

Anna Marcinkowska**ANALIZA OBECNYCH ROZWIĄZAŃ USTAWOWYCH
W ZAKRESIE OCHRONY PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH
JAK FUNKCJONARIUSZY PUBLICZNYCH****Analiza obecnych rozwiązań ustawowych**

Nie trzeba nikogo przekonywać do tego, iż pracownicy medyczni potrzebują szczególnej ochrony prawnokarnej w związku z wykonywanymi przez siebie czynnościami medycznymi. Co pewien czas media informują opinię publiczną o kolejnych atakach na załogi karetok pogotowia, personel podmiotów leczniczych oraz o niszczeniu mienia będącego wyposażeniem różnego rodzaju placówek medycznych. Powtarzające się ataki tego typu wymogły działanie ze strony środowisk medycznych, które przejawiało się w utworzeniu przez Naczelną Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych systemu „Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia”¹. Celem tego systemu jest umożliwienie lekarzom i pielęgniarkom zgłaszania przypadków agresji w miejscach pracy. Liczba zgłoszeń wskazuje na coroczny znaczący wzrost tego typu ataków, co wynika także z danych Komendy Głównej Policji. Lekarze i pielęgniarki spotykają się z prawie każdym rodzajem agresji, choć najczęściej ma ona charakter agresji werbalnej. Zdaniem lekarzy nawet dostępne dane statystyczne nie są w pełni adekwatne i skala zjawiska jest znacznie większa². Z badań przeprowadzonych przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku wynika, że kontakt z agresją wykazało 90% lekarzy, 86% położnych i 96% pielęgniarek. Wprawdzie w badaniach tych uwzględniono wszelkie źródła agresji, w tym nawet pochodzące od współpracowników, to jednak niezależnie od grupy zawodowej najczęściej agresja pochodziła ze strony pacjentów wobec odpowiednio: 86% lekarzy, 74% położnych i 92% pielęgniarek³.

¹ www.agresja.hipokrates.org/# (18.06.2018).

² Za: Z. Brzezina, *Przypadki agresji w szpitalach zdarzają się codziennie*, www.medexpress.pl/przypadki-agresji-w-szpitalach-zdarzaja-sie-codziennie/68019 (18.06.2018).

³ E. Krajewska-Kułak, K. Kowalczyk, A. Kułak-Bejda, A. Guzowski, W. Kułak, *Różne barwy przemocy*, t. II, Białystok 2016, s. 173 i n. Odnośnie do form agresji ze strony pacjentów to

Nie budzi wątpliwości, że istnieje konieczność objęcia personelu medycznego ochroną prawnokarną, gdyż w tym wypadku ochrona ta dotyczy najważniejszych czynności związanych z ratowaniem życia i zdrowia. Ochrona ta powinna odpowiadać wadze, jaka jest związana z obowiązkami nałożonymi na zawody medyczne, a szczególnie obowiązkowi udzielenia pomocy pacjentowi, które są przewidziane w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l.l.d.) i art. 15 ustawy o działalności leczniczej (dalej: u.d.l.). Dotychczasowe orzecznictwo i piśmiennictwo wyrażało pogląd, że obowiązki te mają charakter bezwzględny, ponieważ chodzi tutaj o ochronę fundamentalnego etycznego obowiązku ratowania życia i zdrowia, gdy życie i zdrowie jest bezpośrednio zagrożone i istnieją realne możliwości udzielenia pomocy. O charakterze tego obowiązku świadczy np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 28 lipca 2016 r.⁴, w którym stwierdzono, że lekarz, ratując życie i zdrowie, działa interesie społecznym, a wykonując takie czynności, nie powinien mieć na względzie żadnych innych okoliczności poza stanem zdrowia pacjenta, takich jak tożsamość chorego czy też to, kto pokryje koszty leczenia. Obowiązek ten ma więc charakter absolutnie nadrzędny i dla zapewnienia prawidłowości jego realizacji wymagane jest posiadanie odpowiednio szerokiej ochrony.

Impulsem do poruszenia tego tematu było także postanowienie Sądu Najwyższego z 28 kwietnia 2016 r. (sygn. I KZP 24/15), które dotyczyło zakresu prawnokarnej ochrony lekarza jako funkcjonariusza publicznego. Stan faktyczny rozpatrywany w tym orzeczeniu dotyczył lekarza, który został znieważony przez osobę, która miała domagać się od niego wypisania karty zgony członka rodziny (a więc czynności o charakterze administracyjnym), a po odmowie publicznie zarzucać mu brak umiejętności i spowodowanie śmierci tej osoby. Lekarz przebywał wtedy w pomieszczeniach szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR-u), pełniąc dyżur jako członek karetki pogotowia i pozostając w gotowości do podjęcia czynności medycznych. Prokurator odmówił wszczęcia postępowania przygotowawczego w tej sprawie, uznając, że dopuszczono się co najwyżej czynu ściganego z oskarżenia prywatnego z art. 216 k.k., a nie czynu z art. 226 k.k. polegającego na znieważeniu funkcjonariusza publicznego, który jest ścigany

w badaniu wyszczególniono osiem rodzajów zachowań, tj. podniesiony głos, pogróżki, szantaż, próbę uderzenia, groźną postawę, zachowanie wulgarnie przy współpracownikach, zachowanie wulgarnie przy pacjentach oraz atak, uderzenie. Warto odnotować, że w wypadku formy agresji określonej jako „atak, uderzenie” dane te wyniosły: 10% dla lekarzy, 14% dla położnych i 28% dla pielęgniarek.

