słowy, jeśli rozważamy dany problem współpracy między zawodami medycznymi, nie zastosujemy systemu binarnego – jeden albo kilka czynników ma wpływ na jakość współpracy. Wszystkie te czynniki, w równej mierze oddziałują na prawidłowość współdziałania omówionych w rozprawie zawodów medycznych.

Przedstawiając wnioski płynące z poszczególnych rozdziałów, należy rozpocząć od pojęcia „zawodu medycznego” oraz „świadczenia zdrowotnego”.

Te dwa terminy ściśle ze sobą korelują. Jak wskazałem w rozważaniach dotyczących pierwszego z wymienionych pojęć, budowa definicji zawodu medycznego wynikająca z ustawy o działalności leczniczej, daje możliwość zbyt szerokiej interpretacji. Obrazuje to przykład orzeczenia WSA w przedmiocie uznania naturoterapeuty za zawód medyczny.

Błędem ustawodawcy jest także traktowanie profesji wymienionych w rozporządzeniu dotyczącym kwalifikacji zawodowych jako desygnatu zawodu medycznego. Z tego powodu

w polskim systemie ochrony zdrowia jest pilna potrzeba doprecyzowania pojęcia „zawodu medycznego” czy nawet wskazania wprost, które profesje zaliczają się do tego grona.

Termin „zawód medyczny” jest – jak już wspomniałem – silnie powiązany z pojęciem „świadczenia zdrowotnego”. Dzieje się tak, ponieważ prawodawca jako jeden z warunków uznania danego zawodu za medyczny wskazał udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Pojęcie „świadczenia zdrowotnego” ma swoje źródło w ustawie o działalności leczniczej, a także w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obie definicje ustawowe są do siebie zbliżone oraz zawierają pojęcia nieostre, które nie mają swoich definicji ustawowych. Dlatego, jak wskazałem w rozprawie doktorskiej, analizując termin świadczenia zdrowotnego, należy interpretować je całościowo, biorąc pod uwagę wpływ danej procedury medycznej (świadczenia) na dalszą diagnostykę, leczenie i poprawę stanu zdrowia. Badanie każdego z elementów składających się na definicję świadczenia zdrowotnego nie będzie miało zatem większego znaczenia, szczególnie, gdy spojrzymy na pacjenta holistycznie.

W odniesieniu do zawodu medycznego, jako zawodu zaufania publicznego i wolnego zawodu, wskazałem, że w zależności od przyjętej w doktrynie definicji różnie można sklasyfikować omawiane w pracy doktorskiej zawody medyczne – lekarza, pielęgniarki i pielęgniarza oraz ratownika medycznego.

O ile patrząc przez pryzmat atrybutów – wynikających z art. 17 Konstytucji RP – niezbędnych do uznania, że dany zawód jest zawodem zaufania publicznego, przyjmiemy, że lekarze oraz pielęgniarki i pielęgniarze wykonują zawód zaufania publicznego, o tyle desygnatem wskazanego pojęcia nie będzie zawód ratownika medycznego; mimo iż zasady logiki oraz rozumowanie zdroworozsądkowe prowadzą do wniosku, że ta profesja zalicza się do zawodu zaufania publicznego.

Jednak jak wynika z rozważań dotyczących zawodu medycznego jako wolnego zawodu, profesja ratownika medycznego, w zależności od przyjętej definicji wolnego zawodu, będzie zaliczana w poczet tych zawodów, pod warunkiem że nie będzie zawierała ona *sine qua non* statusu zawodu zaufania publicznego.

Wnioski wynikające z historycznych uwarunkowań wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki i pielęgniarza oraz ratownika medycznego należy przedstawić kumulatywnie. Bezspornie pierwszą z wymienionych profesji, której nadano, określono, status prawny, była profesja

lekarza. Fakt ten wpływa na dominujący charakter zawodu lekarza. Dotyczy to nie tylko poglądów na temat podejścia do leczenia pacjentów, lecz również w szerszym ujęciu na kształt ochrony zdrowia.

Z biegiem czasu uregulowano także wykonywanie zawodu pielęgniarskiego, a następnie ratownika medycznego. Dlatego należy zrezygnować z mentorskiego charakteru zawodu lekarza i przyznać równe, niepisane kompetencje pozostałym zawodom medycznym na wyrażanie wiążących opinii na temat stanu i przyszłości ochrony zdrowia w Polsce, szczególnie w zakresie współpracy między tymi zawodami.

W kontekście problematyki wykonywania zawodu lekarza doszedłem do wniosku, że regulacje przyznające kompetencje tej profesji mają kilka źródeł. W pierwszej kolejności należy wymienić ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, następnie ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie, ustawę o działalności leczniczej wraz z rozporządzeniami, zarządzenia Prezesa NFZ oraz program specjalizacji. Nie istnieje jeden kompletny akt prawny określający wprost upoważnienia praktyczne lekarzy. W moim przekonaniu od wielu lat istnieje potrzeba usystematyzowania i wskazania kompetencji praktycznych lekarzy w zależności od posiadanej specjalizacji. Takie rozwiązanie stanowiłoby zabezpieczenie prawne zawodu lekarskiego oraz zwiększyłoby bezpieczeństwo pacjentów.

Badając kompetencje przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego, zauważyłem nieścisłości w obowiązującym stanie prawnym, a mianowicie – podobnie zresztą jak w przypadku zawodu lekarza – brak jest jednego aktu prawnego określającego upoważnienia do wykonywania danych procedur medycznych przez pielęgniarki i pielęgniarzy. Dodatkowo tę kwestię komplikuje fakt, iż omawiana grupa zawodowa realizuje nie tylko zlecenia lekarskie, lecz również ma prawo do stosowania metod leczniczych, diagnostycznych i terapeutycznych bez zlecenia lekarskiego.

