Konferencja szkoleniowa

NROZ – NSL – OROZ – OSL

 Poznań, 20-22 marca 2015 r.

20 marca 2015 r. – przyjazd i zakwaterowanie uczestników konferencji

Otwarcie szkolenia przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej-

Grzegorza Wronę oraz Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego –

Wojciecha Łąckiego

## dr hab. n. prawn. Rafał Kubiak przedstawił zagadnienie odpowiedzialności karnej lekarza za przestępstwa przeciwko dokumentom (prezentacja z wykładu została udostępniona uczestnikom konferencji przez NROZ)

W trakcie wykładu przedstawione zostały funkcje dokumentacji medycznej w odniesieniu do pacjenta, lekarza, podmiotu leczniczego oraz organów państwowych. Omówione zostały przepisy:

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

art. 41 ustawy, stanowi, iż lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

* ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

 Rozdział 7 ustawy w art. 23-30a dotyczy praw pacjenta do dokumentacji medycznej. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej. Ustawa określa z jakich elementów powinna składać się dokumentacja medyczna oraz komu podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną – pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Ustawa wymienia również inne osoby, którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną np. ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem.

* ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

Dane medyczne zalicza się do danych sensytywnych, czyli takich, które podlegają szczególnej ochronie prawnej przewidzianej dla danych osobowych. Art. 27 ustawy, stanowi, iż zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Przetwarzanie danych jest jednak dopuszczalne gdy przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych;

* rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów

 i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Dokonuje się tu podziału dokumentacji medycznej na dokumentację indywidualną do której zalicza się dokumentację wewnętrzną i zewnętrzną oraz na dokumentację zbiorczą. Dokumentacja indywidualna odnosi się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przeznaczona jest na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i stanowią ją m.in. historia zdrowia i choroby pacjenta. Dokumentacja indywidualna zewnętrzna przeznaczona jest dla pacjenta i obejmuje np. skierowania do szpitala lub innego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, skierowania na badania diagnostyczne i konsultacyjne, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karty informacyjne z leczenia szpitalnego. Dokumentacja zbiorcza odnosi się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja taka występuje jedynie w podmiotach leczniczych, nie sporządzają jej więc lekarze prowadzący praktykę zawodową. W szpitalu składają się na nią m.in. księgi: porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, zabiegów, raportów lekarskich, główna przyjęć i wypisów.

* Kodeks Etyki Lekarskiej

Art. 28 KEL stanowi, iż (…) Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego.

Zauważyć należy, iż problematyka odpowiedzialności lekarza, pracowników medycznych za przestępstwa przeciwko dokumentom uregulowana została zarówno przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego jak i normy deontologiczne i etyczne.

W trakcie wykładu zwrócona została uwaga uczestników konferencji na konieczność zdefiniowania pojęcia dokumentacji medycznej. I tak art. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowi, iż użyte w ustawie określenie dokumentacja medyczna odnosi się do dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Art. 23 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, iż pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Jak widać odesłanie do ustawy nie pozwala na zdefiniowanie pojęcia dokumentu medycznego. Dr hab. n. prawn. Rafał Kubiak przedstawił następującą definicję dokumentacji medycznej: zbiór danych opisujących stan zdrowia pacjenta oraz zakres udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, czyli zawierających informację o schorzeniu pacjenta oraz wykonywanych w związku z tym zabiegach diagnostycznych, leczniczych czy rehabilitacyjnych. Dokumentacja medyczna może być tworzona przez lekarzy, jak i innych pracowników medycznych np. pielęgniarki, położne, diagnostyków laboratoryjnych. Konsekwencją prawną w przypadku nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej może być:

* odpowiedzialność zawodowa - w świetle art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Można uznać, iż lekarz, który nierzetelnie prowadził dokumentację medyczną nie wykonał właściwie powinności wynikającej z przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej (Art. 28 (…) Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego.),
* odpowiedzialność cywilna – jeśli w wyniku braku dokumentacji albo niewłaściwego sporządzenia dokumentacji pacjent poniesie uszczerbek na zdrowiu to może dochodzić roszczeń cywilnoprawnych,
* odpowiedzialność karna – za narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu.