⁴ Sygn. V ACa 3/16, LEX nr 2182319. Wyrok ten dotyczył kosztów leczenia w warunkach przymusu ustawowego, których pacjent nie był w stanie ponieść, oraz rozumienia art. 115 k.k.w. Podobne stanowisko zajął SA we Wrocławiu z 27 marca 2014 r. (sygn. I ACa 82/14, LEX nr 1785800) z zastrzeżeniem konieczności zachowania odpowiedniego trybu, gdy zostaną przekroczone finansowe limity ustalone ze świadczeniodawcą.

z urzędu. Rozpoznając zażalenie na odmowę wszczęcia dochodzenia, Sąd Rejonowy zwrócił się do Sądu Najwyższego o udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące ochrony prawnokarnej lekarza. Oceniając ten stan faktyczny, Sąd Najwyższy uznał, że ochrona praw należna funkcjonariuszowi publicznemu, która została przyznana lekarzowi w art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i art. 5 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dalej: u.p.r.m.), nie obejmuje sytuacji innych niż udzielenie pomocy doraźnej, tj. udzielenie pierwszej pomocy i podejmowanie medycznych czynności ratunkowych lub pomocy lekarskiej wtedy, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych wypadkach niecierpiących zwłoki. Uznano również, że wykonanie tych czynności polega na działaniu, które zmierza bezpośrednio do ich wykonania, od chwili odebrania zindywidualizowanego wezwania do ich udzielenia albo od chwili podjęcia przez lekarza stosownych działań z własnej inicjatywy. Sąd Najwyższy zajął stanowisko, że ochrona prawna nie obejmuje okresu pełnienia przez lekarza dyżuru w szpitalnym oddziale ratunkowym, jeśli polega on tylko na oczekiwaniu na wezwanie do wyjazdu załogi karetki pogotowia.

W uzasadnieniu orzeczenia Sąd Najwyższy powołał się na definicje istniejące w prawie medycznym i powiązanie art. 44 z art. 30 u.z.l.l.d., który stanowi o obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, a także na kolejne źródło ochrony prawnej lekarza, tj. art. 5 u.p.r.m. Przepis ten chroni osobę udzielającą pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmującą medyczne czynności ratunkowe zdefiniowane w u.p.r.m. Oceniając poprawność legislacyjną tych przepisów, Sąd Najwyższy uznał, że taki sposób regulacji jest stosowny i nie budzi zasadniczych zastrzeżeń z punktu widzenia techniki prawodawczej, a przepisy te powinny być odczytywane literalnie, tj. zgodnie z dyrektywą języka ogólnego, i dotyczą odcinka czasowego, gdy lekarz świadczy pomoc doraźną lub wykonuje obowiązki określone w art. 30 u.z.l.l.d. Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że nie można w takim wypadku zastosować wykładni rozszerzającej, gdyż byłoby to niezgodne z literalnym brzmieniem normy, która nie chroni wszystkich czynności wykonywanych przez lekarza w ramach stosunku pracy, a zwłaszcza czynności o charakterze administracyjnym, a za taką czynność należy uznać wypisanie karty zgonu. Można stwierdzić, że Sąd Najwyższy nie miał innego wyjścia, orzekając o stosunkowo wąskim zakresie ochrony lekarza i innych pracowników medycznych wykonujących swoje obowiązki zgodnie z u.p.r.m., powołując się przede wszystkim na taką, a nie inną wolę ustawodawcy.

Z dotychczasowego orzecznictwa warto także zwrócić uwagę na wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach (sygn. VI Ka 773/17)⁵. W judykacie tym dokonano interpretacji znamienia „w związku z pełnieniem czynności”, które to znamię zostało zinterpretowane szeroko. Orzekający sąd uznał, że wystarczające było, iż pokrzywdzona była członkiem załogi karetki pogotowia i udzielała pomocy medycznej oskarżonemu. W opisanej sytuacji wystarczające było powiązanie agresywnego zachowania napastnika z interwencją medyczną pokrzywdzonej. Dla karnej odpowiedzialności nie miało znaczenia to, że oskarżony swoim zachowaniem wymusił przerwanie czynności medycznych, i to, że na skutek tego pokrzywdzona czasowo powstrzymała się od kontynuowania udzielania oskarżonemu pomocy. W wyroku tym zajęto słuszne stanowisko, że tam, gdzie sprawca swoją agresję kieruje wobec pracownika medycznego i powoduje chwilowe odstąpienie od czynności leczniczych, to mimo tego odstąpienia ochrona prawno-karna pracownika medycznego trwa dalej. Analiza powyższych orzeczeń prowadzi do wniosku, że orzecznictwo sądowe konsekwentnie wypowiada się co do realizacji znamion art. 222 k.k. i aktualna jest linia orzecznicza przedstawiona jeszcze w wyroku Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r. (sygn. II KK 176/09), gdzie dokonano wykładni przestępstwa z art. 226 § 1 k.k., a zwłaszcza znamienia „podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych”⁶.