Konstrukcja prawna przepisów odnoszących się do wykonywania zawodu pielęgniarskiego stwarza więc poważne, praktyczne, problemy interpretacyjne w zakresie kompetencji zawodowych.

Po pierwsze, ustawodawca nie stworzył katalogu świadczeń zdrowotnych, które może realizować osoba wykonująca zawód pielęgniarski na zlecenie lekarskie, z czego w praktyce wynika wiele nieporozumień nie tylko w samym środowisku pielęgniarskim, ale także na linii lekarz–pielęgniarka.

Po drugie, prawodawca nie skatalogował kompetencji do określonych świadczeń zdrowotnych w zależności od posiadanej przez pielęgniarkę albo pielęgniarza specjalizacji. W rezultacie osoby wykonujące zawód pielęgniarski nie mają pewności co do legalności wykonywanych przez nie procedur medycznych.

Po trzecie, ustawodawca w sposób ogólny, nieostry – nie licząc pielęgniarki albo pielęgniarza systemu – określił zakres czynności, które mogą być wykonane bez zlecenia lekarskiego, pozostawiając tym samym zbyt daleko idącą swobodę interpretacji posiadanych w tym zakresie kompetencji osobom wykonującym zawód pielęgniarski. Wskazana wada, zbyt ogólnikowego, nieostrego określenia zakresu czynności, które mogą być wykonane bez zlecenia lekarskiego, w przeciwieństwie do braku pewności co do legalności wykonywanych procedur medycznych, powoduje w wielu przypadkach przekroczenie kompetencji zawodowych.

Przechodząc do zawodu ratownika medycznego, podkreśliłem niezasadność odejścia od przeprowadzania PERM, co może skutkować degradacją zawodu poprzez arbitralną kontrolę posiadanej przez studentów kierunku ratownictwo medyczne wiedzy i umiejętności przez uczelnie wyższe.

Kolejne wnioski w zakresie wykonywania zawodu ratownika medycznego dotyczą umożliwienia przez ustawodawcę pracy ratowników medycznych na oddziałach innych niż SOR czy pogotowie ratunkowe. Takie rozwiązanie jest błędne, ponieważ ratownicy medyczni i osoby wykonujące zawód pielęgniarski mają odmienne kompetencje wynikające ze specyfiki tych profesji.

Podjęmując się analizy zagadnienia współpracy między zawodami medycznymi w Polsce, szczególnie nacisk położyłem na niejasno sformułowane przepisy prawne regulujące tę materię albo ich brak. Obecnie obowiązujące akty prawne regulujące wykonywanie zawodów medycznych budzą poważne wątpliwości interpretacyjne. Z tego powodu zaproponowałem, aby ustawodawca, tworząc prawo, którego adresatami są osoby wykonujące zawód medyczny, zwrócił uwagę na to, czy przepisy prawne są zrozumiałe dla odbiorców. Takie rozwiązanie usystematyzuje zakres czynności, które mogą wykonywać przedstawiciele zawodów medycznych oraz poprawi współpracę między nimi.

Zagadnienie współpracy między zawodami medycznymi w Polsce jest niezwykle obszerne. Obecne unormowania prawne, kształt systemu ochrony zdrowia doprowadzają także do jeszcze jednego, daleko idącego wniosku, że system ten wymaga gruntownej przemiany, biorąc pod

uwagę współczesną wiedzę medyczną oraz rozbudowane kształcenie przyszłej kadry medycznej.

Wydawanie kolejnych nowelizacji aktów prawnych, mnożenie rozporządzeń, używanie przy formułowaniu przepisów, których adresatami są specjaliści w zakresie ochrony zdrowia, niejasnych dla nich określeń oraz mylenie kompetencji zawodów medycznych doprowadza w istocie do pogorszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i niepotrzebnych sporów między osobami wykonującymi te zawody.

Bibliografia

Źródła prawa

Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 44, poz. 267 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1935 r. – Ustawa Konstytucyjna (Dz. U. z 1935 r. Nr 30, poz. 227) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 22 lipca 1952 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Ludowej (Dz. U. Nr 7, poz. 36 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa Konstytucyjna z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym (Dz. U. Nr 84, poz. 426 z późn. zm.).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku w dniu 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).

Konwencja z dnia 21 lipca 1967 r. między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, a Rządem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Północnej Irlandii o świadczeniach zdrowotnych (Dz. U. z 1970 r. Nr 1, poz. 1).

Konwencja z dnia 20 listopada 1989 r. o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526).

Traktat z dnia 7 lutego 1992 r. o Unii Europejskiej (Dz. U. Nr 90, poz. 864 z późn. zm.).

Konwencja z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzoną w Nowym Jorku (Dz. U. poz. 1169 z późn. zm.).

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 12 grudnia 2007 r. (Dz. Urz. UE C 202 z 7.06.2016, s. 389 z późn. zm.).

Dyrektywa Rady z dnia 27 czerwca 1977 r. dotycząca koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną (77/453EWG).

Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.9.2005, str. 22—142).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE. L 354 z 28.12.2013, str. 132—170 z późn. zm.).

Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. U. Nr 63, poz. 371 z późn. zm.) – akt uchylony.

