Adwokat Kinga Krzyżewska – Kubacka
Kancelaria Adwokacka
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 21 lok. 149
02-366 Warszawa
tel.: 508 14 69 67 fax: (22) 472 40 47

Informator prawny dla lekarzy

Opracowany w ramach współpracy z Komisją ds. zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów działającej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie[1]

Warszawa, grudzień 2014 r.

[1] Niniejszy raport nie jest opracowaniem wszystkich zagadnień dotyczących praw i obowiązków lekarzy a wybranych przy współpracy z Komisją.

NIP: 527-234-40-87
REGON: 142211250
PKO 96102043170000520203101870

www.krzyzewska.pl
e-mail k.krzyzewska@krzyzewska.pl

Spis treści:

I. Formy wykonywania zawodu lekarza – zagadnienia ogólne

II. Lekarz jako przedsiębiorca

1. Wstęp – informacje ogólne
2. Jednoosobowa działalność gospodarcza
3. Spółka cywilna
4. Spółka jawna
5. Spółka partnerska
6. Porównanie grupowych form wykonywania działalności leczniczej przez lekarzy
7. Obowiązki lekarza jako przedsiębiorcy związane z prowadzeniem dokumentacji księgowej i rozliczeniami z Zakładałem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym
8. Obowiązki lekarza jako przedsiębiorcy związane ochroną danych osobowych
9. Obowiązki lekarza wynikające z ustawy o odpadach
10. Obowiązki lekarza związane z korzystaniem ze środowiska naturalnego

III. Lekarz jako pracownik

1. Wstęp – informacje ogólne
2. Dobowy i tygodniowy czas pracy
3. Prawo do odpoczynku
4. Równoważny czas pracy
5. Dyżur medyczny
6. Maksymalny czas pracy
7. Klauzula opt-out

8. Kwestia transferowania części godzin dyżurów medycznych do puli etatowej i idącego w ślad za tym pomniejszania wynagrodzenia dyżurowego
9. Porównanie podstawowego systemu czasu pracy oraz równoważnego systemu czasu pracy

IV. Odpowiedzialność lekarzy zagadnienia wstępne

V. Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem zawodu lekarza

1. Należyta staranność jako podstawa podejmowanych przez lekarza działań
2. Wzorzec dobrego lekarza
3. Wina jako podstawa odpowiedzialności
4. Związek przyczynowo skutkowy
5. Szkoda
6. Wpływ wyroków karnych na postępowania cywilne.
7. Odpowiedzialność cywila lekarza w zależności od podstaw udzielenia świadczeń zdrowotnych

VI. Odpowiedzialność cywilna za nienależyte wykonywanie umów z NFZ

VII. Odpowiedzialność karna lekarzy

1. Zagadnienia ogóle
2. Błąd w sztuce jako podstawa odpowiedzialności karnej lekarza
3. Związek przyczynowo skutkowy
4. Wina
5. Przestępstwa związane z przerywaniem ciąży - art. 152-154 kk
6. Uszkodzenie ciała i roztrój zdrowie dziecka poczętego - art. 157 a kk
7. Przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka - art. 155 kk

8. Uszczerbek na zdrowiu - art. 156-157 kk
9. Narażenie na niebezpieczeństwo - art. 160 kk
10. Zabieg leczniczy bez zgodny pacjenta - art. 192 kk

VIII. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy

I. Formy wykonywania zawodu lekarza – zagadnienia ogólne

Do 30 czerwca 2011 r. tj., do dnia wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217, z późn.zm.), zwanej dalej ustawą o działalności leczniczej, udzielanie świadczeń zdrowotnych mogło odbywać się zasadniczo tylko w jednej z trzech prawem przewidzianych form, tj. zakładu opieki zdrowotnej (publicznego lub niepublicznego), indywidualnej lub grupowej praktyki lekarzy, pielęgniarek lub położnych. Od 1 lipca 2011 r. świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w bardziej różnorodnych formach.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła dwa pojęcia odnoszące się do świadczeniodawców medycznych, tj. podmioty lecznicze oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą. Pojęcie „podmioty wykonujące działalność leczniczą" ma szerszy zakres podmiotowy i obejmuje zarówno podmioty lecznicze, jak i prywatne praktyki zawodowe. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą to podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz praktyka zawodowa, o której mowa w art. 5 ustawie o działalności leczniczej.

W świetle art. 4 ustawy o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi są:

1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej

ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych,
5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
6) Kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

W związku z ograniczeniem tematu raportu do kwestii związanych z prawami i obowiązkami lekarzy, w dalszej części zostaną omówione zagadnienia dotyczące praktyk zawodowych oraz przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej w zakresie usług medycznych.

Na gruncie ustawy o działalności leczniczej lekarz może wykonywać swój zawód w kilku różnych formach. Formy wykonywania zwodu lekarza są jak gdyby wynikiem stworzenia różnych konfiguracji cech wskazanych poniżej:

1) kwalifikacje lekarza,
2) miejsce wykonywania praktyki,
3) ilość osób wykonujących praktykę.

Ad 1

Pierwsza grupa cech składa się z dwóch elementów – poziomu wykształcenia lekarza oraz jego wiedzy. Polskie przepisy rozróżniają dwa typy takich praktyk. Są to praktyka specjalistyczna lub ogólna.

Ad 2

Druga grupa cech dotyczy miejsca wykonywania praktyk. Praktyki mogą być

wykonywane w postaci stacjonarnej lub niestacjonarnej. Praktyki niestacjonarne dzielą się dodatkowo na praktyki, które są świadczone wyłącznie w miejscu wezwania lub wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Ad 3

Trzecią ostatnią grupą jest ilość lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach jednej praktyki. Praktyki poza działalnością jednoosobową mogą być wykonywane grupowo w postaci spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej.

I tak po skonfigurowaniu cech wskazanych powyżej otrzymujemy siedem form wykonywania praktyki lekarskiej wskazanych przez ustawodawcę:

1) jednoosobowa działalności gospodarcza jako indywidualna praktyka lekarska,
2) indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
3) indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
4) indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
5) indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem
6) indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
7) spółka cywilna, spółka jawna albo spółka partnerska jako grupowa praktyka lekarska.

II. Lekarz jako przedsiębiorca

1. Zagadnienia ogólne

Wejście w życie ustawy o działalności leczniczej przesądziło jednoznacznie iż, działalność lecznicza jest działalnością gospodarczą. Konsekwencją takiego rozwiązania jest przyjęcie, zgodnie z którym działalność lecznicza jest obecnie działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 672), zwana dalej ustawą o swobodzie działalności.

Pod pojęciem działalności regulowanej rozumiemy taką działalność, która podlega specyficznej formie ingerencji państwa w sferę wolności gospodarczej, której ramowe zasady określa ustawa o swobodzie działalności gospodarczej, jednakże szczegółowo reguluje ustawa właściwa dla danego obszaru życia.

Tym samym działalność lecznicza jako działalność regulowana podlega z jednej strony pewnym przepisom wynikającym z ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, z drugiej jest regulowana przez przepisy odrębne (np. ustawa o działalności leczniczej), co powoduje wprowadzenie pewnych odstępstw od ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Kolejną konsekwencją przyjęcia działalności leczniczej jako działalności gospodarczej (m.in. lekarz który prowadzi działalność gospodarczą) jest to, że podlega przepisom ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Następstwem tego jest obowiązek stosowania regulacji zawartych w tej ustawie. W szczególności: zasad podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej, obowiązków przedsiębiorcy, ewidencji działalności gospodarczej oraz zakresu koncesjonowania.

W dalszej części opracowania zostaną wskazane zarówno ogólne zasady dotyczące działalności gospodarczej oczywiście tylko te mające zastosowanie

do działalności leczniczej, jak także odmienności wynikające ze specyfiki działalności leczniczej jako działalności regulowanej.

Należałoby zacząć od definicji przedsiębiorcy. Przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą. Za przedsiębiorców uznaje się także wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej.
Biorąc pod uwagę powyższą definicję jak także formy wykonywania działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej lekarz jest przedsiębiorcą w sytuacji gdy wykonuje zawód w formie:

1. jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualnej praktyki lekarskiej,
2. spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowej praktyki lekarskiej.

W przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej jej istotą jest wykonywanie w jej ramach zawodu tylko przez jedną osobę. Grupowa praktyka musi być założona i wykonywana przez co najmniej dwie osoby.
Zarówno praktyki indywidualne, jak i grupowe zależnie od kwalifikacji lekarza (i jego wniosku składanego przy rejestracji) mogą mieć charakter ogólny (np. lekarz rodzinny) lub specjalistyczny (np. praktyka ginekologiczna, kardiologiczna).
Ponadto w ramach praktyk indywidualnych ogólnych i specjalistycznych należy wyodrębnić trzy podtypy (rodzaje) praktyk zawodowych lekarzy:

1. praktyka lekarska zwykła (typowa, jest ona prowadzona we własnej lokalizacji),

2. praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
3. praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (prowadzona na podstawie umowy z tym podmiotem).[2]

W ramach grupowej praktyki lekarskiej mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez lekarzy będących wspólnikami albo partnerami spółki.

W przypadku praktyk wyłącznie w miejscu wezwania art. 20 ustawy o działalności leczniczej wprowadza ograniczenie stanowiąc, że miejscem wezwania nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.
Nowym rodzajem praktyk ustanowionym w ustawie o działalności leczniczej art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej – jest praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.[3]
Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła zamknięty katalog form prawnych w których można prowadzić działalność leczniczą (działalność gospodarczą). Formami tymi są:

1. Jednoosobowa działalność gospodarcza jako praktyka indywidualna,
2. Spółka cywilna jako praktyka grupowa,
3. Spółka jawna jako praktyka grupowa,
4. Spółka partnerska jako praktyka grupowa.

Poniżej zostaną omówione najważniejsze aspekty wszystkich tych form prawnych a następnie obowiązki odnoszące się do wszystkich tych form

[2] W poprzednim stanie prawnym mogły być zakładane i prowadzone przez lekarzy także praktyki indywidualne i grupowe (z tym że tylko w formie spółki cywilnej lub partnerskiej) o charakterze ogólnym lub specjalistycznym, a ponadto typu zwykłego oraz wyłącznie w miejscu wezwania.
[3] Nowy rodzaj praktyk jest odpowiedzią na zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w szczególności na oddziałach szpitalnych. Ta nowa instytucja rozwiązuje problem konieczności zakładania praktyki tylko na

prawnych wykonywania działalności leczniczej. W dalszej części opracowania zostały pominięte kwestie wewnętrznego (dalszego) podziału na formy wykonywania działalności leczniczej (specjalistyczne, ogólne, w miejscu wezwania itd.), zachowując jedynie podział na indywidualne i grupowe oraz w ramach grupowych na poszczególne formy prawne.

2. Jednoosobowa działalność gospodarcza

Jest to najprostsza i najtańsza forma wykonywania działalności gospodarczej. Osoba fizyczna może rozpocząć prowadzenie działalności w momencie zgłoszenia wniosku o dokonanie wpisu do centralnej ewidencji działalności gospodarczej. Ponadto w niektórych przypadkach przedsiębiorca musi uzyskać zezwolenie lub koncesję oraz przedstawić dokumenty potwierdzające posiadanie wymaganych prawem kwalifikacji lub uprawnień do prowadzenia danej działalności, tak jest np. w przypadku działalności leczniczej gdzie oprócz zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej wymagany jest wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[4].

Działalność lecznicza lekarzy może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako:

1. indywidualna praktyka lekarska,
2. praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
3. indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska,
4. indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
5. indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

potrzeby dyżurowania w szpitalu na podstawie umów cywilnych).

[4] Jest to obowiązek niezalenie od formy wykonywania zawodu lekarza a szczegółowe regulacje zostały omówione w rozdziale poświęconym Formom wykonywania zawodu lekarza – zagadnienia ogólne.

6. indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Ogólne zasady działania przedsiębiorstw osób fizycznych określone są w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej.

3. Spółka cywilna

Spółka cywilna jest to swojego rodzaju umowa pomiędzy przedsiębiorcami, która jest konstrukcją regulowaną przez prawo zobowiązań (art. 860-875 Kodeksu cywilnego).W związku z tym w odróżnieniu od spółek prawa handlowego spółka cywilna nie posiada osobowości prawnej, nie stanowi jednostki organizacyjnej posiadającej podmiotowość prawną jak spółki osobowe.

Co za tym idzie spółka cywilna nie stanowi więc samodzielnego podmiotu prawa, a podmiotami prawa pozostają wspólnicy spółki cywilnej. Spółka cywilna nie ma własnego mienia - nabywane prawa i zaciągane zobowiązania wchodzą do wspólnego majątku wspólników, stanowiącego ich współwłasność (czyli będąc precyzyjnym - wspólność łączną). Także wspólnicy, nie spółka, prowadzą ewentualne przedsiębiorstwo, które podlega rejestracji w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. To wspólnicy są przedsiębiorcami i to oni mają firmy (oznaczenia indywidualizujące przedsiębiorcę). Spółka cywilna nie może mieć firmy.

Reasumując spółka cywilna to umowa pomiędzy co najmniej dwoma osobami prowadzącym działalność gospodarczą, zgodnie z którą osoby te zobowiązały się wspólnie dążyć do osiągnięcia celu gospodarczego w jakiś określony sposób bardzo często tym sposobem jest wniesienie przez każdego jakiegoś wkładu.

Umowa spółki powinna zostać zawarta na piśmie dla celów dowodowych (*ad probationem*). To znaczy że dla istnienia spółki cywilnej nie jest konieczne

spisanie umowy jednakże w przypadku sporu co do treści umowy lub jej istnienia będzie możliwe wykazanie jej treści jedynie dowodem z dokumentu jakim jest umowa spółki.

Bardzo istotna cechą spółki cywilnej jest stałość jej składu osobowego, wobec czego wspólnik nie może rozporządzać udziałem w majątku wspólnym ani w jego składnikach (przynajmniej do rozwiązania spółki), utrudnione jest także wystąpienie ze spółki.

Każdy ze wspólników jest zarówno zobowiązany, jak i uprawniony do reprezentowania spółki. W czynnościach zwykłego zarządu, do momentu kiedy nie ma sprzeciwu chociaż jednego ze wspólników, nie potrzeba uchwały. Każdy może wykonać czynność nagłą, gdyby niewykonanie jej mogło narazić spółkę na niepowetowane straty. Wspólnik jest umocowany do reprezentowania spraw spółki w zakresie w jakim jest upoważniony do prowadzenia jej spraw.
Do osiągnięcia celu spółki zazwyczaj niezbędne jest utworzenie majątku wspólnego, który powstaje z praw wniesionych w postaci wkładów (wniesienie własności rzeczy lub prawa ich używania) oraz z usług wspólników. Domniemywa się, że wkłady wspólników są równe, co może zostać zmienione w umowie spółki.
Za zobowiązania zaciągnięte w związku z działalnością spółki wspólnicy odpowiadają solidarnie zarówno majątkiem wspólnym, jak i majątkiem indywidualnym.

Prawo do udziału w zyskach i obowiązek pokrywania strat mają wszyscy wspólnicy. Udział w zyskach i obowiązek pokrywania strat może (choć nie musi) zostać skorelowany z wysokością wkładów.
Ponieważ zgodnie z prawem w przypadku gdy nie zostanie to inaczej określone

udział każdego ze wspólników jest taki sam, jeżeli umowa nie stanowi inaczej, domniemywa się, że udział w zyskach i stratach jest równy.

Obowiązek pokrywania strat można wyłączyć w umowie, lecz nie wolno wykluczyć wspólnika od udziału w zyskach.

Jeżeli umowa zawarta była na okres nieoznaczony, wspólnik może ze spółki wystąpić poprzez wypowiedzenie swojego wkładu na 3 miesiące przed końcem roku obrachunkowego. Z ważnych powodów wspólnik nie musi zachowywać terminu, w tej sytuacji może wypowiedzieć udział nawet w spółce zawartej na czas oznaczony. Przy wypowiedzeniu wkładu, pozostali wspólnicy zobowiązani są do zwrotu wkładów: w naturze rzeczy oddane do używania, a w pieniądzu sumę wkładu oznaczoną w umowie, a w braku takiego zastrzeżenia - wartość wkładu w chwili wniesienia. Dodatkowo wylicza się i wypłaca się zysk, zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie. Wypowiedzieć udział wspólnika może również jego wierzyciel. Warunki, jakie musi spełnić, aby takie wypowiedzenie było możliwe to:

1) bezskuteczna egzekucja w ciągu ostatnich 6 miesięcy, prowadzona z ruchomości,
2) jest to wierzyciel osobisty,
3) uzyskał zajęcie praw przysługujących wspólnikowi na wypadek wystąpienia ze spółki lub wypowiedzenia udziału.

Termin wypowiedzenia dla wierzyciela osobistego wynosi 3 miesiące, ale jeżeli umowa przewidywała krótszy to może zostać tu zastosowany.

Spółka z ważnych powodów może zostać rozwiązana przez sąd na żądanie każdego ze wspólników. W takim przypadku spółka ulega rozwiązaniu z dniem ogłoszenia upadłości wspólnika. Po rozwiązaniu stosuje się odpowiednio przepisy o współwłasności w częściach ułamkowych. Z modyfikacjami: po spłacie długów zwraca się wspólnikom wkłady, a pozostałą część majątku dzieli się według ich udziału w zyskach.

4. Spółka jawna

Spółka jawna (w skrócie sp.j.) – osobowa spółka prowadząca przedsiębiorstwo pod własną firmą i niebędąca inną spółką handlową. Nie posiada osobowości prawnej. Posiada swój majątek, który stanowią wkłady wniesione do spółki oraz mienie nabyte przez spółkę w czasie jej istnienia.

Powstanie spółki jawnej obejmuje 3 tryby:

1. w drodze umowy pomiędzy wspólnikami,
2. w drodze fakultatywnego przekształcenia spółki cywilnej w jawną na podstawie art. 26 § 4 Kodeksu spółek handlowych,
3. w drodze przekształcenia każdej spółki handlowej w jawną na podstawie art. 551 i następnych Kodeksu spółek handlowych.

Umowa spółki jawnej powinna być zawarta w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Tym samym brak umowy w formie pisemnej uniemożliwia powstanie spółki.

Umowa spółki powinna zawierać:

1) firmę i siedzibę spółki,
2) określenie wkładów wnoszonych przez każdego ze wspólników i ich wartość,
3) przedmiot działalności spółki,
4) czas trwania spółki, jeżeli jest oznaczony.

Dla powstania spółki jawnej wymagane jest wpisanie spółki do Krajowego Rejestru Sądowego. Spółka niezgłoszona do Krajowego Rejestru Sądowego nie powstanie. Każdy wspólnik ma prawo i obowiązek zgłosić spółkę do rejestru. Spółka jawna wpisywana jest do KRS jako przedsiębiorca. Zgłoszenie spółki jawnej do KRS powinno zawierać:

1) firmę, siedzibę i adres spółki,

2) przedmiot działalności spółki,
3) nazwiska i imiona albo firmy (nazwy) wspólników oraz adresy wspólników albo ich adresy do doręczeń,
4) nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania spółki i sposób reprezentacji,
5) złożone wobec sądu lub notarialnie poświadczone wzory podpisów osób uprawnionych do reprezentowania spółki.

Do KRS należy zgłosić również wszelkie zmiany w wyżej wymienionych danych. Firma spółki (popularnie nazwa) powinna zawierać nazwiska lub firmy (nazwy) wszystkich wspólników albo nazwisko albo firmę (nazwę) jednego albo kilku wspólników z oznaczeniem "spółka jawna". Dopuszcza się stosowanie w obrocie skrótu "sp.j."

Każdy ze wspólników ma prawo i obowiązek prowadzenia spraw spółki jawnej bez dodatkowego wynagrodzenia. Umową spółki albo późniejszą uchwałą wspólników można powierzyć prowadzenia spraw spółki jednemu lub kilku wspólnikom. Pozostali wspólnicy są wówczas wyłączeni od prowadzenia spraw spółki. Za prowadzenie spraw spółki wspólnik nie otrzymuje wynagrodzenia. Prowadzenie spraw spółki nie może zostać powierzone osobom trzecim z wyłączeniem wspólników.

Każdy wspólnik bez uprzedniej uchwały wspólników może prowadzić sprawy spółki nieprzekraczające zakresu zwykłych czynności spółki. Jeżeli jednak przed dokonaniem tej czynności sprzeciwi się jej przeprowadzeniu choćby jeden z pozostałych wspólników, wymagana jest uprzednia uchwała wspólników. W tym przypadku uchwała podejmowana jest jednomyślnie przez wspólników mających prawo do prowadzenia spraw spółki.

W przypadku czynności przekraczających zakres zwykłych czynności spółki, wymagana jest jednomyślna uchwała wspólników, podejmowana przez wszystkich wspólników, także tych, którzy są wyłączeni od prowadzenia spraw

spółki. Wyjątek dotyczy czynności nagłych, których zaniechanie naraziłoby spółkę na poważną szkodę. Wówczas każdy ze wspólników mających prawo do prowadzenia spraw spółki może bez uchwały wspólników wykonać taką czynność.

Wspólnik może zostać zwolniony od obowiązku prowadzenia spraw spółki, jak również może zostać pozbawiony prawa prowadzenia spraw spółki. Następuje to tylko z ważnych powodów na mocy prawomocnego orzeczenia sądu.

W spółce jawnej odpowiedzialność za zobowiązania spółki ponoszą wszyscy wspólnicy solidarnie z pozostałymi wspólnikami oraz ze spółką, bez ograniczeń, całym swoim majątkiem, zarówno obecnym, jak i przyszłym. Obowiązuje jednak zasada subsydiarnej odpowiedzialności wspólników. Oznacza ona, że wierzyciel może prowadzić egzekucję z majątku wspólnika dopiero gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna, co nie oznacza jednak, że wierzyciel nie może wcześniej wystąpić z pozwem przeciwko wspólnikom.

Współmałżonek wspólnika może żądać wpisania do rejestru wzmianki o umowie, dotyczącej stosunków majątkowych między małżonkami.

Osoba przystępująca do spółki odpowiada za zobowiązania spółki powstałe przed dniem jej przystąpienia.