Komentowane przepisy nasuwają jednak szereg wątpliwości, zwłaszcza jeżeli się porówna zakres ochrony lekarza i pielęgniarki, który jest znacznie szerszy. W art. 11 ust. 2 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej (dalej: u.z.p.p.) wymieniono szereg sytuacji, kiedy pielęgniarcze jako funkcjonariuszowi publicznemu przysługuje ochrona, który to przepis obejmuje w zasadzie zdecydowanie większą ilość sytuacji i czynności związanych z wykonywaniem tego zawodu. Ochrona ta obejmuje również część czynności, które można określić jako administracyjne, z wyjątkiem działań *stricte* administracyjnych, np. związanych z przyjęciem pacjenta na oddział. Ochroną objęto np. realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, a w przypadku położnej – nawet świadczeń zapobiegawczych, kierowanie na konieczne badania, sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem i inne. Zakresem ochrony objęto więc nawet część czynności, które wchodzą w zakres czynności dotyczących planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz problemów pielęgnacyjnych. Oczywiście

⁵ LEX nr 2449902.

⁶ LEX nr 584034 wraz z glosą J.B. Stefańskiej, OSP 2011/2/17. Zob. uchwała SN z 20 czerwca 2012 r., sygn. I KZP 8/12, OSNKW 2012/7/71 oraz wyrok TK z 12 lutego 2015 r., sygn. SK 70/13, OTK – A 2015/2/14, który dotyczył zbadania zgodności z Konstytucją art. 226 § 1 k.k. w zakresie, w jakim penalizował znieważenie funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej dokonane niepublicznie.

ochroną objęta jest także całość świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych. Dlatego można sobie zadać pytanie, dlaczego w podobny sposób nie sformułowano przepisów związanych z ochroną prawnokarną lekarza, zwłaszcza że wystarczające byłoby nawiązanie do definicji czynności medycznych wskazanych w u.d.l.

Wygląda, jakby ustawodawca z tylko sobie znanych powodów stał na stanowisku, że pracownicy medyczni nie zasługują na taki zakres ochrony, jaki posiadają np. nauczyciele w art. 63 ustawy z 26 stycznia 1982 r. – Karta nauczyciela⁷, który statuuje, że nauczyciel podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych. Przepis ten jest prosty do interpretacji pod kątem określenia znamion przestępstw z art. 222, 223, 224 i 226 k.k. Obecne regulacje w zakresie ochrony prawnokarnej pracownika medycznego zupełnie nie odnoszą się do unormowań związanych ze stosunkiem pracy, skupiając się na charakterze wykonywanych czynności.

W tym miejscu konieczne jest zwrócenie uwagi na art. 15a u.d.l., który wszedł w życie w 1 grudnia 2017 r.⁸ W przepisie tym wprowadzono ochronę prawną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych dla osób wykonujących zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym. Przepis ten sformułowano dość szeroko, gdyż chroni osoby wykonujące wszystkie zawody medyczne. Jeżeli chodzi o pojęcie zawodu medycznego, to zdefiniowane jest ono w art. 2 ust.1 pkt 2 u.d.l., gdzie za osobę wykonującą zawód medyczny uznano osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie bądź określonej dziedzinie medycyny⁹.

Definicja zawodu medycznego z jednej strony wpisuje się w dotychczasowe ustalenia tego pojęcia na podstawie różnych aktów prawa medycznego, ale z drugiej rodzi problemy interpretacyjne, co podnosiła już niejednokrotnie dok-

⁷ T.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1189 w brzmieniu: „Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2017 r., poz. 2204) dla funkcjonariuszy publicznych”.

⁸ T.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 160. Artykuł 15a wprowadzono ustawą z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 2217).

⁹ Definicji zawodu medycznego nie należy utożsamiać z definicją personelu medycznego. Zob. wyrok WSA w Lublinie z 13 grudnia 2011 r., sygn. III SA/Lu 653/11, LEX nr 1102241. Podobnie: wyrok SA w Lublinie z 17 stycznia 2018 r., sygn. III AUa 547/17, LEX nr 2440806, w którym nie uznano za osobę wykonującą zawód medyczny salowej. Za zawody medyczne uznano natomiast psychoanalityka i neuroterapeutę – wyrok NSA w Warszawie z 22 października 2013 r., sygn. I FSK 1682/12, LEX nr 1386054; wyrok WSA w Szczecinie z 8 października 2013 r., sygn. I SA/Sz 464/13, LEX nr 1382020.

tryna. Problemy te związane są z brakiem regulacji o charakterze ogólnym, która odnosiłaby się do wszystkich zawodów medycznych, ale z koniecznością sięgania do innych ustaw i rozporządzeń¹⁰. Należą do nich: ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 3 ust.1), ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia (art. 10 ust. 3) czy też rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania¹¹. Mimo pojawiających się wątpliwości co do sposobu klasyfikowania większość autorów przyjmuje, że do zawodów medycznych zalicza się lekarza i lekarza dentyzę, farmaceutę, pielęgniarkę i położną, ratownika medycznego i ratownika, diagnostę laboratoryjnego, felczera i fizjoterapeutę¹² i to właśnie te zawody korzystają z ochrony przewidzianej w tym przepisie.