Zgodnie z wyrokiem SN z dnia 15 października 1997 r., sygn. Akt. III CKN 226/97, ewentualne nie dające się usunąć braki w dokumentacji lekarskiej nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny również przewiduje przestępstwa przeciwko dokumentom. Zgodnie z art. 115 § 14 Kodeksu Karnego dokumentem jest każdy przedmiot lub inny zapisany nośnik informacji, z którym związane jest określone prawo, albo który ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne. Zgodnie z wyrokiem SN z dnia 30 września 2008 r. sygn. akt WA 39/08 sporządzony w toku postępowania o przyznanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego wpis o określonej treści lekarskiej, nawet znajdujący się w zbiorczej dokumentacji lekarskiej jako potwierdzający okoliczności mające znaczenia prawne, musi być uznany za dokument w świetle art. 115 § 14 Kodeksu Karnego. Tak więc każdy przedmiot czy też nośnik na którym zapisana jest informacja opisująca okoliczności mające znaczenie prawne a więc wywołujące skutki prawne można uznać za dokument w rozumieniu przepisów K.K, w tym dokumentacja medyczna. Część szczególna Kodeksu Karnego przewiduje w art. od 270 do 277 przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów. Wyróżnić tu należy:

* fałszowanie dokumentu (podrobienie i przerobienie dokumentu)
* poświadczenie nieprawdy

Znamiona przestępstwa fałszowania dokumentu stypizowane zostały w art. 270 K.K. *Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa* *podlega karze*(…) Zauważyć należy, iż jest to przestępstwo powszechne, więc lekarz także może być sprawcą. Dokument jest podrobiony wtedy, gdy nie pochodzi od tej osoby, w imieniu której został sporządzony, zaś przerobiony jest wówczas gdy osoba nieupoważniona zmienia dokument autentyczny np. na zwolnieniu lekarskim przy liczbie dni zwalniających od świadczenia pracy – 7, dopisze kolejną cyfrę - **1**7.

Wartym uwagi jest orzecznictwo sądów w zakresie przestępstwa stypizowanego w art. 270 K.K.:

* **III KKN 165/01 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2003 r. „**Przez podrobienie dokumentu należy rozumieć sporządzenie dokumentu polegające na zachowaniu pozorów, że dokument pochodzi od innej osoby. Przerobienie dokumentu zachodzi wówczas, gdy osoba nieupoważniona zmieni jego treść na inną od autentycznej. Nie jest natomiast przerobieniem dokumentu nadanie mu innej treści przez osoby, od których ten dokument pochodzi.
* **II Aka 242/10 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 28 października 2010 r.** Z punktu widzenia przedmiotu ochrony przestępstwa z art. 270 k.k. obojętne jest, czy podrobiony został oryginał dokumentu, jego kopia czy kserokopia.

Ustawowe zagrożenie karą za podrabianie i przerabianie dokumentu w celu użycia za autentyczny lub użycie takiego dokumentu jako autentycznego to:

* Grzywna (do 1. 080. 000 zł)
* Kara ograniczenia wolności ( od 1 do 13 miesięcy)
* Kara pozbawienia wolności (od 3 miesięcy do lat 5)

Przestępstwo poświadczenia nieprawdy stypizowane zostało w art. 271 K.K. *Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W wypadku mniejszej wagi sprawca podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Jeżeli sprawca dopuszcza się w/w czynu w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 3.*

Zakres podmiotowy, wskazuje, iż sprawcą przestępstwa poświadczenia nieprawdy może być:

* funkcjonariusz publiczny w rozumieniu art. 115 § 13 K.K. np. lekarz pełniący funkcje kierownicze w organie państwowym
* inna osoba uprawniona do wystawiania dokumentu np. lekarz, pielęgniarka

Poświadczenie nieprawdy może polegać na potwierdzeniu okoliczności, która w rzeczywistości nie wystąpiła lub zatajeniu okoliczności, które rzeczywiście miały miejsce.