Rozwiązanie spółki następuje w następujących przypadkach:

1) zaistnienie okoliczności wskazanych w umowie spółki (jednakże jeśli pomimo zajścia tych okoliczności spółka nadal prowadzi swoją działalność za zgodą wszystkich wspólników, to spółkę uważa się za przedłużoną na czas nieokreślony),
2) jednomyślnej uchwały wspólników o zakończeniu działalności,
3) ogłoszenia upadłości spółki,

4) śmierć wspólnika lub ogłoszenie jego upadłości (pomimo jednak zajścia tych okoliczności, spółka trwa nadal pomiędzy pozostałymi wspólnikami, gdy umowa spółki tak stanowi lub pozostali wspólnicy tak postanowią, a uzgodnienie takie powinno nastąpić niezwłocznie; w przeciwnym razie spadkobierca zmarłego lub syndyk upadłości mogą domagać się przeprowadzenia likwidacji spółki),
5) wypowiedzenia umowy spółki przez wspólnika lub wierzyciela wspólnika (spółka będzie jednak trwała nadal, jeśli umowa spółki tak stanowi lub pozostali wspólnicy tak postanowią, przy czym ich uzgodnienie powinno nastąpić przed upływem terminu wypowiedzenia; w przeciwnym razie wspólnik, który wypowiedział umowę lub jego wierzyciel, domagać się mogą przeprowadzenia likwidacji spółki),
6) prawomocnego orzeczenia sądu (każdy bowiem wspólnik może z ważnych powodów żądać rozwiązania spółki przez sąd; gdy jednak ważne powody zachodzą tylko po stronie jednego ze wspólników, to pozostali mogą żądać, by sąd orzekł o wyłączeniu tegoż wspólnika ze spółki; umowa nie może w tej gestii stanowić inaczej).

5. Spółka partnerska

Spółka partnerska – typ spółki osobowej wprowadzony do systemu prawa z dniem 1 stycznia 2001 r. przez ustawę Kodeks spółek handlowych.

Spółkę partnerską tworzą wspólnicy (partnerzy) w celu wykonywania wolnego zawodu w spółce prowadzącej przedsiębiorstwo pod własną firmą (pod pojęciem firmy w języku prawniczym rozumiemy nazwę). Wobec czego niedopuszczalne jest tworzenie spółek partnerskich w innym celu niż wykonywanie wolnego zawodu, a także w celu wykonywania jakiejś działalności gospodarczej, np. produkcyjnej czy handlowej, obok wykonywania wolnego zawodu.

Wspólnikami w spółce partnerskiej – zwanymi partnerami – mogą być tylko osoby fizyczne. Utworzyć takiej spółki nie mogą zatem osoby prawne, spółki cywilne czy inne handlowe spółki osobowe, choćby tworzyli je reprezentanci wolnych zawodów. Dodatkowym elementem charakteryzującym osoby wspólników, jest wykonywanie przez nich określonych wolnych zawodów wymienionych w art. 88 k.s.h.
Ukształtowana w ten sposób forma organizacyjno-prawna spółki partnerskiej uwzględnia specyfikę wykonywania działalności gospodarczej w ramach wolnych zawodów oraz ryzyko związane z prowadzeniem tej działalności wspólnie, tzn. z innymi osobami wykonującymi wolny zawód.
Firma spółki partnerskiej powinna zawierać nazwisko co najmniej jednego partnera, dodatkowe oznaczenie "i partner" bądź "i partnerzy" albo "spółka partnerska" oraz określenie wolnego zawodu wykonywanego w spółce.

Dopuszczalne jest używanie w obrocie skrótu "sp.p.".

Unikatową, jak na spółkę osobową, cechą spółki partnerskiej jest możliwość ustanowienia zarządu identycznego jak w spółce z o.o. Nie jest on jednak organem tej spółki, gdyż tylko osoby prawne działają przez swoje organy.
Wszyscy partnerzy solidarnie odpowiadają za zaciągnięte przez spółkę zobowiązania, które wiążą się z jej zwykłym funkcjonowaniem (np. spłata kredytów, zobowiązania podatkowe).Partnerzy w spółce partnerskiej nie ponoszą odpowiedzialności za szkody, które są spowodowane działaniem innych wspólników. Przepisy kodeksu spółek handlowych ograniczają odpowiedzialność partnera za zobowiązania spółki, które powstały w wyniku „błędu w sztuce” popełnionego przez innego partnera w związku z wykonywaniem wolnego zawodu w spółce. Przyjmuje się, że przy wspólnych projektach za szkodę odpowiada ten partner, który popełnił błąd.

Umowa spółki partnerskiej powinna zawierać:

1) określenie wolnego zawodu wykonywanego przez partnerów w ramach spółki;
2) przedmiot działalności spółki;
3) nazwiska i imiona partnerów, którzy ponoszą nieograniczoną odpowiedzialność za zobowiązania spółki;
4) w przypadku gdy spółkę reprezentują tylko niektórzy partnerzy, nazwiska i imiona tych partnerów;
5) firmę i siedzibę spółki;
6) czas trwania spółki, jeżeli jest oznaczony;
7) określenie wkładów wnoszonych przez każdego partnera i ich wartość.

Umowa spółki partnerskiej powinna być zawarta na piśmie pod rygorem nieważności. Spółka powstaje z chwilą wpisu do KRS.

Zgłoszenie spółki partnerskiej do sądu rejestrowego powinno zawierać:

1) firmę, siedzibę, adres spółki, nazwiska i imiona partnerów oraz ich adresy albo adresy do doręczeń;
2) określenie wolnego zawodu wykonywanego przez partnerów w ramach spółki;
3) przedmiot działalności spółki;
4) nazwiska i imiona partnerów, którzy są uprawnieni do reprezentowania spółki; nie dotyczy to przypadku, gdy umowa spółki nie przewiduje ograniczeń prawa reprezentacji przez partnerów;
5) nazwiska i imiona prokurentów lub osób powołanych w skład zarządu;
6) nazwiska i imiona partnerów, którzy ponoszą nieograniczoną odpowiedzialność za zobowiązania spółki, jeżeli którzykolwiek partnerzy zgodzą się taka nieograniczona odpowiedzialność ponosić.

Do zgłoszenia spółki partnerskiej do sądu rejestrowego należy dołączyć dokumenty potwierdzające uprawnienia każdego partnera do wykonywania wolnego zawodu.

Wszelkie zmiany danych wymienionych powyżej powinny zostać zgłoszone sądowi rejestrowemu.

Partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów wolnego zawodu w spółce, jak również za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług związanych z przedmiotem działalności spółki. Umowa spółki może przewidywać, że jeden albo większa liczba partnerów godzą się na ponoszenie odpowiedzialności tak jak wspólnik spółki jawnej.

Powody rozwiązania spółki partnerskiej:

1) przyczyny przewidziane w umowie spółki,
2) jednomyślna uchwała wszystkich partnerów,
3) ogłoszenie upadłości spółki,
4) utrata przez wszystkich partnerów prawa do wykonywania wolnego zawodu (gdy pozostaje tylko jeden partner lub gdy tylko jeden partner posiada uprawnienia do wykonywania wolnego zawodu, spółka ulega rozwiązaniu najpóźniej z upływem roku),
5) śmierć partnera lub ogłoszenie jego upadłości,
6) wypowiedzenie umowy spółki przez partnera lub wierzyciela partnera,
7) prawomocne orzeczenie sądu.

6. Porównanie grupowych form wykonywania działalności leczniczej przez lekarzy

	Spółka cywilna	Spółka jawna	Spółka partnerska
Minimalna liczba wspólników	Co najmniej dwóch przedsiębiorców	Co najmniej dwóch	Partnerzy – co najmniej dwóch
Forma aktu założycielskiego	Pisemna dla celów dowodowych	Pisemna pod rygorem nieważności	Pisemna pod rygorem nieważności
Wkłady	Brak własnego mienia	Obowiązek wniesienia wkładu, wkład pieniężny lub niepieniężny (aport); wkład może polegać na przeniesieniu lub obciążeniu własności rzeczy lub innych praw, a także dokonywaniu innych świadczeń – pracy, usługach	Obowiązek wniesienia wkładu, wkład pieniężny lub niepieniężny (aport); wkład może polegać na przeniesieniu lub obciążeniu własności rzeczy lub innych praw, a także dokonywaniu innych świadczeń – pracy, usługach
Osobowość prawna	Brak	Brak	Brak
Odpowiedzialność	Odpowiadają	Odpowiadają	Jak w spółce

	wspólnicy całym swoim majątkiem osobistym	wspólnicy całym swoim majątkiem osobistym	jawnej + partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem wolnego zawodu w spółce, jak i za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę
Reprezentacja	Każdy wspólnik chyba ze umowa reguluje inaczej	Każdy wspólnik. Umowa może wyłączyć prawo reprezentacji.	Każdy wspólnik lub zarząd jeżeli został powołany.
Prowadzenie spraw spółki	Każdy wspólnik. Mogą być wprowadzone ograniczenia w umowie spółki	W zakresie zwykłego zarządu każdy wspólnik. Mogą być wyłączeni. Z przekroczeniem zwykłego zarządu –	Każdy wspólnik lub zarząd jeżeli został powołany

		uchwała wszystkich nawet wyłączonych.	
Gdzie należy zgłosić	Do ewidencji działalności gospodarczej	Krajowego Rejestru Sądowego	Krajowego Rejestru Sądowego

7. Obowiązki lekarza jako przedsiębiorcy związane z prowadzeniem dokumentacji księgowej i rozliczeniami z ZUS i US

Lekarz który zdecydował się na samodzielne prowadzenie praktyki lekarskiej może swoją działalność opodatkować wg każdego z przewidzianych przez przepisy sposobów. Może skorzystać z form ryczałtowych takich jak: karta podatkowa i ryczałt ewidencjonowany – w których opodatkowanie nie jest zależne od uzyskanego dochodu, lecz podatek jest wyliczamy w odniesieniu do innych parametrów. Może tez płacić podatek wyliczany od rzeczywiście uzyskanego dochodu zarówno przy zastosowaniu skali podatkowej jak i w formie podatku liniowego.

Karta podatkowa

Najprostszą formą opodatkowania, przewidzianą przepisami prawa podatkowego jest karta podatkowa, której główną zaletą jest ograniczenie do niezbędnego minimum wszystkich formalności. Podatnicy którzy się na tę formę zdecydują między innymi nie podlegają obowiązkowi prowadzenia ewidencji uzyskiwanych dochodów, jak i ponoszonych kosztów. Wynika to bezpośrednio z faktu, iż kwota podatku, którą należy zapłacić fiskusowi za każdy miesiąc jest stała w trakcie całego roku podatkowego a jego wysokość ustalana jest indywidualnie dla każdego podatnika przez naczelnika urzędu

skarbowego i zależy od rodzaju prowadzonej działalności i ilości godzin przepracowanych w ramach praktyki. Pomimo ewidentnych zalet karty podatkowej, nie każdy podatnik może z niej skorzystać. W myśl ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144 poz. 930), wybór tej formy opodatkowania przysługuje wybranym. Do grupy podatników uprawnionych do zastosowania karty podatkowej należą miedzy innymi osoby, reprezentujący tak zwane wolne zawody, do których należą między innymi lekarze. Przez wolny zawód na potrzeby ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne rozumie się pozarolniczą działalność gospodarczą wykonywaną osobiście między innymi przez lekarzy, pod warunkiem, iż nie jest ona wykonywana na rzecz osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej albo na rzecz osób fizycznych dla potrzeb prowadzonej przez nie pozarolniczej działalności gospodarczej.

Należy więc pamiętać, że koniecznym warunkiem opodatkowania na zasadach karty podatkowej jest osobiste wykonywanie wolnego zawodu bez zatrudniania innych lekarzy na podstanie umów o pracę, umów zleceń umów o dzieło oraz innych umów o podobnym charakterze tak więc nie mogą również tej formy wybrać lekarze wykonujący zawód w formie spółki cywilnej. Nie jest to jednak jedyne ograniczenie, decydujące o prawie zastosowania tej formy opodatkowania. Do opodatkowania przy zastosowaniu tej formy koniczne jest:

1) Złożenie wniosku o zastosowanie opodatkowania w tej formie na druku PIT-16 (wniosek o zastosowanie opodatkowania w formie karty podatkowej za dany rok podatkowy należy złożyć naczelnikowi urzędu skarbowego, nie później niż do dnia 20 stycznia danego roku, a jeżeli podatnik rozpoczyna działalność w trakcie roku podatkowego – przed rozpoczęciem działalności),

2) Zgłoszenie we wniosku prowadzonej działalności w zakresie wykonywania zawodu lekarza,
3) Przy prowadzeniu działalności nie można korzystać z usług osób nie zatrudnionych przez siebie na podstawie umowy o pracę oraz z usług innych przedsiębiorstw i zakładów, chyba że chodzi o usługi specjalistyczne,
4) Nieprowadzenie, poza jednym z rodzajów działalności wymienionej w art. 23, innej pozarolniczej działalności gospodarczej,
5) Nieprowadzenie działalności w tym samym zakresie przez małżonka podatnika,
6) Niewytwarzanie wyrobów opodatkowanych, na podstawie odrębnych przepisów, podatkiem akcyzowym,
7) Prowadzenie zgłoszonej we wniosku działalności tylko na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ryczałt ewidencjonowany

Inną formą opodatkowania przewidzianą przepisami prawa podatkowego na jaką może zdecydować się lekarz prowadzący praktykę jest ryczałt ewidencjonowany, uproszczona forma opodatkowania działalności gospodarczej. Podatek płaci się od przychodu, bez możliwości pomniejszania go o koszty jego uzyskania. Od sumy dochodów odejmowana jest tylko składka na ubezpieczenie społeczne. Otrzymana różnica stanowi podstawę opodatkowania od której wylicza się kwotę podatku. Wysokość stawki podatku uzależniona jest od rodzaju prowadzonej działalności. Stawki ryczałtu w 2014 roku wynoszą: 20 %, 17 %, 8,5 %, 5,5 % i 3%. Możliwe jest opłacanie ryczałtu według jednej z powyższych stawek albo według kilku - jeśli działalność jest

różnorodna.

20-procentową stawką ryczałtu ewidencjonowanego objęte są przychody, osiągane w zakresie wolnych zawodów, czyli pozarolniczej działalności gospodarczej wykonywanej osobiście, wyłącznie na rzecz osób fizycznych przez:

- lekarzy, lekarzy stomatologów, lekarzy weterynarii,
- techników dentystycznych,
- felczerów, położne, pielęgniarki,
- tłumaczy,
- nauczycieli w zakresie świadczenia usług edukacyjnych polegających na udzielaniu lekcji na godziny.

By móc rozliczać się na zasadzie ryczałtu ewidencjonowanego od początku istnienia firmy, należy złożyć pisemnie oświadczenie o wyborze tej formy opodatkowania. Kieruje się je do naczelnika urzędu skarbowego, właściwego według miejsca zamieszkania, w terminie do dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia działalności - nie później jednak niż w dniu uzyskania pierwszego przychodu. Możliwy jest również bezpośredni wybór rozliczania ryczałtem przychodów z działalności na wniosku rejestracyjnym CEIDG-1. Kontynuując działalność w latach następnych nie trzeba już składać żadnych oświadczeń. Chyba, że ktoś zrezygnuje z ryczałtu, aby wybrać inną formę opodatkowania. Natomiast, jeżeli przejście na ryczałt ewidencjonowany ma nastąpić już w trakcie prowadzenia działalności gospodarczej, do naczelnika urzędu skarbowego należy złożyć oświadczenie najpóźniej do 20 stycznia danego roku kalendarzowego. W przypadku, gdy działalność jest lub ma być prowadzona w formie spółki, oświadczenie takie powinni złożyć wszyscy wspólnicy - każdy w swoim urzędzie skarbowym, właściwym według miejsca zamieszkania.

Nie każdy przedsiębiorca może rozliczać się z urzędem skarbowym na zasadzie ryczałtu ewidencjonowanego. Ustawa z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144, poz. 930 z poźn. zm.), z grona uprawnionych podatników wyklucza bowiem wszystkich tych, którzy:

1) prowadzą: aptekę, lombard, kantor, działalność w zakresie kupna i sprzedaży wartości dewizowych, działalność w zakresie handlu częściami i akcesoriami do pojazdów mechanicznych,
2) udzielają pożyczek pod zastaw,
3) prowadzą spółkę wspólnie z małżonkiem lub ten sam rodzaj działalności gospodarczej co małżonek,
4) wytwarzają wyroby opodatkowane podatkiem akcyzowym (z wyjątkiem energii elektrycznej z odnawialnych źródeł energii),
5) wolne zawody (z wyjątkiem zawodu lekarza wszystkich specjalności, technika dentystycznego, felczera, położnej, pielęgniarki, tłumacza oraz nauczyciela w zakresie świadczenia usług edukacyjnych, polegających na udzielaniu lekcji na godziny),
6) wykonują usługi wymienione w załączniku nr 2 do ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (m.in. reklamowe, pośrednictwa finansowego, detektywistyczne i ochroniarskie, wykonywania fotografii reklamowych i podobnych),
7) rozpoczynają działalność samodzielnie lub w formie spółki, jeżeli podatnik lub co najmniej jeden ze wspólników, przed rozpoczęciem działalności w roku podatkowym lub w roku poprzedzającym rok podatkowy, wykonywał w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące w zakres działalności podatnika lub spółki.

Ryczałtu nie może opłacać również osoba, która była lub jest zatrudniona na umowę o pracę, a zamierza prowadzić własną działalność i wykonywać w jej ramach - na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy - takie same czynności, jakie w ostatnich dwóch latach podatkowych, wykonywała w ramach stosunku pracy. W przypadku, gdy podatnik lub spółka dokona sprzedaży towarów handlowych lub wyrobów, albo też uzyska przychody ze świadczenia usług na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy, traci prawo do ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych i - poczynając od dnia uzyskania tego przychodu do końca roku podatkowego - musi opłacać podatek dochodowy na ogólnych zasadach. Kontynuując działalność w latach następnych, można pozostać przy ryczałcie tylko wtedy, gdy przychód z działalności gospodarczej nie przekroczył w roku poprzednim równowartości 150 tysięcy euro. Jeśli działalność jest prowadzona w formie spółki, kwota ta dotyczy sumy przychodów wspólników. Te same zasady stosuje się odpowiednio do wszystkich firm, które chcą zmienić formę swojego opodatkowania na ryczałt.

Rozliczanie dochodów na zasadzie ryczałtu ewidencjonowanego, wymaga prowadzenia uproszczonej księgowości w postaci ewidencji przychodów. Prowadzi się ją odrębnie na każdy rok podatkowy. W ewidencji przychodów ujmuje się wyłącznie przychody z prowadzonej działalności gospodarczej. Nie ma natomiast potrzeby ewidencjonowania kosztów, gdyż przy tej formie opodatkowania nie bierze się ich pod uwagę przy ustalaniu wysokości podatku. Trzeba jednak gromadzić i przechowywać dowody zakupu towarów, na wypadek kontroli urzędu skarbowego.

Natomiast jeżeli chodzi o sam sposób prowadzenia ewidencji przychodów, to ustawodawca dopuszcza możliwość ewidencjonowania sprzedaży zarówno odręcznie, jak i przy pomocy specjalistycznych programów komputerowych. W obu przypadkach musi być jednak zachowany jednakowy wzór jej tworzenia (np. układ rubryk). O jej założeniu nie trzeba informować urzędu skarbowego.

Wyjątek stanowi sytuacja, w której prowadzenie ewidencji przychodów zlecane jest zewnętrznym biurom rachunkowym. Wówczas w terminie 7 dni licząc od daty zawarcia umowy z biurem rachunkowym należy w formie pisemnej zgłosić do urzędu skarbowego wszelkie dane dotyczące miejsca przechowywania ewidencji (wniosek aktualizacyjny CEIDG-1). W przypadku samodzielnego prowadzenia ewidencji, należy ją przechowywać w miejscu wykonywania działalności lub w miejscu wskazanym jako siedziba firmy.

Wykonując działalność gospodarczą opodatkowaną w formie ryczałtu, poza ewidencją przychodów należy prowadzić także inne ewidencje, takie jak ewidencja środków trwałych, ewidencja wyposażenia czy ewidencja zatrudnienia. Konieczne jest to jednak tylko wówczas, gdy firma posiada składniki majątku trwałego lub zatrudnia pracowników.

W działalności gospodarczej, rozliczającej się na zasadzie ryczałtu ewidencjonowanego opodatkowaniu podlega każdy przychód. Pod tym pojęciem kryje się natomiast kwota należna z tytułu sprzedaży towarów lub usług - pomniejszona o VAT należny oraz inne uzyskane przychody związane z działalnością gospodarczą, takie jak:

1) świadczenia w naturze,
2) świadczenia nieodpłatne,
3) przychody ze sprzedaży składników majątku służącego do wykonywania tej działalności,
4) odszkodowania za szkody powstałe w tym majątku,
5) dotacje,
6) odsetki od środków na rachunkach bankowych, utrzymywanych w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.

Rozliczenie podatkowe z urzędem skarbowym może nastąpić w systemie miesięcznym lub, wcześniej zgłoszonym, kwartalnym. Od sumy przychodu za

cały okres rozliczeniowy odjąć należy składki na ubezpieczenia społeczne oraz wydatki objęte ulgą rehabilitacyjną, darowizny na cele społeczne i użyteczne. Tak powstała kwota stanowi podstawę do opodatkowania według stosownej stawki ryczałtowej. Następnie wyliczony podatek pomniejsza się o część opłaconej składki zdrowotnej (nie o całe 9% a jedynie o 7,75% wymiaru składki). W efekcie, ustalony zostaje konieczny do odprowadzenia okresowy zryczałtowany podatek dochodowy. Natomiast ostateczne rozliczenie podatku dochodowego następuje w chwili złożenia rocznego zeznania podatkowego. Służy do tego formularz PIT-28, który należy złożyć w terminie do 31 stycznia w tym samym urzędzie skarbowym, właściwym według miejsca zamieszkania.

Jeżeli oprócz dochodów z działalności gospodarczej, opodatkowanych ryczałtem ewidencjonowanym, w trakcie roku uzyskało się inne dochody (np. z pracy, z umów zlecenia lub o dzieło), należy w terminie do 30 kwietnia złożyć odrębne zeznanie roczne na odpowiednim formularzu. W zeznaniu tym nie wykazuje się jednak dochodów objętych ryczałtem.

Podatek dochodowy według skali podatkowej

Podstawową formą opodatkowania jest opodatkowanie na zasadach ogólnych przy zastosowaniu skali podatkowej. Opodatkowanie podatkiem dochodowym dochodu z działalności gospodarczej na zasadach ogólnych reguluje ustawa z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 1991 nr 80 poz. 350). Opodatkowaniu podlegają dochody osób fizycznych z pozarolniczej działalności gospodarczej, w tym działalność w formie spółki cywilnej czy spółki jawnej. Podatnicy rozpoczynający prowadzenie działalności powinni zawiadomić w formie pisemnej właściwego naczelnika urzędu skarbowego (wg miejsca zamieszkania) o prowadzeniu podatkowej księgi przychodów i rozchodów w terminie 20 dni od daty jej założenia. Osoby

prowadzące działalność gospodarczą opodatkowane na zasadach ogólnych wszelkie zdarzenia gospodarcze dotyczące prowadzonej działalności dokumentują w podatkowej księdze przychodów i rozchodów. Dla prawidłowego prowadzenia dokumentów księgowych konieczna jest nie tylko znajomość ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ale również wszystkie Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie prowadzenia podatkowej księgi przychodów i rozchodów.