Dekret z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. Nr 44, poz. 272 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 10 grudnia 1920 r. o budowie i utrzymaniu dróg publicznych w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1948 r. Nr 54, poz. 32 późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 10 grudnia 1920 r. o dostarczaniu środków przewozowych do budowy i utrzymania dróg publicznych i mostów (Dz. U. Nr 6, poz. 31 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. z 1921 r. Nr 105, poz. 762) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. U. z 1921 r. Nr 105, poz. 763) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 17 grudnia 1921 r. w przedmiocie rozciągnięcia mocy obowiązującej ustawy z 6 lipca 1920 r. o ujednostajnieniu na obszarze b. zaboru rosyjskiego ustaw i rozporządzeń o państwowym podatku przemysłowym na cały obszar Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 2, poz. 7 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o Państwowym Banku Odbudowy (Dz. U. z 1922 r. Nr 27, poz. 217) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 9 lipca 1924 r. w przedmiocie ratyfikacji układu polsko-niemieckiego (Dz. U. z 1924 r. Nr 60, poz. 600) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 15 lipca 1925 r. o państwowym podatku przemysłowym (Dz. U. z 1936 r. Nr 46, poz. 339 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 2 sierpnia 1926 r. o prawie właściwym dla stosunków prywatnych wewnętrznych (Dz. U. z 1926 r. Nr 101, poz. 580) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 17 marca 1932 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. z 1932 r. Nr 22, poz. 165) – akt uchylony.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 60, poz. 571 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 81, poz. 712 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 22 marca 1933 r. o zarobkowym przewozie osób pojazdami mechanicznymi w obrębie gminy miejskiej (Dz. U. Nr 32, poz. 273 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. Nr 51, poz. 396 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 31, poz. 275 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 27, poz. 199 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz. U. Nr 52, poz. 342 z późn. zm.) – akt uchylony.

Dekret z dnia 8 stycznia 1946 r. o rejestracji i obowiązku pracy (Dz. U. z 1946 r. Nr 3, poz. 24) – akt uchylony.

Dekret z dnia 11 kwietnia 1947 r. w sprawie praktyki pielęgniarstwa (Dz. U. z 1947 r. Nr 32, poz. 141) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznej służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. Nr 55, poz. 434 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. Nr 36, poz. 332 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych (Dz. U. Nr 36, poz. 326 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50, poz. 458 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 28 maja 1975 r. o dwustopniowym podziale administracyjnym Państwa oraz zmianie ustawy o radach narodowych (Dz. U. Nr 16, poz. 91 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2021 r. poz. 1882 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1061 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 869 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2021 r. poz. 1915 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.) – akt uchylony

Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2022 r. poz. 1188 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1993 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1467 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów normatywnych oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr 120, poz. 1268 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. Nr 166, poz. 1172).

Ustawa z dnia 12 marca 2008 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. Nr 58, poz. 351 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 886 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. z 2018 r. poz. 87 z późn. zm.) – akt uchylony.

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. - Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2022 r. poz. 1072 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 628 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. z 2022 r. poz. 1425 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2022 r. poz. 515 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 147 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2022 r. poz. 1247 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 575 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574 z późn. zm.).

Ustawa z dnia z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2105 z późn. zm.).

Rozporządzenie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemjami z dnia 12 stycznia 1921 r. w przedmiocie przymusowego szczepienia ochronnego przeciw cholercie i tyfusowi brzuszemu (Dz. U. z 1921 r. Nr 5, poz. 30) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 17 stycznia 1922 r. w przedmiocie tekstu ustawy o państwowym podatku przemysłowym w brzmieniu, obowiązującym od czasu wejścia w życie ustawy z dnia 17 grudnia 1921 r. (Dz. U. z 1922 r. Nr 34, poz. 292) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 15 marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia Izb Lekarskich (Dz. U. Nr 41, poz. 353 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Robót Publicznych i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6 lipca 1922 r. o ruchu samochodów i innych pojazdów mechanicznych na drogach publicznych (Dz. U. Nr 65, poz. 587 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 27 listopada 1923 r. w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich (Dz. U. Nr 127, poz. 1049 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 16 marca 1925 r. w sprawie ustalenia regulaminu sądu Naczelnej Izby Lekarskiej (M.P. z 1925 r. Nr 115, poz. 505) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 31 października 1946 r. o księgach handlowych, uproszczonych i podatkowych (Dz. U. Nr 65, poz. 365 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 14 marca 1947 r. wydane w porozumieniu z Ministrami Administracji Publicznej i Ziemi Odzyskanych o dowodach zwolnienia od rejestracji w wykonaniu dekretu z dnia 8 stycznia 1946 r. o rejestracji i o obowiązku pracy (Dz. U. Nr 34, poz. 160 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 11 marca 1948 r. w sprawie obowiązku uzyskania zezwolenia na zawodowe wykonywanie czynności handlowych (Dz. U. Nr 13, poz. 105 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lutego 1949 r. w sprawie uposażenia pracowników zatrudnionych w społecznych zakładach służby zdrowia (Dz. U. Nr 14, poz. 88 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 1949 r. w sprawie ustalenia wysokości opłat pobieranych przez stacje pogotowia ratunkowego będące zakładami społecznymi służby zdrowia (Dz. U. z 1949 r. Nr 51, poz. 388) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 1951 r. w sprawie kursów szkoleniowych i egzaminów pielęgniarskich (Dz. U. Nr 20, poz. 163 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 1961 r. w sprawie zasad wykonywania przez pracowników naukowych instytutów naukowo-badawczych dodatkowych stałych zajęć zarobkowych (Dz. U. z 1961 r. Nr 43, poz. 227) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 listopada 1964 r. w sprawie organizacji i zadań pogotowia ratunkowego (Dz. U. Nr 42, poz. 288 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1975 r. Nr 25, poz. 134) – akt uchylony..

