

Studenckie Forum Prawnicze i Administracyjne

Nr 2021

Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytetu Zielonogórskiego

Studenckie Forum Prawnicze i Administracyjne

Rocznik

Nr 2021



Wydawca

Uniwersytet Zielonogórski

Komitet redakcyjny

Redaktor naczelny: dr Sebastian Kowalski

Z-ca redaktora naczelnego: mgr Mateusz Wartalski

Sekretarz redakcji: mgr Hubert Kocur

Członkowie Komitetu: dr Ewa Żołnierczyk, dr Agnieszka Kania,
dr Magdalena Skibińska, dr Anna Chodorowska, Calina Piszcz

Rada naukowa**Przewodnicząca Rady:**

prof. dr hab. Hanna Paluszkiewicz

Członkowie Rady:

dr hab. Joanna Długosz - Józwiak prof. UAM

dr hab. Anna Musiała prof. UAM

dr hab. Martyna Łaszewska - Hellriegel prof. UZ

dr. hab. Krzysztof Wesołowski prof. US

dr hab. Andrzej Bisztyga prof. UZ

Recenzenci

prof. dr hab. nauk medycznych Jerzy Sowiński, dr hab. Tadeusz Stanisławski prof. UZ,
dr Piotr Kapusta, dr Alfred Staszak, dr Magdalena Wasylkowska-Michór

ISSN: 2720-3298

Adres redakcji:

Studenckie Forum Prawnicze i Administracyjne

Uniwersytet Zielonogórski

Wydział Prawa i Administracji

Plac Słowiański 9, 65-069 Zielona Góra

e-mail: sfpauz@gmail.com

© Uniwersytet Zielonogórski

Zielona Góra 2021

SPIS TREŚCI

Paulina Kaczmar, Barbara Krzyżaniak,

absolwentki Wydziału Prawa i Administracji UAM w Poznaniu

Wyłączenie odpowiedzialności karnej za zachowania przedstawicieli zawodów medycznych podejmowane w związku z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19.....7

Alicja Świątek, Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze

Hanna Wojtasińska, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego

Odmowa poddania się szczepieniom ochronnym.....25

Mateusz Wartalski, Okręgowa Izba Radców Prawnych w Zielonej Górze

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.....36

Alicja Maliszak, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego

Iga Kolasa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum

Uniwersytetu Zielonogórskiego

Odpowiedzialność za nieprzyjęcie pacjenta do szpitala w dobie pandemii COVID-19.....46

Konrad Żurek, WSPiA - Rzeszowska Szkoła Wyższa

Utworzenie i działalność Funduszu Pracy w III Rzeczypospolitej Polskiej.....55

SŁOWO WSTĘPU

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu całej Redakcji przedstawiam drugi numer Studenckiego Forum Prawniczego i Administracyjnego, który udało się przygotować pomimo wciąż panującej epidemii, a co za tym idzie znacznego ograniczenia seminariów, konferencji i zwykłych spotkań studentów i wykładowców, uczniów i Mistrzów, które stanowią niezrównaną inspirację do tworzenia, pisanie i publikowania. Oddawany Wam rocznik jest kontynuacją dzieła zapoczątkowanego przeszło dwa lata temu przez grupę studentów Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego. Oni, z pomocą pracowników naukowych, a zwłaszcza Pana dra Leszka Kaczmarzkiego, doprowadzili do tego, że Nasza Uczelnia ma forum, na którym mogą wypowiadać się osoby aspirujące dopiero do tytułów naukowych, stawiające pierwsze kroki jako autorzy publikacji z zakresu prawa i administracji.

Rok 2021 zdominowały zagadnienia związane z epidemią choroby zakaźnej COVID-19, wywoływanej przez wirusa SARS-CoV-2. Wpłynęły one również na prawo i administrację, co naturalnie znajduje swoje odzwierciedlenie w publikacjach naukowych. W tym numerze Studenckiego Forum Prawniczego i Administracyjnego tematyka ta jest dominującą, co nie znaczy, że wszystkie publikacje dotyczące styku prawa i medycyny istotnie ograniczają się do problemów wciąż panującej epidemii.

Otwierający rocznik artykuł absolwentek Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu Pauliny Kaczmar i Barbary Krzyżaniak „Wyłączenie odpowiedzialności karnej za zachowania przedstawicieli zawodów medycznych podejmowane w związku z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19” jest pokłosiem Ich świetnego referatu, wygłoszonego 18 grudnia 2020 roku podczas Zielonogórskiego Seminarium Prawnomedycznego „Wpływ sytuacji epidemicznej na odpowiedzialność służb medycznych” zorganizowanego przez Koło Naukowe Prawa Medycznego Corius, działające w Uniwersytecie Zielonogórskim. Jak wskazuje tytuł artykułu – odnosi się on do zagadnień prawa karnego, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. klauzuli dobrego Samarytanina na gruncie tej gałęzi prawa.

Również kolejne opracowanie absolwentki Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego Alicji Świątek i studentki Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego Hanny Wojtasińskiej „Odmowa poddania się szczepieniom ochronnym” powstało w następstwie przygotowania i wygłoszenia znakomitego referatu podczas wskazanego wcześniej Seminarium. W tym artykule Autorki skupiły się na jakże aktualnej i kontrowersyjnej problematyce, poświęcając swoje rozważania przede wszystkim mechanizmom odpornościowym oraz analizie regulacji prawnych w zakresie obowiązku poddania się szczepieniom

ochronnym w Polsce. Warto dodać, że artykuł porusza też historię powstania pierwszej szczepionki oraz tworzenia się ruchów antyszczepionkowych.

Inny charakter ma opracowanie Mateusza Wartalskiego – absolwenta Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego zatytułowane „Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej”. Autor analizuje regulacje prawne dotyczące tego prawa w kontekście ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ten rzadko podejmowany temat ma ogromne znaczenie praktyczne, często podkreślane między innymi przez wybitnego duszpasterza akademickiego ks. Piotra Pawlukiewicza.

„Odpowiedzialność za nieprzyjęcie pacjenta do szpitala w dobie pandemii COVID-19” – ten trudny temat podjęły: studentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego Alicja Maliszak oraz studentka Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego Iga Kolasa. W swoich rozważaniach nie tylko skupiły się na problematyce “winy organizacyjnej”, lecz także przedstawiły niektóre nagłe lub ostre stany pacjenta, wymagające natychmiastowej pomocy lekarskiej.

Natomiast doktorant WSPiA Rzeszowskiej Szkoły Wyższej Konrad Żurek w artykule „Utworzenie i działalność Funduszu Pracy w III Rzeczypospolitej Polskiej” podejmuje rzadko goszczące na łamach pism naukowych zagadnienia dotyczące tego funduszu celowego, mającego istotne znaczenie zwłaszcza dla aktywizacji osób poszukujących pracy. W opracowaniu Autor omówił genezę powstania Funduszu Pracy oraz wskazał zasadnicze zmiany, jakie dokonały się za jego sprawą po 1989 roku.

Gorąco dziękuję Wszystkim, którzy zaangażowali się w powstanie tego numeru Studenckiego Forum Prawniczego i Administracyjnego, a w szczególności recenzentom artykułów zgłoszonych do opublikowania: prof. dr. hab. nauk medycznych Jerzemu Sowińskiemu, dr. hab. Tadeuszowi Stanisławskiemu prof. UZ, dr. Piotrowi Kapuście, dr. Alfredowi Staszakowi i dr. Magdalenie Wasylkowskiej-Michór, których uwagi na pewno były zarówno istotnym wsparciem dla Autorów opublikowanych artykułów, jak i bezcennym doświadczeniem dla tych, którym jeszcze nie udało się sprostać wymaganiom stawianym przez nasze czasopismo.