Podatnik płacący podatek na zasadach ogólnych jest zobowiązany do:

1) ewidencjonowania w KPiR przychodów według zasad określonych w art. 14 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych,
2) ewidencjonowania kosztów uzyskania przychodów określonych w art. 22 i 23 ustawy,
3) prowadzenia ewidencji wyposażenia, środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (np. prawa autorskie, licencje),
4) prowadzenia indywidualnych imiennych kart przychodów dla zatrudnionych pracowników,
5) prowadzenia ewidencji przebiegu pojazdu, jeżeli jest to samochód osobowy i nie widnieje w ewidencji środków trwałych firmy,
6) sporządzanie spisu z natury na dzień 1 stycznia i na koniec każdego roku podatkowego.

Każdy płatnik podatku dochodowego może prowadzić podatkową księgę przychodów i rozchodów osobiście lub zlecić tę czynność biuru rachunkowemu – nie zwalnia to jednak podatnika z odpowiedzialności.
Księgę można prowadzić odręcznie, ale coraz częściej wykorzystuje się do tego specjalny program komputerowy.

W razie prowadzenia księgi przy zastosowaniu technik informatycznych warunkiem uznania ksiąg za prawidłowe jest określenie na piśmie szczegółowej instrukcji obsługi programu komputerowego, wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg, stosowanie programu komputerowego zapewniającego bezzwłoczny wgląd w treść dokonywanych zapisów oraz wydrukowanie wszystkich danych w porządku chronologicznym, zgodnie z wzorem księgi, oraz przechowywanie zapisanych danych na magnetycznych nośnikach informacji, do czasu wydruku zawartych na nich danych, w sposób chroniący przed zatarciem lub zniekształceniem tych danych albo naruszeniem ustalonych zasad ich przetwarzania.

W przypadku prowadzenia księgi komputerowo na koniec każdego miesiąca w czasie zapewniającym prawidłowe i terminowe rozliczenia z budżetem, lecz nie później niż do dnia 20 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, podatnik jest obowiązany sporządzić wydruk zapisów dokonanych za dany miesiąc. Powinien być on zgodny ze wzorem księgi określonym w załączniku do rozporządzenia ministra finansów o zasadach prowadzenia księgi przychodów i rozchodów.

Przedsiębiorcy prowadzący działalność gospodarczą w niewielkim zakresie, w tym w ramach prywatnej praktyki w zawodach medycznych, bardzo często powierzają prowadzenie księgi przychodów biuru rachunkowemu.

Jeżeli na zlecenie podatnika prowadzenie księgi zostało powierzone biuru rachunkowemu, podatnik jest obowiązany w terminie siedmiu dni od dnia zawarcia umowy z biurem rachunkowym zawiadomić o tym naczelnika urzędu skarbowego, któremu zostało złożone zawiadomienie o prowadzeniu księgi, wskazując nazwę i adres biura, miejsce (adres) prowadzenia oraz przechowywania księgi i dowodów związanych z jej prowadzeniem.

Jeżeli działalność jest prowadzona w formie spółki cywilnej osób fizycznych, spółki jawnej osób fizycznych lub spółki partnerskiej, zawiadomienie składają

wszyscy wspólnicy naczelnikowi urzędu skarbowego właściwemu według miejsca zamieszkania każdego z nich.

Gdy księgę prowadzi biuro, to sam podatnik musi prowadzić ewidencję sprzedaży w miejscu wykonywania działalności. W księdze prowadzonej przez biuro zapisy są dokonywane w porządku chronologicznym na podstawie dowodów księgowych i sum miesięcznych przychodów. Wynikają one z ewidencji lub danych z zestawienia przekazywanych przez podatnika, w czasie zapewniającym prawidłowe i terminowe rozliczenia, lecz nie później niż do dnia 20 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Księga oraz dowody, na podstawie których dokonywane są zapisy, musi znajdować się w miejscu wykonywania działalności lub wskazanym przez podatnika jako jego siedziba. Gdy prowadzenie księgi zostało zlecone biuru, powinny się one znajdować w miejscu wskazanym przez podatnika.

W przypadku prowadzenia np. kilku gabinetów w różnych punktach księgi muszą znajdować się w każdym gabinecie. Podatnik może jednak prowadzić jedną księgę w miejscu wskazanym jako jego siedziba, pod warunkiem że w poszczególnych punktach, np. przychodniach lub gabinetach, jest prowadzona ewidencja sprzedaży. Prawo do wliczania w koszty wydatków na gabinet lekarz ma zarówno w przypadku wynajmowania lokalu, leasingowania go, jak i prowadzenia praktyki w nieruchomości stanowiącej własność podatnika.

Po zakończeniu roku podatkowego należy złożyć do urzędu skarbowego zeznanie podatkowe o wysokości osiągniętego dochodu (poniesionej straty), w terminie do 30 kwietnia roku następnego. Dla podatników rozliczających się na zasadach ogólnych według skali podatkowej obowiązuje formularz PIT-36. Przy wyborze tej formy opodatkowania można rozliczyć się wspólnie z małżonkiem lub na zasadach przewidzianych dla osób samotnie wychowujących dzieci.

W przypadku gdy przychody za poprzedni rok podatkowy wyniosły co najmniej równowartość 1.200.000 euro powstaje obowiązek prowadzenia ksiąg rachunkowych, zgodnie z ustawą o rachunkowości.

Liniowy podatek dochodowy

Podstawową zaletą często decydującą o wyborze podatku liniowego jest fakt, że bez względu na wysokość dochodów w trakcie roku podatkowego, zawsze stosowana jest jedna stawka podatku - 19%. Zatem przedsiębiorca, który spodziewa się w danym roku podatkowym przekroczyć kwotę 85 528 zł[5] dochodu, powinien zastanowić się nad wyborem podatku liniowego. Chroni on bowiem przed koniecznością odprowadzania 32% podatku do urzędu skarbowego.

Drugim plusem podatku liniowego jest brak obowiązku zapłaty podatku w momencie, kiedy podatnik nie osiągnie przychodu. Nie ma obawy, że konieczne będzie opłacenie podatku nawet w momencie, kiedy w rzeczywistości podatnik nie osiągnie dochodu lub też poniesie stratę.

Trzecim atutem tego podatku jest łatwość wyliczenia zobowiązania podatkowego, ponieważ przedsiębiorca nie musi pamiętać o konieczności uwzględniania kwoty zmniejszającej podatku oraz pamiętania o progach w skali podatkowej.

Niewątpliwą zaś wadą podatku liniowego jest brak możliwości odliczenia kwoty wolnej od podatku. Następną cechą która może przemawiać przeciw niemu, jest brak możliwości skorzystania z ulg podatkowych. Ulgi, np. na dzieci, pozwalają czasem znacznie obniżyć wartość podatku odprowadzanego do urzędu skarbowego - jeśli więc przedsiębiorca może z nich skorzystać, warto wstrzymać się z wyborem metody liniowej. Wybierając podatek liniowy przedsiębiorca powinien pamiętać także, że nie będzie miał

możliwości rozliczenia się wspólnie z małżonkiem lub jako osoba samotnie wychowująca dziecko.

Podatek liniowy może być zatem korzystną formą rozliczenia, z drugiej strony posiada jednak wady, które mogą go zdyskwalifikować w oczach przedsiębiorcy. Podejmując decyzję o wyborze formy opodatkowania warto zatem indywidualnie przekalkulować wszystkie za i przeciw, i wybrać podatek dochodowy najlepiej dopasowany do własnej firmy.

Wyboru podatku liniowego w przypadku rozpoczęcia działalności w trakcie roku, dokonać należy do dnia rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej. Późniejsza zmiana formy w ciągu roku nie jest dopuszczalna.

Jeżeli natomiast dochodzi do zmiany formy opodatkowania - zgłoszenia dokonać należy do 20 stycznia roku, za który podatnik rozliczać się będzie w formie liniowej.

Prawo do rozliczenia podatkiem liniowym nie przysługuje podatnikom, którzy, uzyskali z działalności gospodarczej prowadzonej samodzielnie lub z tytułu prawa do udziału w zysku spółki niemającej osobowości prawnej przychody ze świadczenia usług na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy, odpowiadających czynnościom, które podatnicy lub co najmniej jeden ze wspólników wykonywał lub wykonuje w roku podatkowym w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy. W takim przypadku podatnicy tracą prawo do opodatkowania liniowego i są obowiązani do wpłacenia zaliczek od dochodu osiągniętego od początku roku według skali podatkowej, a gdyby wystąpiła zaległość podatkowa - również odsetek za zwłokę od zaległości z tytułu tych zaliczek.

Kasy fiskalne

Pomimo zwolnienia od podatku od towarów i usług, usług opieki medycznej, które spełniają określone warunki – służą mianowicie profilaktyce, zachowaniu,

[5] Kwota obowiązująca w dniu powstawania raportu.

ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz świadczone są przez konkretne, wymienione przez ustawodawcę podmioty (lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki, położne, psychologów i osoby świadczące powyższe usługi w ramach wykonywania zawodów medycznych), to ustawodawca nie zwolnił tej grupy zawodowej z obowiązku ewidencjonowania usług przy zastosowaniu kas rejestrujących.

Od początku 2015 r. obowiązuje nowe rozporządzenie w tej sprawie.
Minister finansów w rozporządzeniach wskazuje, jaka sprzedaż może być zwolniona ze stosowania kas, a jaka musi być ewidencjonowana bez względu na wysokość obrotów.

Dotychczasowe przepisy zwalniały z obowiązku posiadania kasy fiskalnej lekarzy prowadzących praktyki osiągające niewielki obrót.
Dotyczyło to tych, którzy przyjmowali jedynie osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej i rolników ryczałtowych, i których obrót w poprzednim roku podatkowym był niższy niż 20 tys. zł. Zwolnieni z obowiązku posiadania kasy fiskalnej byli też lekarze, którzy każde świadczenie dokumentowali fakturą, w której znalazły się dane identyfikujące odbiorcę. Dodatkowo nie mogli oni przyjąć w ciągu roku więcej niż 20 pacjentów, a liczba udzielonych im porad nie mogła przekroczyć 50.
Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących z dnia 4 listopada 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1544), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015, wprowadziło zasadę, że każda praktyka lekarska udzielająca świadczeń zdrowotnych na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych - niezależnie od wielkości osiąganego obrotu - będzie musiała posiadać kasę fiskalną.

W praktyce oznacza to, że nawet niewielki obrót osiągnięty w poprzednim roku kalendarzowym będzie skutkować tym, że lekarz prowadzący praktykę będzie musiał zaopatrzyć się w kasę fiskalną.

Nowe rozporządzenie stanowi, że ci podatnicy, którzy na podstawie dotychczasowych przepisów korzystali ze zwolnienia z obowiązku posiadania kasy fiskalnej, są z niego zwolnieni jeszcze do 28 lutego 2015 r.

Po wejściu w życie nowych przepisów kasy fiskalnej nie będą musiały posiadać tylko te praktyki lekarskie, które nie świadczą usług zdrowotnych dla osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych. W praktyce krąg zwolnionych z obowiązku posiadania kasy fiskalnej został ograniczony do lekarzy świadczących swoje usługi wyłącznie w ramach kontraktu z NFZ lub z innym podmiotem gospodarczym - ci lekarze nie rozliczają usług bezpośrednio z pacjentem.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Zasady ubezpieczenia

Podjęcie decyzji o dołączeniu do grona przedsiębiorców osobiście prowadzących działalność gospodarczą wiąże się nierozerwalnie z uzyskaniem statusu płatnika składek do ZUS. Zgłoszenie do ZUS jako płatnik następuje automatycznie wraz ze złożeniem wniosku o wpis działalności do CEIDG, który jest jednocześnie zgłoszeniem identyfikacyjnym do US. Przedsiębiorca musi jeszcze zadbać o zgłoszenie siebie samego jako osoby ubezpieczonej poprzez złożenie druku ZUZ ZUA. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr. 137 poz.887, z późn. zm.) powołała do życia systemem zwany powszechnym, którym objęte zostały wszystkie grupy ubezpieczonych z wyłączeniem rolników indywidualnych, sędziów i prokuratorów oraz osób w służbie (z wyjątkiem służb celnych). System ten ujednolicił (z nielicznymi wyjątkami) zasady i tryb dokonywania zgłoszeń do

ubezpieczenia, rozliczania i opłacania składek na ubezpieczenie społeczne. W systemie ubezpieczenie społeczne podzielono na cztery grupy : ubezpieczenie emerytalne, ubezpieczenie rentowe, ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa (chorobowe), ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (wypadkowe). Osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu. Natomiast ubezpieczenie chorobowe jest dobrowolne i objęcie nim następuje na wniosek osoby zainteresowanej. Płatnik zobowiązany jest również rozliczać należne składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz na Fundusz Pracy, Fundusz emerytur pomostowych i Fundusz gwarantowanych świadczeń pracowniczych (jeżeli ma obowiązek ich płacenia). Obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym osoby prowadzące działalność podlegają od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania działalności, z wyłączeniem okresu, na który zostało zawieszone na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Płatnik opłacający składki wyłącznie na własne ubezpieczenie przekazuje do ZUS tylko deklarację rozliczeniową (ZUS DRA),natomiast zatrudniający pracowników zobowiązany jest do złożenia kompletu dokumentów rozliczeniowych tj. deklaracji rozliczeniowej i imiennych raportów miesięcznych za dany miesiąc kalendarzowy. Płatnik składek zobowiązany jest przesłać w tym samym terminie deklarację rozliczeniową razem z imiennymi raportami miesięcznymi oraz opłacić składki za dany miesiąc, nie później niż:

- do 10 dnia następnego miesiąca - osoby fizyczne opłacające składkę wyłącznie za siebie,
- do 15 dnia następnego miesiąca - pozostali płatnicy(jeśli zatrudniają pracowników, osoby na umowę zlecenie.)

Wysokość składek

Wysokości składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe wyrażone są w formie stopy procentowej, jednakowej dla wszystkich ubezpieczonych: emerytalne - 19,52%, rentowe - 8%, chorobowe - 2,45%. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe jest natomiast zróżnicowana dla poszczególnych płatników składek i ustalana w zależności od poziomu zagrożeń zawodowych i skutków tych zagrożeń, odpowiada połowie najwyższej stopy procentowej tej składki ustalonej dla konkretnych grup działalności na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 29 listopada 2002 r. (Dz. U. nr 200 poz 1692 z późn. zm.) Z chwilą rozpoczęcia wykonywania działalności powstaje także obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego. Osoby prowadzące działalność gospodarczą wraz ze zgłoszeniem ubezpieczenia społecznego składają zgłoszenie podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu .Składka ta naliczana jest w wysokości 9% podstawy stanowiącej 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w IV kwartale roku poprzedniego, podawanego przez GUS.

Jeśli zatrudniasz przy prowadzeniu działalności inne osoby, to zobowiązany jesteś do opłacania, oprócz składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne, także składek na: Fundusz Pracy, Fundusz emerytur pomostowych i Fundusz gwarantowanych świadczeń pracowniczych.

Składka na Fundusz Pracy wynosi 2,45% kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe (bez ograniczenia do trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia). Składki tej nie płacą przedsiębiorcy którzy korzystają z ulgi dla nowych firm tzw. małego ZUS-u oraz osoby, które ukończyły 55 lat (kobieta) i 60 lat (mężczyzna).

Od stycznia 2009 r. powstał obowiązek opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych dotyczy on pracownika urodzonego po 31 grudnia 1948 r. i powstaje z dniem rozpoczęcia wykonywania przez niego pracy w szczególnych

warunkach lub o szczególnym charakterze, a ustaje z dniem zaprzestania wykonywania tych prac. Stopa składki na FEP wynosi 1,5 % podstawy wymiaru, którą stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Składki nie opłaca się za osobę prowadzącą działalność gospodarczą.

Składkę na FGŚP opłaca się za pracowników. Nalicza się ją od wypłat stanowiących podstawę do naliczenia składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalno-rentowe (bez stosowania jej rocznego limitu). Jej wysokość wynosi obecnie 0,10% podstawy wymiaru.

Składki są opłacane przez płatników składek - za pracownika składki opłaca pracodawca, natomiast osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą opłaca składki sama za siebie.

Podstawowe zasady (od których są wyjątki) finansowania składek są następujące:

1) składki na ubezpieczenie emerytalne finansują z własnych środków, w równych częściach, ubezpieczony i płatnik składek,
2) składki na ubezpieczenia rentowe finansują z własnych środków, w równych częściach, ubezpieczony i płatnik składek,
3) składki na ubezpieczenie chorobowe finansują z własnych środków ubezpieczeni,
4) składki na ubezpieczenie wypadkowe finansują z własnych środków płatnicy składek,
5) osoby, które są płatnikami składek na własne ubezpieczenia, finansują z własnych środków całość należnych składek na ubezpieczenia społeczne.

Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne

Dla osób, które rozpoczynają wykonywanie działalności gospodarczej, w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia

wykonywania działalności, podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 30% minimalnego wynagrodzenia. W roku 2014 jest to kwota 504 zł.

Aby opłacać składki od tak ustalonej podstawy wymiaru składek, osoby te muszą jednak spełniać następujące warunki:

1) nie prowadzą lub nie prowadziły pozarolniczej działalności w okresie ostatnich 60 miesięcy kalendarzowych przed dniem rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej
2) nie wykonują działalności gospodarczej na rzecz byłego pracodawcy, na którego rzecz przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej w bieżącym lub poprzednim roku kalendarzowym wykonywały w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej.

Podstawą wymiaru składek pozostałych przedsiębiorców jest kwota zadeklarowana nie niższa niż 60% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. W 2014 r. jest to kwota 2247,60zł. Wskazana wyżej kwota prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia ma też wpływ na podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne dla przedsiębiorcy opłacającego je na zasadach ogólnych. Roczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego za dany rok kalendarzowy. W 2014 r. kwota ta wynosi 112 380zł. Dla osób objętych dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, podstawę wymiaru składki stanowi podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, bez zastosowania rocznego ograniczenia. Podobnie ustala się podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie wypadkowe, z tym że w przypadku tego ubezpieczenia w miesiącach, w których działalność trwała krócej podstawę wymiaru zmniejsza się proporcjonalnie dzieląc przez liczbę dni

kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu.

8. Obowiązki lekarza jako przedsiębiorcy związane ochroną danych osobowych

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r. poz. 1182), zwana dalej ustawą o ochronie danych osobowych nakłada na przedsiębiorców, będących Administratorami Danych Osobowych (ADO) szereg obowiązków. Przede wszystkim każdy Przedsiębiorca musi zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę posiadanych danych osobowych odpowiednią do występujących zagrożeń tj. powinien zabezpieczyć dane przed ich udostępnianiem i zabraniem przez osobę nieupoważnioną, przetwarzaniem niezgodnie z prawem oraz zniszczeniem.

Kolejnym obowiązkiem osób prowadzących działalność gospodarczą jest zapewnienie, aby dane były:

1) Przetwarzane zgodnie z prawem wg tzw. zasady legalności,
2) Przetwarzane zgodnie z celem, do którego zostały zebrane tzw. zasada celowości,
3) Kompletne i aktualne tzw. zasada merytorycznej poprawności,
4) Przetwarzane tylko i wyłącznie w takim zakresie jaki jest niezbędny ze względu na cel ich przetwarzania tzw. zasada adekwatności,
5) Przetwarzane nie dłużej niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania tzw. zasada ograniczenia czasowego**.**

Dane o stanie zdrowia są danymi szczególnie chronionymi, których przetwarzanie, w myśl art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, jest co do zasady zabronione. Art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych dopuszcza przetwarzanie danych szczególnie chronionych, w tym danych o stanie zdrowia, jeżeli odbywa się to 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 jedynie pod warunkiem stworzenia pełnych gwarancji ich ochrony. Powoływanie się na ten przepis jest uprawnione jedynie w odniesieniu do realizacji wymienionych celów i nie może następować w celu uzasadniania udostępniania tych danych innym osobom. Osobie chorej przysługuje bowiem prawo do ochrony sfery życia prywatnego, co obejmuje zwłaszcza ochronę danych szczególnie chronionych, jakimi są dane o jej stanie zdrowia.

Konieczność poszanowania prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych wynika z art. 13 i 14 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z tymi przepisami, pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, a w celu realizacji tego prawa osoby wykonujące zawód medyczny są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem.

Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, wynika także z art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ponadto, zgodnie z art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej, tajemnicą są objęte zarówno informacje o pacjencie, jak i o jego otoczeniu, uzyskane przez lekarza, lekarza dentystę w związku z wykonywaniem czynności zawodowych.

Odnosząc to do konkretnych obowiązków należy zauważyć, iż podmioty lecznicze nie mają wprawdzie obowiązku zgłaszania zbioru swoich pacjentów do GIODO, niemniej jednak muszą spełniać wszystkie warunki formalne i techniczne wymagane w ustawie w zakresie tworzenia zbiorów danych osobowych i ich przetwarzania. Konieczne jest posiadanie dokumentacji

opisującej politykę bezpieczeństwa ochrony danych osobowych w danej jednostce i posiadanie instrukcji zarządzania systemem informatycznym do przetwarzania danych osobowych – oczywiście dla posiadających taki elektroniczny system, w którym prowadzą dokumentację pacjentów. Dla jednostek prowadzących tylko dokumentację papierową wystarczy polityka bezpieczeństwa. Polityka bezpieczeństwa winna zawierać:

1) wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe,
2) wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych,
3) opis struktury zbiorów danych wskazujący zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi,
4) sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami,
5) określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych.

Swoje niezbędne wymogi posiada również instrukcja zarządzania systemem informatycznym, która musi być spisana jeśli lekarz do prowadzenia dokumentacji medycznej wykorzystuje programy komputerowe.

Instrukcja ta powinna posiadać m.in.:

1) procedury nadawania uprawnień do przetwarzania danych osobowych i rejestrowania tych uprawnień w systemie oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za te czynności,
2) procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy,
3) procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych,
4) sposób zabezpieczenia systemu informatycznego przed działalnością oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu informatycznego.

9. Obowiązki lekarza wynikające z ustawy o odpadach

Zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21) zwana dalej ustawą o odpadach, odpadami medycznymi są odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny. Z przedmiotowego aktu normatywnego wynikają następujące obowiązki lekarzy prowadzących praktyki zawodowe, wytwarzających odpady medyczne, z wyjątkiem praktyk wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego oraz praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne:

1) Prowadzenie ewidencji odpadów – ewidencja taka musi być prowadzona na bieżąco oraz musi dotyczyć ilościowej i jakościowej ewidencji tych odpadów,
2) Składanie zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz o sposobach gospodarowania nimi,
3) Przechowywanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych – dokumenty te powinny być przechowywane na bieżąco, w formie elektronicznej lub papierowej[6] (obowiązek ten został wprowadzony Rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych **(**Dz.U. 2014, poz. 107**)**.

Sposób postępowania z odpadami medycznymi uregulowany został w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U.

[6] Obowiązek ten nie wynika wprost z Rozporządzenia a jest wynikiem interpretacji zapisów rozporządzenia oraz

2010 nr 139 poz. 940). Odpady medyczne zbiera się zazwyczaj w miejscach ich powstawania, uwzględniając ich właściwości, sposób unieszkodliwiania lub odzysku. Zasada ta nie ma zastosowania jedynie w przypadku, gdy odpady medyczne powstały w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania. Takie odpady powinny być usunięte przez osoby udzielające takich świadczeń zdrowotnych.

Rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi reguluje również sposób segregowania odpadów medycznych (z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach). Odpady powinny być one zbierane do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia, w następujących kolorach:

1) kolor czerwony – odpady medyczne o kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*,
2) kolor żółty –odpady medyczne o kodach 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10*,
3) kolor inny niż czerwony lub żółty – odpady medyczne o kodach 18 01 01, 18 01 04, 18 01 07, 18 01 09.

Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie i przecięcie. Wyżej opisane zasady oznaczania kolorami poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio.

Rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami

---

normom wynikających z Ustawy o odpadach.

medycznymi przewiduje, iż pojemniki lub worki zapełnia się do 2/3 ich objętości w taki sposób, aby możliwe było ich bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia. Pojemniki takie lub worki powinny być wymieniane nie rzadziej niż co 72 godz., a w przypadku uszkodzenia worka lub pojemnika należy go w całości umieścić w innym większym nieuszkodzonym worku lub pojemniku. Każdy worek i pojemnik powinien być odpowiednio oznakowany, tzn. zawierać kod przechowywanych w nim odpadów, adres zamieszkania lub siedzibę wytwórcy odpadu oraz datę zamknięcia.

Rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi wprowadza zasady czasowego magazynowania odpadów medycznych przed poddaniem ich procesowi unieszkodliwiania. Różnicuje ono czas i temperaturę magazynowania ze względu na rodzaj odpadów. Po każdym usunięciu odpadów medycznych w postaci części ciała i organów oraz pojemników na krew i konserwantów służących do jej przechowywania (z wyłączeniem odpadów medycznych o kodzie 18 01 03), pomieszczenie lub urządzenie powinno być poddane dezynfekcji, a następnie umyte.
W dniu 22 lutego 2014 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (Dz. U. poz. 107). Rozporządzenie w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych nie wprowadza wprost nowego obowiązku dla wytwórców zakaźnych odpadów medycznych. Określa wzór dokumentu, który posiadacz odpadów medycznych jest obowiązany przekazać wytwórcom tych odpadów, jak również wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania zakaźnych

odpadów medycznych.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych, przekazanie dokumentu powinno nastąpić nie później niż po upływie 14 dni od końca miesiąca kalendarzowego, którego przedmiotowy dokument dotyczy. Obowiązek zatem ciąży, co do zasady, na posiadaczu odpadów medycznych, jednakże dokument ten jest potwierdzeniem przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie zakaźnymi odpadami wytwórcy odpadów na posiadacza odpadów. Zgodnie z ustawą o odpadach, wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie tych odpadów z chwilą dokonania unieszkodliwienia odpadów przez następnego ich posiadacza przez termiczne przekształcenie zakaźnych odpadów medycznych w spalarni odpadów niebezpiecznych. Biorąc pod uwagę powyższe potwierdzić przejście odpowiedzialności za gospodarowanie zakaźnymi odpadami, wytwórca powinien wnioskować o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych oraz przechowywać egzemplarz tego dokumentu. Ustawa o odpadach stanowi, iż dokument ten powinien być przez wytwórcę odpadów przechowywany przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym go sporządzono. Sankcją za niewykonanie powyższego obowiązku jest kara aresztu lub grzywny. Przepisy nie wprowadzają powinności każdorazowego wnioskowania przez wytwórcę do posiadacza odpadów medycznych o przekazanie omawianego dokumentu. Wskazane jest, aby wniosek taki został zawarty w umowie zawieranej przez wytwórcę z podmiotem utylizującym odpady, celem zabezpieczenia wytwórcy przed ewentualną odpowiedzialnością za nieposiadanie przedmiotowego dokumentu.

10. Obowiązki lekarza związane z korzystaniem ze środowiska naturalnego

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. prawo o ochronie środowiska (Dz.U. z 2008 r. Nr 25, poz. 150 z późn. zm.) zwana dalej ustawą o ochronie środowiska, wprowadza zasadę, zgodnie z którą podmiot korzystający ze środowiska jest zobowiązany ponieść w związku z tym opłatę.

W art. 3 pkt 20 ustawy o ochronie środowiska podmiot korzystający został zdefiniowany jako przedsiębiorca w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, a także osoby prowadzące działalność wytwórczą w rolnictwie w zakresie upraw rolnych, chowu lub hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego oraz osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki.

Zgodnie z art. 273 ust. 1 ustawy prawo ochrony środowiska, opłata za korzystanie ze środowiska jest ponoszona za:

1) wprowadzanie gazów lub pyłów do powietrza, np. korzystanie z samochodu w ramach prowadzenia działalności gospodarczej,
2) wprowadzanie ścieków do wód lub do ziemi,
3) pobór wód np. w przypadku posiadania własnych ujęć wody,
4) składowanie odpadów.

Wysokość przedmiotowych opłat zależy od:

1) ilości i rodzaju gazów lub pyłów wprowadzanych do powietrza,
2) ilości i jakości pobranej wody oraz od tego, czy pobrano wodę powierzchniową czy podziemną, a także od jej przeznaczenia,
3) ilości, stanu i składu ścieków wprowadzonych do wód lub do ziemi oraz od ich rodzaju,
4) ścieki jako wody chłodnicze od temperatury tych wód,

5) wielkości, rodzaju i sposobu zagospodarowania terenu, z którego odprowadzane są ścieki (wody opadowe i roztopowe),
6) rodzaju substancji zawartych w ściekach i ich ilości albo od wielkości produkcji ryb innych niż łososiowate lub innych organizmów wodnych, wyprodukowanych w obiektach chowu lub hodowli ryb oraz innych organizmów wodnych,
7) ilości i rodzaju składowanych odpadów.

Podmiot korzystający ze środowiska ma obowiązek:

1) prowadzić aktualizowaną co pół roku ewidencję danych zawierającą informacje o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat,
2) ustalać we własnym zakresie wysokość należnej opłaty, według stawek obowiązujących w okresie, w którym korzystanie ze środowiska miało miejsce,
3) wnosić bez wezwania należną opłatę do końca miesiąca po upływie każdego półrocza), na rachunek urzędu marszałkowskiego właściwego ze względu na miejsce korzystania ze środowiska.
4) Przedstawiać marszałkowi województwa, a także wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska, wykaz zawierający dane, na podstawie których została wyliczona opłata.

Zgodnie z art. 289 ust. 1 ustawy prawo ochrony środowiska podmiot nie wnosi opłat z tytułu tych rodzajów korzystania ze środowiska spośród wymienionych w art. 273 ust. 1 (wprowadzanie gazów lub pyłów do

powietrza, wprowadzanie ścieków do wód lub do ziemi, pobór wód, składowanie odpadów), których półroczna wysokość nie przekracza 400 zł.[7]

Fakt, że korzystający ze środowiska jest zwolniony z opłaty nie zwalnia go z obowiązku sporządzania i przesyłania, w terminie do końca miesiąca następującego po upływie każdego półrocza, informacji zawierającej wykaz oraz dane wykorzystane do ustalenia wysokości opłaty.

Jeżeli podmiot korzystający ze środowiska nie przedłożył wykazu zawierającego informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat marszałek województwa wymierza opłatę, w drodze decyzji i na podstawie własnych ustaleń lub wyników kontroli wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska.

Jeżeli podmiot korzystający ze środowiska zamieści w wykazie informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat i informacje lub dane nasuwające zastrzeżenia marszałek województwa wymierza w drodze decyzji, na podstawie własnych ustaleń lub wyników kontroli wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska, opłatę w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy opłatą należną a wynikającą z wykazu.

W razie nie uiszczenia przez podmiot korzystający ze środowiska opłaty albo uiszczenia opłaty w wysokości nasuwającej zastrzeżenia marszałek województwa na podstawie własnych ustaleń oraz wyników kontroli wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska wymierza opłatę w drodze decyzji.

W przypadku nieterminowego regulowania zobowiązań podmiot korzystający ze środowiska uiszcza opłatę podstawową wraz z odsetkami ustawowe za zwłokę.

[7] W przypadku większości lekarzy wykorzystujących samochód do prowadzonej przez siebie praktyki lekarskiej wytworzona ilość gazów i pyłów jest niska i zazwyczaj nie powstanie obowiązek uiszczenia opłaty.

Marszałek województwa sprawuje kontrolę przestrzegania i stosowania przepisów o ochronie środowiska w zakresie objętym jego właściwością.

Kontrolujący, wykonując kontrolę, jest uprawniony do:

1) wstępu wraz z rzeczoznawcami i niezbędnym sprzętem przez całą dobę na teren nieruchomości, obiektu lub ich części, na których prowadzona jest działalność gospodarcza, a w godzinach od 6 do 22 – na pozostały teren;
2) przeprowadzania badań lub wykonywania innych niezbędnych czynności kontrolnych;
3) żądania pisemnych lub ustnych informacji oraz wzywania i przesłuchiwania osób w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego.

Rozdział opracowany na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2013 r., poz. 217, z późn. zm.), stan prawny na dzień 1 grudnia 2014 r.
2. Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
3. Kodeksu cywilnego z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz. U. z 2014 r, poz. 121) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
4. Kodeksu spółek handlowych z dnia 15 września 2000 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1030, z późn. zm.) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
5. Ustawy 26 lipca 1991 r. dnia o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 1991 r. Nr 80, poz. 350, z późn. zm.) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
6. Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.

7. ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144 poz. 930) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
8. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadku przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków (Dz. U. z 2013 r, poz. 878, z późn. zm.) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
9. Ustawy z dnia 29 sierpnia 19997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r., poz. 1182) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
10. Ustawy za dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
11. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
12. Rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (Dz.U poz. 107) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
13. Ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. prawo o ochronie środowiska (Dz.u. z 2008 r. Nr 25, poz. 150, z późn. zm.) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
14. A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy - Przykłady – Orzecznictwo, Wydawnictwa C.H. Beck, wydanie 1, Warszawa 2013.
15. J. Nowak-Kubiak, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz. CH Beck 2012 r.
16. M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz. ABC 2012

III. Lekarz jako pracownik

1. Wstęp - zagadnienia ogólne

Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę oparte jest na przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, zwany dalej Kodeksem pracy lub w skrócie k.p.. Przez nawiązanie stosunku pracy pracownik – lekarz zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca - do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem (art. 22 § 1 k.p.). Podporządkowanie pracownika w procesie pracy, czyli wykonywanie pracy pod kierownictwem pracodawcy jest elementem charakterystycznym dla stosunku pracy.

Lekarz zatrudniony na podstawie umowy o pracę nie odprowadza samodzielnie podatku ani składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, robi to za niego pracodawca, będący płatnikiem. Lekarzowi przysługuje płatny urlop wypoczynkowy, jako pracownik objęty jest ochroną jaką przewiduje prawo pracy, np. przed dyskryminacją, ochroną stosunku pracy w razie macierzyństwa, o także ochroną związkową. Lekarz ma prawo do odprawy emerytalnej i rentowej, a także nagród jubileuszowych.

W postępowaniu odszkodowawczym o błąd w sztuce występuje tylko pracodawca, który w razie niekorzystnego dla siebie rozstrzygnięcia może wystąpić wobec lekarza sprawcy szkody z regresem, ale do wysokości trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia (art. 119 i 120 k.p.). Wyjątkiem o tej zasady jest art. 122 k.p. zgodnie, z którym pracownik jest zobowiązany do naprawienia szkody w całej wysokości gdy wyrządził szkodę umyślnie. Pracownik umyślnie wyrządza szkodę nie tylko wtedy, gdy celem jego działania jest wyrządzenie szkody, ale również w sytuacji, kiedy, rozmyślnie naruszając obowiązki pracownicze, godzi się na jej powstanie

Poniżej zostaną przedstawione najistotniejsze kwestie dotyczące praw i obowiązków pracowników – lekarzy:

2. Dobowy i tygodniowy czas pracy lekarzy

Czas pracy to czas w którym pracownik pozostaje do dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wskazanym do wykonywania pracy (art. 128 k.p.). Powyższa definicja nie łączy czasu pracy z czasem realnego, efektywnego świadczenia pracy, lecz z czasem pozostawania w dyspozycji pracodawcy. Czas pracy jest istotnym elementem organizacji i porządku pracy. Pracodawca może dysponować czasem pracy stosownie do swoich potrzeb, dostosowując się jednak do norm czasu pracy określonych przepisami.

Podstawowe uregulowania w zakresie czasu pracy znajdują się w Kodeksie pracy. W przypadku lekarzy pracowników dodatkowe regulacje (odmienne od tych zawartych w Kodeksie pracy znajdują się w ustawie o działalności leczniczej).

Ustawa o działalności leczniczej określa m.in. normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych i w tym zakresie stanowi lex specialis (przepis szczególny – co przysługuje pierwszeństwo jej stosowania) w stosunku do norm k.p. Zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje wyjątki od zasady dobowej normy czasu pracy 7 godzin i 35 minut oraz tygodniowej 37 godzin 55 minut w przyjętym okresie rozliczeniowym. Dotyczą one:

1) pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych - ich czas pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin na tydzień (art. 93 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej);
2) pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami - ich czas pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym nie może przekraczać 6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień (art. 93 ust.3 ustawy o działalności leczniczej).

3) możliwość stosowania rozkładów czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę (art. 94 ust. 1 ustawy o działalność leczniczej) - kwestia ta zostanie omówiona przy systemie równoważnego czasu pracy.

Wymiar czasu pracy ma aspekt dobowy i tygodniowy.

Okres rozliczeniowy to ustalony czas, w ramach którego następuje obliczenie, a następnie rozliczenie czasu pracy pracowników. Obejmuje on kolejno po sobie następujące tygodnie lub miesiące, w których dokonuje się obliczenia wymiaru czasu pracy obowiązującego danego pracownika oraz ustalenia, czy przepracowany czas mieści się w granicach określonych norm, czy je przekracza. Z zasady okres rozliczeniowy wyznaczany jest w miesiącach. Trwa on wówczas od pierwszego dnia miesiąca, od którego okres rozliczeniowy się zaczyna, do ostatniego dnia miesiąca kończącego okres rozliczeniowy, bez względu na to, ile dni mają te miesiące. Krótsze okresy rozliczeniowe są w zasadzie korzystne dla pracownika, ponieważ szybciej w nich następuje zrównoważenie czasu pracy, gdy pracownik wykonuje pracę w różnej liczbie godzin w poszczególnych dniach. Dla pracodawcy bardziej komfortowe są długie okresy rozliczeniowe, w ramach których elastycznie może zorganizować

pracę w zakładzie, tak aby nie przekroczyć limitów godzin i uniknąć zapłaty za godziny nadliczbowe.

Okres rozliczeniowy w podmiocie leczniczym dla normy podstawowej nie może przekraczać trzech miesięcy.
Należy zauważyć, iż norma tygodniowa czasu pracy nie ma charakteru sztywnego a przeciętny. Tym samym pracownik nie musi w każdym tygodniu przyjętego okresu rozliczeniowego przepracować dokładnie 37 godzin 55 minut. Pracownik może w jednym tygodniu pracować dłużej niż 37 godzin 55 minut, w innym natomiast krócej. Ostatecznie jednak w przyjętym okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż trzy miesiące czas pracy nie może przekroczyć średnio 37 godzin 55 minut tygodniowo.
Ponadto należy pamiętać, że czas pracy pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

3. Prawo do odpoczynku:

Pracownikowi przysługuje zasadniczo w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Ponadto pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

Praca wykonywana ponad obowiązujące pracownika normy czasu pracy, a także praca wykonywana ponad przedłużony dobowy wymiar czasu pracy, wynikający z obowiązującego pracownika systemu i rozkładu czasu pracy, stanowi pracę w godzinach nadliczbowych. Za taką pracę, oprócz normalnego

wynagrodzenia, przysługuje dodatek w wysokości 50 % lub 100 % wynagrodzenia albo czas wolny od pracy[8].

4. Równoważny czas pracy

Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę. Powyższy okres rozliczeniowy nie może być dłuższy niż miesiąc. W szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, nie więcej jednak niż do czterech miesięcy. Rozkład czasu pracy powinien być stosowany na podstawie harmonogramów pracy ustalanych dla przyjętego okresu rozliczeniowego, określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy.

W analizowanych rozkładach czasu pracy wymiar czasu pracy:

1) pracownic w ciąży,
2) pracowników opiekujących się dzieckiem do lat 4,

bez ich zgody nie może przekraczać 8 godzin na dobę.

5. Dyżur medyczny

Zgodnie z art. 95 ustawy o działalności leczniczej, pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (np. w szpitalu, zakładzie opiekuńczo-

[8] 1) 100% wynagrodzenia - za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w nocy, w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, w dniu wolnym od pracy udzielonym pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub w święto, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy,

2) 50% wynagrodzenia - za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w każdym innym dniu niż określony w pkt 1 (także w sobotę, nawet wówczas, gdy jest ona ustalona dniem wolnym od pracy z tytułu przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy).

leczniczym, hospicjum) mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego.

Dyżurem medycznym jest wykonywanie przez osoby wykonujące zawód medyczny i posiadające wyższe wykształcenie, poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy. Dyżur medyczny, chociaż wlicza się do czasu pracy, nie stanowi jednak pracy w godzinach nadliczbowych w rozumieniu k.p. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Brak normy prawnej, która wskazywałaby na maksymalną liczbę dyżurów medycznych, która może być wykonana w danym okresie rozliczeniowym.

Za pracę w ramach dyżuru medycznego przysługuje wynagrodzenie.

6. Maksymalny czas pracy

Zgodnie z art. 97 ustawy o działalności leczniczej, pracownikowi podmiotu leczniczego przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. W każdym tygodniu pracownik ma prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

W przypadku uzasadnionym organizacją pracy pracownikowi, pracującemu w równoważnym czasie pracy przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.

Normy te są realizacją dyrektywy nr 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003, s. 9).

7 .Klauzula opt-out

Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie (tzw. klauzula opt-out), zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Okres rozliczeniowy nie może być w tym przypadku dłuższy niż cztery miesiące. Zgoda ta musi być uprzednia i wyrażona w formie pisemnej oraz dobrowolna. Zgoda ta może mieć charakter ogólny – tzn. obejmować więcej niż jeden okres rozliczeniowy. Może być wyrażona już przy zawieraniu umowy o pracę, jak też w czasie trwania stosunku pracy. Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących wobec pracowników, którzy nie wyrazili wyżej opisanej zgody (np. pomijanie przy nagrodach, podwyżkach, finansowaniu szkoleń).

Pracownik może cofnąć zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, informując o tym pracodawcę na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Za pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym przysługuje wynagrodzenie.

Maksymalną przeciętną liczbę godzin pracy przy podpisaniu przez lekarza klauzuli opt-out, ustala się pomniejszając wszystkie kalendarzowe godziny w tygodniu o godziny odpoczynków dobowych i tygodniowego, które muszą być

lekarzowi udzielone w trakcie takiego tygodnia. Zatem maksymalna ilość godzin przy takim wyliczeniu będzie wynosiła 78 godzin tygodniowo.

8. Kwestia transferowania części godzin dyżurów medycznych do puli etatowej i idącego w ślad za tym pomniejszania wynagrodzenia dyżurowego

Zgodnie ze stanowiskiem Państwowej Inspekcji Pracy godziny wypracowane przez lekarza w ramach pełnienia dyżuru medycznego uzupełniają niewypracowany, z powodu udzielenia mu odpoczynków dobowych, wymiar czasu pracy.

Dla zobrazowania problemu należy w pierwszej kolejności wskazać, iż czas pracy na dyżurze jest wliczany do czasu pracy, natomiast czas odpoczynku nie wchodzi do czasu pracy.

Przykład:

W danym okresie rozliczeniowym lekarz miał do przepracowania 150 godzin (wynikające z miesięcznego czasu pracy) oraz zaplanowane dyżury na 110 godzin.

Pracownik przepracował 130 godzin – wynikało to z konieczności udzielenia obowiązkowych nieprzerwanych odpoczynków dobowych.

Praca na dyżurze wyniosła 110 godzin.

Skoro czas dyżuru wlicza się do czasu pracy, to czas świadczenia dyżuru dopełnia niedopracowany wymiar czasu pracy w danym okresie rozliczeniowym. Zatem pracownik otrzymać powinien normalne wynagrodzenie za 150 godzin pracy, które winien przepracować zgodnie z obowiązującym go w danym okresie rozliczeniowym wymiarem czasu pracy oraz normalne wynagrodzenie za 90 godzin dyżuru medycznego (150 – 130 = 20, 110 -20 = 90).

Zgodnie z art. 95 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 151^1 § 1-3 Kodeksu pracy. Oznacza to, że stosujemy w tym przypadku reguły dotyczące wynagradzania za pracę w godzinach nadliczbowych. (reguły te zostały omówione powyżej)

Kwestia możliwości transferowania części godzin dyżurów medycznych do puli etatowej ta była także przedmiotem czterech wyroków Sądu Najwyższego, nadal jednak pozostaje sporna – głownie z względu na fakt, iż brak jednej linii orzeczniczej w tej kwestii.

Pierwszy wyrok dotyczący przedmiotowej kwestii został wydany na podstawie skargi pozwanego szpitala. W dniu 4 czerwca 2013 r. Sąd oddalił skargę (sygn. akt I PK 293/12). Oto fragmenty uzasadnienia pisemnego: „...Skarga kasacyjna nie ma usprawiedliwionej podstawy, bowiem pomija się w niej zasadniczą regułę, zgodnie z którą czas pełnienia dyżurów medycznych stanowi dla pracowników wykonujących zawody medyczne odrębną od ich zwykłej pracy kategorię aktywności zawodowej, wobec czego praca świadczona w ramach tego dyżuru musi być wynagradzana na innych zasadach niż normalna praca...”. W uzasadnieniu możemy też przeczytać, że „...Dla rozstrzygnięcia rozpoznawanej sprawy przesądzające (i wystarczające) jest stwierdzenie, że za czas dyżuru medycznego pracownikowi zawsze przysługuje wynagrodzenie, jak za godziny nadliczbowe, bez względu na to, czy czas dyżuru spowodował przekroczenie obowiązującego go czasu pracy w ramach etatu oraz bez względu, czy pracownik jest zatrudniony w pełnym, czy niepełnym wymiarze czasu pracy. Dla takiego sposobu ustalenia wynagrodzenia za czas dyżuru medycznego (jak za pracę w godzinach nadliczbowych) nie mają też znaczenia przyczyny, dla których nie było możliwe wypracowanie obowiązującego

pracownika nominału czasu pracy...".

Oddalając skargę kasacyjną, Sąd Najwyższy potwierdził 4 czerwca 2013 r. prawo lekarzy do odszkodowania z tytułu uszczuplania wynagrodzenia dyżurowego. Podobnie zresztą orzekały w tego rodzaju sprawach sądy rejonowe i okręgowe w Rzeszowie, Krakowie, Łodzi i w Białymstoku.

