

ARTYKUŁ POGLĄDOWY

Wpłynęło: 16.10.2008 • Poprawiono: 21.10.2008 • Zaakceptowano: 21.10.2008

© Akademia Medycyny

Wprowadzenie do zasad wykonywania zawodu anestezjologa

An introduction to the rules of professional conduct in anesthesia

Jędrzej Bujny

Dr nauk prawnych, adiunkt na Wydziale Prawa i Administracji, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu



Streszczenie

Niniejszy artykuł stanowi próbę wprowadzenia do problematyki zasad wykonywania zawodu lekarza, ze szczególnym uwzględnieniem zawodu anestezjologa. Kieruje także uwagę na znaczenie standardów medycznych w codziennej praktyce lekarskiej. Należy podkreślić, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Nadto, powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych. Nie mniej istotny jest lekarski obowiązek szanowania praw pacjenta. Podsumowując, dla każdego lekarza postępowanie zgodne z prawem winno być niezwykle ważne. *Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 195-200.*

Słowa kluczowe: zasady wykonywania zawodu, prawa pacjenta, lekarz

Summary

A brief introduction to the physicians rules of professional conduct with special reference to Anesthesia is presented in this article. It also brings attention to the role of standard of care in day to day physicians practice. It is necessary to underline that physician should perform all diagnostic, therapeutic and preventive procedures with due exactitude and devoting the necessary time. Moreover, it is the duty of every physician to continually update and develop professional knowledge and skills. Last but not least, physician has the duty to respect the rights of patient. In conclusion, it is extremely important for every physician to act in accordance with the law. *Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 195-200.*

Keywords: rules of professional conduct, rights of patient, physician

Wstęp

Nieustanny rozwój wiedzy medycznej w połączeniu z wyjątkową aktywnością rodzimego prawodawcy czyni zasadnym podjęcie próby przybliżenia zasad wykonywania zawodu anestezjologa wynikających przede wszystkim z ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr

136, poz. 857, zwana dalej: uzl). Biorąc pod uwagę, iż przywołany akt na przestrzeni minionych lat poddany był ponad trzydziestu nowelizacjom, zainicjowanie rozważań poświęconych tytułowej problematyce wydaje się nie tylko pożyteczne, ale i konieczne.

W tym miejscu poczynić należy pewne zastrzeżenie. Po pierwsze, oparcie przedmiotowych rozważań na treści uzl wynika z faktu „powszechności” zawar-

tych w nim zasad. Innymi słowy, przepisy uzl mają charakter uniwersalny w takim znaczeniu, iż dotyczą wszystkich lekarzy niezależnie od posiadanej specjalizacji, a więc obejmują także lekarzy anestezjologów. Ten dość oczywisty wniosek jednoznacznie wynika z art. 1 uzl, na mocy którego ów akt określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Tym samym podejmując próbę scharakteryzowania zasad wykonywania jakiejkolwiek lekarskiej specjalności w pierwszym rzędzie odwołać się trzeba do norm uzl, a dopiero później można zainicjować poszukiwania regulacji szczególnych, adekwatnych dla danej specjalności lekarskiej. Po drugie, niniejsze opracowanie nie uzurpuje sobie prawa do kompleksowego zaprezentowania wszystkich zasad, o których mowa w tytule. Dzieje się tak przede wszystkim, dlatego że systemowe zaprezentowanie owych zasad (*nota bene* ujętych przede wszystkim w rozdziale 5 uzl) wymagałoby, chcąc podejść do tego rzetelnie, przygotowania co najmniej monografii. Nie ulega przecież wątpliwości, że przedstawienie takich zagadnień jak chociażby „klauzula sumienia” (zob. art. 39 uzl) czy „tajemnica lekarska” (zob. art. 40 uzl), o problematyce zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego nie wspominając, zdecydowanie przekracza ramy prezentowanego artykułu.

W tym kontekście, odpowiadając na pytanie o cel wprowadzenia Czytelnika w świat zasad wykonywania zawodu lekarza, stwierdzić trzeba, że intencją Autora jest bardziej ukazanie znaczenia owych zasad dla codziennej lekarskiej praktyki, określenie ich konstytucyjnego „środowiska”, naszkicowanie prawnego charakteru niż systematyczne komentowanie poszczególnych zasad wynikających z poszczególnych przepisów uzl. Nadto, praktycznym „wianem” pozostałym po lekturze niniejszego artykułu powinno być przypomnienie Czytelnikom, że - poza zasadami ogólnymi wiążącymi wszystkich członków samorządu lekarskiego - anestezjologów obowiązują też konkretne ministerialne wytyczne określone przeszło 10 lat temu.