Nie pozostaje już nic innego, jak życzyć dobrej lektury !

dr Sebastian Kowalski
Redaktor Naczelny Studenckiego
Forum Prawniczego i Administracyjnego

Paulina Kaczmar
Barbara Krzyżaniak
- absolwentki Wydziału
Prawa i Administracji
UAM w Poznaniu

Wyłączenie odpowiedzialności karnej za zachowania przedstawicieli zawodów medycznych podejmowane w związku z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19

Sytuacja epidemiczna w sposób szczególny wpłynęła na funkcjonowanie ochrony zdrowia i postawiła jej przedstawicieli przed różnego rodzaju wyzwaniami. Jednocześnie zarówno działania, jak i zaniechania w zakresie opieki nad pacjentami mogą stać się przedmiotem oceny z punktu widzenia prawa karnego. Celowe wobec powyższego wydaje się być omówienie zasad odpowiedzialności karnej, z naciskiem na te jej aspekty, które mogą być szczególnie istotne w kontekście panującej epidemii.

Dopiero z końcem października 2020 r. nastąpiły zmiany normatywne w omawianym zakresie – wcześniej kwestia odpowiedzialności karnej przedstawicieli ochrony zdrowia była regulowana przez zastane w momencie wybuchu epidemii przepisy kodeksu karnego¹. Tymczasem ustawą z dnia 28.10.2020 r.² do systemu prawnego wprowadzona została konstrukcja, odnosząca się do typów nieumyślnych – tzw. klauzula dobrego Samarytanina, która będzie przedmiotem analizy w drugiej części niniejszego artykułu.

Problem braku środków ochrony indywidualnej

W pierwszej kolejności zostaną opisane prawnokarne konsekwencje zachowań podejmowanych w sytuacji niedoboru środków ochrony indywidualnej (maseczek, kombinezonów, rękawiczek itd.). W tym miejscu należy zwrócić uwagę na okoliczność, że lekarz³ może odpowiadać nie tylko za swoje działania, ale także za zaniechania – w odniesieniu do przestępstw skutkowych, zgodnie z art. 2 k.k.). Ma on bowiem szczególnie obowiązek chronić dobro pacjenta, co wynika z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴. Co ważne, w piśmiennictwie wskazuje się, że do przypisania lekarzowi statusu gwaranta konieczne jest skonkretyzowanie tego obowiązku np. w postaci umowy o pracę zawartej ze szpitalem⁵.

¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 ze zm., dalej jako: k.k.

² Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, Dz. U. z 2020 r., poz. 2112, ze zm., dalej także jako: „ustawa z 28.10.2020 r.”.

³ Pierwsza część artykułu została ukierunkowana przede wszystkim na problematykę odpowiedzialności karnej lekarzy, z kolei w drugiej części poruszone zostaną zagadnienia odnoszące się także do innych kategorii przedstawicieli służb medycznych (co zostanie dokładnie wskazane).

⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 2020 r., poz. 514 ze zm.

⁵ A. Zoll, (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część ogólna*, Tom I, Warszawa 2016, art. 2.

Problem braku koniecznych środków ochrony indywidualnej można sprowadzić do pytania: czy lekarz może w sytuacji ich niezapewnienia przez szpital (lub inną jednostkę) odmówić udzielenia pomocy pacjentowi? W celu udzielenia odpowiedzi należy odwołać się do uregulowanego w art. 26 k.k. stanu wyższej konieczności. Jest to konstrukcja oparta na kolizji dóbr chronionych prawem – aby uratować jedno dobro, drugie musi zostać poświęcone (i to w taki sposób, że dochodzi do realizacji znamion czynu zabronionego)⁶. Jednocześnie, powołanie się na działanie w stanie wyższej konieczności możliwe jest jedynie w sytuacji, gdy niebezpieczeństwo ma charakter bezpośredni (zasada bezpośredniości). Rozwiązywanie kolizji dóbr, a więc wybór określonych dóbr jako ratowanych czy też poświęcanych, musi się ponadto opierać na zasadach subsydiarności oraz proporcjonalności. Zgodnie z pierwszą z nich, dobro może zostać poświęcone jedynie, gdy nie można uniknąć niebezpieczeństwa w inny sposób, zaś zasada proporcjonalności nakłada obowiązek oceny wartości dóbr i zachowania proporcji przy dokonywaniu wyboru między dobrem ratowanym a poświęcanym⁷. Wszystkie z przedstawionych reguł zostały wyrażone w art. 26 § 1 k.k.⁸, zgodnie z którym „nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego”.

W sytuacji podjęcia decyzji o odmowie udzielenia pomocy pacjentowi z uwagi na brak środków ochrony indywidualnej, z perspektywy konstrukcji stanu wyższej konieczności, dobrem zagrożonym byłoby zdrowie lub życie lekarza zaś dobrem poświęconym zdrowie lub życie pacjenta. W oparciu o powołany przepis art. 26 § 1 k.k. może zostać wyłączona bezprawność czynu, gdy przykładowo – z uwagi chociażby na podeszły wiek zagrożone jest życie lekarza (a więc dobro o wartości najwyższej⁹), a poświęcone zdrowie pacjenta. Co ważne wyłączenie bezprawności na gruncie prawa karnego, nie będzie automatycznie skutkowało zamknięciem drogi do dochodzenia roszczeń cywilnych¹⁰, z uwagi na węższe ujęcie stanu wyższej konieczności w art. 424 kodeksu cywilnego¹¹.

W odniesieniu do sytuacji, w której proporcja dóbr nie będzie zgodna z założeniem art. 26 § 1 k.k. (to jest dobro poświęcone nie będzie miało wartości niższej od dobra ratowanego) zastosowanie może znaleźć § 2 art. 26 k.k., stanowiący, że nie popełnia przestępstwa osoba, która w warunkach z § 1 poświęciła dobro „(...) które nie przedstawia wartości oczywiście wyższej od dobra ratowanego”. Przepis ten pozwala na uchylenie jedynie winy sprawcy czynu¹², gdy w kolizji stają dobra o tej samej wartości, lub dobro poświęcone przedstawia wartość wyższą, ale nie w sposób oczywisty. Jeśli zaś

⁶ J. Giezek, (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna*, Warszawa 2017, s. 185.

⁷ Tamże, s. 185.

⁸ W stosunku do zasady proporcjonalności także w § 2 oraz § 3 art. 26.

⁹ Zob. uwagi wyrażone w uzasadnieniu wyroku TK z 30.09.2008 r., K 44/07, OTK-A 2008, nr 7, poz. 126.

¹⁰ T. Bojarski, (w:) T. Bojarski (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2015, art. 26.

¹¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1740 ze zm.

¹² J. Giezek, (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne...*, s. 181.

dobro poświęcone zostanie ocenione jako posiadające wartość oczywiście wyższą od ratowanego dochodzi do przekroczenia granic stanu wyższej konieczności (§ 3), a sprawca może liczyć jedynie na nadzwyczajne złagodzenie kary lub odstąpienie od jej wymierzenia. Przy założeniu jednak, że nie zachodzi wyżej opisana sytuacja, w zależności od tego, jakie dobra zostaną sobie przeciwstawione, w stosunku do „zwykłego obywatela” znalazłby zastosowanie art. 26 § 1 lub 2 k.k., oczywiście przy spełnieniu pozostałych przesłanek, a więc zgodnie z zasadą bezpośredniości oraz subsydiarności¹³.