Definicja świadczenia zdrowotnego zawarta jest w art. 10 pkt 2 u.d.l. oraz w art. 5 pkt 40 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³. Mimo istnienia definicji legalnej świadczenia zdrowotnego wielość różnych czynności we wzajemnej relacji między pacjentem a pracownikiem medycznym powodowała, że i w tym przypadku pojawiły się wątpliwości co do zakresu tego pojęcia. Jak słusznie zauważył R. Kubiak, definicja ta ma charakter systemowy i stanowi podstawę do interpretacji innych unormowań medyczno-prawnych. Uznaje się, że świadczeniem takim są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, a także inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a zwłaszcza mające charakter profesjonalny¹⁴. Powyższy pogląd akcentuje element terapeutyczny w szerokim rozumieniu, który zawiera profilaktykę, diagnostykę i rehabilitację medyczną, a więc te czynności, które są ukierunkowane na ochronę życia lub zdrowia ludzkiego i wykonywane zgodnie z zasadami wiedzy medycznej przez wykwalifikowane osoby. R. Kubiak zalicza do tych czynności również wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich oraz ordynowanie leków i wystawianie recept jako immamentnie związane z zawodem lekarza oraz czynności lekarskie o charakterze nieterapeutycznym (np. pobieranie krwi i innych wydzielin w postępowaniu karnym na mocy art. 74 k.p.k.). Autor ten zalicza również do definicji

¹⁰ Z. Banaszczyk [w:] *System prawa medycznego*, t. I: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safian, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 662 i n.

¹¹ T.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 227.

¹² Z. Banaszczyk [w:] *System prawa medycznego*, t. I: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safian, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 662 i n.

¹³ T.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1938. Zob. wyrok WSA w Warszawie z 26 kwietnia 2018 r., sygn. VII SA/Wa 2184/17, LEX nr 2500633.

¹⁴ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 20–22. Autor ten powołuje się też na: M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.

świadczenia zdrowotnego zabiegi chirurgii estetycznej, sterylizacji i zabiegi adaptacyjne polegające na zmianie płci jako ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁵. Odnośnie do sterylizacji i chirurgii estetycznej występują różne poglądy co do tego, czy działania takie należy zaliczyć do świadczeń zdrowotnych. Przy szerszym ujęciu opisywanej problematyki słuszne jest uznanie, że podstawowe znaczenie powinien mieć ich cel, który powinien się wyrażać w poprawie komfortu życia¹⁶.

Uzasadnienie ustawy wprowadzającej ten przepis ochronny nie zawiera żadnych treści świadczących o tym, dlaczego korzystanie z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych dotyczy tylko osób udzielających świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym, a nie na jego terenie. Dochodzi więc do paradoksalnej sytuacji, że osoba wykonująca zawód medyczny w zakładzie leczniczym podlega mniejszej ochronie prawnej niż osoba wykonująca te same czynności poza nim. Można się tylko domyślać, że ustawodawca uznał, że lekarz lub pielęgniarka korzystają z wystarczającej ochrony, pracując w zakładzie leczniczym, na mocy dotychczasowych przepisów, tj. na podstawie art. 44 u.z.l.l.d. i art. 11 u.z.p.p. Prawdopodobnie ustawodawcy chodziło też o zwiększenie ochrony zawodów medycznych działających w podstawowej opiece zdrowotnej jako „punktu wejścia pacjentów do systemu opieki zdrowotnej”¹⁷, gdzie istnieje możliwość udzielania świadczeń np. w miejscu zamieszkania pacjenta.

Takie rozwiązanie ustawowe spowodowało, że w pierwszym rzędzie należy ustalić zakres czynności w ramach stosunku pracy, w trakcie których doszło do ataku na pracownika medycznego, natomiast wszelkie inne okoliczności są bez znaczenia. Do okoliczności tych należy zaliczyć pozostawanie w ramach dyżuru medycznego¹⁸ lub w innej gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, rodzaju uprawiania praktyki zawodowej (indywidualnej lub grupowej), jej formy, w tym posiadania osobowości prawnej i szeregu innych oraz miejsca ataku. Następnie należy rozważyć, czy doszło do wyczerpania znamion przestępstwa

¹⁵ T.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 2295. Adekwatnie będą to wszystkie inne świadczenia gwarantowane, których dotyczą odrębne rozporządzenia Ministra Zdrowia, tj. z zakresu ratownictwa medycznego, programów zdrowotnych, rehabilitacji leczniczej, podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia stomatologicznego, świadczeń wysokospecjalistycznych, leczenia uzdrowiskowego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień i innych.