Przykładem przestępstwa poświadczenia nieprawdy może być wydanie osobie niezdolnej do prowadzenia pojazdu dokumentu stwierdzającego brak przeciwwskazań do prowadzania pojazdu lub adnotacja na recepcie, iż dana osoba uprawniona jest do ulgi przy zakupie leków, w sytuacji gdy w rzeczywistości takich uprawnień nie posiada. Przestępstwo poświadczenia nieprawdy nie odnosi się jednak do ocen i opinii wydawanych przez lekarzy, w których znajdują się jedynie przypuszczenia, podejrzenia co do występowania choroby u innej osoby. Wartym uwagi jest orzecznictwo SN w tym zakresie:

* **II KK 164/08 Postanowienie SN z dnia 14 stycznia 2009 r.**

Oskarżony w wystawionym dokumencie nie poświadczył nieprawdy, w rozumieniu art. 271 § 1 K.K., a jedynie wyraził przypuszczenie co do stanu zdrowia oskarżyciela subsydiarnego. Podejrzenie istnienia czegokolwiek nie poddaje się weryfikacji z punktu widzenia prawdziwości lub fałszu. Dokument, którym można poświadczyć nieprawdę w rozumieniu art. 271 § 1 K.K., musi stwierdzać (potwierdzać) stan istniejący, zaświadczać coś, co już wystąpiło, istnieje itp. Nie będzie takim dokumentem „opinia lekarska", która podejrzewa istnienie u innej osoby określonej choroby.

* **IV KKN 563/97 Wyrok SN z dnia 7 grudnia 2010 r.**

Odpowiedzialność karna biegłego za przestępstwo tzw. fałszu intelektualnego dotyczy poświadczenia faktów, które poddają się weryfikacji z
punktu widzenia ich prawdziwości lub fałszu, natomiast nie obejmuje samych ocen.

W świetle orzecznictwa SN opinie biegłych nie mogą podlegać ocenie z punktu widzenia przestępstwa stypizowanego w art. 271 k.k. Jeżeli jednak biegły celowo przedstawi opinię w której poświadcza nieprawdę to należy odwołać się do treści art. 233 § 4 K.K. *„Kto, jako biegły, rzeczoznawca lub tłumacz, przedstawia fałszywą opinię mającą służyć za dowód w postępowaniu podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”* Ponad to zgodnie z wyrokiem SN z dnia 9 kwietnia 2008 r. sygn. akt IV KK 501/07 odpowiedzialność na podstawie art. 233 § 4 K.K. nie zależy od tego czy fałszywe ustalenia faktyczne zawarte w opinii mogło mieć wpływ na rozstrzygnięcie sprawy.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż pacjenci mogą ponieść odpowiedzialność za:

* nakłanianie lekarza do poświadczenia nieprawdy (tzw. podżeganie do popełnienia przestępstwa poświadczenia nieprawdy, pacjent podlega wówczas karze w takich samych granicach ustawowych jak lekarz poświadczający nieprawdę)
* wyłudzenie poświadczenia nieprawdy przez podstępne wprowadzenie w błąd lekarza (art. 272 K.K. – kara pozbawienia wolności do lat 3)

 Pamiętać należy, iż w świetle art. 304 § 1 K.P.K. „*Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję.”* Tak więc lekarz, którego pacjent wprowadza w błąd celem wyłudzenia poświadczenia nieprawdy powinien zawiadomić o zaistniałym fakcie odpowiednie organy ścigania. Za brak takiego zawiadomienia nie jest jednak przewidziana sankcja.

Po dyskusji, NROZ podziękował za wykład i zwrócił uwagę uczestników konferencji na zapis art. 112 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich zgodnie z którym w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie stosuje się przepisów Kodeksu Postępowania Karnego dotyczących postępowania przygotowawczego. W związku z powyższym, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej prowadzący postępowanie nie mają obowiązku udostępniania dokumentacji czy to w formie papierowej czy tez elektronicznej stronom postępowania.

20:00 Kolacja

21 marca 2015 r.

## Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Maciej Hamankiewicz wystąpił jako gość specjalny

Pan Prezes zwrócił uwagę na kwestie związane z projektem ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Poinformował uczestników konferencji, iż projekt ustawy, trafił już do podkomisji w sejmie. Dotychczas magister fizjoterapeuta napotykał liczne problemy związane z brakiem regulacji prawnych. Pan Prezes apelował o większe zaangażowanie w działalność samorządu oraz podziękował NROZ oraz Przewodniczącemu NSL za opracowanie nowych zasad rekompensat dla osób prowadzących postępowania dyscyplinarne, co było bardzo istotne ze względu na wzrost kosztów osobowych. Zdaniem Pana Prezesa należy inwestować w ludzi.