Prawo i medycyna

Konieczność realizacji tak określonych celów wynika, obok powodów wskazanych na wstępie, także stąd, iż we współczesnej praktyce medycznej coraz większą rolę zaczynają odgrywać - co np. zauważyli S. M. White i T. J. Baldwin - zagadnienia etyczne

i prawne [1]. Nie ulega wątpliwości, że ów zwiększony wpływ prawa na praktykę lekarską ma swoje pozytywne strony (*vide* namacalny wzrost poszanowania dla podmiotowości pacjenta). Jednocześnie nie można nie dostrzegać pewnych ujemnych konsekwencji wspomnianego „zbliżenia” prawa i medycyny, objawiających się chociażby swoistym renesansem „medycyny defensywnej” mającej jakoby stanowić skuteczne panaceum na potencjalne zarzuty o błąd w sztuce kierowane pod lekarskim adresem.

Niezależnie od oceny skutków coraz ściślejszych więzi między prawem a medycyną podkreślić wypada, że realnym efektem wzmożonego zainteresowania medycyną ze strony prawodawcy, doktryny i orzecznictwa jest prężny rozwój prawa medycznego definiowanego jako „gałąź prawa dotycząca szeroko rozumianej relacji zachodzącej między pacjentem a całą złożoną infrastrukturą instytucjonalną oraz różnymi kręgami osobowymi, które udzielają wszelkiego rodzaju świadczeń zdrowotnych” [2]. Zastanawiając się nad przyczynami owego rozwoju warto przywołać stanowisko M. Safjana, który wskazuje, że takie „owoce” rozwoju współczesnej medycyny i biologii, jak np. rozwój nowych biotechnologii czy rozwój technik przedłużających trwanie fazy terminalnej życia człowieka, powodują konieczność zdecydowanej reakcji ze strony prawa [3]. Cytowany Autor prezentuje interesujący pogląd, w świetle którego dynamiczny postęp wiedzy medycznej prowadzi m.in. do wytworzenia się stanu, w którym zakwestionowaniu podlega trafność i jednoznaczność niektórych podstawowych dla prawa aksjomatów, tworzących jeszcze do niedawna niepodważalną podstawę wielu konstrukcji prawnych [4]. Jako przykład dobrze obrazujący powyższą tezę może posłużyć - w opinii M. Safjana - wielość opinii dotyczących przesłanek skuteczności zgody na interwencję medyczną, skutkująca brakiem ogólnie akceptowanej odpowiedzi na następujące pytania: jakie kryteria mają decydować o skuteczności zgody - prawna zdolność do wyrażenia zgody czy faktyczna zdolność rozeznania i podjęcia świadomej decyzji; w jakich granicach należy szanować obiektywnie nieracjonalne decyzje pacjenta, który sprzeciwia się udzieleniu świadczeń zdrowotnych; czy istnieją możliwości rozstrzygnięcia konfliktu między poszanowaniem autonomii pacjenta a postulatem ochrony zdrowia i życia [5].

Biorąc powyższe pod uwagę zaryzykować można stwierdzenie, że podjęcie w niniejszym artykule próby wprowadzenia w tematykę tytułowych zasad

jest racjonalne i potrzebne, ponieważ może pozwolić lekarzowi na swoiste „odnalezienie się” w gąszczu problemów wynikających ze styku prawa i medycyny. Może stanowić także pewną pomoc przy interpretacji przepisów uzł, choć - jak dowodzi lektura orzeczeń oraz dorobku doktryny w tym zakresie - poprawna interpretacja tych przepisów z całą pewnością nie należy do prostych zabiegów.

Ignorantia iuris nocet

Przystępując do ukazania zasad wykonywania zawodu anestezjologa warto jeszcze zwrócić uwagę na pewien czynnik, który niewątpliwie wzmacnia wagę podjętego tematu. Otóż, zgodnie z wolą prawodawcy wyrażoną w art. 18 ust. 1 uzł, na każdym lekarzu spoczywa obowiązek doskonalenia zawodowego obejmującego aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego poprzez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenie w innych formach kształcenia. Na marginesie warto dodać, że sposoby dopełnienia tego obowiązku szczegółowo zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. Nadto, z art. 56 Kodeksu etyki lekarskiej wynika, że deontologiczną powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom.