Rozstrzygając drugą z kolei skargę kasacyjną w podobnej sprawie, Sąd Najwyższy 8 października 2013 r. orzekł odwrotnie (sygn. akt III PK 110/12). W uzasadnieniu pisemnym Sąd dokonał krytyki poprzedniego wyroku Sądu Najwyższego. Ponadto z uzasadnienia wynika, że „...Pozwany mógł zaliczyć zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w części wypłaconej za czas niewykonywania pracy na poczet należnego pracownikowi wynagrodzenia za czas pracy rzeczywiście wykonanej w postaci dyżurowania. (...) Z wyroku z 4 czerwca 2013 r., sygn. akt I PK 293/12 (...) wynika, że Sąd Najwyższy zaakceptował równoczesne uzyskanie przez pracownika wynagrodzenia zasadniczego za nieprzepracowany normalny czas pracy oraz za czas rzeczywiście pełnionego dyżuru. (...) należy stwierdzić, że lekarz, który godzi się na pełnienie dyżurów w rozmiarze wyłączającym możliwość wykonania pracy w pełnym wymiarze normalnego czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie nabywa prawa do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany z tego powodu w normalnym czasie pracy".

Uchylając zaskarżony wyrok i przekazując sprawę o sygn. akt III PK 110/12 do ponownego rozpoznania przez sąd okręgowy, Sąd Najwyższy zanegował prawo lekarzy do wynagrodzenia z tytułu dnia wolnego po dyżurze. Zajął więc stanowisko przeciwne niż Sąd Najwyższy w sprawie o sygn. akt I PK 293/12.

W dniu 13 listopada 2013 r., Sąd Najwyższy wydał trzeci wyrok dotyczący nieprawidłowego wyliczania dodatków dyżurowych przy przerzucaniu godzin dyżurowych do etatu (sygn. akt I PK 110/13).

W ustnym uzasadnieniu wyroku Sąd stwierdził wówczas: „Godziny dyżuru

stanowią odrębną jednostkę czasu pracy i muszą być wydzielone w harmonogramie czasu pracy, zaś po ich wypełnieniu nie wolno ich zmieniać".

Najnowszy wyrok Sądu Najwyższego (sygn. akt I PZP 2/14) przyznaje rację szpitalowi. W uzasadnieniu uchwały Sad zaznaczył, że czas pracy lekarzy reguluje ustawa o działalności leczniczej. Jej art. 95 pozwala wliczać dyżury medyczne do normalnego czasu pracy. Tak by dopełnić wymiar tygodniowy. Wprawdzie jeśli chodzi o wynagrodzenie, ustawa nakazuje stosować kodeks pracy, ale z pewnymi modyfikacjami, które pozwalają szpitalowi nie płacić lekarzowi dodatków za godziny dyżuru wliczone do etatu.

W związku z tym, jeśli część dyżuru wchodzi do podstawowego etatu, przysługuje też za nią wynagrodzenie jak za etat. Za pozostałą część dyżuru szpital powinien płacić jak za nadgodziny.

9. Porównanie podstawowego systemu czasu pracy oraz równoważnego systemu czasu pracy

	Podstawowy	**Równoważny**
Dobowy maksymalny czas pracy	7 h 35 min	12h
Okres rozliczeniowy	Do czterech miesięcy	Do trzech miesięcy

Rozdział opracowany na podstawie:

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm), stan prawny na dzień 1 grudnia 2014 r.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2013 r., poz. 217, z późn. zm.), stan prawny na dzień 1 grudnia 2014 r.
3. Dyrektywa nr 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003)
4. J. Nowak-Kubiak, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz. CH Beck 2012 r.
5. M. dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz. ABC 2012
6. Czas pracy w zakładach opieki zdrowotne , Tadeusz M. Nycz, stan prawny na 31 marca 2010 r.
7. A. Świątkowski, Kodeks pracy. Komentarz. CH Beck 2012
8. K. Walczak, Kodeks pracy. Komentarz. CH Beck 2014
9. J. Warty, Kodeks Pracy. Komentarz CH Beck 2013

IV. Odpowiedzialność lekarzy – zagadnienia wstępne

Lekarz w związku z wykonywanym przez siebie zawodem może zostać pociągnięty do odpowiedzialności. Za jeden czyn lekarz może ponosić odpowiedzialność:

1) cywilną,
2) karną,
3) zawodową,
4) pracowniczą.

Odpowiedzialność cywilna jest odpowiedzialnością majątkową zobowiązanego (dłużnika). Główną funkcją odpowiedzialności cywilnej jest funkcja kompensacyjna, której celem jest wyrównanie uszczerbku doznanego przez poszkodowanego w dobrach prawnie chronionych. W przypadku szkody majątkowej na osobie z reguły przybiera postać restytucji pieniężnej, czy to w postaci odszkodowania czy też renty, gdy zachodzi szkoda niemajątkowa (cierpienia fizyczne i krzywda moralna) poszkodowany może żądać zadośćuczynienia pieniężnego za doznana krzywdę.

Kolejnym rodzajem odpowiedzialności jest odpowiedzialność karna tzn. odpowiedzialność za popełnione przestępstwo. W postępowaniu karnym może zostać wymierzona kara grzywny, ograniczenia wolności i pozbawienia wolności. Ponadto Kodeks karny przewiduje szereg środków karnych które mogą zostać zastosowane w stosunku do sprawcy czynu w tym np. zakaz wykonywania zawodu[9], wypłata nawiązki[10], podanie wyroku do publicznej

[9] W związku z obecną konstrukcją prawa karnego w szczególności norm związkach z środkami karnymi zastosowanie w stosunku do lekarza środka karnego w postaci zakazu wykonywania zwodu w przypadku przestępstwa związanego z popełnieniem przez lekarza błędu w sztuce wydaje się mało prawdopodobne. Zastosowanie środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu może stać się realne w przypadku wystąpienia recydywy (wielkokrotnego popełnienia przestępstwa) lub dopuszczenia się przez lekarza przestępstwa pod wpływem alkoholu lub środków odurzających. Sąd może w takim przypadku stwierdzić, iż dalsze wykonywanie zawodu lekarza zagraża istotnym dobrom chronionym prawem.

[10] Nawiązkę sąd może orzec tylko w przypadku umyślnego popełnienia przestępstwa . Co do zasady przestępstwa związane z błędem lekarskim nie mają charakteru przestępstw umyślnych, wyjątkiem jest przestępstwo

wiadomości.

Odpowiedzialność zawodowa to odpowiedzialność za naruszenie zasad wykonywani zawodu oraz zasad etyki zawodowej. Ponieważ głównym celem jest ukaranie lekarza ma ona charakter odpowiedzialności quasi-karnej.

Odpowiedzialność pracownicza dotyczy jedynie lekarzy- pracowników i obejmuje możliwość ukarania pracownika za naruszenie obowiązków pracowniczych.

przerywania ciąży.

V. Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem zawodu lekarza

Kwestie opisane w przedmiotowym rozdziale mają zastosowanie zarówno do lekarzy jak także do podmiotów leczniczych. Jednakże biorąc pod uwagę ograniczenie tematyki raportu do praw i obowiązków lekarzy przedmiotowe rozważania zostały ujęte w kontekście lekarza. Niewątpliwie należy jednak pamiętać, iż lekarz prowadzący działalność gospodarczą jest także podmiotem leczniczym.

1. Należyta staranność jako podstawa podejmowanych przez lekarza działań

Podstawowym obowiązkiem lekarza przy wykonywaniu zawodu[11] jest obowiązek starannego działania oznacza to że działania lekarza nie są i nie powinny być oceniane w kategoriach osiągniętego rezultatu. Tym samym oceniając prace lekarza bierzemy za miernik podjęte przez lekarza działania (czy zmierzały do osiągnięcia celu najlepszego dla pacjenta) a nie czy sam efekt został osiągnięty.

W wyroku z dnia 3 marca 1998 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie[12] orzekł, iż wymagania wysokiej staranności, jakiej oczekuje się od lekarzy, nie mogą przekładać się na przypisywanie im obowiązków praktycznie niemożliwych do wykonania. Z pewnego rodzaju czynnościami medycznymi nieodłącznie wiąże się bowiem zwiększone ryzyko powstania szkody, którego niejednokrotnie nie da się wyłączyć ani uniknąć, nawet przy zachowaniu maksymalnej staranności.

Jednocześnie jednak trzeba pamiętać, iż zachowanie należytej staranności

[11] Niezależnie od prawnych podstaw świadczenia usług medycznych i charakteru relacji lekarz – pacjent (odpłatna wizyta w gabinecie lekarskim, korzystanie ze świadczeń dostępnych nieodpłatnie w szpitalu lub przychodni)

obejmuje cały zakres czynności podejmowanych przez lekarza (zarówno na etapie przeprowadzania badań diagnostycznych jak i leczenia).
Wymóg zachowania staranności w działaniu dotyczy także szeroko rozumianego obowiązku zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa i higieny w czasie pobytu w podmiocie leczniczym.
Określając należytą staranność należy wskazać na profesjonalny (fachowy) charakter działań lekarza. Tym samym staranność ta powinna być szczególnie wysoka. (standard profesjonalisty - art. 355 § 2 Kodeksu cywilnego).

W wyroku z dnia 29 października 2003 r.[13] Sąd Najwyższy stwierdził, że lekarz powinien przeprowadzać zabiegi operacyjne zgodnie ze sztuką i nauką lekarską oraz najwyższą starannością wymaganą od profesjonalisty.

2. Wzorzec dobrego lekarza

Biorąc pod uwagę kryteria podwyższonej staranności literatura oraz orzecznictwo wypracowały „wzorzec dobrego lekarza".
Wzorzec ten:

a) ma charakter obiektywny i zarazem abstrakcyjny, tym samym całkowicie niezależny od indywidualnych cech i właściwości danego lekarza (jego niedoświadczenia, nawyków itp.)
b) jest zmienny (elastyczny) w zależności od tego, jakiej specjalizacji medycznej dotyczy. W sytuacji podejmowania czynności, do których kwalifikowany jest wyłącznie specjalista, zachowanie lekarza podlegać więc będzie ocenie według wzorca przyjętego dla specjalisty.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 października 1945 r.[14] uznał

[12] I ACa 14/98, Wokanda 1998/10
[13] Sygn. akt III CK34/02, Orzecznictwo Sądów Powszechnych 2005/4, poz. 54
[14] Sygn. Akt C I 204/45, Zbiór Orzeczeń z 1946, poz. 18

odpowiedzialność ginekologa, który pełniąc dyżur w szpitalnej izbie przyjęć, po konsultacji z okulistą przeprowadził zabieg wycięcia krwiaka na podudziu (zabieg, który okazał się nieuzasadniony medycznie), doprowadzając do powstania zakażenia i w konsekwencji – do śmierci pacjentki.

W wyroku z 7 stycznia 1966 r.[15] Sąd Najwyższy przyjął, że można, a nawet należy wymagać od lekarza nie będącego specjalistą, aby nie tylko skierował chorego do specjalisty, ale nawet uczulił pacjenta na konieczność leczenia specjalistycznego, jeżeli w rachubę wchodzi możliwość powstania kalectwa.

W wyroku z 11 marca 1976 r.[16] Sąd Najwyższy uznał odpowiedzialność lekarza internisty, który na skutek niewłaściwego leczenia złamania spowodował trwałe kalectwo polegającego na usztywnieniu nogi w stawie skokowym. Sąd Najwyższy wskazał, że złożenia nogi dokonał lekarz o niewłaściwej specjalizacji (internista), a przy tym niedoświadczony (z zaledwie 4-mies. stażem pracy).

c) jest także uzależniony od miejsca wykonywania praktyki – stopień referencyjności szpitala, wyposażenie podmiotu leczniczego, dostępność badań. Nie ma znaczenia natomiast fakt czy świadczenie jest udzielane odpłatnie lub nie.

W wyroku z dnia 1 maja 1969 r.[17] Sąd Najwyższy orzekł, że także od lekarza Pogotowia Ratunkowego, który nie jest specjalistą – chirurgiem można

[15] Sygn. akt I CR 369/65, Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych 1966, poz. 278
[16] Sygn. akt IV CR 50/76; Orzecznictwo Sądu Najwyższego z 1977, poz. 11
[17] Sygn. akt II CR 165/69 Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych 1970/7-8, poz. 155)

wymagać, aby w ramach doraźnie udzielanej pomocy zaordynował prześwietlenie, jeżeli w konkretnych okolicznościach, zgodnie z zasadami doświadczenia, zachodzić może podejrzenie złamania kości.

d) pozostaje także zależny od rozwoju nauk medycznych[18]

W wyroku z dnia 13 października 2005 r.[19], Sąd Najwyższy stwierdził, że na lekarzu, jak na każdym profesjonaliście, spoczywa obowiązek kompetencji. Chodzi przy tym o kompetencje rzeczywiste, merytoryczne, nie zaś formalne.

3. Wina jako podstawa odpowiedzialności

W obecnym stanie prawnym brak definicji winy. W doktrynie przyjmuje się jednak, że wina zachodzi wówczas, gdy sprawcy szkody można postawić zarzut obiektywnej oraz subiektywnej niewłaściwości zachowania.

Obiektywny element winy stanowi tzw. bezprawność rozumiana jako sprzeczność działania lub zaniechania sprawcy z całym porządkiem prawnym.

Subiektywny element winy, dotyczy stosunku woli oraz świadomości działającego podmiotu do jego czynu.

Subiektywny element winy może stanowić umyślność (zamiar bezpośredni lub zamiar ewentualny)lub zarzucalna nieumyślność (lekkomyślność, niedbalstwo). Odrębną kategorię stanowi rażące niedbalstwo, które w pewnych sytuacjach zrównane jest w skutkach prawnych z winą umyślną, w myśl zasady *culpa lata dolo equiparatur*.

Przenosząc te zagadnienia na kwestie odpowiedzialności lekarza (jego winę), zasadniczo należy odróżnić błąd lekarski od winy. Błąd lekarki ujmowany jest wąsko jako działanie lub zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii

[18] Obowiązek doszkalania się lekarzy

sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym[20]
Błąd lekarski będzie tym samym obiektywnym elementem winy. Stanowi on przejaw bezprawności czynu bo jest działaniem *contra legem artis* (tj. działaniem lub zaniechaniem niewłaściwym, naruszającym zasady wiedzy medycznej).
Błąd jako taki jest niezależny od samej osoby lekarza, jest wynikiem naruszenia wyznacznika dobrego lekarza.
Sam błąd nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej.

Lekarz ponosi odpowiedzialność za szkodę dopiero wówczas gdy błąd jest jednocześnie zawiniony subiektywnie tzn. stanowi następstwo niedochowania przez lekarza należytej staranności (subiektywny element winy).

W wyroku z dnia 8 grudnia 1970 r.[21] Sąd Najwyższy stwierdził, że brak jest podstaw odpowiedzialności lekarza w sytuacji, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami. Od lekarza nie można bowiem wymagać nieomylności.

W przypadku winy w działaniach lekarza poza niedbalstwem (braku należytej staranności), jako winę wskazuje się także niezręczność i nieuwaga lekarza, a także zwykłe zapomnienie lub przeoczenie, brak ostrożności czy przezorności, które prowadzą do powstania u pacjenta szkody.

[19] Sygn. akt IV CK 161/05, Orzecznictwo Sądów Polskich 2006/6, poz. 71
[20] Wyrok Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 r. sygn. akt IV CR 39/54, Orzecznictwo Sądu Najwyższego 1957/1, poz. 7

Postać i stopień winy jest jednak nieistotny i nie ma jednak większego znaczenia z punktu widzenia odpowiedzialności odszkodowawczej, ponieważ zgodnie z orzecznictwem w tej materii lekarz odpowiada za każdą winę cywilną, nawet najlżejszą (w postaci *culpa levissima*).

4. Związek przyczynowo skutkowy

Prawo cywilne wymaga, by związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą miał charakter normalny (adekwatny, art. 361 § 1 k.c.). W sferze odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu oznacza to, że doznany przez pacjenta uszczerbek na zdrowiu musi pozostawać normalnym następstwem działania lekarza.

W przypadku odpowiedzialności cywilnej lekarzy brak konieczności ustalenia związku przyczynowego w sposób absolutnie pewny. Sąd Najwyższy wskazywał wielokrotnie, iż w sprawach o błędy w sztuce lekarskiej nie można mówić o całkowitej pewności, lecz co najwyżej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa faktu, iż szkoda wynikła z określonego zdarzenia. Tym samym jeżeli prawdopodobieństwo to zostanie udowodnione, związek przyczynowy także zostanie wykazany.

W wyroku z dnia 5 sierpnia 1967 r.[22] Sąd Najwyższy orzekł, że przeprowadzenie w procesie dowodu „bez reszty" jest częstokroć utrudnione aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze potrafi dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. Sąd uznał, iż po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, sąd może uznać taki dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa związku przyczynowego.

[21] Sygn. akt II CR 543/70, Orzecznictwo Sądu Najwyższego z 1971, poz. 136

W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r.[23] Sąd Najwyższy orzekł, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa między określonymi działaniami szpitala (zaniedbaniami w zakresie aseptyki) a zakażeniem powoda żółtaczką wszczepienną typu B pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek przeprowadzenia dowodu; nie można bowiem stawiać przed poszkodowanym nierealnego wymogu ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu.

W wyroku z dnia 27 lutego 1998 r.[24] Sąd Najwyższy orzekł, że w procesach „lekarskich" sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - często nie jest możliwy do przeprowadzenia.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2008 r.[25] przyjęto, że w niektórych przypadkach odpowiedzialności odszkodowawczej szczególnie uzasadnionych zasadami współżycia społecznego (art. 419 k.c.) dopuszczalne jest przyznanie odszkodowania w sytuacji, w której w relacji kauzalnej między zdarzeniem szkodzącym (niezawinionym działaniem lekarza) a doznanym przez pacjenta uszczerbkiem nie da się kwalifikować jako przyczynowości adekwatnej.

Istnienie związku przyczynowego w przypadku odpowiedzialności cywilnej lekarzy może zostać wykazane za pomocą domniemania faktycznego (dowodu pośredniego zgodnie z art. 231 Kodeksu postępowania cywilnego).

---

[22] Sygn. akt I PR 74/67, Orzecznictwo Sądu Najwyższego 1968, poz. 26
[23] Sygn. akt V CKN 34/00
[24] Sygn. akt II CKN 625/97, Prawo i Medycyna 1999/3,

W wyroku z dnia 22 stycznia 1998 r.[26] Sąd Najwyższy stwierdził, że w procesach lekarskich rozstrzygnięcia mogą być oparte na domniemaniu faktycznym, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłankę. Stąd też szpital, aby uwolnić się od odpowiedzialności, będzie musiał obalić domniemanie albo przynajmniej osłabić je wskazując, że istniały inne, bardziej prawdopodobne (niż niedbalstwo lekarza bądź szpitala) przyczyny powstania szkody.

W wyroku z dnia 11 stycznia 1972 r.[27] Sąd Najwyższy orzekł, że jeśli śmiertelny wynik operacji poprzedziły związane z jej przebiegiem zaniedbania operatora lub innego personelu zakładu leczniczego, sąd może uznać, na podstawie domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), że między tymi zaniedbaniami a śmiercią chorego zachodzi normalny związek przyczynowy, chyba że istniałyby podstawy do wniosku, że zasady medycyny związek taki wyłączają.

Adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem lekarza a szkodą może mieć także charakter pośredni. Oznacza to, że nie ma znaczenia czy przyczyna jest bezpośrednia czy pośrednia (dalsza czy bliższa). Istotne jest, ze skutek w postaci szkody pozostawał w granicach normalnych następstw działania.

W wyroku z dni 17 czerwca 2009 r.[28] Sąd Najwyższy orzekł, że zawinione działanie lekarza nie musi stanowić bezpośredniej przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta; związek pomiędzy zachowaniem lekarza a szkodą musi

[25] Sygn. akt IV CSK 453/07
[26]Sygn. akt II UKN 465/97, Orzecznictwo Sądu Najwyższego z 1999/1, poz. 24
[27] Sygn. akt I CR 516/71 Orzecznictwo Sądu Najwyższego z 1972, poz. 159

być adekwatny i pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.), lecz nie jest konieczne, by był on bezpośredni.

5. Szkoda

Kolejną przesłanką, która musi wystąpić, aby można było mówić o odpowiedzialności cywilnej jest szkoda. Szkodą w prawie cywilnym będzie zarówno szkoda majątkowa (uszczerbek materialny na osobie lub mieniu) jak i szkoda niematerialna (doznana krzywda, cierpienie).

Jako szkodę majątkową uznaj się np. uszkodzenie ciała, roztrój zdrowia, utratę całkowitą lub częściową zdolności do pracy, zwiększenie się potrzeb, koszty leczenia, utrata dochodów.

Jako szkodę niemajątkową można uznać doznane przez pacjenta jak także osoby najbliższe cierpienia fizyczne lub moralne, psychiczne.

6. Wpływ wyroków karnych na postępowania cywilne.

W przypadku, gdy określone działanie lekarza stanowi przedmiot postępowania karnego, zgodnie z treścią art. 11 k.p.c., ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym.

Tym samym jeśli sąd w postępowaniu karnym ustali winę lekarza, sąd w postepowaniu cywilnym przyjmuje bez konieczności dowodzenia, że został popełniony czyn niedozwolony. W takim przypadku sąd w postępowaniu cywilnym ogranicza swoje ustalenia do zweryfikowania istnienia szkody oraz ewentualnie jej rozmiaru szkody i/lub krzywdy oraz adekwatnego związku przyczynowego.

[28] Sygn. akt IV CSK 37/09 Orzecznictwo Sądów Powszechnych 2010/9, poz. 93

7. Odpowiedzialność cywilna lekarza w zależności od podstaw udzielenia świadczeń zdrowotnych

1) Odpowiedzialność cywilna lekarza prowadzącego działalność gospodarczą w prywatnym gabinecie

Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej sam ponosić będzie odpowiedzialność za zawinione wyrządzenie pacjentowi szkody.

a) odpłatne świadczenia zdrowotne

W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych odpłatnych w ramach prywatnego gabinetu pomiędzy lekarzem a pacjentem zostaje zawarta umowa. Odpowiedzialność cywilna będzie wynikała tym samym z nienależytego wykonania umowy lub jej niewykonania (art. 471 k.c. w zbiegu z art. 415 k.c., art. 443 k.c.).

W przypadku zatrudnienia w prywatnym gabinecie personelu medycznego (pielęgniarkę lub położną) zobowiązany jest także do naprawienia szkód wyrządzonych pacjentom z winy tych osób (art. 474 k.c., art. 430 k.c.).

b) świadczenia zdrowotne świadczone w ramach umowy z NFZ

W przypadku udziela pacjentom świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej z NFZ, w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej lekarz ponosi odpowiedzialność nie za nienależyte wykonanie lub niewykonanie umowy a wyłącznie za dopuszczenie się czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktową - z art. 415 k.c. – za własne działania i zaniechania, ewentualnie z art. 430 k.c. – za zawinione działania zatrudnionego personelu pomocniczego).