Tymczasem w stosunku do lekarzy (gwarantów) wina nie może zostać uchylona na podstawie art. 26 § 2 k.k. z uwagi na klauzulę zawartą w § 4. Przepis § 4 wyłącza możliwość stosowania § 2 w sytuacji, gdy „(...) sprawca poświęca dobro, które ma szczególnie obowiązek chronić nawet z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste”. W praktyce oznacza to, że lekarz nie mógłby odmówić pomocy pacjentowi, którego zdrowie jest narażone, nawet jeśli miałyby to narazić jego zdrowie. *A. Zoll* wskazuje wprost, że co do zasady „(...) lekarz nie będzie więc mógł odmówić zbadania swojego pacjenta, powołując się na niebezpieczeństwo zarażenia”¹⁴. Podkreślić należy, iż jest to opinia wyrażona w realiach sprzed epidemii. Tymczasem w doktrynie prawa karnego pojawiają się głosy wskazujące na konieczność uadekwatnienia klauzuli wyłączenia zawartej w § 4 wobec nowej rzeczywistości, z którą muszą mierzyć się lekarze. W tym zakresie powołać można wyrażony przez *M. Bielskiego* postulat zawężającego interpretowania zakresu zastosowania klauzuli wyłączenia. Autor nie kwestionując samej zasady wyrażonej w art. 26 § 4 k.k. wskazuje jednak, że w realiach epidemii, w szczególności w sytuacji niezapewnienia przez państwo odpowiednich warunków pracy i środków, nakładany na lekarzy obowiązek ochrony dobra prawnego z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste nie może mieć charakteru nieograniczonego¹⁵. Powyższe stanowisko wydaje się być słuszne – wobec braku jakichkolwiek zmian normatywnych w zakresie klauzuli wyłączenia, dostosowujących jej treść do rzeczywistości epidemicznej. Modyfikacja sposobu interpretowania zwrotu „z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste” jest rozwiązaniem zgodnym z poczuciem sprawiedliwości społecznej, które jednocześnie nie narusza norm kodeksowych (nie jest sprzeczne z brzmieniem art. 26 § 4 k.k.).

Problem tzw. selekcji medycznej

Kolejnym zagadnieniem, również powiązaniem z sytuacją niedoboru – w tym przypadku personelu, sprzętu medycznego czy miejsc w szpitalach – jest problem dokonywania adekwatnej selekcji medycznej. Określanie kolejności pomocy pacjentom (w tym np. kolejności podłączenia respiratora, w sytuacji ich niedostatecznej liczby) wiąże się z konstrukcją tzw. kolizji obowiązków; gdy na danej osobie ciąży więcej niż jeden obowiązek i nie jest możliwe ich łączne spełnienie (art. 26 § 5 k.k.). Należy wskazać,

¹³ Tamże, s. 185.

¹⁴ A. Zoll, (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny...*, art. 26.

¹⁵ M. Bielski, *Granice odpowiedzialności karnej lekarza za uchylenie się od leczenia – kilka uwag o wykładni art. 26 § 4 k.k.*, *Palestra* 2020, nr 6, s. 63.

iż powyższa instytucja stała się przedmiotem krytyki ze strony *J. Majewskiego*, którego argumenty część doktryny uznała za przekonujące¹⁶. Pogląd *J. Majewskiego* oparty jest na założeniu, że racjonalny ustawodawca nie nakłada (czy też nie powinien nakładać) na obywatela obowiązków prawnych, które by ze sobą kolidowały¹⁷. Autor stawia wobec powyższego tezę, że tzw. kolizja obowiązków ma jedynie charakter pozorny, a dokonanie prawidłowej (i dostatecznie wnikliwej) egzegezy norm powinno zawsze doprowadzić do odkodowania z nich nakazu lub zakazu, który należy w danej sytuacji zrealizować¹⁸. Choć powyższe argumenty trudno odeprzeć, przepis art. 26 § 5 k.k. statuujący instytucję kolizji obowiązków *de lege lata* jest elementem obowiązującego prawa i jako taki będzie w niniejszym artykule rozpatrywany.

W przypadku, gdy do takiej kolizji dojdzie, ustawodawca nakazuje stosować odpowiednio wcześniej powołane przepisy o stanie wyższej konieczności (art. 26 § 1-3 k.k.). W doktrynie prezentowane jest stanowisko, zgodnie z którym klauzulę odpowiedniego stosowania należy wyklądać w ten sposób, że w sytuacji kolizji dóbr równej wagi odwołanie następuje nie do art. 26 § 2 k.k., lecz § 1 – a więc zostaje wyłączona bezprawność czynu, nie zaś wina sprawcy (jak stałoby się w przypadku stanu wyższej konieczności)¹⁹. Taką interpretację należy uznać za słuszną, z uwagi na specyfikę konstrukcji kolizji obowiązków – spełnienie każdego z równoważnych obowiązków jest bowiem tak samo opłacalne społecznie. Ponadto, jak zauważa *J. Lachowski* przyjęcie, że dokonanie wyboru jednego z obowiązków stanowiłoby czyn bezprawny, pozwalałoby na podejmowanie działań mających na celu przymuszenie danej osoby do zachowania odmiennego (realizacji drugiego z obowiązków i zaniechania wykonywania pierwszego)²⁰.

W odniesieniu do sytuacji, w której przyjdzie wybierać pomiędzy dobrami *in abstracto* równorzędnymi (np. zjawią się dwaj pacjenci w stanie zagrażającym życiu), *S. Tarapata* proponuje powołać się pomocniczo na tzw. kryteria preferencji. Pojęciem tym autor obejmuje narzędzia służące „(...) do stwierdzenia, jakiego wyboru co do tego, które działanie powinno zostać w konkretnej sytuacji wykonane, dokonałby modelowy obywatel”²¹. Spośród nich warto przywołać te mające źródło w aktach normatywnych. Najbardziej ogólną, a zarazem intuicyjną (z perspektywy postępowania z dobrem prawnym jakim jest zdrowie człowieka) dyrektywą jest konieczność kierowania się przy ustalaniu kolejności świadczeń stanem zdrowia pacjenta. Następnie zaś powinny być brane pod uwagę takie czynniki jak: rokowania co dalszego przebiegu choroby,

¹⁶ Przykładowo: J. Giezek (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne...*, s. 186; J. Giezek, *Kolizja obowiązków spoczywających na pracownikach opieki medycznej w dobie pandemii COVID-19*, *Palestra* 2020, nr 6, s. 45; S. Tarapata, *Problem rozstrzygnięcia prawnokarnej kolizji dóbr w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych*, *Palestra* 2020, nr 6, s. 177.

¹⁷ J. Majewski, *Tak zwana kolizja obowiązków w prawie karnym*, Warszawa 2002, s. 89 i n.

¹⁸ Zasadnicze tezy pracy J. Majewskiego przytoczone przez J. Giezka, (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne...*, s. 186.