¹⁶ Odmienne: B. Sygít, D. Wąsik, *Leksykon prawa medycznego*, Warszawa 2017, s. 207 z zastrzeżeniem, iż ustalenia dotyczące celu poprawy i ratowania zdrowia powinny być dokonane w każdym przypadku indywidualnie.

¹⁷ <https://legislacja.rcl.gov/docs//2/12293658/12403159/.../dokument304135.pdf> (18.06. 2018).

¹⁸ Zob. art. 95 u.d.l.

z części ogólnej Kodeksu karnego, mając na uwadze, że atak na funkcjonariusza publicznego będzie miał miejsce, gdy występuje on jako podmiot czynności wykonawczej. Konieczne jest wtedy wykazanie powiązania, iż atak (np. naruszenie nietykalności cielesnej z art. 222 k.k.) miał miejsce w związku z pełnieniem przez niego obowiązków służbowych, podobnie jak w wypadku art. 223 k.k., który penalizuje użycie broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego. Te same uwagi należy odnieść do art. 224 § 2 k.k., tj. do stosowania przemocy lub groźby bezprawnej w celu zmuszenia funkcjonariusza publicznego do przedsięwzięcia lub zaniechania prawnej czynności służbowej, oraz innych tego typu przepisów.

Dla ustalenia, czy do popełnienia przestępstwa doszło „poza zakładem medycznym”, należy najpierw ustalić, co uznamy za zakład medyczny. Pojęcie zakładu medycznego wydaje się znaczeniowo najszersze, zawierające w sobie wszystkie formy udzielania świadczeń medycznych. W u.d.l. słowo „zakład” pojawia się jako:

- zakład leczniczy (szpital)¹⁹, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych (art. 2 ust. 1 pkt 9),
- zakład opieki zdrowotnej jako jednostka tworzona przez podmiot tworzący (art. 2 ust. 1 pkt 6),
- zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej (art. 2 ust. 1 pkt 14),
- zakład leczniczy jako jednostka lokalna w rozumieniu art. 42 ust. 4 ustawy z 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej,
- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jako podmiot leczniczy (art. 4 ust. 1 pkt 2),
- zakład leczniczy jako forma wykonywania działalności leczniczej, gdy indywidualna praktyka lekarska może być wykonywana na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład – podobny zapis dotyczy praktykowania zawodu pielęgniarki (art. 5 ust. 2 pkt 1),
- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej odnośnie do jego utworzenia i prowadzenia jako podmiot leczniczy (art. 6 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 pkt 3).

Kolejne pojęcie zakładu leczniczego w u.d.l. pojawia się jako miejsce udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (pomieszczenia zakładu leczniczego), jako jednostki udzielające świadczeń zdrowotnych inne niż szpitalne (zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, rehabilitacji leczni-

¹⁹ Pojęcie to należy odnieść także do szpitala uzdrowiskowego. Zob. ustawa z 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2012 r., poz. 651) oraz wyrok NSA w Warszawie z 16 listopada 2017 r., sygn. II FSK 2733/15, LEX nr 24112561.

czej) oraz zakłady badań diagnostycznych. Następnie regulacje dotyczące zakładu leczniczego pojawiają się jako określenia odnoszące się do wykonywania praktyki lekarskiej przez lekarza i pielęgniarkę oraz konieczności posiadania regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a przede wszystkim solidarnej odpowiedzialności za szkodę i w zakresie różnych działań administracyjnych. Osobne przepisy dotyczą samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ) oraz sposobu przekazywania środków publicznych, w tym dotacji.

Powyższy przegląd u.d.l. wskazuje, że w systemie prawa w zasadzie nie występuje pojęcie zakładu medycznego, natomiast stosowane jest pojęcie zakładu leczniczego. Dlatego należy sobie zadać pytanie, jaka jest wzajemna relacja obu tych pojęć i dlaczego ustawodawca użył pojęcia prawie niewystępującego zamiast takiego, które jest powszechnie uznane i nie sprawia problemów interpretacyjnych. Uprawnione jest wysnucie wniosku, że pojęcie zakładu medycznego jest tożsame z pojęciem zakładu leczniczego. Przemawia za tym definicja słownikowa, która za zakład uznaje przedsiębiorstwo lub jego część, które świadczy jakieś usługi, lub instytucję zaspokajającą określone potrzeby społeczne w dziedzinie nauki, kultury i zdrowia²⁰. Jeżeli chodzi o definicję zawartą w art. 2 u.d.l., to pojęcie zakładu leczniczego nabrało nowego brzmienia od 15 lipca 2016 r., kiedy to uznano, iż zakład to zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Jeżeli przyjmiemy, że pojęcia „zakład leczniczy” i „zakład medyczny” są tożsame, to można dojść do wniosku, że każdy z podmiotów leczniczych, które to pojęcie jest znaczeniowo węższe, będzie zarówno zakładem leczniczym, jak i zakładem medycznym. Atak na pracownika medycznego na tym terenie nie będzie penalizowany na mocy art. 15a u.d.l. i konieczne będzie sięgnięcie do innych przepisów zapewniających ochronę prawnokarną. Dlatego ten nowy przepis budzi wiele zastrzeżeń z punktu widzenia poprawnej legislacji oraz wykładni celowościowej, której zastosowanie nie może prowadzić do wykładni rozszerzającej, która wykracza poza sens przepisu ustalony na podstawie analizy językowej tekstu, co stanowiłoby złamanie zasady *nullum crimen sine lege stricte*²¹.