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 15, poz. 121 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 lutego 1993 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 1993 r. Nr 19, poz. 84) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. z 2016 r. poz. 283 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego i lekarzy dentyistów (Dz. U. z 2017 r. Nr 231, poz. 1923 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2007 r. Nr 210, poz. 1540) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunku studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 345 z późn. zm.) – akt uchylony.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2012 r. poz. 770).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1406 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1542 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2148 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2022 r. poz. 965 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r. poz. 1562).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. poz. 1958 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2022 r. poz. 392 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017 r. poz. 497).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2018 r. w sprawie Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 187).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz. U. z 2018 r. poz. 299).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2376).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 237).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.).

Rozporządzenie z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 2335).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 863 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 2131).

Uchwała nr 147 Rady Ministrów z dnia 5 listopada 1991 r. w sprawie zasad techniki prawodawczej (M. P. z 1991 r. Nr 44, poz. 310).

Uchwała Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 grudnia 1981 r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych (Dz. Urz. MZiOS z 1982 r. Nr 1, poz. 2).

Zarządzenia Prezesa NFZ nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 57).

Okólnik Ministra Spraw Wewnętrznych Nr 99 (OL. 2048/2) z dnia 2 maja 1929 r. w sprawie zbioru zasad i form technicznego opracowywania ustaw i rozporządzeń (Dz. Urz. MSW z 1929 r. Nr 7 poz. 147).

Instrukcja nr 31/58 Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 1958 r. w sprawie zwalczania nielegalnych praktyk w dziedzinie opieki nad zdrowiem (Dz. Urz. MZ z 1958 r. nr 13 poz. 63).

Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej uchwalony na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 r.

Literatura

Babicka-Zachertowa M., *Pielęgniarka Polska*, 1935, nr 6.

Bach-Golecka D., Piecha J., *Ratownictwo medyczne w Polsce – rozwój regulacji prawnych* [w:] *System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3., Warszawa 2020.

Banaszczyk Z., *Formy prowadzenia działalności leczniczej* [w:] *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018.

Bańko M., *Słownik Języka Polskiego*, t. 1, Warszawa 2007.

Barankiewicz T., *Metody badania prawa* [w:] *Metodologia dysertacji doktorskiej. Teoria i praktyka*, Warszawa 2022.

Baranowski W., *Administracja okupacyjna w Gen. Gubernatorstwie*, Londyn 1942.

Bartkowiak G., *Podnoszenie kwalifikacji i samorozwój personelu medycznego* [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008.

Bartosiewicz A., *Polski ład. Podatki i składki*, Warszawa 2022.

Bednarz B., Budaj A., Goncerz G., *Ostra niewydolność serca* [w:] *Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2018/19*, wyd. X, Kraków 2018.

Biniak-Pieróg M., Zamiar Z., *Organizacja systemów ratownictwa*, Wrocław 2001.

Boć J., *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 r.*, Wrocław 1998.

Bojczuk H., *Działalność naukowa lekarzy Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego* [w:] *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2012.

Bojczuk H., *Polski Komitet do Spraw Ratownictwa i Pierwszej Pomocy Lekarskiej* [w:] *Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2012.

Bomba K., *Plaszczyzny analizy statusu uwarunkowania pracy komornika sądowego* [w:] *Konstytucyjne uwarunkowania pracy komornika sądowego*, Warszawa 2020.

Boratyńska M., *Standard wykonywania zawodu lekarza* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, Warszawa 2019.

Bosek L., *Opinia prawna na temat zawierania umów o świadczenie usług podstawowej opieki zdrowotnej i kontroli ich wykonania przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych, 2012, z.1.

Bosek L., *Źródła prawa medycznego* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018.

Bosek L., *Źródła prawa medycznego. Zarządzenie Prezesa NFZ jako źródło prawa medycznego?* [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018.

Bridge H., *Pielęgniarka Polska*, 1929, nr 1.

Chauvin T., Stawecki T., Winczorek P., *Zasada niesprzeczności systemu prawa* [w:] *Wstęp do prawoznawstwa*, Warszawa 2016.

Chybalski P., *Aprobata i Krytyka stosowania wykładni komparatystycznej w orzecznictwie konstytucyjnym*, Państwo i Prawo, Warszawa 2022.

Cieslewicz N., Dmowski J. i in., *Teoria i filozofia prawa* [w:] *Łacińska terminologia prawnicza*, Warszawa 2020

D. Michalska-Sieniawska, *Legalność działań medycyny alternatywnej i odpowiedzialności za jej skutki* [w:] *Medyczne prawo karne*, Warszawa 2016.

Daniluk P., *O pojęciach „zabieg leczniczy” i „pacjent” w rozumieniu art. 192 § 1 k.k.*, nr 4, *Prawo i Medycyna* 2011.

Dąbrowski K., *Zawody zaufania publicznego na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2022.

Dercz M., Rek T., *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. II, Warszawa 2010.

Domański H., Sawiński Z., *Prestiż i pozycja społeczna jako wymiar ruchliwości zawodowej*, *Studia Socjologiczne* 1984, nr 2.

Drozdowski M., Zahorski A., *Historia Warszawy*, Warszawa 2004.

Dubis W., *Czyny niedozwolone* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2021.