## Przewodniczący NSL lek. Wojciech Łącki

Przewodniczący NSL poruszył problem przewlekłości postępowań dyscyplinarnych i podziękował Prezesowi NRL za podjęcie inicjatywy w celu wynagrodzenia pracy tym, którzy są aktywni i powinni zostać wynagrodzeni.

## Mec. Marek Szewczyński, radca prawny Naczelnej Izby Lekarskiej przedstawił zagadnienie związane z dyrektywą 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych a odpowiedzialnością zawodową lekarzy, z uwzględnieniem tzw. mechanizmu ostrzegania

Jedną z czterech swobód Unii Europejskiej jest swoboda przepływu osób, stanowiąca realizację idei rynku wewnętrznego. Istotnym celem Wspólnoty Europejskiej jest umożliwienie swobodnego przepływu osób i usług między państwami członkowskimi, co w praktyce dla obywateli UE oznacza m.in. możliwość świadczenia pracy w swoim zawodzie na terenie innych państw członkowskich. Uznanie kwalifikacji zawodowych polega na uznaniu przez państwo członkowskie UE (tzw. państwo przyjmujące) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, które obywatel państwa UE uzyskał w innym lub innych państwach członkowskich UE (tzw. państwo rodzime). Uznanie prowadzi do nadania kwalifikacjom zawodowym uzyskanym w państwie rodzimym takiej samej mocy w zakresie prawa do podejmowania i prowadzenia działalności zawodowej, jakie państwo przyjmujące przyznaje kwalifikacjom uzyskanym na swoim terytorium. Gwarancje wynikające z niniejszej dyrektywy nie zwalniają osób migrujących z obowiązku wypełnienia innych wszelkich niedyskryminujących warunków wykonywania zawodu, które mogą zostać ustanowione przez państwo przyjmujące, o ile znajdują one obiektywne uzasadnienie i są proporcjonalne. Dodatkowe wymogi – oprócz kwalifikacji zawodowych posiadanych przez migrujących lekarzy i lekarzy dentystów to nieskazitelny charakter, odpowiedni stan zdrowia, znajomość języka państwa przyjmującego. Właściwe organy, które rozpatrują wniosek o zezwolenie na wykonywanie określonego zawodu mogą zażądać przedstawienia odpowiednich dokumentów i zaświadczeń, wymienionych w rozdziale VII dyrektywy. W Polsce zaświadczenia z państwa rodzimego dotyczące postawy etycznej (tzw. Certificate of Good Standing) wydawane są przez ORL po uzyskaniu informacji od OROZ, NROZ, OSL, NSL oraz z Rejestru Ukaranych Lekarzy. Nowelizacja dyrektywy 2005/36/WE – tzw. mechanizm ostrzegania dotyczy tego, iż właściwe organy danego państwa będą zobowiązane do zgłaszania właściwym organom wszystkich pozostałych państw członkowskich UE informacji o wskazanych w dyrektywie pracownikach ochrony zdrowia, którym organ publiczny lub sąd zakazał wykonywania zawodu lub ograniczył jego zakres (czasowo lub na stałe). System ostrzegania będzie obejmować wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, nawet tych, którzy nie zamierzają korzystać z uprawnień przewidzianych w dyrektywie, czyli nie będą migrować do innych państw członkowskich UE w celu szukania zatrudnienia w zawodzie lekarza. W dyrektywie 2013/55/UE przewidziano już szczegółowe obowiązki państw członkowskich w zakresie wymiany informacji (tzw. mechanizm ostrzegania - alert mechanizm). Należy ostrzec wszystkie państwa członkowskie, jeżeli w wyniku postępowania dyscyplinarnego lub wyroku skazującego specjalista traci prawo do wykonywania, nawet tymczasowo, czynności zawodowych w jednym z państw członkowskich. Mec. Marek Szewczyński zaproponował zmiany do ustawy o izbach lekarskich w postaci dodania rozdziału 6a zatytułowanego „mechanizm ostrzegania”. Okręgowe rady lekarskie miałyby informować organy pozostałych państw członkowskich UE o lekarzu lub lekarzu dentyście, którego prawo wykonywania zawodu zostało zawieszone, który ograniczony został w wykonywaniu określonych czynności medycznych, pozbawiony prawa wykonywania zawodu. Przepisy unijne nadal nie określają zasad co do skutków dyscyplinarnych nałożonych w innych państwach członkowskich UE- innymi słowy nie wiadomo czy kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu nałożona w innym państwie członkowskim będzie obowiązywać w Polsce. Przepisy krajowe winny zawierać tego rodzaju regulacje. Mechanizm ostrzegania stanowi zatem narzędzie mające ułatwić uzyskiwanie tego rodzaju informacji. Stanowisko Nr 13/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 października 2012 r. jest następujące: obowiązujące przepisy prawa polskiego nie przewidują automatycznego zastosowania w Polsce sankcji o charakterze dyscyplinarnym nałożonych na lekarza przez uprawniony organ w innym państwie. Za czyn, wypełniający znamiona przewinienia zawodowego, którego dopuścił się lekarz poza granicami kraju, lekarz może być ukarany po przeprowadzeniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w Polsce. Konieczne jest jak najszybsze odpowiednie, jednoznaczne uregulowanie w przepisach prawa polskiego zasad i sposobu postępowania w tego rodzaju przypadkach.