2) Odpowiedzialność cywilna lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym

a) świadczenia udzielane na podstawie umowy o pracę z podmiotem leczniczym
Lekarz, udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej z podmiotem leczniczym umowy o pracę nie ponosi indywidualnej odpowiedzialności cywilnej za wyrządzone pacjentom szkody. Odpowiedzialność ponosi wyłącznie podmiot leczniczy (na podstawie art. 430 k.c. wyłącznie lub w zbiegu z art. 474 k.c.).
Jednocześnie jednak po naprawieniu szkody podmiot leczniczy może wystąpić do lekarza z roszczeniem regresowym. Roszczenie to jest ograniczone do maksymalnej wysokości 3 – miesięcznego wynagrodzenia.
W wyroku z dnia 21 lutego 2006 r.[29] Sąd Apelacyjny w Lublinie uznał, że szpital ponosi odpowiedzialność z art. 430 k.c. za lekarzy, którzy dopuścili się błędu w sztuce lekarskiej polegającego na wadliwej ocenie stanu płodu i opóźnienia porodu, co spowodowało niedotlenienie dziecka skutkujące ciężkim i nieodwracalnym kalectwem (ciężkim czterokończynowym porażeniem mózgowym).

W wyroku z dnia 13 grudnia 2007 r.[30] Sąd Najwyższy przyjął odpowiedzialność szpitala z art. 430 k.c. za zawiniony błąd diagnostyczny zatrudnionego w nim lekarza, prowadzący do powstania u małoletniego pacjenta (noworodka) szkody w postaci trwałego uszkodzenia splotu barkowego.

Wyjątkiem o tej zasady jest art. 122 k.p. zgodnie, z którym pracownik jest zobowiązany do naprawienia szkody w całej wysokości gdy wyrządził szkodę umyślnie. Pracownik umyślnie wyrządza szkodę nie tylko wtedy, gdy celem jego działania jest wyrządzenie szkody, ale również w sytuacji, kiedy, rozmyślnie naruszając obowiązki pracownicze, godzi się na jej powstanie.

[29] Sygn. akt I ACa 69/06, Prawo i Medycyna 2007/4

b) świadczenia udzielane w podmiocie leczniczym przez lekarza związanego z podmiotem leczniczym umową cywilnoprawną (tzw. kontrakt)

Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej odpowiada za szkody wyrządzone ze swojej winy, jednakże solidarnie z angażującym go zakładem leczniczym.

3) Odpowiedzialność cywilna podmiotu leczniczego (zarówno publiczny jak i niepubliczny)

a) odpowiedzialność (tzw. zastępczą) za szkody wyrządzenie przez zatrudnionych w nim lekarzy i personel medyczny (odpowiednio z art. 430 k.c., art. 474 k.c.),
b) odpowiedzialność solidarną z lekarzami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej,
c) odpowiedzialność za winę własną (organizacyjną). Wina ta polega na niewłaściwej organizacji zakładu leczniczego i nienależytym jego funkcjonowaniu jako całości (art. 415 k.c., art. 416 k.c.)

Poniżej kilka wyroków sądów polskich dotyczących win organizacyjnej (ponoszonej przez podmiot leczniczy).

W wyroku z dnia 11 grudnia 2002 r.[31] Sąd Najwyższy stwierdził, że odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala i dokonania zabiegu, którego celowość stwierdzono, nie może być dowolną decyzją lekarza, lecz wymaga istnienia ważnych powodów (potwierdzonych stosownymi konsultacjami) oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej. W przeciwnym razie szpital może ponieść odpowiedzialność nie tylko za pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, lecz także za utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeśli w wyniku

[30] Sygn. akt I CSK 384/7

zabiegu zostałby on wyeliminowany.

W wyroku z dnia 9 października 1945 r. [32] Sąd Najwyższy stwierdził, że winę własną szpitala stanowić może powierzenie wykonania zabiegu, który wymaga fachowej wiedzy i umiejętności, lekarzowi nie posiadającemu odpowiednich kwalifikacji. Sąd odrzucił pogląd, iż każdy lekarz, niezależnie od wykonywanej specjalizacji, zna się na wszystkich dziedzinach medycyny i tym samym – jako niespecjalista – może zalecać, a nawet sam przeprowadzać zabiegi wymagające wiedzy i umiejętności specjalistycznych.

W Wyroku z dnia 18 kwietnia 2002 r.[33] Sąd Apelacyjny w Krakowie orzekł, że wina własna szpitala, skutkująca jego odpowiedzialnością za wyrządzoną szkodę, może także polegać na nieobecności (braku) anestezjologa przy porodzie w sytuacji, gdy – ze względu na okoliczności - trzeba liczyć się z możliwością przeprowadzenia operacji (cesarskiego cięcia lub laparomii).

W wyroku z dnia 19 listopada 1969 r.[34] Sąd Najwyższy orzekł, iż szpital jest zobowiązany zapewnić chorym w stanie zaburzeń psychicznych całkowitą opiekę wyłączającą wyrządzenie szkody i nie może powoływać się na fakt, iż chory w stanie zaburzeń psychicznych wyskoczył przez okno jako na jego przyczynienie się do powstania szkody (art. 362 k.c.).

W wyroku Sąd Apelacyjnego w Lublinie z 2006 r. sygn. akt I C 469/04 przyjęto odpowiedzialność szpitala za zakażenie powódki sepsą tuż po porodzie. W ocenie Sądu, czas wystąpienia klinicznych objawów choroby wskazywał na to, ze do infekcji doszło w szpitalu, ponieważ w tym okresie w ciągu sześciu

[31] Sygn. akt I CKN 1386/00
[32] Sygn. akt I C 188/45
[33] Sygn. akt I ACa 214/02

miesięcy stwierdzono siedem przypadków zakażenia sepsą u noworodków. Przyczynę zakażenia stanowiło niedochowanie przez szpital wymogów aseptyki i higieny, Obecność bakterii odkryto bowiem m. in. na opakowaniach maści, materacach i łóżeczkach noworodków, poza tym w tych samych salach umieszczane były zarówno położnice, jak i pacjentki ze schorzeniami ginekologicznymi.

W wyroku z dnia 27 października 1983 r. [35] Sąd Najwyższy stwierdził, że przechowywanie silnie działającego toksycznie i trującego środka (azotynu sodu, używanego do dezynfekcji narzędzi chirurgicznych) na oddziale szpitalnym w szafce obok leków stwarza bezpośrednie niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia pacjentów, gdyż w każdej chwili może on być omyłkowo użyty dla celów leczniczych; fakt zaistnienia takiej pomyłki jest wysoce prawdopodobny i realnie możliwy w każdym czasie. W tej sprawie położna podała omyłkowo tę substancję trzem pacjentkom zamiast soli gorzkiej, wywołując ich natychmiastową śmierć.

W wyroku z dnia 11 maja 1983 r.[36] Sąd Najwyższy orzekł, iż dopuszczenie do użycia niesprawnego sprzętu medycznego (noża chirurgicznego), narażającego pacjentów na możliwość uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (oparzenie kończyn II i III stopnia), powinno być uznane za zawinione zaniedbanie szpitala, skutkujące powstaniem odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę.

W wyroku z dnia 22 sierpnia 1980 r.[37] Sąd Najwyższy uznał szpital (Skarb Państwa) odpowiedzialnym za szkodę, jakiej doznało dziecko (noworodek) z

[34] sygn. akt II CR 294/69, Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych 1970, poz. 249
[35] Sygn.. akt II KR 219/83, Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych 1984/11, poz. 228
[36] Sygn. akt IV CR 118/83, Orzecznictwo Sądu Najwyższego 1983/12, poz. 201

powodu poparzenia gorącą wodą z termoforu, w którym podczas ogrzewania pękła bądź odkleiła się uszczelka.

W wyroku z dnia 10 grudnia 1952 r.[38] Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, iż wadliwa identyfikacja pacjenta i wykonanie skomplikowanego zabiegu (wycięcia macicy) u niewłaściwej osoby stanowiła zaniedbanie o charakterze organizacyjno - administracyjnym. Braku należytej staranności Sąd dopatrzył się zarówno w postępowaniu pielęgniarki, która przywiozła na salę operacyjną inną chorą, jak i lekarza, który nie zbadał pacjentki, nie zaznajomił się z historią choroby i nie zweryfikował jej tożsamości.

Rozdział opracowany na podstawie:

17. Kodeksu cywilnego z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz.U. z 2014 r, poz. 121) stan prawny na 1 grudnia 2014 r.
18. Prof. dr hab. E. Gniewek, Prof. Dr hab. P. Machnikowski Kodeks cywilny. Komentarz. C.H. Beck 2014
19. prof. dr hab. K. Pietrzykowski, C.H. Beck 2013 Kodeks cywilny. Komentarz do art. 1-449(10) Tom I,
20. dr K. Bączyk-Rozwadowska Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu, TNOiK Dom Organizatora Toruń
21. A. Fiutak, Prawo Medyczne Warszawa 2011
22. A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy - Przykłady – Orzecznictwo**,** Wydawnictwa C.H. Beck, wydanie 1, Warszawa 2013.

[37] Sygn. akt IV CR 299/80
[38] Sygn. akt C 584/52 PiP 1953/8-9

VI. Odpowiedzialność cywilna lekarzy z umów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia upoważniających do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych

Odpowiedzialność lekarza z tytułu kar nakładanych za nieprawidłowe realizowanie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej NFZ, jest odpowiedzialnością kontraktową, tj. wynikająca z zawartej z NFZ umowy.[39]

Zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), zwaną dalej ustawą refundacyjną, leki refundowane przysługują świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną.

Ustawa refundacyjna określa, że osobą uprawnioną jest:

1) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego (pracujący u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej),

2) lekarz, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer, z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych,

3) lekarz, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept

[39] Odpowiedzialność lekarza z umów podpisanych pomiędzy podmiotem leczniczy a NFZ będzie zależała od stosunku prawnego jakim jest związany lekarz (inaczej dla pracownika inaczej dla osoby związanej umową cywilnoprawną).

refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Umowa upoważniająca do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony. Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera albo starszego felczera. W przypadku, gdy właściwym do zawarcia umowy jest więcej niż jeden dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ, umowa jest zawierana z każdym z tych dyrektorów.

Zgodnie z art. 48 ust. 3 ustawy refundacyjnej umowa upoważniająca do wystawiania recept refundowanych określa w szczególności:

1) zobowiązania osoby uprawnionej i Funduszu;
2) wskazanie miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych, na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego;
3) **kary umowne;**
4) warunki jej wypowiedzenia albo rozwiązania.

W przypadku prawomocnego skazania za przestępstwo określone w art. 54 ust. 2, 3 lub 5 ustawy refundacyjnej[40] lub art. 228-230[41], art. 286[42] lub art. 296a[43]

[40] Art. 54 [Przyjęcie korzyści majątkowej lub osobistej]
1. (…)
2. Kto będąc osobą uprawnioną do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, podlegające refundacji ze środków publicznych lub zleceń, o których mowa w art. 38 ust. 1, żąda lub przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę w zamian za wystawienie recepty lub zlecenia lub powstrzymanie się od ich wystawienia. - podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.
3. Tej samej karze podlega, kto będąc osobą zaopatrującą świadczeniodawcę w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne albo będąc świadczeniodawcą lub osobą reprezentującą świadczeniodawcę żąda lub przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą, w zamian za zakup leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego podlegającego refundacji ze środków publicznych.
4. (…)
5. W wypadku mniejszej wagi sprawca czynu określonego w ust. 1-4 - podlega karze pozbawienia wolności do

ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny NFZ niezwłocznie rozwiązuje z osobą uprawnioną umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych.

NFZ nie zawiera umowy upoważniającej do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne z osobą uprawnioną, prawomocnie skazaną za przestępstwo, o którym mowa powyżej.

Osoba uprawniona oraz świadczeniodawca, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani poddać się kontroli przeprowadzanej lub zlecanej przez NFZ w zakresie wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

NFZ rozwiązuje umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

1) uniemożliwiania czynności kontrolnych;

2) niewykonania w terminie zaleceń pokontrolnych.

NFZ nie zawiera kolejnej umowy przez okres:

1) jednego roku - w przypadku pierwszego rozwiązania umowy,

2) trzech lat - w przypadku drugiego rozwiązania umowy.

Obecnie obowiązujący wzór umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych został wydany na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 25 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) w związku z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. refundacyjnej, przez

lat 3.

[41] Przestępstwa łapownictwa, płatnej protekcji

[42] Przestępstwo oszustwa

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzeniem z dnia 30 czerwca 2012 r. w sprawie wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniobiorcom.

Zgodnie z dyspozycją ustawową we wzorze umowy zostały zawarte zapisy dotyczące możliwości nałożenia na lekarza kar umownych.

I tak zgodnie z § 9 ust. 1 wzorca umowy w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Osoby uprawnionej (lekarza) , Oddział NFZ:

1) nakłada na Osobę uprawnioną karę umowną w wysokości 200 zł za nieprawidłowo wystawioną receptę oraz po 200 zł za każde z następujących, stwierdzonych w okresie objętym kontrolą, nieprawidłowości:

    a. ustalenie lub oznaczenie poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,

    b. nieprowadzenie dokumentacji medycznej,

    c. prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa mających wpływ na prawo do refundacji, wysokość dopłaty pacjenta lub kwotę refundacji,

    d. brak niezwłocznego zgłoszenia o utracie lub zawieszeniu prawa wykonywania zawodu,

    e. nieudostępnienie dokumentacji medycznej w toku postępowania kontrolnego,

[43] przestępstwo łapownictwa

f. działanie skutkujące udostępnieniem osobom trzecim wydanych Osobie uprawnionej druków recept,

g. wykorzystanie więcej niż jeden raz zakresów liczb służących jako unikalne numery identyfikujące recepty,

h. niepowiadomienie Oddziału Funduszu o utracie recept, w terminie 7 dni roboczych,

2) nakłada na Osobę uprawnioną karę umowną w wysokości 100 zł z tytułu niepowiadomienia Oddziału NFZ o zmianie danych osobowych wskazanych w umowie, w tym adresu do korespondencji;

3) nakłada na Osobę uprawnioną karę umowną w wysokości 700 zł z tytułu niezawarcia z Oddziałem NFZ Aneksu do umowy wskazującego nowe miejsce udzielania świadczeń w zakresie objętym umową.

Jednocześnie w przypadku stwierdzenia przez Oddział NFZ, że kontrolowany lekarz dopuszcza do powstania tej samej nieprawidłowości w toku każdego kolejnego postępowania kontrolnego, dotyczących jednego lub większej liczby świadczeniobiorców, wysokość nałożonej kary umownej za daną nieprawidłowość, ulega zwiększeniu, nie więcej jednak niż trzykrotność kwoty, o której mowa powyżej. Wysokość zwiększenia nałożonej kary umownej podlega zatwierdzeniu przez dyrektora Oddziału NFZ.

Dyrektor Oddziału NFZ może obniżyć wysokość kary umownej mając na uwadze w szczególności niską częstotliwość stwierdzonych nieprawidłowości, stopień oraz okoliczności naruszenia niniejszej umowy przez Osobę uprawnioną.

Kar umownych nie nakłada się w przypadku, gdy recepta lub dokument poświadczający prawo do ubezpieczenia zostały sfałszowane przez świadczeniobiorcę lub osobę trzecią.

Jeżeli szkoda poniesiona przez NFZ na skutek działania Osoby uprawnionej przekracza wysokość kary umownej nałożonej, NFZ może dochodzić jej naprawienia na drodze postępowania sądowego. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone NFZ nie jest w żaden sposób ograniczona kwotowo, tym samym lekarz odpowiada to wysokości szkody całym swoim majątkiem.

Rozdział opracowany na podstawie:

1) Ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.),

2) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.),

3) Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2012 r. w sprawie wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniobiorcom (Dz.Urz.NFZ z 2012 r. poz. 79),

4) M. *Pieklak, R. Stankiewicz, M. Mądry* - Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Komentarz, 2014 CH Beck

5) M. Szuchnik, M. Rojewski, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa „refundacyjna". Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz praktyczny ze wzorami, 2012

VII. Odpowiedzialność karna lekarzy

1. Zagadnienia wstępne

Odpowiedzialność karną lekarza regulują przepisy kodeksu karnego, jak również ustawy, które tworzą prawo medyczne, w szczególności ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

W ramach rozdziału XIX Kodeksu karnego znajdują się przepisy dotyczące przestępstw: umyślne bądź nieumyślne spowodowanie śmierci, zabójstwo eutanatyczne, przerywanie ciąży, spowodowanie ciężkiego, średniego, lekkiego uszczerbku na zdrowiu, uszkodzenie ciała dziecka poczętego, narażenie na niebezpieczeństwo czy nieudzielanie pomocy. Poszczególne rodzaje przestępstw zostaną omówione w późniejszej części pracy. Jednocześnie jednak należy zauważyć, iż nie są to wszystkie przestępstwa, których może dopuścić się lekarz w związku z wykonywaniem przez niego zawodu lekarza. Poza opracowaniem pozostają przestępstwa, które nie są związane z popełnieniem przez lekarza błędu w sztuce a do nich należą np. art. 189 kk (pozbawienie wolności), art. 265 i 266 kk (ujawnienie tajemnicy zawodowej), art. 58 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (wykonywanie zawodu bez uprawnień), art. 271 kk (poświadczenie nieprawdy), art. 228 kk (łapownictwo bierne).

Odpowiedzialność karna może powstać w wyniku działania lub zaniechania sprawcy (lekarza).

Ponadto zgodnie z artykułem 1 § 1 k.k., „odpowiedzialności karnej podlega ten tylko, kto popełnia czyn zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia”. Biorąc pod uwagę powyższe należy stwierdzić, że zachowanie lekarza będzie miało charakter bezprawny tylko i wyłącznie, jeżeli zostanie naruszona norma prawa karnego obowiązująca w czasie popełnienia czynu.

Należy zaznaczyć, że odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce będzie uzasadniona, jeżeli zostaną łącznie spełnione następujące przesłanki:

1) wystąpi błąd w sztuce,
2) wystąpi ujemny skutek takiego błędu (szczegółowe skutki zostaną omówione przy omawianiu poszczególnych czynów zabronionych)
3) ustalenie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem lekarza a negatywnym skutkiem
4) wina lekarza.

2. Błąd w sztuce jako podstawa odpowiedzialności karnej lekarza

Brak w polskim systemie prawnym legalnej (ustawowej) definicji błędu w sztuce lekarskiej (zamiennie używane są także pojęcia błędu medycznego lub błędu lekarskiego).

Doktryna wypracowała kilka definicji błędu w sztuce lekarskiej, w szczególności wyraźnie zakrojone są dwie teorie dotyczące błędu w sztuce: teoria subiektywna oraz obiektywna.[44]

Najczęściej wskazywane jest że za błąd w sztuce należy traktować takie zachowanie, które będzie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 30 września 1960 r.[45] czytamy „uszkodzenia ciała, będące następstwami zabiegów leczniczych, a więc czynności zmierzające również do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, pozbawione są cech materialnej bezprawności pod warunkiem dokonania

[44] Ze względu na wielość różnorakich teorii dotyczących definicji błędu opracowanie zostanie ograniczone o orzecznictwa z pominięciem omawiania teorii dotyczących tego zagadnienia.
[45] Sygn. akt II K 675/60 *OSNPG 1961/1/1*

zabiegu w sposób zgodny z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej”

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r.[46]: „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym”

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 r.[47] „ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej”.

W wyroku z dnia 10 grudni 2002 r.[48] Sąd Najwyższy stwierdził iż lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej. Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

Najczęstszymi przyczynami błędów mogą być:

a. nieznajomość aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej[49];
b. przeoczenie objawów choroby;

[46] Sygn. akt IV CR 39/54 *OSNCK 1957/1/7*
[47] Sygn. akt I KR 116/72 *OSNKW 1974/2/26*
[48] Sygn. akt V KK 33/02
[49] Zgodnie z art. 18 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz ma ustawowy obowiązek stałego doskonalenia zawodowego. W związku z tym posłużenie się przezeń nieaktualną, uważaną za przestarzałą, metodą leczenia jest uważane za błąd.

c. niewłaściwe przyporządkowanie objawów danego przypadku do określonych reguł (do jednostki chorobowej);
d. niedbałe wykonywanie czynności leczniczych.

Błędy mogą mieć charakter: diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny oraz organizacyjny.

Błąd diagnostyczny

Może mieć postać pozytywną tj. polegającą na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby lub postać negatywną polegającą na nierozpoznaniu rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi do pogorszenia jego zdrowia.

Błąd jest następstwem wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz. Często występujące nietypowe objawy choroby lub nawet brak symptomów choroby może wpływać na nieprawidłową diagnozę, nie oznacza to jednak, że mamy do czynienia z błędem sztuki lekarskiej.

Błędna interpretacja może stanowić przesłankę odpowiedzialności lekarza za błąd diagnostyczny tylko wtedy, gdy nie ma wątpliwości, że na podstawie posiadanych informacji powinien właściwie rozpoznać chorobę, kierując się jednocześnie zasadami wiedzy i praktyki medycznej.

Błąd terapeutyczny

To błąd polegający na dokonani wyboru niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia. Błędem terapeutycznym może być również podjęcie zabiegu operacyjnego mimo przeciwwskazań lekarskich.

Zgodnie z Wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27 października 2004 r. błędem w sztuce lekarskiej było przepisanie pacjentce cierpiącej na astmę oskrzelową pyralginy w postaci iniekcyjnej do zastosowania w domu drogą doustną, bez przewidzenia możliwości wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego i braku możliwości udzielenia fachowej pomocy medycznej.

Błąd techniczny

Polega na niewłaściwej wykonanej czynności leczniczej, np. nieprawidłowe

wykonanie znieczulenia podczas operacji wycięcia wyrostka robaczkowego, co w konsekwencji spowodowało u pacjenta trwale uszkodzenia nerwu piszczelowego, strzałkowego oraz kulszowego.[50]

Błąd organizacyjny

Polega na złej organizacji podmiotu leczniczego, która wpływa na proces leczenia. Ten typ błędu dotyczy podmiotów leczniczych i w związku z ograniczoną odpowiedzialnością karną podmiotów zbiorowych ma znikome znaczenie dla odpowiedzialności karnej

3. Związek przyczynowo skutkowy

Odpowiedzialność karna lekarza za przestępstwo skutkowe (a z takimi mamy do czynienia w przypadku przestępstw popełnianych przez lekarzy) ma miejsce wyłącznie w sytuacji, w której występuje związek przyczynowy między popełnionym czynem a skutkiem jego popełnienia. O związku przyczynowo skutkowym można mówić w sytuacji, gdy stwierdzimy, że bez danej czynności (błędu lekarza) nie doszłoby do konkretnego skutku.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 sierpnia 1961 r.[51] wskazuje, że błąd nie musi być wyłączną przyczyną skutku. W wyroku tym czytamy: „Do przypisania lekarzowi ujemnego skutku zabiegu leczniczego nie jest konieczne, aby jego działanie lub zaniechanie było jedyną i wyłączną przyczyną takiego skutku. Natomiast niezbędne jest, by zachowanie lekarza było przynajmniej jedną z przyczyn, bez której skutek nie nastąpiłby. Przyłączenie się do łańcucha przyczynowo-skutkowego innych jeszcze przyczyn nie wyłącza odpowiedzialności karnej lekarza, jeśli on co najmniej mógł je przewidzieć".