Dybowski T., *System Prawa Prywatnego. Tom 3. Prawo rzeczowe*, Warszawa 2007.

Dzierżanowski R., *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*, Warszawa 1983.

Filar M., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, wyd. 1, Warszawa 2004.

Fiutak A., *Błąd medyczny i niepożądane zdarzenia medyczne – odpowiedzialność prawnokarna* [w:] *Medyczne prawo karne*, Warszawa 2016.

Fiutak A., *Prawo medyczne*, Warszawa 2016.

Florczak-Wątor M., *Komentarz do art. 2 Konstytucji RP* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 201.

Florczak-Wątor M., *Komentarz do art. 68 Konstytucji RP* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2019.

Fuller L. L., *Moralność prawa*, Warszawa 1978.

Gacka-Asiewicz A., *Logika w pigułce*, Warszawa 2014.

Gardocki L., *Prawo karne*, wyd. 20, Warszawa 2017.

Gellner E., *Słowa i rzeczy, czyli nie pozbawiona analizy krytyka filozofii lingwistycznej*, Warszawa 1984.

Giedroyc F., *Rada Lekarska Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego 1809-1867*, Warszawa 1913.

Glanowski G., *Konstytucyjny model ochrony zdrowia*, *Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ*, 2012, nr 1(8).

Grzegorzczak F., *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o działalności leczniczej*, Warszawa 2012.

Grzegorz J., *Wykładnia przepisów prawa cywilnego materialnego i procesowego*, Warszawa 2020.

Hausner J., Długosz D., *Tezy w sprawie zawodów zaufania publicznego* [w:] *Zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2002.

Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 1999.

Izdebski H., *Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu przez samorządy zawodowe* [w:] *Zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2002.

- Jacyszyn J., *Wolność gospodarcza a wolny zawód* [w:] *Przegląd prawa i administracji CIII*, Wrocław 2015.
- Jacyszyn J., *Wolny zawód – mit czy rzeczywistość prawa?*, Wrocław 2015.
- Jagiełło M., *Wołanie w górach. Wypadki i akcje ratunkowe w Tatrach*, Warszawa 2012.
- Janiszewska B., *Pojęcie świadczenia zdrowotnego* [w:] *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018.
- Janowicz B., *Zarys historii Zakładu Przemienienia Pańskiego* [w:] *Medycyna Praktyczna*, Poznań 1936.
- Judycki S., *Wiedza a priori – struktura problemu*, *Roczniki Filozoficzne* 1998/1999, nr 46/47.
- Kaczmarek P., *Tożsamość prawnika jako wykonawcy roli zawodowej*, Warszawa 2014.
- Kardas P., *Kilka uwag o funkcji i znaczeniu etycznych i deontologicznych standardów wykonywania zawodów prawniczych*, *Palestra* 1-2/2014.
- Karkowska D., *Prawne przesłanki wykonywania zawodu pielęgniarki i konsekwencje ich niespełnienia*, Warszawa 2020.
- Karkowska D., *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2020.
- Karkowska D., *Zawody medyczne*, Warszawa 2012.
- Karłowicz M., *Z Tatr, „Zakopane” 1909*.
- Kidyba A., *Prawo handlowe*, Warszawa 2021.
- Kolasa A., *Zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy*, nr 7-8 (2000).
- Kosikowski C., *Zezwolenie na działalność w prawie polskim*, Warszawa 1997.
- Kowalewski Z., *Trudności definicji pojęcia zawodu* [w:] *Zawody. Materiały i studia*, Wrocław-Warszawa-Karków 1964.
- Kowalska-Mańkowska I., *Komentarz do art. 146. Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Komentarz.*, wyd. 3., Warszawa 2018.
- Kozieł G., *Księga trzecia. Zobowiązania* [w:] *Kodeks cywilny komentarz*, Warszawa 2020.
- Krasnowolski A., *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Warszawa 2013.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2017.
- Kuzemczak M., *Obrzęk płuc* [w:] *Stany zagrożenia życia i zdrowia. Schematy postępowania dla ZRM typu P*, wyd. 1, Warszawa 2021.
- Lazari-Pawłowska I., *Etyki zawodowe jako role* [w:] *Etyka zawodowa*, Warszawa 1971.
- Lewandowski S., *Dzieje ruchu zawodowego pracowników służby zdrowia*, Warszawa 1970.
- Łętowska E., *Wzorce umowne : ogólne warunki, wzory, regulaminy*, Wrocław 1975.
- Łętowski J., *Prawo administracyjne dla każdego*, Warszawa 1995.
- Machulak G., *Komentarz do art. 31d u.ś.o.z.* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pomocy publicznej. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Majcherek J. A., *Czynniki społecznego statusu i rozwarstwienia a polityka społeczna*, PS 1999.
- Malinowski A., *Błędy formalne w tekstach prawnych*, Warszawa 2020.
- Materiały AGAD, Rada Stanu i Rada Ministrów Księstwa Warszawskiego. *Rada Lekarska – Lekarze, 1809- 1812 Medycyna* 1906, nr 32.
- Mikołajski S., *Głos Lekarzy. Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny*, Lwów 1906, nr 15.