NROZ, po krótkiej przerwie zapowiedział przemówienie kolejnego gościa – SSN Andrzeja Siuchnińskiego. NROZ podziękował również SN za bardzo dużą pracę w przedmiocie rozpatrywania skarg kasacyjnych od orzeczeń sądów lekarskich, dotyczących postępowań dyscyplinarnych w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

## Sędzia Sądu Najwyższego Andrzej Siuchniński przedstawił problematykę postępowań kasacyjnych w zakresie orzeczeń dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy

SSN Andrzej Siuchniński wypowiedź swoją rozpoczął od zadania istotnego z punktu widzenia organów prowadzących postępowania dyscyplinarne w sprawie odpowiedzialności lekarzy pytania - czy taki model postępowań jest satysfakcjonujący. Kasacja przysługuje od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Kasacja nie przysługuje od postanowień. SSN rozważał w oparciu o orzecznictwo TK możność rozszerzenia kontroli kasacyjnej. Powołana została również treść art. 53 ustawy o izbach lekarskich*: „Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej przewinieniem zawodowym*”. Ustawodawca nie dookreśla tu czy naruszenie ma mieć charakter oczywisty czy też rażący. W innych ustawach korporacyjnych – dotyczących adwokatów, sędziów, komorników, mowa jest o naruszeniach mających charakter rażący, oczywisty. Wnioskuje się zatem, iż odpowiedzialność lekarza zdaje się być szersza. Sędzia podkreślił, iż naruszenie jedynie zasad wyrażonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej nie stanowi podstawy odpowiedzialności zawodowej. Zawsze Kodeks Etyki Lekarskiej należy powiązać z aktem prawnym rangi ustawowej. I tak błąd w sztuce lekarskiej może zostać powiązany np. z art. 155 K.K., regulującym problematykę nieumyślnego spowodowania śmierci.

Kolejną istotną kwestią, omówioną przez sędziego było przedawnienie karalności czynu w oparciu a art. 64 ustawy o izbach lekarskich. W ust. 3 art. 64 mowa jest o tym, iż karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia minęło 5 lat. Wskazać jednak należy, iż ów 5-cio letni termin ustania karalności nie ma zastosowania (nie działa) gdy czyn jest przestępstwem. Zgodnie z orzecznictwem SN jedynie prawomocny wyrok sądu powszechnego skazujący za przestępstwo, może stanowić podstawę do uznania, iż czyn stanowi nie tylko przewinienie zawodowe ale również przestępstwo. Sędzia omówił sprawę, w której sąd II instancji orzekał już w okresie przedawnienia karalności czynu. NSL wydając orzeczenie, nie wiedział jednak czy dany czyn stanowi przestępstwo czy nie gdyż postępowanie karne (dotyczące tego samego czynu) było w toku. NSL nie miał też obowiązku orzekania o tym. Należało zawiesić postępowanie dyscyplinarne do czasu zakończenia postępowania karnego, którego przedmiotem jest czyn będący równocześnie przedmiotem postępowania dyscyplinarnego. W wypadku jednoczesności i podmiotowo - przedmiotowej tożsamości postępowania karnego i dyscyplinarnego, postępowanie dyscyplinarne należy zawiesić do czasu ukończenia postępowania karnego.