Wydaje się, iż jedną z konsekwencji obowiązywania tak określonego nakazu jest zobligowanie członków samorządu lekarskiego do posiadania wiedzy także na temat przepisów regulujących zasady wykonywanego przez nich zawodu. Innymi słowy, wszyscy lekarze zobowiązani są (niezależnie od daty ukończenia studiów i indywidualnych predyspozycji intelektualnych) nie tylko do znajomości - jak to ujął prawodawca w art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [6] - „wymagań wiedzy medycznej”, ale również do opanowania normatywnych (etycznych zresztą też!) reguł dotyczących procesu udzielania świadczeń zdrowotnych i innych aspektów prowadzonej przez siebie działalności.

Pamiętajmy przy tym, że w myśl zasady *ignorantia iuris nocet* od dnia publikacji aktu prawnego - co wyraźnie podkreślił Trybunał Konstytucyjny

w postanowieniu z 27 czerwca 2007 r. (Ts 122/06) - nikt nie może zasłaniać się nieznajomością wynikających z niego przepisów [7]. W związku z tym stwierdzić trzeba, iż tak z orzecznictwa Sadu Najwyższego [8], jak i Trybunału Konstytucyjnego [9] wynika, że „funkcjonowanie prawa, zwłaszcza w demokratycznym państwie prawnym, opiera się na założeniu, iż wszyscy adresaci obowiązującej normy prawnej - a więc zarówno podmioty obowiązane do jej przestrzegania, jak i organy powołane do jej stosowania - znają jej właściwą treść (tzw. fikcja powszechnej znajomości prawa) i że nikt nie może uchylić się od ujemnych skutków naruszenia tej normy na tej podstawie, że normy tej nie znał lub rozumiał ją opacznie (*ignorantia iuris nocet*). Zgodnie z przytoczoną zasadą, nie można się tłumaczyć nieznajomością prawa należycie ogłoszonego, przyjmuje się bowiem, że każdy zainteresowany treścią adresowanych do niego norm prawnych ma możliwość zapoznania się z obowiązującymi aktami prawnymi. Przyjęcie fikcji powszechnej znajomości przepisów prawnych zamieszczonych w należycie ogłoszonych i obowiązujących aktach prawnych jest konieczne ze względu na pewność i bezpieczeństwo obrotu prawnego” [10].

Podsumowując ten fragment niniejszych rozważań postawić należy tezę, w świetle której znajomość zasad wykonywania zawodu określonych przede wszystkim przez przepisy uzł, stanowi *conditio sine qua non* profesjonalnego udzielania świadczeń zdrowotnych. Nadto, podnoszenie argumentu nieznajomości przepisów określających owe zasady, np. z powodu zbyt częstych zmian w prawie bądź z powodu nawału obowiązków zawodowych, nie daje żadnej podstawy do uniknięcia odpowiedzialności z tytułu naruszenia przepisów uzł, a zwłaszcza tych zawartych w jej piątym rozdziale.

Lekarz jako zawód zaufania publicznego

Określając reguły wykonywania lekarskiej profesji nie można nie wspomnieć o wątku konstytucyjnym. Jak wiadomo, na mocy art. 17 ust. 1 Konstytucji [11] „w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Truizmem jest stwierdzenie, iż do tak konstytucyjnie ujętych samorządów zawodów zaufania publicznego zaliczyć należy samorząd lekarski. W związku z tym zastanowić się trzeba jakie praktyczne implikacje niesie ze sobą przypisanie zawodu

lekarza do zbioru zawodów zaufania publicznego, a zwłaszcza jaki to ma wpływ na tytułowe reguły.

W literaturze przyjmuje się, że od zawodów kwalifikowanych jako „zawody zaufania publicznego” społeczeństwo oczekuje spełnienia wymogu „posiadania bardzo wysokich umiejętności fachowych, zwykle ukończenia wyższych studiów oraz odbycia dalszych szkoleń” [12]. Z kolei, jak zauważył Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 18 lutego 2004 r. (P 21/2002), zawody zaufania publicznego wykonywane są - zgodnie z ich konstytucyjnym określeniem - w sposób założony i społecznie aprobowany, o ile ich wykonywaniu towarzyszy realne „zaufanie publiczne”. Na zaufanie to składa się szereg czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwają się: przekonanie o zachowaniu przez wykonującego ten zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz wiara w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu.