4. Wina

Art. 1 § 3 k.k. „Nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeśli

[50] *wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 lutego 1998 r., sygn. akt I ACa 715/97, OSA 1999/2/7*

nie można mu przypisać winy w czasie czynu".

Winę definiujemy jako osobistą zarzucalność popełnionego czynu. Wyróżniamy winę umyślną i nieumyśloną.

Wina umyślna polega na działaniu sprawcy czynu zabronionego (przestępstwa) w zamiarze bezpośrednim lub ewentualnym.

Zamiar bezpośredni występuje wtedy gdy sprawca ma świadomość że czyn który popełni jest przestępstwem i chce ten czyn popełnić. Zamiar ewentualny polega na tym że sprawca przewiduje, że popełni czyn zabroniony i godzi się na to (jest mu obojętne czy popełni przestępstwo).

W zakresie działania nieumyślnego rozróżniamy lekkomyślność i niedbalstwo.

Lekkomyślność to takie działanie, w przypadku którego sprawca przewiduje możliwość popełnienia czynu zabronionego, jednak nie chce go popełnić (myśli że uniknie popełnienia czynu zabronionego).

Niedbalstwo charakteryzuję się natomiast tym że sprawca czynu nie przewiduje popełnienia czynu zabronionego i nie chce tego, ale biorąc pod uwagę jego cechy osobnicze (wiek, wykształcenie, doświadczenie życiowe itp.) mógł przewidzieć popełnienie czynu zabronionego.

Należy pamiętać, iż umyślność lub nieumyślność jest elementem opisującym dane przestępstwo i jego udowodnienie jest częścią postępowania karnego (ciąży na oskarżycielu).

Należy stwierdzić iż dla odpowiedzialności karnej lekarza istotne znaczenie ma zawinienie nieumyślne. Umyślność w przypadku przestępstw popełnianych przez lekarzy w zakresie błędu w sztuce jest niezwykle rzadka.

Biorąc pod uwagę powyższe należy stwierdzić, że nie każdy błąd w sztuce może oznaczać odpowiedzialność karną lekarza. Błędem powodującym

[51] sygn. akt II K 1125/60

odpowiedzialność karną jest błąd, którego skutek powstał w wyniku co najmniej lekkomyślności bądź niedbalstwa, a więc został przez lekarza zawiniony.[52]

W wyroku z dnia 8 września 1973 r.[53] Sąd Najwyższy wskazuje, że „Lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej".

Natomiast, zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1970 r.[54], „Nie każdy jednak błąd lekarski, ale tylko błąd zawiniony może powodować odpowiedzialność lekarza bądź Skarbu Państwa, którego funkcjonariuszem jest lekarz, za wynikłą stąd dla pacjenta szkodę (art. 415 i art. 417 k.c.)".

Dokonując oceny zachowania lekarza należałoby zastosować miernik obiektywny i abstrakcyjny z uwzględnieniem okoliczności zdarzenia w tym czasu i miejsca zdarzenia. Bez znaczenia powinny być natomiast indywidualne właściwości sprawcy. Dobrym rozwiązaniem jest porównanie zachowań lekarza do wzorca lekarza[55] i w sytuacji gdy zachowanie to będzie odbiegało od wzorca można je uznać za zawinione.

5. Przestępstwa związane z przerywaniem ciąży - art. 152-154 kk

Art. 152. [Przerwanie ciąży za zgodą]

§ 1. Kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto udziela kobiecie ciężarnej pomocy w

[52] Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 września 1960 r.[52] sygn. akt II K 675/60 podkreśla, że „Nie każdy błąd w sztuce lekarskiej może obciążać lekarza, ale taki tylko błąd, który jest skutkiem co najmniej lekkomyślności lub niedbalstwa lekarza, a więc został przez niego zawiniony". OSNPG 1961/1/1

[53] Sygn. akt IKR 116/72

[54] Sygn. akt II CR 543/70

[55] Wzorze mówiony w rozdziale poświęconym odpowiedzialności cywilnej lekarzy

przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub ją do tego nakłania.
§ 3. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Zagrożenie karami

Poza karami wskazanymi powyżej (kara pozbawienia wolności, odpowiednio do 3 lat oraz od 6 miesięcy do 8 lat) sąd sprawcy czynu może wymierzyć także środki karne. Sąd ma możliwość orzeczenia nawiązki na rzecz instytucji, stowarzyszenia, fundacji lub organizacji społecznej, której podstawowym celem statutowym jest spełnianie świadczeń na cele bezpośrednio związane z ochroną zdrowia (art. 47 § 1 kk), zakaz wykonywania zawodu (np. lekarza, pielęgniarki, położnej), jeżeli sprawca popełniając przestępstwo nadużył wykonywanego zawodu lub gdy dalsze wykonywanie przez niego zawodu zagrażałoby istotnym dobrom chronionym prawem (art. 41 § 1 kk), pozbawienie praw publicznych, gdy sprawca dopuszczając się przestępstw z art. 152 § 1-3 kk działał w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie (art. 40 § 2 kk).

Znamiona przestępstwa

Przepis określa przestępstwo przerwania ciąży, polegające na dokonaniu zabiegu aborcji z naruszeniem przepisów ustawy określających warunki legalności takiego zabiegu tj. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.), zwana dalej ustawa o planowaniu rodziny. Przepis ten penalizuje także udzielenie kobiecie ciężarnej pomocy w przerwaniu ciąży oraz nakłanianie jej do tego. Ostatni paragraf tego przepisu wskazuje na typ kwalifikowany, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej.

Zachowanie sprawcy może mieć zarówno postać działania, jak i zaniechania, zgodnie z art. 2 kk na sprawcy ciąży prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi (np. lekarz lub ojciec dziecka niepodejmujący działań mających zapobiec poronieniu i służących utrzymaniu ciąży zagrożonej).
Przerwanie ciąży może nastąpić w każdy sposób, np. przez wykonanie zabiegu przerwania ciąży lub podanie kobiecie środka wczesnoporonnego, a skutkiem takiego działania jest śmierć dziecka poczętego.

W Wyroku z dnia 16 października 2008 r.[56] Sąd Apelacyjny w Katowicach stwierdził: "Przedmiotem ochrony wynikającej z art. 152 KK jest życie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia, a przerwanie ciąży stanowi jego zabicie. Powyższe prowadzi zatem do wniosku, iż przerwanie ciąży obumarłej i związane z tym wyłyżeczkowanie jamy macicy kobiety nie realizuje znamion przestępstwa wynikającego z przepisu art. 152 KK".

Wśród znamion przestępstwa jest także zgoda kobiety ciężarnej na przerwanie ciąży z naruszeniem przepisów ustawy. Wyrażenie przez kobietę ciężarną zgody nie musi nastąpić w jakiś szczególny sposób. Powinna być ona wyrażona świadomie, a więc z należytym rozeznaniem i oceną skutków, dobrowolna, poważna, kategoryczna, jednoznaczna oraz mieć charakter zgody *ex ante*, a więc wyrażonej przed, a najpóźniej w trakcie zachowania sprawcy zmierzającego bezpośrednio do przerwania ciąży. Taka zgoda powoduje ściśle określone konsekwencje. Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż kobieta w ciąży wyrażająca zgodę na jej przerwanie nie należy do kręgu pokrzywdzonych typami czynów zabronionych określonych w art. 152 § 1-3 KK w rozumieniu art. 49 § 1 KPK, jeżeli czyny przypisane sprawcom nie wyczerpują jednocześnie znamion określonych w innym przepisie ustawy karnej, którym jej dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone. Nie nabywa też uprawnień do działania w sprawie w charakterze oskarżyciela posiłkowego jako

strona zastępcza.[57]

Przesłanki przerwania ciąży zgodnie z przepisami ustawy

Art. 4a ust. 1 ustawy o planowaniu rodziny dopuszcza przerwanie ciąży przez lekarza za zgodą kobiety w przypadku, gdy:

1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (tzw. wskazanie medyczne);
2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (tzw. wskazanie eugeniczne);
3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (tzw. wskazanie kryminalne).

Ustawa przewiduje ograniczenia czasowe dla przerwania ciąży. Przy tzw. wskazaniach eugenicznych aborcja możliwa jest do chwili osiągnięcia przez dziecko poczęte zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, a w przypadku tzw. wskazań kryminalnych - jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. Brak jest natomiast ograniczeń czasowych dla przerwania ciąży z tzw. wskazań medycznych.

Zgodnie z art. 4a ust. 5 ustawy o planowaniu rodziny wystąpienie przesłanki medycznej i eugenicznej stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerwania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety.

Musi być to lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej lub - w zakresie przesłanki eugenicznej - lekarz posiadający tytuł specjalisty, orzekający o wadzie

[56] Sygn. akt II AKA 255/08, KZS 2009, Nr 1, poz. 88
[57] Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2009 r., I KZP 2/09, OSNKW 2009, Nr 5, poz. 37

genetycznej płodu na podstawie badań genetycznych lub lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii, orzekający o wadzie rozwojowej płodu na podstawie obrazowych badań ultrasonograficznych wykonywanych u kobiety ciężarnej (§ 2 ust. 1 i 2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy uprawniających do dokonania przerwania ciąży). W obu tych sytuacjach ustawa przewiduje wymóg, by przerwania ciąży dokonał lekarz w szpitalu.

Natomiast zgodnie z art. 4a ust. 5 ustawy o planowaniu rodziny zaistnienie kryminalnej przesłanki przerwania ciąży stwierdza prokurator.

W przypadku zgodnego z przepisami ustawy przerywania ciąży zgoda kobiety na przerwanie ciąży powinna być wyrażona w formie pisemnej. W przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W odniesieniu do małoletniej powyżej 13. roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. Za małoletnią poniżej 13. roku życia zgodę wydaje sąd opiekuńczy, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. Kobieta całkowicie ubezwłasnowolniona również powinna wyrazić zgodę w formie pisemnej, chyba że nie pozwala jej na to stan zdrowia psychicznego. Jeśli przedstawiciel ustawowy nie chce lub nie może wyrazić zgody, to w jego zastępstwie wyrazić ją może sąd opiekuńczy.

Określenie zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej

Aby określić czy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem matki, należy odwołać się do ustaleń nauk medycznych i uwzględniać możliwości współczesnej medycyny, zwłaszcza w zakresie technik inkubacyjnych, a więc utrzymywania przy życiu dzieci, które znalazły się poza organizmem matki przed upływem normalnego okresu ciąży. Przyjmuje się, iż

dziecko poczęte zdolność tę uzyskuje, gdy ciąża trwa dłużej niż 22 tygodnie, a dziecko osiągnęło masę ciała co najmniej 500 g. Jednocześnie jednak zawsze muszą być brane pod uwagę osobnicze zdolności dziecka poczętego do samodzielnego życia poza organizmem matki.

Art. 153. [Przerwanie ciąży bez zgody]

§ 1. Kto stosując przemoc wobec kobiety ciężarnej lub w inny sposób bez jej zgody przerywa ciążę albo przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza kobietę ciężarną do przerwania ciąży,

podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

Zagrożenie karami

Poza karami wskazanym w przepisie (kara pozbawienia wolności) sąd może wymierzyć środki karne. Na wniosek pokrzywdzonego lub innej osoby uprawnionej orzeka, obowiązek naprawienia wyrządzonej przestępstwem szkody w całości albo w części, lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 46 § 1 KK) albo nawiązkę na rzecz pokrzywdzonego (art. 46 § 2 KK). Na podstawie art. 47 § 1 KK można orzec także nawiązkę na rzecz instytucji, stowarzyszenia, fundacji lub organizacji społecznej, której podstawowym celem statutowym jest spełnianie świadczeń na cele bezpośrednio związane z ochroną zdrowia.

Wystąpienie po stronie sprawcy motywacji zasługującej na szczególne potępienie oraz skazanie go na karę pozbawienia wolności na czas nie krótszy niż 3 lata uzasadnia zastosowanie środka karnego w postaci pozbawienia praw publicznych (art. 40 § 2 KK).

W sytuacji gdy sprawca nadużył wykonywanego zawodu lub okazał, że dalsze

jego wykonywanie zagraża istotnym dobrom chronionym prawem, sąd może orzec zakaz wykonywania zawodu.

Znamiona przestępstwa

Przepis przewiduje, iż przerwanie ciąży następuje bez zgody kobiety ciężarnej, a sprawca w tym celu używa przemocy wobec kobiety ciężarnej lub doprowadza do przerwania ciąży w inny sposób lub doprowadza do przerwania ciąży przy użyciu przemocy, groźby bezprawnej lub podstępu.

Jako "przemoc" należy rozumieć oddziaływanie przy użyciu siły fizycznej na określoną osobę, mające doprowadzić ją do poddania się woli sprawcy.

"Groźba bezprawna" obejmuje zespół alternatywnych działań określonych w art. 115 § 12 KK. Według definicji ustawowej zawartej w tym przepisie, jest nią zarówno groźba, o której mowa w art. 190 KK, a więc groźba popełnienia przestępstwa na szkodę adresata groźby lub osoby mu najbliższej, jeżeli wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona, jak i groźba spowodowania postępowania karnego lub rozgłoszenia wiadomości uwłaczającej czci zagrożonego lub jego osoby najbliższej.

"Podstęp" realizuje każde zachowanie, które polega na wprowadzeniu w błąd lub wyzyskaniu błędu już istniejącego po stronie kobiety ciężarnej, co do samego istnienia stanu ciąży lub okoliczności związanych z jej przebiegiem, jak też skutków dla tego stanu wynikających z podejmowanych przez kobietę ciężarną lub inną osobę czynności.

6. Uszkodzenie ciała i roztrój zdrowia dziecka poczętego – art. 157 a kk

Art. 157a. [Uszkodzenia prenatalne]

§ 1. Kto powoduje uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój

zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego.

§ 3. Nie podlega karze matka dziecka poczętego, która dopuszcza się czynu określonego w § 1.

Zagrożenie karami

Poza karami wskazanymi powyżej sąd może orzec środki karne. Sąd może orzec obowiązek naprawienia wyrządzonej przestępstwem szkody (art. 46 § 1 KK). Na podstawie art. 47 § 1 KK można orzec nawiązkę na rzecz instytucji, stowarzyszenia, fundacji lub organizacji społecznej, której podstawowym celem statutowym jest spełnianie świadczeń na cele bezpośrednio związane z ochroną zdrowia. Natomiast na podstawie art. 41 § 1 KK sąd może orzec zakaz wykonywania zawodu (np. lekarza), jeżeli sprawca popełniając przestępstwo nadużył wykonywanego zawodu lub okazał, że dalsze jego wykonywanie zagrażałoby istotnym dobrom chronionym prawem.

Znamiona przestępstwa

Przestępstwo to polega na uszkodzeniu ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu. Aby mówić o dokonaniu tego przestępstwa musi nastąpić skutek oraz związek przyczynowo skutkowy pomiędzy zachowaniem sprawcy a skutkiem., np. wykonania interwencji medycznej. Przepis wskazuje na dwa możliwe skutki:

1) uszkodzenie ciała dziecka poczętego, niezależnie od stopnia wywołanych dolegliwości,
2) rozstroju zdrowia stanowiący zagrożenie dla życia dziecka poczętego.

Skutki określone w art. 157a § 1 KK mogą być spowodowane jakimkolwiek czynem, w tym również polegającym na przeprowadzeniu eksperymentu

badawczego w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Wyłączona jest przestępczość spowodowania uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu, jeżeli było ono następstwem działań leczniczych koniecznych do uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety albo dziecka poczętego (art. 157a § 2 KK).

7. Przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka - art. 155 kk

Art. 155. [Nieumyślne spowodowanie śmierci]

Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Zagrożenie karami

Poza karą pozbawienia wolności, na podstawie art. 41 KK sąd może także orzec zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenie określonej działalności gospodarczej, jeżeli sprawca nieumyślnie powodując śmierć człowieka nadużył stanowiska lub wykonywanego zawodu albo okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska, wykonywanie zawodu lub prowadzenie działalności gospodarczej zagraża istotnym dobrom chronionym prawem.

Znamiona przestępstwa

Przestępstwa można się dopuścić poprzez działanie i zaniechanie. Pomiędzy czynem sprawcy a wywołanym skutkiem musi zachodzić związek przyczynowy.

Zgodnie z Wyrokiem Sadu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 23 września 2009 r.[58], takiego powiązania nie przerywa włączenie się do łańcucha przyczyn okoliczności od sprawcy niezależnych, jeżeli jego działanie było jednym z warunków, bez których śmierć ofiary by nie nastąpiła.
Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 23 listopada 2011 r.[59] dowodząc, że pierwotnego związku przyczynowo-skutkowego łączącego uderzenie zadane przez skazanego ze śmiercią pokrzywdzonego nie przerywają "ewentualne mankamenty w procesie leczenia pokrzywdzonego".

Należy pamiętać, iż odpowiedzialność karna jest ograniczona jedynie do zwyczajnych, przewidywalnych lub możliwych do przewidzenia następstw naruszenia reguł ostrożności (art. 9 § 2 KK). W wyroku z dnia 28 lutego 2001 r. Sąd Apelacyjny w Łodzi[60] wyraził to następująco: "Do przyjęcia odpowiedzialności z art. 155 KK dochodzi jedynie wtedy, gdy śmierć człowieka jest niezamierzonym następstwem działania sprawcy, w rozumieniu art. 9 § 2 KK, polegającym na niezachowaniu przeciętnego obowiązku ostrożności w sytuacji, w której na podstawie normalnej zdolności przewidywania i ogólnego obowiązku dbałości o życie ludzkie lub przewidywania skutków własnych działań można wymagać od człowieka, aby nie dopuścił do nastąpienia przestępnego skutku".
W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2002 r.[61] została sformułowana następująca teza: "Lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej. Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie,

[58] Sygn. akt II AKA 64/09, Legalis
[59] Sygn. akt V 220/11, OSNwSK 2011, Nr 1, poz. 2216
[60] Sygn. akt II AKA 276/00, Prok. i Pr. 2002, Nr 9, poz. 18
[61] Sygn. akt V KK 33/02, Legalis

czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej".

8. Uszczerbek na zdrowiu - art. 156 -157 kk

Art. 156. [Ciężki uszczerbek na zdrowiu]

§ 1. Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,

2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie,

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca

podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Zagrożenie karami

Poza karami przewidzianymi powyżej (kara pozbawienia wolności) sąd może zastosować w stosunku do sprawcy środki karne. Skazując sprawcę za przestępstwo z art. 156 KK, na podstawie art. 46 § s KK, sąd może orzec, obowiązek naprawienia szkody w całości lub części albo nawiązkę na rzecz pokrzywdzonego (art. 46 § 2 KK).

W przypadku skazania na podstawie art. 156 § 1 lub 3 KK sąd ma możliwość

orzeczenia nawiązki na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (art. 47 § 1 KK). Ze względu na nieumyślny charakter występku z art. 156 § 2 KK podstawa taka nie zachodzi.

Jeżeli zachowanie nastąpiło w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie, a wymierzona sprawcy kara nie była niższa niż 3 lata w przypadku występków określonych w art. 156 § 1 lub 3 KK, sąd może orzec przewidziany w art. 40 § 2 KK środek karny w postaci pozbawienia praw publicznych,.

Na podstawie art. 41 § 1 KK sąd może orzec zakaz zajmowania określonego stanowiska lub wykonywania określonego zawodu, jeżeli realizacja znamion przestępstwa z art. 156 § 1-3 KK wiązała się z nadużyciem tego stanowiska lub zawodu albo jeśli popełniając to przestępstwo sprawca okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym prawem.

Znamiona przestępstwa

Spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może być popełnione zarówno umyślnie (art. 156 § 1 KK), jak i nieumyślnie (art. 156 § 2 KK). W przypadku lekarza jako sprawcy tego przestępstwa w ramach błędu w sztuce należy rozważać raczej nieumyślne popełnienie czynu.

Pomiędzy zachowaniem sprawcy, które może przybrać postać działania lub zaniechania, a jednym ze skutków musi istnieć związek przyczynowy.

Ciężki uszczerbek na zdrowiu obejmuje spowodowanie:

1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia (art. 156 § 1 pkt 1 KK);
2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej lub znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie, trwałego istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała (art. 156 § 1 pkt 2 KK).

Ciężkie kalectwo

Sąd Najwyższy pojęcie ciężkiego kalectwa zdefiniował jako zupełne zniesienie lub nawet bardzo znaczne ograniczenie czynności ważnego narządu[62] W szczególności jako „inne ciężkie kalectwo" uznano zniesienie czynności jednego z narządów parzystych (jąder, oczu, nerek, płuc, uszu), ze względu na to, że każdy z nich "jest ważnym dla życia narzędziem o samodzielnej wysoce wyspecjalizowanej czynności". [63]

Długotrwała choroba

Dotychczasowe orzecznictwo za chorobę długotrwałą uważa się chorobę trwającą dłużej niż 6 miesięcy.[64] Jednakże Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 27 września 2012 r.[65] opowiedział się za odejściem od "dotychczas prezentowanej, restryktywnej wykładni pojęcia "długotrwałości", w kierunku bardziej uwzględniającym postęp technologii medycznych oraz metod leczenia. Wykładnia uwzględniająca te czynniki pozwalałaby na ocenę znamienia "długotrwałości" ciężkiej choroby w sposób odpowiadający konkretnie analizowanym obrażeniom, przy uwzględnieniu zastosowanej metody leczenia, czy też długotrwałości utrzymującego się stanu zagrożenia życia osoby pokrzywdzonej"

Choroba realnie zagrażająca życiu

Jest to choroba przejawiająca się poważnymi zaburzeniami podstawowych czynności układów narządów, np. ośrodkowego układu nerwowego, układu oddechowego lub układu krążenia, z powodu których te czynności w każdej chwili mogą ustać, skutkując śmiercią człowieka. W postanowieniu z dnia 21

[62] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 listopada 1973 r., sygn. akt IV KR 340/73, OSNPG 1974, Nr 3-4, poz. 42, Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 31 marca 1978 r. sygn. akt VI KRN 42/78, OSNKW 1978, Nr 7-8, poz. 83

[63] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2013 r., III KK 196/12, KZS 2013, Nr 4, poz. 22

[64] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 21.6.2005 r., II AKA 91/05, KZS 2005, Nr 7-8, poz. 81).