Sąd Najwyższy wskazał, iż w tym momencie nie można powiedzieć czy rozstrzygnięcie NSL było trafne czy nie, gdyż nie wiadomo czy dany czyn stanowił równocześnie przestępstwo a co za tym idzie, czy stosowało się 5-cio letni termin przedawnienia karalności czynu czy nie. Sąd II instancji uznał czyn lekarza za przewinienie zawodowe, niebędące przestępstwem za wcześnie. Jedynym słusznym rozwiązaniem było zawieszenie postępowania.

NROZ w tym miejscu na prośbę uczestników konferencji przybliżył stan faktyczny omawianej sprawy. Sprawa w początkowej fazie dotyczyła 2 lekarzy. Mieliśmy do czynienia z 1 czynem, 1 poszkodowanym pacjentem, w tym samym czasie i 2 lekarzami. Zostały złożone 2 oddzielne wnioski o ukaranie. Być może zasadne byłoby sporządzenie jednego wniosku o ukaranie, aczkolwiek wciąż się uczymy. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności dyscyplinarnej pierwszego z lekarzy zostało zawieszone, gdyż sąd doszedł do przekonania, iż zaistniała taka konieczność. Postępowanie w sprawie drugiego lekarza toczyło się nadal. Sąd I instancji uznał lekarza winnym i orzekł karę nagany. Sąd II instancji uchylił orzeczenie sądu I instancji i umorzył postępowanie ze względu na upływ 5-cio letniego przedawnienia karalności czynu. Orzeczeniem z dnia 11 lutego 2015 r. SN zawiesił postępowanie kasacyjne do czasu wydania orzeczenia przez sąd karny. SN wskazał, iż w tym momencie nie można było powiedzieć czy rozstrzygnięcie NSL było trafne czy nie, gdyż nie wiadomo czy dany czyn stanowi równocześnie przestępstwo, a co za tym idzie, czy stosuje się 5-cio letni termin przedawnienia karalności czynu czy nie.

Następnie SSN Andrzej Siuchniński wskazał na błędy, niedoskonałości z którymi spotkał się orzekając w sprawach dyscyplinarnych lekarzy. I tak wskazuje się na opieszałość proceduralną organów, która prowadzi do umorzenia postępowań, co nie może zyskać aprobaty SN. Analiza postępowań wskazuje, iż bezpodstawnie przyjmowane są wnioski o przedłużenie terminu zakończenia sprawy. Nie uzasadnia się wniosków o przedłużenie terminu postępowania. W jednej ze spraw w której procedura trwała przez 2 lata przesłuchano jedynie pokrzywdzoną i obwinionego i to bez przeszkód. Ponadto często w niewłaściwy sposób sporządzane są protokoły przesłuchań.

NROZ, po krótkiej dyskusji wskazał, iż konsekwentnie dąży i będzie dążyć do zaprzestania przedłużania postępowań, prowadzących do opieszałości proceduralnej. Podziękował równocześnie tym Okręgowym Rzecznikom Odpowiedzialności Zawodowej, którzy terminów dotrzymują. NROZ zwrócił się także do rzeczników o sporządzanie uzasadnienia we wnioskach o przedłużenie terminu postępowania – podanie motywów, przyczyn.

Na zakończenie SSN Siuchniński zaznaczył, iż coraz więcej spraw kasacyjnych dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest przedmiotem rozważań SN. W tym roku procedowano już w 4 takich sprawach.

## Prokurator Andrzej Jóźwiak omówił problematykę wpływu zmian w Kodeksie Postępowania Karnego na postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy z perspektywy prokuratora

W dniu 1 lipca 2015 r. wejdą w życie nowe przepisy Kodeksu Postępowania Karnego. Mowa tu o 284 zmianach w stosunku do obecnie obowiązujących przepisów. Z punktu widzenia organów zajmujących się odpowiedzialnością zawodową lekarzy ma to istotne znaczenie, gdyż zgodnie z treścią art. 112 ustawy o izbach lekarskich: w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy KPK (z pewnymi wyjątkami). Zmiana przepisów KPK zmierza w nadaniu postępowaniu charakteru kontradyktoryjnego. To strony mają być podmiotem aktywnym w sądzie. Sąd lekarski ma jedynie pilnować przebiegu rozprawy, uważnie śledzić bieg postępowania i ważyć co jest istotne a co nie.