Warto także odnotować, że w innym wyroku (tj. z 2 lipca 2007 r., sygn. K 41/05) Trybunał Konstytucyjny wskazał, przywołując zresztą tezy zawarte w swoich wcześniejszych orzeczeniach (zob. wyrok z: 7 maja 2002 r., sygn. SK 20/00 oraz 2 lipca 2007 r., sygn. K 41/2005), iż:

- *primo*, „zawód zaufania publicznego” to zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi;
- *secundo*, wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególnie treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnie charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji (aplikacja, staż, praktyka). Prawodawca ma prawo uzależniać prawo wykonywania zawodu zaufania publicznego od spełnienia przez zainteresowanego określonych warunków dotyczących np. jego kwalifikacji zawodowych i moralnych, w tym wymagania cechy „nieskazitelny charakter” i „rękojmi prawidłowego wykonywania zawodu”;
- *tertio*, przymiot zawodu „zaufania publicznego”, jaki charakteryzuje zawody poddane unormowaniom art. 17 ust. 1 Konstytucji, polega m. in. na objęciu zakresem ich wykonywania pieczy nad prowadzeniem spraw lub ochroną wartości (dóbr) o zasadniczym i (najczęściej) osobistym znaczeniu

dla osób korzystających z usług w sferze zawodów zaufania publicznego. Wyraża się też w podejmowaniu ważnych - w wymiarze publicznym - czynności zawodowych, wymagających profesjonalnego przygotowania, doświadczenia, dyskrecji oraz taktu i kultury osobistej.

Wagę cytowanego wyroku z 2 lipca 2007 r. wzmocnia fakt, iż Trybunał pokusił się w nim o wyliczenie cech zawodu zaufania publicznego. I tak, można do nich zaliczyć:

- szczególną doniosłość prawidłowego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania takiej profesji. Jest to istotne z racji znaczenia, jaką dana dziedzina społecznej aktywności zawodowej odgrywa w społeczeństwie oraz z racji konieczności zapewnienia ochrony gwarantowanych Konstytucją praw podmiotowych jednostki;
- powierzanie w warunkach wysokiego zaufania uprawiającym taki zawód informacji osobistych i dotyczących życia prywatnego osób korzystających z ich usług;
- uznawanie tych informacji za tajemnicę zawodową, która nie może być ujawniona; objęcia osób dysponujących taką tajemnicą - w wypadku możliwości naruszenia istotnych dóbr jednostki w razie jej ujawnienia - immunitetem zwalniającym je od odpowiedzialności karnej za nieujawnienie informacji;
- korzystanie ze świadczeń tych zawodów często w razie nastąpienia realnego albo choćby potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczególnym charakterze (np. życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię);
- niepodleganie regułom hierarchii urzędniczej;
- występowanie sformalizowanej deontologii zawodowej oraz rękojmii należytego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania zawodu, gwarantowanej z jednej strony przez wysokie bariery dostępu do wykonywania każdego z zawodów zaufania publicznego, obejmujące nie tylko wymóg ukończenia odpowiedniego szkolenia, lecz również reprezentowanie odpowiedniego poziomu etycznego, z drugiej - sprawowaną w interesie publicznym pieczęcią organów samorządu zawodowego.

W świetle powyższych uwag można pokusić się o sformułowanie swoistej *metazasady* dotyczącej reguł

należytego postępowania, a mianowicie: lekarz winien wykonywać swoje obowiązki w taki sposób, aby nie naruszyć - scharakteryzowanego wyżej - zaufania, jakim *ex definitione* obdarzona jest jego profesja.

Charakter zasad wykonywania zawodu lekarza

Jak wspomniano na wstępie, podstawowym aktem normatywnym dotyczącym lekarskiej profesji jest uzl. Przywołany akt określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentyści. Należy odnotować, że zgodnie z definicją ustawową wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich (art. 2 ust. 1 uzl) [13]. Wypada także dodać, iż za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej (art. 2 ust. 3 uzl).

Zastanawiając się nad charakterem omawianych zasad wskazać trzeba na ich uniwersalność, obligatoryjność, nadrzędność oraz kompatybilność z prawami pacjenta.

Uniwersalność zasad określonych przez przepisy uzl bierze się stąd, że dotyczą one każdego członka samorządu lekarskiego, niezależnie od takich czynników, jak np. specjalizacja, forma zatrudnienia czy też miejsce, w którym świadczone są usługi. Innymi słowy, nie można wykonywać zawodu lekarza *lege artis* ignorując jednocześnie wspomniane zasady.