¹⁹ Zob.: J. Majewski, *Tak zwana kolizja...*, s. 240; J. Lachowski, (w:) Violetta Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2020, art. 26; J. Lachowski, (w:) J. Lachowski, A. Marek, *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2018, s. 130; S. Tarapata, *Problem rozstrzygnięcia...*, *Palestra* 2020, nr 6, s. 180.

²⁰ J. Lachowski, (w:) Violetta Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks karny...*, art. 26.

²¹ S. Tarapata, *Problem rozstrzygnięcia...*, *Palestra* 2020, nr 6, s. 180.

obecność chorób współistniejących, czy zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności, co wynika z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej²²). Oczywiście kryteria te nie mają zastosowania w przypadku pacjentów w stanie nagłym – wtedy świadczenia udzielane są niezwłocznie (art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²³). Obecnie, częściej niż przed wybuchem epidemii, może dojść do sytuacji, gdy w niewielkim przedziale czasowym pojawi się wielu pacjentów w takim stanie. Wtedy zastosowanie znajdzie § 6 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego²⁴, który to przepis precyzuje sposób przeprowadzania segregacji (tzw. triaż, od franc. *triage* – segregowanie). W efekcie pacjenci dzieleni są na grupy oznaczone kolorami, według pilności określanej poprzez odwołanie do czasu jaki mogą oczekiwać na kontakt z lekarzem²⁵.

Natomiast w sytuacji kolizji dóbr różnej wartości, uznać należy, iż jeśli lekarz dokona błędnego wyboru (to jest poświęci dobro o wartości wyższej, ratując to o wartości niższej, lecz co ważne nie oczywiście niższej) uchylona zostanie jego wina²⁶ i nie poniesie odpowiedzialności karnej, zgodnie z art. 26 § 2 k.k. Nie będzie bowiem miał tutaj zastosowania § 4, wyłączający możliwość stosowania § 2, jak to ma miejsce w stanie wyższej konieczności (gdyż art. 26 § 5 k.k. odsyła jedynie do § 1 – 3). Podobnie jednak jak w przypadku stanu wyższej konieczności, także w sytuacji kolizji obowiązków może dojść do przekroczenia jej granic; jeśli zostanie poświęcone dobro o wartości oczywiście wyższej – przykładowo, gdy celem ratowania zdrowia pacjenta poświęcone zostanie życie innego pacjenta. W takim wypadku lekarz co do zasady mógłby ponieść odpowiedzialność karną w myśl art. 26 § 3 k.k., chyba że podjęcie nieprawidłowej decyzji było skutkiem błędu, na co zwraca uwagę *J. Giezek*. Autor ten zauważa, że „(...) źle zoptymalizowaną decyzję można by usprawiedliwiać niezawinionym błędem, jeśli lekarz dostrzegał *ex ante* możliwość sekwencyjnego podejmowania czynności, co było następstwem niewłaściwej oceny stopnia bezpośrednio zagrożenia, opartej na stanowiącym efekt selektywnie przeprowadzonej diagnozy przekonaniu, że znacznie dłuższy jest czas na ratowanie życia niż na ratowanie zdrowia”²⁷. Rozważyć można również inną hipoteczную sytuację, w której błąd mógłby polegać na nieprawidłowej – ale usprawiedliwionej w danych

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2005 r., nr 200, poz. 1661.

²³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz. U. z 2019 r., poz. 1213, ze zm.

²⁵ S. Tarapata, *Problem rozstrzygnięcia...*, Palestra 2020, nr 6, s. 181 – 183.

²⁶ Tak wskazuje J. Lachowski (w:) Konarska-Wrzošek V. (red.), *Kodeks karny...*, art. 26; odmiennie zaś W. Zontek (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Warszawa 2017, art. 26.

²⁷ J. Giezek, *Kolizja obowiązków...*, s. 45.

okolicznościach – diagnozie i przyjęciu, że u obu pacjentów zagrożone jest jedynie zdrowie, gdy w rzeczywistości zagrożone było życie jednego z nich. Trzeba jednak zaznaczyć, że w takim przypadku nie byłoby to proste urojenie, że zachodzi okoliczność wyłączająca bezprawność albo winę, gdy w rzeczywistości tak nie było, a raczej błąd w ocenie, któremu z dóbr (obowiązków) należy przyznać prymat. Niezależnie bowiem od tego czy byłyby to dobra równorzędne, czy też o różnej wartości zaistniałaby tzw. kolizja obowiązków, uzasadniająca zaniechanie ze strony lekarza w stosunku do jednego z pacjentów, celem ratowania drugiego z nich. Niemniej w doktrynie również sytuację „(...) błędnego przyjęcia, że obowiązek wykonany jest obowiązkiem ważniejszym od obowiązku niewykonanego”²⁸ kwalifikuje się w ramach art. 29 k.k., co pozwala na wyłączenie winy, gdy błąd zostanie uznany za usprawiedliwiony²⁹.

Czyny nieumyślne

Zarówno konstrukcja stanu wyższej konieczności jak i kolizji obowiązków – wymagają, aby zachowanie podejmowane było „w celu uchylenia niebezpieczeństwa”, o czym stanowi art. 26 § 1 k.k. (w przypadku kolizji obowiązków art. 26 § 5 k.k. w zw. 26 § 1 k.k.). Powołany zwrot wyraża określone nastawienie psychiczne lekarza, który musi chcieć poświęcić wybrane dobro, celem ratowania innego i zdawać sobie sprawę z tego, że to robi³⁰. Konieczna jest zatem zarówno świadomość, jak i wola popełniania *de facto* czynu zabronionego (w zamiarze bezpośrednim kierunkowym), choć z pobudek, które zazwyczaj ocenimy pozytywnie.

Odrębnie zaś należy rozważać sytuację, w której dochodzi do popełnienia przez lekarza czynu nieumyślnego, charakteryzującego się brakiem zamiaru³¹. Czyn taki zgodnie z treścią art. 9 § 2 k.k., zostaje popełniony, gdy sprawca nie chcąc go popełnić, ani nawet nie godząc się na to, dokonuje tego na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, jeśli przewidywał możliwość jego popełnienia lub gdy mógł ją przewidzieć, ale tego nie uczynił. Nietrudno sobie wyobrazić, że w realiach epidemii, do takich sytuacji wśród przedstawicieli ochrony zdrowia może dochodzić częściej, a to z uwagi chociażby na konieczność działania pod presją czasu, zmęczenie, stres, przeciążenie, brak odpowiednich środków, dopuszczanie do pracy osób z mniejszym doświadczeniem (także rezydentów, czy studentów) *et cetera*. W interesującym nas zakresie zarzuty popełnienia przestępstwa nieumyślnego prawdopodobnie najczęściej dotyczyć będą typów z art. 155 k.k. (nieumyślne spowodowanie śmierci), 156 § 2 k.k. i 157 § 3 k.k. (lekki, średni oraz ciężki uszczerbek na zdrowiu), czy art. 160 § 3 k.k. (narażenie na niebezpieczeństwo).

²⁸ Zarówno w odniesieniu do kolizji obowiązków wyłączającej bezprawność, jak i winę; Ł. Pohl (w:) L.K. Paprzycki (red.), *System Prawa Karnego. Tom 4. Nauka o przestępstwie wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016, s. 755-759.

²⁹ W przypadku zaś błędu nieusprawiedliwionego możliwe jest nadzwyczajne złagodzenie kary (art. 29 k.k. *in fine*).

³⁰ J. Lachowski, A. Marek, *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2018, s. 128.