Trzeba się też zastanowić, co ustawodawca rozumie pod pojęciem ochrony prawnej i dlaczego ustawowo nie stwierdza się, że ochrona ta ma charakter prawnokarny. Otóż pojęcia te były poddane analizie w postanowieniu Sądu Najwyższego z 7 września 2000 r.²² Sąd Najwyższy uznał wtedy, że pojęcia te są tożsame, i powołał się w tym zakresie na poprzednio obowiązujący Kodeks kar-

²⁰ E. Sobol, L. Drabik, A. Kubiak-Sokół, L. Wiśniakowska, *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2010, s. 1256.

²¹ *Prawo karne*, red. A. Grzeškowiak, K. Wiak, Warszawa 2015, s. 66.

²² Sygn. I KZP 26/00, LEX nr 42359.

ny, gdzie pojecie „ochrona prawna” było odnośnie do ochrony dotyczącej funkcjonariuszy publicznych. Uznano, że „zakres ochrony prawnej” jest szerszy i nie odnosi się do odpowiedzialności karnej sprawcy, która jest domeną Kodeksu karnego, lecz odnośnie do oznaczonych osób posiadających szczególne uprawnienia.

Nowe rozwiązania ustawowe

Od 26 czerwca 2018 r. obowiązuje zmiana ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym²³. Przewidziano w niej kolejny przepis, który rozszerzył ochronę pracowników medycznych, w brzmieniu: „osoba udzielająca pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytor medyczny podczas wykonywania swoich zadań oraz wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 29 ust. 5, korzystają z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, dla funkcjonariuszy publicznych”. Jak wynika z uzasadnienia tego aktu prawnego, jednym z jego celów jest rozszerzenie katalogu osób, którym będzie przysługiwała ochrona przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych, o wymienione osoby w celu zapobieżenia sytuacjom, w których osoby wzywające zespół ratownictwa medycznego oraz pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i osoby im towarzyszące bezkarnie znieważają, grożą lub fizycznie atakują personel medyczny. Przepis ten stanowi więc uzupełnienie dla art. 15a u.d.l. i w pewnym sensie naprawia braki z zakresie przedmiotu ochrony tam przewidzianej.

Rozwiązaniem art. 5 ust. 1 u.p.r.m. znacznie rozszerza zakres ochrony. Przysługuje ona obecnie całemu zespołowi ratownictwa medycznego. Zgodnie z regułami wykładni za zespół ratownictwa medycznego należy uznać jednostkę systemu, o której mowa w art. 3 pkt 10 w zw. z art. 32 ust.1 pkt 2 u.p.r.m. Nie ma znaczenia, czy będzie to zespół podstawowy, czy specjalistyczny lub lotniczy²⁴. Konieczne jednak będzie, by zespół ratownictwa posiadał stosowne oznaczenie w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz umundurowanie zgodnie z art. 38 u.p.r.m.²⁵ Niestety, takie sformułowanie art. 5 ust. 1 oznacza, że

²³ Ustawa z 10.05.2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r., poz. 1115), prawo.sejm.gov.pl/sap (18.06.2018).

²⁴ Zob. art. 34–37 u.p.r.m. W skład zespołu będzie wchodził także kierowca posiadający uprawnienia do kierowania pojazdem uprzywilejowanym zgodnie z warunkami określonymi w rozdziale XVI ustawy z 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz.U. z 2017, poz. 978).

²⁵ Szczegółowe kwestie w zakresie oznaczania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i umundurowania członków ratownictwa medycznego zawarte są w rozporządzeniu Ministra

ochroną nie są objęte osoby, które nie udzielają pierwszej pomocy lub kwalifikowanej pierwszej pomocy, a udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach jednostek współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, tj. centrów urazowych oraz innych wyspecjalizowanych jednostek organizacyjnych szpitali w rozumieniu art. 32 ust. 2 u.p.r.m. Problematyczne jest również, czy z ochrony takiej będą korzystać osoby wykonujące czynności medyczne, działające jako jednostki współpracujące z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego na podstawie art. 15 tego aktu prawnego. Wymieniono tu jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z 18 sierpnia 2012 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich, podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, inne jednostki podległe lub nadzorowane przez MSW i MON i społeczne organizacje ratownicze. W art. 5 ust. 1 u.p.r.m. nie można jednak znaleźć podstaw do rozszerzenia tej ochrony na te osoby, które wykonują inne zadania, w tym nawet udzielają świadczeń zdrowotnych niezwiązanych z pierwszą pomocą. Ochrona będzie przysługiwała jedynie osobom działającym w ramach wymienionych powyżej jednostek i organizacji przy udzielaniu pierwszej pomocy lub kwalifikowanej pierwszej pomocy. Rozszerzająca interpretacja znamion ochronnych stałaby w sprzeczności z funkcją celowościową wykładni ustawy, gdyż należy założyć, że ustawodawca działa racjonalnie.