Z kolei mówiąc o obligatoryjności należy mieć na względzie treść art. 15 ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm., dalej: uil), na mocy którego członkowie samorządu lekarzy

obowiązani są przestrzegać zasad etyki i deontologii oraz innych przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Tym samym oczywistym jest, iż na każdym lekarzu spoczywa obowiązek przestrzegania owych zasad. Przypomnieć trzeba, że na mocy art. 41 uil „członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza”. Cel i ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na przedstawienie konsekwencji pogwałcenia omawianych zasad, niemniej zasygnalizować można, iż prawodawca wyposażył sądy lekarskie w poważne instrumenty (*vide* kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu), które powinny skutecznie zniechęcić do postępowania sprzecznego z prawem i etyką.

Natomiast nadrzędny charakter zasad bierze się stąd, iż z racji ich umiejscowienia na kartach uzl mają one charakter powszechnie obowiązujących przepisów. W związku z tym, jak zauważa M. Żelichowski, „mają one pierwszeństwo przed postanowieniami zawartymi w aktach regulujących wewnętrzne funkcjonowanie placówek medycznych. W konsekwencji statut zakładu opieki zdrowotnej, jak również regulamin porządkowy takiego zakładu, a także regulamin pracy lub inne ustanowione w takich placówkach wewnętrzne akty organizacyjno-normatywne nie mogą zawierać postanowień, które byłyby sprzeczne ze wskazanymi zasadami wykonywania zawodu lekarza. Ten sam wymóg dotyczy również zawieranych przez placówki medyczne umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Postanowienia takich umów również nie mogą być sprzeczne z zasadami wykonywania zawodu lekarza” [14].

Teza o kompatybilności zasad wykonywania zawodu lekarza z prawami pacjenta oznacza nie tylko, że praktyczne ich aplikowanie, czy też stosowanie się do nich, nie pozostaje w sprzeczności, nie generuje konfliktów, kolizji z prawami przysługującymi osobie korzystającej ze świadczeń zdrowotnych. Przyjęcie prezentowanej tezy prowadzi ponadto do stwierdzenia, w świetle którego każdy lekarz pragnąc, aby jego postępowanie było właściwe z punktu widzenia etyki i prawa winien respektować prawa pacjenta. Co więcej, analiza zarówno przepisów uzl, jak i uzos skłania do wniosku, że katalog zasad wykonywania zawodu lekarza i zbiór praw pacjenta pozostają ze sobą w ścisłej relacji (coś na kształt relacji „awers/rewers”), co oznacza, że wzajemnie się dopełniają i konkretyzują.

Artykuł 4 uzl.

Pomimo, iż prawodawca nie pokusił się o gradację zasady wykonywania zawodu lekarza, zaryzykować można stwierdzenie o fundamentalnym znaczeniu reguły określonej w art. 4 uzl, na mocy którego „*lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością*”.

Interpretację zacytowanego przepisu rozpocząć trzeba od stwierdzenia, że nakaz wykonywania zawodu w zgodzie „*ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób*” oznacza postępowanie zgodne z aktualnymi, podstawowymi zasadami, standardami przyjętymi we współczesnej medycynie, które zawarte są w dostępnej literaturze i przekazywane studentom wyższych uczelni medycznych [15]. Jednocześnie trzeba podkreślić, iż poza zakresem omawianego pojęcia pozostają wiadomości i umiejętności dostępne wyłącznie wybitnym specjalistom i naukowcom bądź wiadomości, co do metod i zasad, odnośnie których istnieją różnice zapatrywań, albo które są stosowane przez określone szkoły [16]. W kontekście analizy art. 4 uzl warto zasygnalizować ewoluowanie poglądów dotyczących standardów świadczeń medycznych, czego dobrym przykładem jest orzeczenie Sądu Najwyższego z 1 grudnia 1998 r. (III CKN 741/98, OSNC 1999, nr 6, poz. 112) odwołujące się do kryterium przeciętnego poziomu jakości świadczenia medycznego dla oceny poprawności podejmowanej interwencji medycznej [17]. Tym samym trzeba przyjąć, że Sąd Najwyższy ustosunkował się krytycznie do swego stanowiska zajętego w orzeczeniu z 28 października 1983 r. (II CR 358/83, OSPiKA 1984, nr 9, poz. 187) wprowadzającego wówczas standard najlepszych metod leczenia, technik i środków medycznych.