³¹ J. Giezek (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne...*, s. 142.

Do momentu wejścia w życie ustawy z dnia 28.10.2020 r. wyłączenie odpowiedzialności za takie czyny mogło nastąpić jedynie na zasadach wynikających z przepisów części ogólnej kodeks karnego. Po pierwsze możliwe było podjęcie próby wykazania, że zostały zachowane reguły ostrożności wymaganej w danych okolicznościach³² (ich naruszenie jest warunkiem odpowiedzialności w myśl art. 9 § 2 k.k.). W przypadku spraw medycznych będą to zasady postępowania z pacjentami (reguły sztuki lekarskiej), zarówno te wyrażone w formie aktów prawnych, jak i wynikające bezpośrednio z wiedzy medycznej, czy precyzyjniej: ustaleń w danej dziedzinie³³. Również w odniesieniu do owych reguł w doktrynie wskazuje się na konieczność uadekwatnienia do sytuacji epidemii, tak aby „(...) ich przestrzeganie nie stało się niemożliwe bądź kontrproduktywne z perspektywy dóbr prawnych, które mają zabezpieczać”³⁴. Także z tym postulatem należy się zgodzić, z tym zastrzeżeniem, iż nawet w przypadku niewyrażenia zmian dotyczących standardów ostrożności wprost w akcie normatywnym, przy ocenie postępowania lekarza powinny być uwzględniane warunki w jakich działał. W doktrynie wskazuje się bowiem, że reguły ostrożności nie są ustalane w oderwaniu od okoliczności danej sprawy – jak wynika już z treści art. 9 § 2 k.k. chodzi o zachowanie ostrożności „wymaganej w danych okolicznościach”, a więc wymogów dostosowanych do występujących warunków³⁵. Przykładowo, gdy „(...) niedostępna jest konieczna aparatura do przeprowadzenia zabiegu (...) w miejsce optymalnej reguły wchodzi reguła ostrożnego postępowania, przyjmująca brak tej aparatury”³⁶.

Sprawstwo czynu nieumyślnego nie zostanie ponadto przypisane w sytuacji, gdy brak jest zależności przyczynowej między nieostrożnością a naruszeniem dobra chronionego prawem³⁷ albo też udowodnione zostanie, że nie było możliwości przewidzenia popełnienia czynu. Dyskusyjne w doktrynie prawa karnego jest czy powinność przewidzenia ma być oceniana obiektywnie (a więc w odniesieniu do modelowego obywatela³⁸) czy też subiektywnie (w odniesieniu do konkretnego sprawcy³⁹). Przeważające jednak wydaje się być stanowisko zwolenników normatywnego kryterium obiektywnego przypisania. Jednocześnie wskazuje się, że w przypadku osób posiadających wiedzę szczególną (w tym lekarzy), przy ocenie przewidywalności jako wzorzec traktować będziemy modelowego obywatela, ale z uwzględnieniem przewagi informacyjnej jaką posiada⁴⁰, czyli przykładowo wiadomości lekarza danej specjalizacji. Stanowisko takie należy uznać za racjonalne, gdyż brak jest podstaw, aby nie wymagać

³² A. Zoll, (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny...*, art. 9.

³³ Tamże, art. 9.

³⁴ D. Zając, *Modyfikacja reguł sztuki lekarskiej w czasach epidemii COVID-19 – perspektywa prawnokarna*, *Palestra* 2020, nr 6, s. 103.

³⁵ J. Giezek, (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne...*, s. 145; A. Zoll, (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny...*, art. 9.

³⁶ A. Zoll, (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny...*, art. 9.

³⁷ J. Giezek, (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne...*, s. 147.

³⁸ A. Zoll, (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny...*, art. 9.

³⁹ K. Buchała, (w:) K. Buchała, Z. Cwiakalski, M. Szewczyk, A. Zoll, *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1994, s. 68.

⁴⁰ J. Giezek, (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne...*, s. 153.

od lekarza korzystania ze zdobytej wiedzy, a w efekcie przyjmować fikcję, iż jego stan wiedzy jest niższy niż faktyczny (i nie miał on możliwości przewidzenia popełnienia czynu, gdy w rzeczywistości ją miał⁴¹).

Uzasadnienie wprowadzenia do polskiego porządku prawnego tzw. klauzuli dobrego Samarytanina

Takie zakreślenie przesłanek przypisania nieumyślnego popełnienia czynu zabronionego, jak ma to miejsce w części ogólnej k.k., sprawia, że nie jest łatwo uwolnić się od odpowiedzialności karnej. Dotyczy to bez wyjątku także przedstawicieli zawodów medycznych. Jak już wskazywano powyżej, dla medyków sytuacja stała się trudniejsza w momencie wybuchu epidemii, kiedy to z uwagi na zwiększoną liczbę pacjentów, brak dostatecznej ilości personelu medycznego, brak odpowiedniego sprzętu medycznego, a także brak doświadczeń w walce z chorobą COVID-19, wzrosło ryzyko popełnienia przez nich błędów medycznych, a co za tym idzie także czynów zabronionych pod groźbą kary. W związku z powyższym środowisko lekarskie, na czele z *A. Matyją*⁴², właściwie od początku epidemii postulowało wprowadzenie do polskiego porządku prawnego tzw. klauzuli dobrego Samarytanina, czyli klauzuli, która spowodowałaby wyłączenie odpowiedzialności karnej osób bezpośrednio pracujących z osobami zakażonymi COVID-19, w przypadku pogorszenia stanu zdrowia lub nawet śmierci pacjenta, jeśli nie doszło do „rażącego zaniedbania”⁴³. Postulat ten nawiązywał do podobnych rozwiązań, które wprowadzone zostały w innych krajach europejskich, a także w Stanach Zjednoczonych.

Sugestie te były szczególnie dostrzegalne, kiedy to w czerwcu 2020 r., zdecydowano się, na podstawie ustawy z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19⁴⁴, znowelizować art. 37a k.k. Przed nowelizacją tego przepisu, w przypadku kiedy ustawa przewidywała zagrożenie karą pozbawienia wolności, nieprzekraczającą 8 lat, sąd mógł zamiast tej kary orzec grzywnę lub karę ograniczenia wolności. Po kolejnych nowelizacjach art. 37a k.k. brzmi następująco „§ 1. Jeżeli przestępstwo jest zagrożone tylko karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat, a wymierzona za nie kara pozbawienia wolności nie byłaby surowsza od roku, sąd może zamiast tej kary orzec karę ograniczenia wolności nie niższą od 3 miesięcy albo grzywnę nie niższą od 100 stawek dziennych, jeżeli równocześnie orzeka środek karny, środek

⁴¹ J. Giezek wskazuje, iż w takiej sytuacji rzeczywiste przewidywanie, które nie mieści się w granicach obiektywnych standardów, decyduje o bezprawności, jak i o winie sprawcy, zob. J. Giezek, (w:) M. Bojarski (red.), *Prawo karne...*, s. 154.

⁴² Od 2018 r. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

⁴³ K. Nowosielska, P. Rojek-Socha, *O błąd medyczny łatwiej w czasie COVID-19 – lekarze chcą zmian*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/kary-dla-lekarzy-za-bledy-medyczne,501226.html> [dostęp: 25.01.2021r.].