[65] Sygn. akt II AKA 214/12, Legalis

kwietnia 2005 r. Sąd Najwyższy[66] przedstawił następujący pogląd: "Każda choroba realnie zagrażająca życiu, niezależnie od czasu jej trwania, musi być uznana za ciężki uszczerbek na zdrowiu, ponieważ jest najdalej idącym - w porównaniu z innymi, zamieszczonymi w katalogu postaciami takiego uszczerbku - skutkiem działania sprawcy, odzwierciedlającym intensywność i efektywność bezpośredniego i umyślnego charakteru tego działania. Realność zagrożenia utratą życia nie zależy w żaden prosty sposób od czasu występowania takiego stanu - zawsze natomiast charakteryzuje znaczny stopień szkodliwości działania sprawcy powodującego chorobę, w której przebiegu w każdej chwili dojść może do zgonu ofiary przestępstwa. Nie ma więc racjonalnych podstaw do różnicowania odpowiedzialności karnej według niezależnego od sprawcy kryterium długości czasu stanu zagrożenia dla życia lub skuteczności działań ratujących życie - w sytuacji, w której o takiej samej odpowiedzialności karnej (na podstawie art. 156 § 1 KK) decydować powinien taki sam stopień szkodliwości czynu, odzwierciedlający przedmiotowe i podmiotowe okoliczności świadomego i zależnego od sprawcy zachowania zmierzającego do nastąpienia skutku w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu".

Niezdolność do pracy w zawodzie

Niezdolności do pracy w zawodzie musi być całkowita lub znaczna i trwała. Nie jest konieczne aby wystąpiła niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, wystarczając jest jak w zawodzie wyuczonym lub faktycznie wykonywanym.

Oszpecenie, zniekształcenie ciała

Zeszpecenie lub zniekształcenie ciała musi być trwałe i istotne. Według Sądu

[66] Sygn. akt IV KO 19/05, OSNwSK 2005, Nr 1, poz. 824

Najwyższego – postanowienie z dnia 6 lutego 2007 r.[67] cecha trwałości powinna być oceniana "w perspektywie istniejącej w dacie orzekania przez sąd i w świetle poziomu wiedzy, narzędzi i umiejętności dostępnych w tym momencie, a nie z punktu widzenia przyszłych i hipotetycznych możliwości, które mogą nie nastąpić w osiągalnym czasie".

Art. 157. [Inne uszkodzenie ciała]

§ 1. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Zagrożenie karami

Poza karami wymienionymi w przepisie (grzywna, kara ograniczenia wolności, kara pozbawienia wolności) sąd na podstawie art. 41 § 1 KK może orzec zakaz zajmowania określonego stanowiska lub wykonywania określonego zawodu, jeżeli popełnienie przestępstwa z art. 157 § 1-3 KK, za które sprawca został skazany wiązało się z nadużyciem tego stanowiska lub zawodu albo jeśli dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagrażałoby istotnym dobrom chronionym prawem.

Znamiona przestępstwa

[67] Sygn. akt III KK 254/06, OSNwSK 2007, Nr 1, poz. 373

Przestępstwo jest materialne, do jego dokonania konieczne jest wystąpienie określonego skutku z działania lub zaniechania sprawcy. Realizacja znamion może nastąpić zarówno w formie działania, jak i zaniechania. Jednakże zaniechanie wchodzi w grę jednak tylko wówczas, gdy na sprawcy spoczywa prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi (art. 2 KK). Nieudzielanie pomocy medycznej przez lekarza - gwaranta, z którego wynika skutek na zdrowiu określony w art. 157 § 1-3 KK uzasadnia odpowiedzialność karną na podstawie tego przepisu.

Przestępstwo polega na spowodowaniu:

1) tzw. średniego uszczerbku na zdrowiu, tj. naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, który trwa powyżej 7 dni, ale nie mieści się w kategorii ciężkiego uszczerbku (art. 157 § 1 KK);
2) tzw. lekki uszczerbek na zdrowiu, tj. naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni (art. 157 § 2 KK).

Spowodowanie średniego oraz lekkiego uszczerbku na zdrowiu może być popełnione zarówno umyślnie (art. 157 § 1 i 2 KK), jak i nieumyślnie (art. 157 § 3 KK).

9. Narażenie na niebezpieczeństwo - art. 160 kk

Art. 160. [Narażenie na niebezpieczeństwo]

§ 1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega

grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.
§ 4. Nie podlega karze za przestępstwo określone w § 1-3 sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo.
§ 5. Ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Zagrożenie karami

Poza karami wynikającymi z samego przepisu (tj. grzywny, ograniczenia wolności, pozbawienia wolności) sąd może wymierzyć także środki karne.
Na podstawie art. 47 § 1 KK, w razie skazania za umyślne przestępstwo narażenia na niebezpieczeństwo uregulowane w art. 160 § 1-2 KK, sąd może orzec nawiązkę na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej.
W przypadku gdy narażenie na niebezpieczeństwo nastąpiło w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie, a sprawcę skazano na karę na czas nie krótszy od lat 3 pozbawienia wolności, można orzec środek karny w postaci pozbawienia praw publicznych (art. 40 § 2 KK).
Sąd może orzec zakaz zajmowania określonego stanowiska albo wykonywania określonego zawodu (art. 41 § 1 KK), jeżeli sprawca przestępstwa narażenia z art. 160 KK nadużył przy popełnieniu przestępstwa stanowiska lub wykonywanego zawodu albo okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym.

Znamiona przestępstwa

Jest to przestępstwo materialne, to znaczy że dla jego popełnienia konieczne jest wystąpienie skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu człowieka w rozumieniu art. 156 § 1 KK. Aby dopuścić się tego przestępstwa nie jest konieczne wystąpienie

jakichkolwiek innych skutków, poza wytworzeniem (a w pewnych sytuacjach zwiększeniem lub utrzymaniem) stanu narażenia na niebezpieczeństwo, o jakim przepis ten stanowi. W szczególności nie jest wymagane nastąpienie skutku śmiertelnego lub uszczerbku na zdrowiu.[68]

Narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo może polegać na:

1) wywołaniu takiego stanu,

2) jego zwiększeniu,

3) lub na jego utrzymaniu, mimo istnienia powinności jego neutralizacji czy choćby zmniejszenia (w przypadku zaniechania).

Tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 1 kwietnia 2008 r.[69] gdzie sąd wskazał, że dla odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 KK bez znaczenia jest to, czy lekarz - gwarant w wyniku zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego spowodował taki stan rzeczy, w którym pacjent znalazł się w sytuacji grożącej bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, mimo iż poprzednio w takim stanie nie był - innymi słowy, że pożądane zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciążącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby wystąpieniu takiego skutku - czy też, że lekarz - gwarant w wyniku zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego zdynamizował swą bezczynnością przebieg i rozwój procesów chorobowych u pacjenta w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego życiu lub zdrowiu.

Jako niebezpieczeństwo należy rozumieć taką sytuację która obiektywnie rodzi wysokie prawdopodobieństwo nastąpienia uszczerbku w dobrach prawnych.

Sąd apelacyjny w Krakowie z dnia 4 października 2007 r.[70] stwierdził, iż "dla odpowiedzialności z art. 160 § 1 KK wymagane jest, by niebezpieczeństwo (…) było bezpośrednie, a więc natychmiastowe, realne, konkretnie istniejące w sytuacji już stworzonej przez sprawcę bez jego dalszych możliwych działań.

[68] Wyrok Sądu Najwyższy z dnia 3 października 1973 r., sygn. akt IV KR 256/73, Biul. SN 1974, Nr 2, poz. 26; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1980 r., sygn. akt II KR 191/80, OSNPG 1981, Nr 1, poz. 4

[69] Sygn. akt IV KK 381/07, OSNKW 2008, Nr 7, poz. 56

Istnienie warunków, które w przyszłości mogły narażać na niebezpieczeństwo życia lub zdrowia ludzi, nie upoważnia do tworzenia neologizmu o formalnym niebezpieczeństwie"

Przestępstwo narażenia na niebezpieczeństwo może być popełnione umyślnie (art. 160 § 1 - 2 KK) lub nieumyślnie (art. 160 § 3 KK).

Narażenie na niebezpieczeństwo może być dokonane zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie.

Kwalifikowana postać – gdy przestępstwo zostanie popełnione przez osobę na której ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo

Wskazany w art. 160 § 2 KK szczególny, prawny obowiązek opieki, może wynikać z

1) ustawy (np. lekarz – pacjent)
2) orzeczenia sądu
3) zajmowanego stanowiska np. ordynator
4) umowy cywilnoprawnej lub umowy o pracę np. lekarz
5) zaistniałej sytuacji faktycznej

Lekarz, który ma szczególny obowiązek troski wobec określonej osoby, nie ma prawa odmówić udzielenia jej świadczenia medycznego, nawet jeżeli naraża przez to swoje zdrowie lub życie (np. lekarz a dyżurze). Nie może również powoływać się na stan wyższej konieczności, na który z kolei mogą powołać się inne osoby lub nawet lekarz, na którym nie ciąży taki szczególny obowiązek (np. lekarz, który jest świadkiem wypadku).

[70] Sygn. akt II AKA 132/07, KZS 2007, Nr 12, poz. 53

W odniesieniu do lekarza, na którym nie ciąży szczególny obowiązek troski o konkretną osobę, jego odpowiedzialność będzie ograniczona do zarzutu nieudzielenia pomocy człowiekowi znajdującemu się w niebezpieczeństwie, tj. na zasadzie art. 162 k.k.

10. Zabieg leczniczy bez zgodny pacjenta - art. 192

Art. 192. [Zabieg leczniczy bez zgody]

§ 1. Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Zagrożenie karami:

Przestępstwo to zagrożone jest grzywną, karą ograniczenia wolności, albo pozbawienia wolności. W przypadku popełnienia tego przestępstwa może zostać wymierzony poza karami środek karny np. przepadek przedmiotów, które służyły lub były przeznaczone do popełnienia przestępstwa (art. 44 § 2 KK), zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej (art. 41 § 1 i § 2 KK), czy też podanie wyroku do publicznej wiadomości (art. 50 KK) lub obowiązek naprawienia szkody (art. 46 KK).

Znamiona przestępstwa

Brak jest ustawowej definicji zabiegu leczniczego. To pojęcie doczekało się także wielu interpretacji. Najbardziej zasadną wydaje się jednak koncepcja wskazująca na szerokie rozumienie tego pojęcia. Zgodnie z nią zabieg leczniczy to postępowanie służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia osoby leczonej zgodnie z zamysłem leczącego przez podejmowanie wobec niej działań diagnostycznych, terapeutycznych, a także profilaktycznych i

rehabilitacyjnych, łączące się przeważnie z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta.

Zgoda pacjenta na zabieg może być wyrażona:

1) tylko przez osobę uprawnioną do jej udzielenia,
2) dotyczyć tylko tych czynności, które nie sprzeciwiają się ustawie lub zasadom współżycia społecznego (nie obejmują zatem eutanazji lub sterylizacji),
3) musi być wynikiem integralnej i swobodnej decyzji osoby zgadzającej się
4) po uprzednim zapoznaniu się z warunkami przeprowadzanego zabiegu, jak i poinformowaniu o związanym z jego przeprowadzeniem ryzyku.
5) wyrażona przed przystąpieniem do zabiegu (*ex ante*),

Ze względu na różny stan fizyczny i psychiczny pacjenta zgoda na czynność medyczną występować może w następujących postaciach:

1) samodzielnej zgody pacjenta, który zdolny jest do jej wyrażenia z należytym rozeznaniem;
2) zgody zastępczej wyrażonej przez przedstawiciela ustawowego pacjenta, a w niektórych przypadkach jego opiekuna faktycznego;
3) podwójnej czy równoległej zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz jego samego, gdy spełnia on pewne ustawowo określone warunki, np. w przypadku małoletnich powyżej 13 roku życia;
4) zgody sądu opiekuńczego orzekającego na wniosek lub z urzędu;
5) zgody wyrażanej w szczególnej kwalifikowanej postaci na niektóre rodzaje czynności medycznych.

Opracowany na podstawie:

1) Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz 553, z późn, zm.) stan prawny na dzień 1 grudnia 2014 r.

2) Ustawa z dnia 5 czerwca 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, z późn. Zm.) stan prawny na dzień 1 grudnia 2014 r.
3) Ustawa z dnia 7 stycznia o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.) stan prawny na dzień 1 grudnia 2014 r.
4) R. Stefański, Kodeks Karny Komentarz CH Beck 2014 r.
5) A.Grześkowiak, K.Wiak, Kodeks karny. Komentarz CH. Beck 2013
6) M. Wolińska Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej, Prokuratura i Prawo nr 5 z 2013 r.,
7) A. Zoll, Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988,
8) Z. Marek, Błąd medyczny, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 1999,
9) R. Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2009,
10) A. Fiutak, Prawo w medycynie. Akademia prawa, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2010,
11) M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2010,
12) S. Rutkowski, Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192 KK, Prok. i Pr. 2000, Nr 2,
13) M. Safjan, Prawo i medycyna, Warszawa 1998,
14) J. Sawicki, Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie, Warszawa 1965,
15) M. Świderska, Forma zgody na zabieg medyczny, PiM 2007, Nr 2,
16) M. Świderska, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007,
17) E. Zielińska, Przerywanie ciąży. Warunki legalności w Polsce i na świecie, Warszawa 1990,
18) M. Zubik, Problem aborcji na świecie w dokumentach i orzecznictwie, Warszawa 1997.

VIII. Odpowiedzialność zawodowa

Podstawowymi trybami odpowiedzialności dotyczącymi lekarzy są postępowanie cywilne oraz karne. Dodatkowo, istnieje równoległy tryb odpowiedzialności, której podlegają osoby wykonujące zawody zaufania publicznego. Bierze się to stąd, iż zawody zaufania publicznego posiadają pewne cechy tj.: wykazują się dużą samodzielnością i wysokim profesjonalizmem, zaufanie, zasady etyczne, samorząd zawodowy, gwarancje prawne oraz obowiązek stałego doskonalenia zawodowego.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy opiera się na przepisach ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (art. 53 – 112 ustawy) i przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie. W sprawach nie uregulowanych tymi przepisami odpowiednie zastosowanie mają przepisy kodeksu postępowania karnego. Ustawa o izbach lekarskich obejmuje podstawowe dla odpowiedzialności zawodowej zagadnienia takie jak: kto podlega odpowiedzialności, za jakie czyny lekarz może być pociągnięty do tej odpowiedzialności, jakie kary można wymierzać, kiedy następuje przedawnienie przewinienia zawodowego oraz jakie są organy właściwe w tych sprawach.

Odpowiedzialność zawodowa to odpowiedzialność za naruszenie zasad wykonywania zawodu oraz za naruszenie obowiązujących w danym zawodzie zasad etyki. Mamy tutaj do czynienia z zupełnym przeciwieństwem Kodeksu karnego, który precyzyjnie określa za jakie czyny grozi jaka kara. Ustawa o izbach lekarskich nie zawiera takiego zamkniętego katalogu.

Zasady etyki i deontologii są opisane w Kodeksie Etyki Lekarskiej (zwanym dalej: KEL). I tak, KEL reguluje szereg zasad, jakimi winien kierować się lekarz w swoim postępowaniu. Kodeks dzieli się na rozdziały regulujące między innymi następujące kwestie: postępowanie lekarza wobec pacjenta,

poszanowanie praw pacjenta, tajemnicę, lekarską, pomoc chorym w stanach terminalnych, transplantację, prokreacje, zaświadczenia lekarskie, badania naukowe i eksperymenty biomedyczne, związki lekarzy z przemysłem farmaceutycznym, stosunki wzajemne między lekarzami, i relacje lekarza ze społeczeństwem.

Przepisy o wykonywaniu zawodu lekarza zawarte są w ustawie o zawodzie lekarza, o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o działalności leczniczej, o ochronie zdrowia psychicznego, o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, oraz w licznych innych aktach normatywnych. Jeśli można pokusić się o wskazanie najistotniejszych skierowanych do lekarzy obowiązków wynikających z przepisów prawa to wymienić należy:

- obowiązek udzielania świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i z należyta starannością,

- obowiązek udzielania pomocy osobom, które znajdują się w stanie zagrażającym bezpośrednio utratą życia i zdrowia,

- obowiązek udzielania pacjentowi przystępnej, zrozumiałej informacji o stanie zdrowia, możliwych metodach leczniczych i ryzykach zabiegu,

- obowiązek uzyskania zgody pacjenta na podjecie działań medycznych, w tym pisemnej zgody na zabiegi i czynności stwarzające podwyższone ryzyko,

- obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej,

- obowiązek prawidłowego prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.

Zatem, zakres przedmiotowy odpowiedzialności zawodowej lekarza jest bardzo rozległy, tym bardziej, że zarówno KEL jak i również ustawy raczej nie

określają co jest czynem zabronionym, a jedynie wskazują co do zasady jak należy postępować.

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy obejmuje członków samorządu lekarzy, którymi są wszyscy członkowie izb lekarskich. Zatem odpowiedzialności zawodowej podlegają wszyscy lekarze wpisani do rejestrów prowadzonych przez Okręgowe Izby Lekarskie. Osoby posiadające dyplomy lekarzy ale nie posiadające prawa wykonywania zawodu, nawet jeżeli posiadały je wcześniej, tej odpowiedzialności nie podlegają. Zatem odpowiedzialności zawodowej nie podlegają osoby, które nie uzyskały jeszcze prawa wykonywania zawodu lub prawo to utraciły. O wszczęciu postępowania decyduje stan w dniu otrzymania skargi – związane jest to z faktem, że odpowiedzialności dyscyplinarnej podlegają tylko członkowie samorządu zawodowego.

Ustawa o izbach lekarskich nie zawiera rozdziału poświęconego zasadom odpowiedzialności zawodowej. Nie oznacza to jednak, iż ogólne założenia tej odpowiedzialności nie zostały określone. Zgodnie bowiem z art.112 ustawy o izbach lekarskich w sprawach nieuregulowanych stosuje się odpowiednio zasady odpowiedzialności karnej określone w Kodeksie karnym. Tym samym odnośnie zasad odpowiedzialności zawodowej uwagi zawarte w rozdziale dotyczącym odpowiedzialności karnej pozostają w całości aktualne.

Jeśli chodzi o krótkie wskazanie zasad postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej to postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie można wszcząć, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata, przy czym każde działanie rzecznika dyscyplinarnego przerywa ten termin. Z kolei, karalność deliktu zawodowego ustaje po upływie 5 lat od chwili jego popełnienia. Jeżeli czyn zawiera znamiona przestępstwa, przedawnienie odpowiedzialności zawodowej następuje nie wcześniej, niż przedawnienie karne. Rzecznik dyscypliny wszczyna postępowanie

wyjaśniające po "uzyskaniu wiarygodnej informacji o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej". Najczęściej jest to skarga pokrzywdzonego, ale rzecznik jest również zobowiązany wszcząć postępowanie na podstawie każdej innej informacji, którą uzna za wiarygodną. Jeżeli wstępna ocena skargi lub informacji jednoznacznie wskazuje, że nie jest ona wiarygodna, rzecznik może odmówić wszczęcia postępowania. Wszczęte postępowanie wyjaśniające zostaje albo umorzone, albo zakończone skierowaniem do sądu wniosku o ukaranie.

Sąd lekarski może orzec wobec lekarza 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.

Wymienione kary uszeregowane są od najłagodniejszej do najsurowszej. Katalog kar jest zamknięty, co oznacza, iż sąd nie może wymierzyć innej kary niż przewidziana powyżej.

Jeśli chodzi o konsekwencje wymierzenia poszczególnych kar to przedstawiają się one następująco.

Kara upomnienia jest kara najłagodniejszą. W niczym nie ogranicza lekarza w prawie wykonywania zawodu.

Kara nagany. W niczym nie ogranicza lekarza w prawie wykonywania zawodu. Natomiast skutki kara ta wywołuje wyłącznie w sferze uprawnień lekarza w samorządzie zawodowym. Lekarz ukarany karą nagany nie ma prawa ubiegać się o wybór na stanowisko w jakimkolwiek organie izby lekarskiej.

Kara pieniężna. Kara ta przekazywana jest na cel społeczny związany z ochroną zdrowia, a nie na rzecz pacjenta. Kara ta może być orzeczona w wysokości od jednej trzeciej do czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obowiązującego w chwili wydania orzeczenia w pierwszej instancji.

Kara zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat. Jest to nowy rodzaj kary wprowadzony dopiero w styczniu 2010 roku. Wydaje się, iż kara ta będzie orzekana w przypadku gdy sąd stwierdzi, iż należy odsunąć od orzekania osoby które swym zachowaniem nadużyły uprawnień kierowniczych.

Kara ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat. Ta karę również można orzekać dopiero od stycznia 2010 roku. Kara ta polega na odebraniu lekarzowi – na czas określony – możliwości wykonywania pewnych czynności należących do zakresu wykonywania zawodu lekarza. Lekarz, wobec którego orzeczono ww. karę będzie uprawniony do wykonywania zawodu, z zastrzeżeniem, że nie będzie mógł wykonywać pewnych czynności.

Kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu jest kara terminową wymierzana na okres od roku do pięciu lat. Na skutek wymierzenia ww. kary lekarz traci na pewien czas prawo wykonywania zawodu, nie wolno mu udzielać świadczeń zdrowotnych w żadnej formie tj.: nie jest możliwe prowadzenie przez niego prywatnej praktyki lekarskiej, nie może być także zatrudniony w podmiocie leczniczym. Z ww. kara wiąże się także skutki w postaci uprawnień lekarza w

samorządzie zawodowym. Lekarz traci prawo ubiegania się o wybór na stanowisko w jakimkolwiek organie izby lekarskiej.

Kara pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Jest kara najsurowszą. Oznacza, iż od chwili uprawomocnienia się orzeczenia lekarz nie może wykonywać zawodu w żadnej formie. Orzeczenie ww. kary stanowi podstawę do rozwiązania bez wypowiedzenia umowy o pracę, jak również umowy cywilnoprawnej. Kara pozbawienia prawa wykonywani zawodu została przewidziana jako kara dożywotnia. Jednakże w wyroku z dnia 18 października 2010 roku sygn. akt: K 1/09 Trybunał uznał, iż dożywotnie pozbawienie prawa wykonywania zawodu jest karą zbyt dolegliwą (a więc niekonstytucyjną) i osoby ukarane powinny mieć prawo ubiegać się ponownie o prawo wykonywania zawodu.

Ukaranie ulega zatarciu, tzn. że po upływie określonego czasu, w sytuacji gdy osoba ukarana nie popełniła w tym czasie nowych czynów karalnych, ukaranie uważa się za niebyłe. Takie zatarcie następuje z urzędy tzn. osoba ukarana nie musi składać żadnego wniosku w tym zakresie.

Terminy zatarcia są różne w zależności od rodzaju orzeczonej kary:

1. kara upomnienia – rok od daty uprawomocnienia się orzeczenia
2. kara nagany – 3 lata od daty uprawomocnienia się orzeczenia,
3. kara pieniężna , kara zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia, kara ograniczenia zakresu czynności wykonywania zawodu lekarza – 3 lata od wykonania orzeczenia o ukaraniu,
4. kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu – 5 lat od wykonania orzeczenia o ukaraniu.

<u>Rozdział opracowany na podstawie:</u>

1. Kodeks Etyki Lekarskiej

2. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 708, z późn. zm.)
3. A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy - Przykłady – Orzecznictwo**,** Wydawnictwa C.H. Beck, wydanie 1, Warszawa 2013.