- Milik K., *Wpływ Kościoła katolickiego na rozwój szpitalnictwa polskiego w XVI-XIX wieku*, Prace Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie. Zeszyty Historyczne, 2019/XVIII.
- Motyka S. SM, *Działalność charytatywna sióstr miłosierdzia prowincji krakowskiej w latach 1859-1914* [w:] *Nasza Przeszłość*, t. 86, Kraków 1996.
- Najdus W., *Szkice z historii Galicji*, t. 1., Warszawa 1958.
- Nawrocka A., *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008.
- Niemiecki podręcznik techniki prawodawczej*, tłum. Kwiatkowska B., Wierczyński G., Gdańsk 2016.
- Nikkanen, H. E.; Pouges, C.; Jacobs, L. M. (1998). "Emergency medicine in France". *Annals of Emergency Medicine*. 31 (1).
- Nyczaj K., *Ratownictwo medyczne* [w:] *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, Warszawa, Kraków 2021.
- Ogiegło L., *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz.*, Warszawa 2015.
- Olejniki S., *Etyka lekarska*, Warszawa 1995.
- Pannert M., *Czyny niedozwolone* [w:] *Zobowiązania*, Warszawa 2016.
- Piątek A., *Standardy praktyki w zawodach pielęgniarki i położnej* [w:] *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauki o Zdrowiu*, Lublin 2004.
- Pielak A., *Rozdział 9. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020.
- Radwański Z., Olejniczak A., *Prawo cywilne – część ogólna*, Poznań 2019.
- Rączka G., *Prawo wykonywania zawodu lekarza* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, wyd. 2., Warszawa 2015.
- Reibnitz E. W. B., *Uwagi nad układaniem kodexów* [w:] *Rocznik Towarzystwa Naukowego z Uniwersytetem Krakowskim połączonego*, t. III, Kraków 1818.
- Reshef M., Wrona G., *Orzekanie o pozbawieniu prawa wykonywania zawodu przez sądy lekarskie. Część I*, Medyczna Wokanda 8/2016.
- Reszke I., *O przydatności monografii zawodów*, Studia Socjologiczne 1997, nr 34.
- Rueschemeyer D., *Professional Autonomy and the Social Control of Expertise* [w:] *The Sociology of the Professions. Lawyers, Doctors, and Others*, London 1983.
- Sadowska M., Lis W., *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Sadowska M., *Przepisy ogólne* [w:] *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Sadowska M., *Szkoły pielęgniarskie i szkoły położnych* [w:] *Ustawa i zawodzie pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Sarapata A., *Zawód jako wyznacznik miejsca w społeczeństwie* [w:] *Socjologia zawodów*, Warszawa 1963.
- Schletz A., *Zarys historyczny Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia w Polsce*, Kraków 1960.
- Sikorski S., *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Warszawa 2021.
- Skrenty Ż., *Standardy wykonywania zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego – wybrane zagadnienia* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, Warszawa 2019.

Skuczyński P., *Granice odpowiedzialności dyscyplinarnej* [w:] *Odpowiedzialność dyscyplinarna studentów. Podstawy, procedura i orzecznictwo w sprawach studentów Uniwersytetu Warszawskiego 2000-2005*, Warszawa 2008.

Sobczak J., *Korporacje prawnicze – potrzeba czy iluzja?* [w:] *Zawody prawnicze*, Toruń 2010.

Sójka-Zielińska K., *Kodeks Napoleona. Historia i współczesność*, Warszawa 2007.

Sprawozdanie ze szpitali powszechnych w Galicji z Krakowem za rok 1891, Lwów 1892.

Stan obecny lecznictwa w Królestwie Polskiem. Braki i potrzeby, Warszawa 1906.

Stawecki T., *O praktycznym zastosowaniu hermeneutyki w wykładni prawa* [w:] *Teoria i praktyka wykładni prawa*, Warszawa 2005.

Stelmach J., Brożek B., *Metody prawnicze*, Kraków 2006.

Stępień J., *Socjologia pracy i zawodu*, Poznań 2009.

Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2000.

Sztompka P., *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Kraków 2007.

Szymczak M. i in., *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 1996.

Ślipko T., *Zarys etyki szczegółowej*, t. II, Kraków 1982.

Tokarczyk R., *Komparatystyka prawnicza*, Warszawa 2008.

Tymiński R., *Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry. Aspekty administracyjnoprawne*, Warszawa 2019.

Urban K., Pietraszewska-Macheta A., *Komentarz do art. 31d rozporządzenie koszykowe – delegacja ustawowa* [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III*, Warszawa 2018.

Urbanek B., *Idea opieki nad chorymi na ziemiach polskich w latach 1809-1914*, Wrocław – Warszawa 2001.

Urbanek B., *Kształtowanie się statusu zawodu pielęgniarstwa na ziemiach polskich w latach 1830-1938*. [w:] *Kobieta i praca*, Warszawa 2000.

Urbanek B., *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku* [w:] *Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku.*, Warszawa 2008.

Volumina Legum, przedruk zbioru praw staraniem XX. Pijarów w Warszawie. Od 1732 do roku 1782 wydanego, t. VIII, Petersburg 1860.

Wagner W. J., *Przedmowa* [w:] *Komparatystyka prawnicza*, Warszawa 2008.

Wawrzykowska-Wiercichowa D., *Rycerki i samarytanki*, Warszawa 1988.

Weinert M., *Crash Course. Anestezjologia*, Munchen 2007.

Wiatrowski P., *Filozofia interpretacji prawniczej (cz. 3)*, Palestra 3-4/2011.

Wierczyński G., *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz, wyd. II*, Warszawa 2016.

Wierzowski M., Wiktorowska A., *Nadzór* [w:] *Prawo administracyjne*, Warszawa 2017.

Więcek M., *Źródła prawa* [w:] *Konstytucja RP. Tom II. Komentarz do art. 87-243*, Warszawa 2016.

Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r.*, Warszawa 2000.

Witosz J., *Spółka partnerska. Komentarz do art. 88* [w:] *Kodeks spółek handlowych. Tom I. Komentarz do art. 1- 150*, Warszawa 2017.

Wojtczak K., *Reglamentacja zawodów zaufania publicznego ze względu na prawną formę ich wykonywania w świetle rozwiązań polskich i państw członkowskich Wspólnot Europejskich*, Warszawa 2002.

Woleński J., *Przedmowa* [w:] *Herbert L. A. Hart. Pojęcie Prawa*, Warszawa 2020.

Wołodkiewicz W., *Jean-Etienne-Marie Portalis. Jego wkład w prace legislacyjne Napoleona*. Palestra 5-6/2012.

Wołpiuk W. J., *Zawód zaufania publicznego z perspektywy prawa konstytucyjnego* [w]: *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, Warszawa 2002.

Wronkowska S., Ziemiński Z., *Wykładnia prawa i wnioskowanie prawnicze* [w:] *Zarys teorii prawa*, Poznań 2001.

Wronkowska S., Ziemiński Z., *Zarys teorii prawa*, Poznań 2001.

Wrześniewska-Wal I., *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018.

Zagrobelny K., *Księga trzecia. Zobowiązania. Ogólne przepisy o zobowiązaniach umownych* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz.*, wyd. 10., Warszawa 2021.

Zagrobelny K., *Zobowiązania* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2021, wyd. 10, s. 1108.

Zajdel-Calkowska J., *Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego i sprzeciw wobec niego* [w:] *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, Warszawa 2021.

Zaruski M., *Z Tatr, „Zakopane” 1908*.

Zielińska E., *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, PiM 2001/9.

Ziemiński Z., *Logika praktyczna*, wyd. XXIII, Warszawa 2000.

Zuchora J., *Prawne regulacje w pielęgniarstwie w okresie II Rzeczypospolitej* [w:] *Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2008.

Żebrowski J., *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, Gdańsk 2008.

Orzecznictwo

Uchwała TK z 17 marca 1993 r., W 16/92, LEX nr 25141.

Orzeczenie TK z 28 maja 1986 r., U 1/86, LEX nr 29398.

Wyrok TK z 23 marca 1999 r., K 2/98, LEX nr 36396.

Wyrok TK z 9 listopada 1999 r., K 28/98, LEX nr 39228.

Wyrok TK z 11 października 2000 r., K 7/99, LEX nr 39281.

Wyrok TK z 18 lutego 2000 r., P 21/02, LEX nr 84273.

Wyrok TK z 27 lutego 2001 r., K 22/00, LEX nr 46860.

Wyrok TK z 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07, LEX nr 371847.

Wyrok TK z 19 czerwca 2008 r., P 23/07, OTK-A 2008, nr 5, poz. 82.

Wyrok TK z 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK-A 2008, nr 6, poz. 110.

Wyrok TK z 15 stycznia 2009 r., K 45/07, LEX nr 469915.

Wyrok TK z 28 października 2009 r., Kp 3/09, LEX nr 525654.

Wyrok TK z 7 marca 2012 r., K 3/10, OTK-A 2012, nr 3, poz. 25.

Wyrok TK z 7 października 2015 r., K12/14, LEX 1809416.

Postanowienie TK z 7 października 1992 r., U 1/92, LEX nr 25236.

Orzeczenie SN z 20 października 1926 r., II K 737/26, LEX nr 914556.

Orzeczenie SN z 6 września 1937 r., C.II. 885/37, LEX nr 359348.

Wyrok SN z 29 maja 2001 r., I CKN 1217/98, LEX nr 47587.
Wyrok SN z 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, LEX nr 1224682.
Wyrok SN z 21 marca 2014 r., IV CSK 383/14, LEX nr 1504761.
Postanowienie SN z 14 października 2011 r., III CSK 288/10, LEX nr 1129123.
Opinia SN z 1 marca 1924 r., Zo 4/23, LEX nr 1669696.
Wyrok NSA z 11 marca 2010 r., I FSK 61/09, LEX nr 785302.
Wyrok NSA z 5 lipca 2011 r., II OSK 673/11, LEX nr 922354.
Wyrok NSA z 4 października 2016 r. I FSK 878/14, LEX nr 2116435.
Wyrok WSA w Warszawie z 6 września 2005 r., VI SA/Wa 630/05, LEX nr 192906.
Wyrok WSA w Warszawie z 11 maja 2005 r., I SA/Wa 435/04, LEX nr 166896.
Wyrok WSA w Warszawie z 8 listopada 2007 r., VII SA/Wa 1487/07, LEX nr 495262.
Wyrok WSA z 16 października 2009 r., VII SA/Wa 1351/09, LEX nr 589525.
Wyrok WSA w Szczecinie z 8 października 2013 r., I SA/Sz 464/13, LEX nr 1382020.
Wyrok SA w Katowicach z 20 października 2006 r., I ACa 966/06, LEX nr 269615.
Wyrok SA w Warszawie z 29 kwietnia 2013 r., I ACa 1333/12, niepubl.
Wyrok SA w Łodzi z 17 października 2018 r., I ACa 47/18, LEX nr 2595392.
Wyrok SO w Świdnicy z 12 stycznia 2018 r., IV Ka 444/17, LEX nr 2504996.
Wyrok SR Gdańsk-Południe w Gdańsku z 24 października 2017 r., II K 635/15, LEX nr 2447718.