⁴⁴ Ustawa o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 z dnia 19 czerwca 2020 r., Dz. U. z 2020 r, poz. 1086, ze zm.

kompensacyjny lub przypadek. § 2. Przepisu § 1 nie stosuje się do sprawców, którzy popełniają przestępstwo działając w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego oraz sprawców przestępstw o charakterze terrorystycznym”. Zatem na gruncie obowiązującego aktualnie stanu prawnego, aby mogło w określonych przypadkach dojść do zamiany kary pozbawienia wolności, na karę nieizolacyjną, konieczne jest spełnienie dodatkowych przesłanek. Analiza znowelizowanego przepisu art. 37a § 1 k.k. wymagałaby odrębnego opracowania, stąd też w tym miejscu warto zaznaczyć jedynie marginalnie, że nowelizacja tego przepisu wywołała swego czasu uzasadnioną obawę medyków, że być może za błędy medyczne będą im wymierzane surowsze kary niż to miało miejsce przed zmianami. Obecnie bowiem dopiero, gdy kara wymierzona za czyn zabroniony przypisany sprawcy nie byłaby surowsza od roku pozbawienia wolności – sąd uzyskuje kompetencję do skorzystania z możliwości orzeczenia w to miejsce jednej z kar nieizolacyjnych, takich jak kara ograniczenia wolności (w wymiarze nie niższym od 3 miesięcy), czy kary grzywy (jednak nie niższej niż 100 stawek dziennych). Oprócz tego warunkiem zastosowania przez sąd zamiennej kary wolnościowej jest orzeczenie oprócz niej także środka karnego, środka kompensacyjnego lub przypadku. W rezultacie wprowadzenie tej nowelizacji ogranicza możliwość stosowania zamiennych kar wolnościowych, czego skutkiem będzie najpewniej powrót do szerokiego stosowania przez sądy kary pozbawienia wolności, kiedy to w zagrożeniu ustawowym nie zostanie przewidziana dla niej alternatywa⁴⁵.

Choć postulaty związane z wprowadzeniem tzw. klauzuli dobrego Samarytanina były najbardziej naglące na początku pojawienia się epidemii koronawirusa, to w sytuacji, kiedy nasz system ochrony zdrowia zbliża się do granicy wydolności, nie tracą one na aktualności. Sugestie środowiska medycznego zostały dostrzeżone przez rządzących i w październiku 2020 roku Minister Zdrowia A. Niedzielski poinformował o planach wprowadzenia tzw. klauzuli dobrego Samarytanina, która miała zapewnić „bezpieczeństwo i godne warunki dla personelu medycznego, który z tak wielkim zaangażowaniem walczy z pandemią”⁴⁶. W uzasadnieniu projektu ustawy, zawierającej tzw. klauzulę dobrego Samarytanina wskazano, że „w czasie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, powinno następować wyłączenie odpowiedzialności karnej za określone czyny, popełniane przez osoby wykonujące zawód medyczny, gdy działania lecznicze są podejmowane w celu zwalczania epidemii COVID-19 (np. w sytuacji realizacji świadczeń przez osoby, które w warunkach nieepidemicznych nie udzielałyby tych świadczeń – *vide* udzielanie świadczeń przez lekarzy w trakcie specjalizacji, czy lekarzy specjalistów w innych niż posiadana przez nich specjalizacja)”⁴⁷. Założeniem projektodawcy było zatem uchronienie medyków od

⁴⁵ V. Konarska-Wrzosek, *Art. 37(a) Możliwość stosowania wolnościowych kar zamiennych*, (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, 2020, *passim*.

⁴⁶ B. Pieniążek-Osińska, *Minister zdrowia o instrumentach bezpieczeństwa dla personelu medycznego*, <https://www.politykazdrowotna.com/65670,mz-klauzula-dobrego-samarytanina-i-dodatkowe-wynagrodzenia> [dostęp: 25.01.2021 r.].

⁴⁷ Poselski projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, druk nr 683, s. 42.

ponoszenia nieuzasadnionej odpowiedzialności karnej za działania lecznicze, które są podejmowane w celu zwalczania epidemii COVID-19.

Klauzula dobrego Samarytanina – wersja obowiązująca

Zapowiadaną klauzulę wprowadzono ustawą z dnia 28.10.2020 r., która w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej ogłoszona została 28 listopada 2020 r. i w przeważającej części weszła w życie już następnego dnia po jej ogłoszeniu. Rozwiązanie to zawarto w art. 24, który po nowelizacji, mającej miejsce w styczniu 2021r.⁴⁸ ma następującą treść: „nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2, art.157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517), ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493), ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2018 r. poz. 2150 oraz z 2020 r. poz. 1291), ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945 i 1493), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882 i 2112) albo ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.”.

Klauzula, tak jak zapowiadano w uzasadnieniu, nie wyłącza ogólnie odpowiedzialności karnej przedstawicieli zawodów medycznych, a jedynie odpowiedzialność za niektóre typy czynów zabronionych, takich jak nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka (art. 155 k.k.), nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 2 k.k.), nieumyślne naruszenie czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia (art. 157 § 3 k.k.), oraz nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 3 k.k.). Omawiana regulacja dotyczy lekarzy, lekarzy dentystów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji, a także felczerów, pielęgniarek, położnych oraz ratowników medycznych. Będzie dotyczyła także przedstawicieli innych zawodów medycznych, jeśli zostaną oni skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii. Zdaniem przedstawicieli doktryny, ograniczanie kręgu podmiotów jedynie do osób udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie wskazanych w treści przepisu ustaw, pozostawia przedstawicieli niektórych zawodów medycznych poza zakresem uregulowania tego przepisu⁴⁹. Można spotkać się z poglądem, że sformułowanie to zawiera niepotrzebne ograniczenie podmiotowe. Dla przykładu podaje się w tym kontekście zawód diagnosty laboratoryjnego, który działa na podstawie ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce

⁴⁸ Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2021 r., poz. 159.

⁴⁹ M. Kwiatkowska, *Odpowiedzialność za błąd medyczny w czasie epidemii*, LEX/el. 2020, *passim*.

laboratoryjnej⁵⁰. Wprowadzie tzw. klauzula dobrego Samarytanina może dotyczyć diagnostów laboratoryjnych, jednak tylko wtedy, kiedy działają oni w ramach wskazanej w treści klauzuli ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19, jednakże w wąskim zakresie, tzn. wtedy, gdy zostaną skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii. Poza tym z łatwością można znaleźć także inne zawody medyczne, których przedstawiciele wyłączeni zostali spod zastosowania klauzuli, choćby fizjoterapeutów⁵¹. Trudno zatem doszukiwać się uzasadnienia dla akurat tak zakreślonego kręgu podmiotów.