W niektórych sytuacjach możliwe jest sięgnięcie do innych ustaw, które przewidują taką ochronę osób wykonujących czynności w ramach współpracy z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. Na przykład ustawa z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej przewiduje w art. 27 ochronę przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych, strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej i członków ochotniczej straży pożarnej biorących udział w działaniu ratowniczym lub wykonujących inne zadania związane z ochroną przeciwpożarową²⁶. Ochrona ta przewidziana jest również dla osób fizycznych które zostały zobowiązane do udziału w działaniu ratowniczym zgodnie z art. 25 ust. 2, który to przepis dotyczy oprócz osób fizycznych również instytucji, organizacji i przedsiębiorców. W wypadku ratownika górskiego i ratownika narciarskiego ochrona przewiduje też całość wykonywania działań ratowniczych – na podstawie art. 11 ustawy z 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w gó-

Zdrowia z 18 października 2010 r. i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 października 2016 r. (Dz.U. z 2016 r., poz. 1843).

²⁶ T.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 620.

rach i na zorganizowanych terenach narciarskich²⁷. Także ratownik wodny w wypadku prowadzenia działań ratowniczych korzysta z ochrony, która dotyczy całości tych działań, które zgodnie z art. 13 ustawy o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych trwają od przyjęcia zgłoszenia, przez dotarcie na miejsce wypadku, udzielenie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zabezpieczenie miejsca wypadku, ewakuację osób, po transport osób i poszukiwanie osób zaginionych na obszarze wodnym²⁸.

Do grona osób chronionych na podstawie tego przepisu nie będzie można zaliczyć członków organizacji ratowniczych działających społecznie, np. w formie stowarzyszenia, fundacji czy też organizacji pozarządowej działającej na podstawie ustawy z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie²⁹, o ile wykonywane czynności nie stanowiłyby pierwszej pomocy lub kwalifikowanej pierwszej pomocy, lub działanie te nie stałyby w związku z medycznymi czynnościami ratunkowymi. W takich sytuacjach ochrona będzie przysługiwać na mocy dotychczasowego art. 5 u.p.r.m.³⁰

Krokiem w dobrym kierunku jest to, że ustawodawca nie określił miejsca wykonywania czynności ratowniczych. W wypadku zespołu ratownictwa medycznego, który wykonuje czynności ratownicze, nie będzie miało znaczenia miejsce ich wykonywania – czy będzie to miejsce pobytu pacjenta, czy też w specjalnym pojeździe lub w szpitalnym oddziale ratunkowym. Oczywiście dotyczy to osób udzielających pierwszej pomocy lub kwalifikowanej pierwszej pomocy zgodnie z definicjami zawartą w art. 3 u.p.r.m. Dochodzi do pewnego zdublowania ochrony osób udzielających świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym, gdyż gdy lekarz lub ratownik medyczny zostanie zaatakowany np. w domu pacjenta lub w innym miejscu, to ochrona ta będzie przysługiwała zarówno na mocy art. 15a u.d.l., jak i art. 5. ust. 1 u.p.r.m. Po wejściu w życie nowelizacji ochroną jest objęte udzielanie wszystkich świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym bez względu na ich rodzaj i charakter.

Odnosnie do pozostałych osób objętych nowelizacją art. 5 u.p.r.m., tj. dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, to także tutaj należy sięgnąć do definicji zawartych w u.p.r.m. Zgodnie za art. 11 ust. 3 ratownik medyczny może wykonywać zadania dyspozytora medycznego, natomiast warunki wykonywania czynności dyspozytora medycznego określa art. 6 i n. Z kolei zadania lekarza koordynatora wymienione są w art. 29 u.p.r.m. Jeżeli chodzi o członków zespołu ratownictwa medycznego, to podlegają oni ochronie, o ile wykonują wszelkie świadczenia zdrowotne w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w każdej innej sytuacji, gdy wchodzi w skład zespołu ratow-

²⁷ T.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 450.

²⁸ T.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 656.

²⁹ T.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 450.

³⁰ Zob. Społeczne Stowarzyszenie Ratownicze, www.ratownicy.com.pl (20.06.2018).

nictwa medycznego. Odnośnie do definicji świadczenia zdrowotnego aktualna będzie w tym wypadku szersza definicja tego pojęcia, która znacznie wykracza poza czynności wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego³¹.

Takie ujęcie znamion ochrony prawnokarnej nie jest łatwe do stosowania w praktyce i będzie rodzić problemy interpretacyjne.