Źródła internetowe

Błędy przy poprawianiu urody, a w tle spory lekarzy z kosmetyczkami <https://lex.oirp.warszawa.pl/#/external-news/1795659881?keyword=kosmetolog&cm=SREST> (dostęp: 15 lipca 2021 r.).
<https://www.umb.edu.pl/psz>. (dostęp: 21 lipca 2021 r.).
Materiały AGAD, Rada Stanu i Rada Ministrów Księstwa Warszawskiego. *Rada Lekarska – Lekarze*, 1809- 1812, Akta spraw, sygn. 157, <http://www.agad.gov.pl/inwentarze/RSKW175.xml> (dostęp: 12 grudnia 2021 r.).
<https://wielkahaistoria.pl/wartosc-przedwojennego-zlotego-jak-przeliczyc-pieniadze-z-ii-rp-na-obecne/> (dostęp: 2 stycznia 2022 r.).
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12327506> (dostęp: 6 stycznia 2022 r.).
<https://nipip.pl/wyksztalacenie-pielegniarek/> (dostęp: 10 stycznia 2022 r.).
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12287657/katalog/12367115#12367115> (dostęp: 7 lutego 2022 r.).
<https://www.prawo.pl/zdrowie/odebranie-prawa-wykonywania-zawodu-to-smierc-zawodowa-dla-lekarza,238297.html> (dostęp: 13 lutego 2022).
<https://www.mp.pl/ratownictwo/na-dyzurze/140002,ratownictwo-medyczne-w-london-ambulance-service> (dostęp: 21 marca 2022 r.).
<https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2020/10/Specjalizacja-w-dz.-piel.-anestezjologicznego-i-intensywnej-opieki.pdf> (dostęp: 9 kwietnia 2022 r.).
<https://www.szpitalpraski.pl/procedura-przekazania-pacjenta-z-sor-do-poz2/> (dostęp: 11 kwietnia 2022 r.).
https://www.prc.krakow.pl/wyt2015/3_ALS.pdf (dostęp: 16 kwietnia 2022 r.).
https://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/88894/PDF/NDIGCZAS003506_1929_007.pdf (dostęp: 18 kwietnia 2022 r.).

Zasady Techniki Prawodawczej, Warszawa 1939, <https://bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/80088/edition/78337/content> (dostęp: 19 kwietnia 2022 r.).

<https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/fakty-i-mity-na-temat-brakow-lekarzy-i-pielegniarek-w-polsce/> (dostęp: 24 kwietnia 2022 r.).

<https://pulsmedycyny.pl/ratownik-pracuj-400-500-godzin-w-miesiacu-a-potem-sie-ocknij-na-zgliszczach-swojego-zycia-1127818> (dostęp: 25 kwietnia 2022 r.).

https://medidesk.pl/polski-lad-a-zarzadzanie-biznesem-medycznym-zmiany-podatkowe/?doing_wp_cron=1651408899.5505189895629882812500 (dostęp: 1 maja 2022 r.).

J. Jacyszyn, *Wolność gospodarcza a wolny zawód* [w:] *Przegląd prawa i administracji CIII*, Wrocław 2015, s. 238, <https://wuwr.pl/ppa/article/view/7522/7168> (dostęp: 3 maja 2022 r.).

<https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/wolny-zawod-jako-pojecie-prawne,63158.html> (dostęp: 24 maja 2022 r.).

<https://www.politykazardotna.com/52686,polskie-towarzystwo-prawa-medycznego-pozytywnie-o-projekcie-o-zawodzie-ratownika-medycznego> (dostęp: 27 maja 2022 r.).

https://law.en-academic.com/14274/casus_omissus (dostęp: dniu 30 maja 2022 r.).

<https://www.parliament.uk/about/livingheritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/poorlaw/> (dostęp: 28 czerwca 2022 r.; tłumaczenie własne).

<https://sip.lex.pl/#/act/18031673/3144478/swiadczenia-gwarantowane-z-zakresu-podstawowej-opieki-zdrowotnej?cm=SFIRST> (dostęp: 18 września 2022 r.).

<https://sjp.pwn.pl/sjp/odstapic;2493788.html> (dostęp: 18 września 2022 r.).

Wykaz tabel

Tabela 1. Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy; specjaliści do spraw zdrowia (źródło: Załącznik do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2021 r.).

Tabela 2. Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy; średni personel do spraw zdrowia (źródło: Załącznik do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 13 listopada 2021 r.).

Tabela 3. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (źródło: <https://sip.lex.pl/#/act/18031673/3144478/swiadczenia-gwarantowane-z-zakresu-podstawowej-opieki-zdrowotnej?cm=SFIRST> [dostęp: 18 września 2022 r.]).

Tabela 4. Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych (źródło: <https://sip.lex.pl/#/act/18031673/3144478/swiadczenia-gwarantowane-z-zakresu-podstawowej-opieki-zdrowotnej?cm=SFIRST> [dostęp: 18 września 2022 r.]).

Tabela 5. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych (źródło: Załącznik nr 1. do u.p.r.m. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych).

Tabela 6. Praktyki zawodowe przewidziane dla studentów kierunku: ratownictwo medyczne (źródło: Załącznik nr 8 do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.).

Tabela 7. Wymagania kadrowe personelu pielęgniarskiego na oddziale chirurgii ogólnej (źródło: opracowanie własne).

Tabela 8. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych (źródło: Załącznik nr 1. do u.p.r.m. Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych).

Tabela 9. Wykaz leków, które ma prawo podać ratownik medyczny bez zlecenia lekarskiego (źródło: opracowanie własne).