Następnie należy podkreślić, że klauzula znajdzie zastosowanie tylko do zachowań mających miejsce w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, zaś nie będzie miała zastosowania do zachowań, które będą miały miejsce w ramach zwalczania skutków epidemii. Należy także zwrócić uwagę, że omawiany przepis dotyczy jedynie sytuacji, kiedy przedstawiciel zawodu medycznego działa „w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19”. W tym miejscu pojawia się pytanie, czy klauzula znajdzie zastosowanie przy rozpoznawaniu czy leczeniu tzw. chorób współistniejących. W tym zakresie pojawia się szereg wątpliwości, także wśród przedstawicieli doktryny prawa karnego. Gdyby przyjąć, że przepis dotyczy także leczenia chorób współistniejących w zasadzie należałoby tutaj zastosować wykładnię rozszerzającą⁵². Stanowisko, że omawiany przepis dotyczy chorób współistniejących jest uzasadnione o tyle, że w rzeczywistości byłaby to wykładnia rozszerzająca na korzyść sprawcy. Na ten moment brak jest jednak ugruntowanych poglądów przedstawicieli doktryny na ten temat. Słusznym wydaje się być jednak przyjęcie, że omawiana klauzula dotyczy leczenia u pacjentów zarażonych COVID-19, także innych chorób, bowiem w większości przypadków z pewnością trudno będzie odróżnić, kiedy dane świadczenie medyczne będzie świadczeniem tylko w związku z zakażeniem COVID-19, a kiedy dotyczyć będzie wyłączenie innych chorób. Przyjąć można na tej podstawie również, że spod zastosowania ustawy wyłączone są świadczenia wobec pacjentów, którzy nie są zarażeni COVID-19⁵³. Poza tym, aby mogło dojść do wyłączenia przestępności czynu na podstawie omawianej klauzuli zachowanie musi mieć miejsce w szczególnych okolicznościach. Okoliczności takie będą w każdym przypadku badane indywidualnie, z pewnością powinno się brać pod uwagę takie czynniki jak: brak odpowiedniego sprzętu, brak odpowiednio wyszkolonej kadry medycznej, działanie pod presją czasu, działanie pod wpływem stresu, zła organizacja ochrony zdrowia. Przedstawiciele zawodów medycznych podnoszą, że z uwagi na niewydolność systemu ochrony zdrowia stan, w którym mają miejsce „szczególne okoliczności” utrzymuje się

⁵⁰ Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r., Dz. U. z 2020 r., poz. 2061.

⁵¹ M. Andrzejewicz, *Co oznacza w praktyce klauzula dobrego Samarytanina*, <https://pulsmedycyny.pl/co-oznacza-w-praktyce-klauzula-dobrego-samarytanina-1101607> [dostęp: 25.01.2021 r.].

⁵² W prawie karnym przyjęto zasadę, że nieodpuszczalne jest stosowanie wykładni rozszerzającej na niekorzyść sprawcy. Por. Ł. Pohl, *Prawo karne Wykład części ogólnej*, LexisNexis, Warszawa 2013, s. 68.

⁵³ M. Kwiatkowska, *op.cit.*, LEX/el. 2020, *passim*.

już od dłuższego czasu⁵⁴. Trudno jednak na ten moment stwierdzić, jak kwestia ta będzie oceniana przez organy ścigania.

Poza tym, co może najistotniejsze przy omawianiu tzw. klauzuli dobrego Samarytanina, nie dojdzie do wyłączenia przestępności czynu, jeśli okaże się, że nastąpił on w wyniku „rażącego niezachowania ostrożności”. Zasadnicza różnica zatem pomiędzy stanem sprzed wprowadzenia klauzuli, a stanem obecnym dotyczy kwestii naruszenia reguł ostrożności. Aby pociągnąć do odpowiedzialności karnej na zasadach ogólnych – konieczne jest wykazanie, że nie zostały zachowane reguły ostrożności wymaganej w danych okolicznościach (dodatkowo, jak zostało omówione we wcześniejszej części niniejszej pracy, należy wykazać, że sprawca przewidywał lub miał możliwość przewidzenia, że jego zachowanie doprowadzi do naruszenia dobra chronionego prawem oraz zależność przyczynową między nieostrożnością, a naruszeniem dobra chronionego prawem). Natomiast, aby pociągnąć do odpowiedzialności karnej w obecnym stanie prawnym za wymienione wcześniej typy czynów zabronionych i w omówionych warunkach, konieczne jest wykazanie, że zachowanie nastąpiło w wyniku rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Użycie w omawianym przepisie sformułowania „rażące niezachowanie ostrożności” spotyka się z wieloma różnymi ocenami. Z jednej strony wskazuje się, że karnoprawny ustawodawca wśród dóbr prawnych najbardziej chroni życie i zdrowie, a więc co oczywiste, nie może on w sposób zbyt szeroki wyłączać przestępności zachowań medyków, nawet w czasie epidemii koronawirusa. Jednak z drugiej strony na gruncie omawianej klauzuli „rażące niezachowanie ostrożności” będzie się oceniać pod kątem warunków, jakie są wymagane w danych okolicznościach. Nie można zatem dopuścić do sytuacji, kiedy naruszenie reguł oceniane byłoby w oderwaniu od określonej sytuacji faktycznej⁵⁵. Taka ocena będzie musiała być dostosowana do występujących warunków, a zatem także i w tym kontekście konieczna będzie ocena okoliczności konkretnej sprawy, takich jak brak odpowiedniej ilości sprzętu, działanie pod presją czasu, posiadane umiejętności, czy organizacja ochrony zdrowia⁵⁶. Warto także wskazać, że polski ustawodawca już wcześniej na gruncie karnoprawnym użył sformułowania „rażące”. Miało to miejsce choćby w art. 25 § 2a k.k. Na podstawie tego przepisu rozszerzono zastosowanie klauzuli niekaralności w razie przekroczenia granic obrony koniecznej w przypadku odpięcia zamachu polegającego na naruszeniu miru domowego. Do wyłączenia karalności jednak nie dojdzie, jeśli przekroczenie granic obrony koniecznej byłoby rażące, a zatem kiedy napadnięty użyłby środków obrony, które można ocenić jako rażąco niewspółmierne do niebezpieczeństwa zamachu⁵⁷. Jednocześnie w uzasadnieniu projektu ustawy wprowadzającej ten przepis znajdziemy

⁵⁴ M. Andrzejewicz, *Co oznacza w praktyce klauzula dobrego Samarytanina*, <https://pulsmedycyny.pl/co-oznacza-w-praktyce-klauzula-dobrego-samarytanina-1101607> [25.01.2021].

⁵⁵ A. Zoll (w:) *Kodeks karny. Część ogólna*, t. 1, red. A. Zoll, Warszawa 2012, s. 154.

⁵⁶ K. Izdebski, K. Kolankiewicz, *Czy dobry Samarytanin rzeczywiście jest dobry?* <https://www.ozzl.org.pl/aktualnosci/14015-czy-dobry-samarytanin-jest-dobry-analiza-prawna-tzw-klauzuli-dobrego-samarytanina> [dostęp: 25.01.2020 r.].

⁵⁷ J. Lachowski, *Art. 25 kontratyp obrony koniecznej*, (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2020, *passim*.

informację, że jego celem jest przyznanie obywatelom możliwości ochrony dóbr prawnych o fundamentalnym znaczeniu z perspektywy systemu aksjologicznego, przed bezprawnymi zamachami. Wskazuje się także, że usprawiedliwione będzie podjęcie wszelkich środków w celu skutecznego powstrzymania napastnika⁵⁸. Na tej podstawie można przyjąć, że ustawodawca dążył do tego, żeby dać obywatelom możliwie najszerszą możliwość ochrony miru domowego, a jedynie w bardzo wyjątkowych wypadkach uznać przekroczenie granic obrony koniecznej za rażące⁵⁹. Można zatem przyjąć, że w ocenie ustawodawcy „rażące” oznacza tyle co „wyraźne”, „bardzo duże”. Przy założeniu o racjonalności ustawodawcy należy przyjąć, że także w przypadku tzw. klauzuli dobrego Samarytanina zakwalifikowanie danego zachowania jako popełnionego w warunkach „rażącego niezachowania ostrożności” powinno mieć miejsce jedynie w szczególnych przypadkach, kiedy niezachowanie ostrożności będzie wyraźne, oczywiste.