## Powitanie Prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr Krzysztofa Kordela

## Prokurator Andrzej Jóźwiak

Przepis art. 112 ustawy o izbach lekarskich odnoszący się do odpowiedniego stosowania przepisów KPK nazwany został przez pana prokuratora „przepisem workiem”. Zauważyć trzeba, iż nie stosuje się do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy przepisów KPK dotyczących postępowania przygotowawczego – przebiegu śledztwa, dochodzenia. Adwokaci, pełnomocnicy często w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza, którego dotyczy postępowanie próbują wymusić dopuszczenie do uczestnictwa w przesłuchaniu lekarza, jednakże bezpodstawnie. Obrońca może być obecny przy przesłuchaniu ale dopiero lekarza obwinionego a nie takiego, którego dotyczy postępowanie. Na pytanie uczestnika konferencji co robić w sytuacji gdy lekarz, którego dotyczy postępowanie przychodzi z obrońcą i domaga się jego udziału przy przesłuchaniu, pan prokurator odpowiada bardzo prosto. Należy zaznajomić lekarza i pełnomocnika z treścią art. 112 ustawy o izbach lekarskich – o niestosowaniu odpowiednio przepisów KPK odnoszących się do postępowania przygotowawczego. Jeżeli obrońca wciąż nalega na udział w przesłuchaniu, a więc nie stosuje się do przepisów ustawy należy zapowiedzieć zamiar wystąpienia z zasadnym wnioskiem np. do izby radców prawnych, jako że nie tylko lekarzy obowiązują przepisy korporacyjne. Skład orzekający sądu w świetle nowych przepisów będzie miał uprawnienia do zadawania pytań ale tylko w wyjątkowych wypadkach. *Prawo zadawania pytań mają, oprócz podmiotu przesłuchującego, strony, obrońcy, pełnomocnicy, biegli oraz w wyjątkowych wypadkach, uzasadnionych szczególnymi okolicznościami, członkowie składu orzekającego.* Zgodnie z treścią przepisów nowego KPK w **wyjątkowych wypadkach**, **uzasadnionych szczególnymi okolicznościami,** sąd może dopuścić i przeprowadzić dowód z urzędu. Pojawia się tu problem- sformułowanie z użyciem podwójnego kwantyfikatora „wyjątkowe wypadki uzasadnione szczególnymi okolicznościami” to pojęcie niedookreślone, zatem tak naprawdę nie wiadomo o jakich sytuacjach mowa. Niedotrzymanie powyższego wymogu może skutkować zarzutem dotyczącym naruszenia procedury. Istotnym zmianą będzie możliwość wykorzystywania prywatnych opinii biegłych. Pojawiło się pytanie uczestnika konferencji jak powinien zachować się sąd w sytuacji gdy w sprawie występują 2 opinie biegłych wzajemnie wykluczające się. W tym momencie to sąd decyduje czy danej opinii daje wiarę czy nie.

## Kolejna część wykładu dotyczyła dyskusji SSN Andrzeja Siuchnińskiego z Prokuratorem Andrzejem Jóźwiakiem o zmianach w Kodeksie Postępowania Karnego i ich wpływie na procesy przed sądami lekarskimi

Nowelizacja KPK jest odpowiedzią na konieczność zmiany sposobu postępowania z postępowania inkwizycyjnego na system kontradyktoryjny. Obecnie dubluje się w postępowaniu sądowym postępowanie przygotowawcze. Idea nowelizacji jest taka aby sąd z „pustą głową” zapoznał się z aktami sprawy. Pamiętać należy, iż mimo zmian sąd nadal ma obowiązek ustalenia prawdy materialnej. W opinii SSN sytuacje możność dopuszczania i przeprowadzania dowodu przez sąd (w tym sąd lekarski) z urzędu (tylko w wyjątkowych wypadkach, uzasadnionych szczególnymi okolicznościami) utrą się dopiero w praktyce sądowej i praktyka pokaże jak należy interpretować powyższe zapisy ustawowe.

Następnie odbył się panel dyskusyjny podczas którego uczestnicy konferencji mieli możliwość zadawania pytań i dyskusji. NROZ zaznaczył, iż rzecznicy odpowiedzialności zawodowej od 1 stycznia 2015 r. mają możliwość dokonywania konsultacji odnoszących się do kwestii prawnych

z mecenasem Markiem Szewczyńskim w Biurze NROZ.

**Podziękowania i zakończenie konferencji**