Kolejnym czynnikiem, który lekarz musi uwzględnić w swym postępowaniu jest nakaz dochowania należytej staranności, czyli staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (art. 355 § 1 k.c.). Pamiętając o nadrzędnej wartości życia i zdrowia ludzkiego należałoby raczej oczekiwać od prawodawcy zobowiązania lekarzy – tak jak to uczynił wobec pielęgniarek i położonych – do wykonywania zawodu ze szczególną starannością. Przypomnieć trzeba, że Sąd Najwyższy w wyroku z 28 września 2000 r. (V KKN

171/98, OSNKW 2001, nr 3-4, poz. 31) przywołując poglądy doktryny, w świetle których kryterium ogólnych wymagań nie zostanie spełnione w razie ograniczenia się tylko do staranności wystarczającej, minimalnej, orzekł, iż staranność ogólnie wymagana to staranność normalna, przeciętna. Natomiast w postanowieniu z 17 października 2002 r. Sąd Najwyższy (IV KKN 634/99, OSNKW 2003, nr 3-4, poz. 33) stwierdził, iż wymóg szczególnej staranności – rozumiany jako zalecenie kierunkowe – zakłada każdorazową potrzebę konstruowania modelu działania o szczególnie surowych, wymagających kryteriach, stanowiących wzorzec, z którym porównywać należy określone zachowanie administratora podczas przetwarzania danych ergo wymóg szczególnej staranności to nakaz zachowania szczególnej, wyjątkowej ostrożności. W innym orzeczeniu Sąd Najwyższy podzielił przyjęty w piśmiennictwie pogląd, że staranność to dokładność, pilność, sumienność, troskliwość, gorliwość, dbałość o szczegóły, natomiast staranność „szczególna” to w znaczeniu potocznym „niezwykła, wyjątkowa, nieprzeciętna” [18]. Z kolei w wyroku z 8 października 1987 r. (II CR 269/87, OSNC 1989, nr 4, poz. 66) Sąd Najwyższy zajął stanowisko, że obowiązek zachowania szczególnej staranności oznacza kwalifikowaną staranność i rzetelność.

Należy odnotować, iż w literaturze występuje rozbieżność opinii, co do odpowiedzi na pytanie, czy zasady wiedzy medycznej powinny zostać ujęte w formie odpowiednich standardów postępowania. Z jednej strony prezentowane jest stanowisko, iż standardy „nie wprowadzają niczego nowego, nie mają szans na obniżenie nakładów na ochronę zdrowia ani – tym bardziej na zminimalizowanie błędów lekarskich” [19]. Dla przeciwnego poglądu miarodajne jest stanowisko T. Dukiet-Nagórskiej, zdaniem której za ustanowieniem standardów postępowania, rozumianych jako wzorce postępowania dobrego lekarza determinowane aktualnym poziomem wiedzy medycznej, przemawia względ na bezpieczeństwo tak pacjenta jak i lekarza oraz okoliczność, iż jakość świadczenia zdrowotnego pozostaje w ścisłej korelacji ze standardami postępowania [20]. Należy przychylić się do stanowiska prezentowanego przez przywołaną Autorkę, zwłaszcza, gdy trafnie podkreśla ona, że z prawa pacjenta do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń medycznych wpływa konieczność wypracowania przedmiotowych kryteriów i traktowania ich na równi z medycznymi wyznacznikami jakości świadczenia zdrowotnego [21].

Standardy postępowania oraz procedury medyczne z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii

W świetle dotychczasowych rozważań z aprobatą odnieść się trzeba do faktu przyjęcia 27 lutego 1998 r. przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej rozporządzenia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U Nr 37, poz. 215 ze zm.), wydanego na podstawie delegacji zawartej w art. 9 ust. 3 uzo. Na mocy tego przepisu „minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych”.

Wyrażając satysfakcję z wejścia w życie powyższego rozporządzenia, jednocześnie negatywnie odnieść się trzeba do dwóch kwestii: po pierwsze, do fakultatywności wydawania rozporządzeń, o których mowa w art. 9 ust. 3 uzo (minister „może”, a nie musi); po drugie, pomimo tego, że od ponad dekady w gestii ministra leży wydawanie takich właśnie aktów, jak dotąd wydane zostało tylko jedno, wskazane wyżej, rozporządzenie. Wydaje się, że jest tak w interesie pacjentów, jak i lekarzy, aby minister - we współpracy ze środowiskiem lekarskim - zintensyfikował prace nad określaniem standardów postępowania i procedur dla innych dziedzin medycyny.