Podsumowanie

Dalej pozostaje otwarta kwestia, dlaczego przepisy zawierające klauzulę ochronną personelu medycznego mają być umieszczone w aż trzech ustawach (nie licząc Kodeksu karnego). Rozwiązanie takie stoi w sprzeczności z zasadami prawidłowej legislacji. Wydaje się, że bardziej racjonalne byłoby opracowanie takiego przepisu zawierającego klauzulę ochronną, która obejmowałaby poszczególne zawody medyczne i byłaby zawarta wyłącznie w jednym akcie prawnym, np. w u.d.l. Istnieje również konieczność objęcia kompleksową ochroną osób zaangażowanych zawodowo i społecznie w strukturze ratownictwa medycznego, która obejmowałaby również osoby aktywne w organizacjach pozarządowych działających w wypadku klęsk żywiołowych. W tym wypadku odpowiednia klauzula ochronna powinna obejmować pracowników medycznych i osoby im przybrane tam, gdzie dochodzi do sytuacji kryzysowej i zagrożenia dla życia i zdrowia, zwłaszcza że istnieje już system, który pozwala organizacjom pozarządowym uczestniczyć w zarządzaniu kryzysowym na podstawie ustawy z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. System zarządzania kryzysowego ściśle kooperuje z Państwowym Systemem Ratownictwa Medycznego, w skład którego wchodzi organizacje realizujące ważne cele społeczne, takie jak stowarzyszenia i fundacje³². Organizacje te mogą wykonywać zadania publiczne zlecane przez kompetentne organy państwa, a na mocy odpowiednich umów podejmuje współpracę ze służbami ratowniczymi (np. OSP, GOPR, TOPR, WOPR). Dlatego istnieje postulat objęcia szeroką ochroną członków tych organizacji, która odnosiłaby się nie tylko do udzielania pomocy i kwalifikowanej pierwszej pomocy, ale również wszystkich czynności, które w sytuacjach kryzysowych podejmowane są dla ratowania życia ludzkiego, a więc całego jej cyklu.

³¹ Dz.U. z 2016 r., poz. 587 ze zm.

³² J. Trocha, *Działalność organizacji pozarządowych na rzecz systemu zarządzania kryzysowego w Rzeczypospolitej Polskiej*, „Obronność. Zeszyty Naukowe” 2014, nr 4(12), s. 105–115. W ustawie o działalności pożytku publicznego przewidziano, że sferą zadań publicznych dla działalności pożytku publicznego, która jest prowadzona przez organizacje pozarządowe, jest także ochrona i promocja zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu u.d.l. (art. 4 ust.1 pkt 6).

Bibliografia

- Banaszczyk Z. [w:] *System prawa medycznego*, t. I: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safian, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Brzezin Z., *Przypadki agresji w szpitalach zdarzają się codziennie*, www.medexpress.pl (18.06.2018).
- Dercz M., T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Krajewska-Kułał E., Kowalczyk K., Kułał-Bejda A., Guzowski A., Kułał W., *Różne barwy przemocy*, t. II, Białystok 2016,
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2017.
- Prawo karne*, red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Warszawa 2015.
- Sobol E., Drabik L., Kubiak-Sokół A., Wiśniakowska L., *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2010.
- Sygit B., Wąsik D., *Leksykon prawa medycznego*, Warszawa 2017.
- Trocha J., *Działalność organizacji pozarządowych na rzecz systemu zarządzania kryzysowego w Rzeczypospolitej Polskiej*, „Obronność. Zeszyty Naukowe” 2001, nr 4(12).

Streszczenie

W artykule poddano analizie stan prawny związany z ochroną prawnokarną pracowników medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem zawodów lekarza, ratownika medycznego, pielęgniarki i położnej. Przedstawiono orzecznictwo dotyczące ataków na personel medyczny ze strony pacjentów i innych osób w trakcie udzielania im pierwszej pomocy. Celem artykułu było również wyjaśnienie podstawowych pojęć związanych z opisem czynów zabronionych, które zawarte są w ustawach regulujących zawody medyczne. Zajęto się także najnowszymi rozwiązaniami w systemie prawa medycznego, które zaczęły obowiązywać od 26 czerwca 2018 r. i których celem było zwiększenie ochrony pracowników medycznych, oraz przedstawiono postulaty mające na celu zrjonalizowanie i uproszczenie tej ochrony. Ochrona ta obecnie ma skomplikowany charakter, co powoduje trudności w określeniu znamion przestępstwa, i nie obejmuje wielu sytuacji, w których byłaby potrzebna.

Słowa kluczowe: pracownik medyczny, znieważenie, ochrona prawnokarna, ratownictwo medyczne, lekarz

COMMENTS ON CURRENT STATUTORY SOLUTIONS IN THE PENAL AND LEGAL PROTECTION OVER MEDICAL PROFESSIONALS AS PUBLIC OFFICERS

Summary

This paper presents an analysis of the legal status of the penal and legal protection over medical professionals with particular emphasis on the profession of physician, paramedic, nurse and midwife. The article discusses case law regarding attacks on medical personnel from patients and other persons during first aid procedures. The aim of the article is also to explain the basic concepts related to prohibited acts, as specified in the laws governing medical professions. Another

there is the latest change in the medical legal system, which involves solutions applicable as of 26/06/2018 aimed at increasing the protection of medical employees. Subsequent sections of this paper include postulates of rationalizing and simplifying this protection as it is currently overcomplicated, which makes it difficult to identify the features of a crime. What is more, many situations are, in fact, inadequately protected.

Keywords: medical professional, insult, criminal law protection, emergency medical care, physician