Wracając do rozporządzenia z 27 lutego 1998 r. stwierdzić trzeba, że określa ono standardy postępowania oraz procedury medyczne w zakresie następujących świadczeń zdrowotnych [22]:

- 1) anestezji, tj. wykonywania znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych,
- 2) intensywnej terapii, tj. postępowania mającego na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu (oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego itd.),
- 3) reanimacji, tj. działania mającego na celu przetrwanie i odwrócenie procesu umierania,
- 4) leczenia bólu, niezależnie od jego przyczyny.

Co warte podkreślenia, z treści powyższego aktu

wykonawczego wynikają nakazy adresowane zarówno do organów założycielskich zoz-ów, kadry zarządzającej zakładem, jak i do poszczególnych anestezjologów. I tak, w szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii, powinny być utworzone oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w razie, gdy oddział taki nie zostanie utworzony, zadania z tego zakresu powinny być wykonywane w ramach oddziału anestezjologii. W takim szpitalu reanimacja powinna być prowadzona z udziałem lekarza anestezjologa. Jeżeli reanimację podejmuje inny lekarz, to lekarz anestezjolog przejmuje jej prowadzenie i podejmuje decyzję o jej zakończeniu. Nadto, w szpitalu powinien być ustalony przez kierownika zakładu, w porozumieniu z ordynatorem lub innym lekarzem kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii (oddziałem anestezjologii), sposób komunikacji alarmowej. Z kolei świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu prowadzone są w ramach poradni, specjalistycznego oddziału lub w formie konsultacji anestezjologicznej.

Co ważne, na mocy § 6 rozporządzenia świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia przewodowego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza anestezjologa. Z woli prawodawcy ordynator lub inny lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii, w porozumieniu z ordynatorami lub innymi lekarzami kierującymi innymi oddziałami szpitala, ustala wykaz badań przedoperacyjnych i badań laboratoryjnych niezbędnych do wykonania znieczulenia w celu przeprowadzenia zabiegu planowego.

Do obowiązków lekarza anestezjologa zaliczono nakaz współuczestniczenia przy ustalaniu planu zabiegów wykonywanych w szpitalu. Przedmiotowy plan powinien uwzględniać zasadę nadrzędności mniejszego ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta, a w szczególności powinien być dostosowany do liczby lekarzy udzielających świadczeń z zakresu anestezji oraz do wyposażenia szpitala w aparaturę i sprzęt medyczny właściwy do udzielania tych świadczeń. Podkreślić też trzeba, że lekarz anestezjolog zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, co najmniej na 24 godziny przed planowanym zabiegiem operacyjnym, badanie w celu zakwalifikowania

pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi. Anestezjolog może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia.

Intencją prawodawcy jest, aby anestezjolog obsługiwał jedno stanowisko znieczulenia. Podczas znieczulenia lekarzowi towarzyszy przeszkolona pielęgniarka. Dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną. Prezentując przepisy rozporządzenia przywołać trzeba jego § 12, zgodnie z którym przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz anestezjolog obowiązany jest do:

- sprawdzenia wyposażenia stanowiska znieczulenia,
- skontrolowania sprawności działania sprzętu i aparatury do znieczulenia i monitorowania,
- skontrolowania właściwego oznakowania płynów infuzyjnych, strzykawkę ze środkami anestetycznymi, testów zgodności preparatów krwi,
- dokonania identyfikacji pacjenta poddawanego zabiegowi.

Z treści rozporządzenia wynika ponadto, że anestezjolog powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia. Jeżeli odpowiedzialność za znieczulenie przechodzi na innego anestezjologa, musi on zapoznać się ze wszystkimi informacjami odnośnie do znieczulanego, przebiegu znieczulenia oraz aparatury. Monitorowane parametry funkcji życiowych pacjenta odnotowywane są w protokole znieczulenia w momencie przekazania. Dodać trzeba, że lekarz anestezjolog dokonujący znieczulenia może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia reanimacji innego pacjenta, jeśli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia. Lekarz będący w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Z rozporządzenia wypływa też nakaz, aby lekarz dokonujący znieczulenia sporządził protokół znieczulenia, uwzględniający między innymi jego przebieg, dawkowanie środków anestetycznych i terapeutycznych, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania. Do obowiązków anestezjologa zaliczono także nadzór nad transportem pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu lub sedacji.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu

intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii ustalono następujące standardy postępowania i procedury medyczne:

- prowadzi się ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się wszelkie dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem inwazyjnych i wspomagających czynności podstawowych układów organizmu,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza anestezjologa w oddziale,
- intensywną terapię prowadzi lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz będący w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia,
- należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność aparatury i sprzętu monitorującego i terapeutycznego, niezbędnego do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

Na zakończenie raz jeszcze wyrazić trzeba przekonanie, iż wobec ciężaru odpowiedzialności za ludzkie zdrowie i życie spoczywającym na anestezjologu dobrze się stało, iż określono powyższe standardy i procedury. Oczywiście wielką naiwnością byłoby przyjęcie założenia, że wydanie owego aktu stanowi wystarczający środek zabezpieczający interesy pacjentów i lekarzy, wszak aby tak się faktycznie stało potrzebne jest nie tylko dobre prawo, ale także odpowiednie nakłady inwestycyjne i finansowe na służbę zdrowia itp. Nie podejmując się próby określenia w tym miejscu remedium na bolączki rodzimego systemu ochrony zdrowia stwierdzić jedynie trzeba, że fakt wejścia w życie przepisów rozporządzenia z 27 lutego 1998 r. zasługuje na pozytywną ocenę i niewątpliwie stanowi dla anestezjologów pomocny instrument przy interpretacji art. 4 uzl.

Adres do korespondencji:

Jędrzej Bujny,

Katedra Prawa Administracyjnego

i Nauki o Administracji,

WPiA UAM, ul. Św. Marcin 90; 61-809 Poznań

Tel.: (+48 61) 829 42 13; E-mail: bujny@amu.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Zob. White S, Baldwin JT. Legal and Ethical Aspects of Anaesthesia. Critical Care and Perioperative Medicine. Cambridge University Press; 2004.
2. Kubicki L. Prawo medyczne - próba ustalenia zakresu. Prawo i Medycyna 2000; 5: 19. Z kolei P. Dzienis definiuje prawo medyczne jako zespół norm prawnych ustalonych po to, by za pomocą precyzyjnych instytucji chronić interesy chorych i lekarzy, określając ich prawa i obowiązki we wzajemnych stosunkach. Dzienis P. Zasady prawa medycznego. Studia Prawnicze 2000; 3-4: 110.
3. Safjan M. Rozwój nauk biomedycznych a granice ochrony prawnej. W: Współczesne problemy bioetyki w obszarze regulacji prawnych. Warszawa; 2001: 33.
4. Safjan M. Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny. Warszawa; 1998: 10.
5. *Ibidem*: 15-16.
6. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm., zwana dalej „uzoz”.
7. OTK-B 2007/5/202.
8. Zob., postanowienie SN z dnia 25 lutego 1998 r., II UKN 519/97, OSNAPUS 1999, nr 1, poz. 36.
9. Zob. np. uchwałę TK z dnia 7 marca 1995 r., W 9/94, OTK Zb.Urz. 1995, nr 1, poz. 20.
10. Postanowienie SN z dnia 25 stycznia 2006 r., I CK 233/05. M Prawn 2006; 24: 1340.
11. Ustawa z 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).
12. Sarnecki P. Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie adwokatury. W: Konstytucja, wybory, parlament. Garlicki L (red.). Warszawa 2000: 157.
13. W myśl art. 2 ust. 2 uzł wykonywanie zawodu lekarza dentystry polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.
14. Żelichowski M. Zasady wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie. Medycyna Praktyczna Psychiatria 2007; 1: 98.
15. Rejman G. Odpowiedzialność karna lekarza. Warszawa 1991: 171.
16. *Ibidem*: 171-2.
17. Safjan M. Odpowiedzialność odszkodowawcza za nienależytą jakość świadczeń medycznych. Prawo i Medycyna 2001; 9: 7.
18. Wyrok SN z 5.04.2002 r., II CKN 1095/99, OSNC 2003, nr 3, poz. 42. Zob. też głosę aprobusującą R. Stefanickiego, OSP 2003; nr 7-8, poz. 96.
19. Kamiński B. Na marginesie reformy, standardów medycznych i Europejskiej Konwencji Bioetycznej – refleksje klinicysty. Prawo i Medycyna 1999; 3: 109.
20. Dukiet-Nagórska T. Reguły ostrożności postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej). Prawo i Medycyna 2004; 16: 9, 12.
21. *Ibidem*: 15.
22. Dodać trzeba, że rozporządzenie odnosi się do świadczeń udzielanych w zakładzie opieki zdrowotnej przez lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a także lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.