Klauzula we wprowadzonym kształcie spotkała się z krytyką środowisk lekarskiego i prawniczego, szczególnie z uwagi na zastosowanie w tym przepisie nieostrych przesłanek, takich jak „rażące niezachowanie ostrożności” oraz „w szczególnych okolicznościach”. Kryteria te, jak wskazywano powyżej, są stopniowalne i w gruncie rzeczy podlegać będą ocenie organów procesowych i trudno w tym momencie jednoznacznie stwierdzić, w jakiej sytuacji odpowiedzialność karna lekarza zostanie wyłączona. Wszystko będzie zależało od oceny konkretnego przypadku⁶⁰.

Po lekturze uzasadnienia projektu ustawy wprowadzającej klauzulę, można by dojść do wniosku, że zamiarem ustawodawcy było, aby tzw. klauzula dobrego Samarytanina pełniła funkcję kontratypu, czyli okoliczności wyłączającej bezprawność. Zgodnie z dominującym poglądem zaprezentowanym przez *A. Zolla* podstawą wszystkich kontratypów jest kolizja dóbr, która prowadzi do uznania konieczności i społecznej opłacalności poświęcenia dobra mającego wartość społeczną⁶¹. Jak się jednak wydaje znakomita większość przypadków, w których znajdzie zastosowanie omawiana klauzula, będzie dotyczyła błędów lekarskich polegających przykładowo na zastosowaniu wadliwego leczenia, czy na błędzie w procesie diagnostyki. Trudno zatem w takich sytuacjach doszukiwać się dóbr, które miałyby stanąć w kolizji. Poza tym sytuacja kontratypowa wymaga wszechstronnego rozważenia kolidujących interesów, a strona podmiotowa musi obejmować świadomość jej zaistnienia⁶². Medyk popełniając błąd, do pewnego momentu najczęściej nie będzie miał świadomości, że w ogóle go popełnia, stąd też także i w tym zakresie nie do przyjęcia jest, aby tzw. klauzula dobrego

⁵⁸ Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny., druk nr 1871, s. 3.

⁵⁹ Marginalnie można wskazać, że nawet jeśli przekroczenie granic obrony koniecznej miałoby charakter rażący to istnieje w takim przypadku możliwość zastosowania art. 25 § 3 k.k., na podstawie którego nie podlega karze, kto przekracza granice obrony koniecznej pod wpływem strachu lub wzburzenia usprawiedliwionych okolicznościami zamachu. Zob. Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny., druk nr 1871, s. 3.

⁶⁰ P. Rojek-Socha, *Antycovidowa tarcza ma chronić lekarza, ale pacjenta niekoniecznie*, <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/bezkarnosc-lekarza-a-covid-19-nowa-ustawa,503920.html> [dostęp: 25.01.2021 r.].

⁶¹ A. Zoll, *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu*, Warszawa 1982, s. 103 i n.

⁶² J. Lachowski, A. Marek, *Prawo Karne...*, s. 120.

Samarytanina była okolicznością wyłączającą bezprawność. W związku z tym wprowadzona klauzula będzie raczej nową okolicznością wyłączającą winę, czyli stwierdzającą, że w danych okolicznościach od przedstawiciela zawodu medycznego nie można było wymagać innego zachowania - tj. zgodnego z prawem. Z punktu widzenia dogmatyki prawa karnego pojęcie winy można rozumieć rozmaicie. Na potrzeby niniejszej pracy przyjmijmy jednak czystą teorię normatywną winy, zwaną także teorią finalną, zgodnie z którą istota winy sprowadza się do samej zarzucalności. W tej koncepcji zatem istotę winy sprowadza się do zarzutu, że sprawca dopuścił się czynu zabronionego, który był bezprawny, w sytuacji, kiedy mógł on do tego czynu nie dopuścić⁶³. Najogólniej można stwierdzić zaś, że okoliczność wyłączająca winę, to konstrukcja, która znajduje zastosowanie w sytuacji, kiedy doszło do popełnienia czynu, który jest zabroniony przez ustawę (jednak jednocześnie można powiedzieć że stosunek sprawcy do czynu nie jest zarzucalny⁶⁴. Mając na względzie powyższe wydaje się, że klauzula zaproponowana przez ustawodawcę jest właśnie okolicznością wyłączającą winę.

Klauzula dobrego Samarytanina - wersja postulowana

Na stronie internetowej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy znajdziemy następującą propozycję tzw. klauzuli dobrego Samarytanina, która mogłaby być wprowadzona do porządku prawnego zamiast przepisu omawianego powyżej. Propozycja ta została przygotowana przez *K. Izdebskiego* oraz *K. Kolankiewicza*⁶⁵. Według tych autorów klauzula powinna brzmieć w sposób następujący:

„§ 1 Nie popełnia przestępstwa osoba wykonująca zawód medyczny, która udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach rozpoznawania lub leczenia chorób zakaźnych albo podejmując inne konieczne działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, dopuści się czynu zabronionego wypełniającego znamiona przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu: - w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii. - w czasie zwalczania skutków katastrof, epidemii i klęsk żywiołowych. § 2. Jeżeli popełnienie czynu zabronionego, o którym mowa w § 1 było wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, Sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.”

Postuluje się, aby ewentualna klauzula rzeczywiście dotyczyła wyłączenia odpowiedzialności karnej ogólnie za czyny zabronione popełnione przeciwko życiu lub zdrowiu, a nie tylko wyłączenia tej odpowiedzialności za niektóre typy czynów zabronionych. Pomysłodawcy chcą także, aby przepis ten dotyczył wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych, a nie tylko tych, którzy działają na podstawie

⁶³ Ł. Pohl, *Prawo karne...*, s. 277.

⁶⁴ Tamże, s. 140.

⁶⁵ K. Izdebski, K. Kolankiewicz, *Czy dobry Samarytanin rzeczywiście jest dobry?* <https://www.ozzl.org.pl/aktualnosci/14015-czy-dobry-samarytanin-jest-dobry-analiza-prawna-tzw-klauzuli-dobrego-samarytanina> [dostęp: 25.01.2020 r.].

enumeratywnie wymienionych w treści wprowadzonej obecnie klauzuli aktów prawnych. Poza tym w postulowanej wersji klauzula ma dotyczyć nie tylko zachowania podjętego w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19, ale postuluje się, żeby jej zakres był szerszy i aby można ją było zastosować do wszystkich świadczeń zdrowotnych podejmowanych w ramach rozpoznawania lub leczenia chorób zakaźnych oraz przy podejmowaniu innych koniecznych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Poza tym, co istotne pomysłodawcy chcą, aby dotyczyła ona także okresu po zakończeniu epidemii COVID-19, w tym zachowań podejmowanych w celu zwalczania skutków katastrof, epidemii i klęsk żywiołowych. Nie budzi bowiem wątpliwości, że nawet po zakończeniu stanu epidemii, czy stanu zagrożenia epidemicznego, ochrona zdrowia nadal będzie się borykała z istotnymi problemami kadrowymi, organizacyjnymi, sprzętowymi i także wtedy ryzyko popełnienia błędu przez przedstawiciela zawodu medycznego będzie z tych powodów wysokie. Klauzula w postulowanej wersji ma zakres zatem bardzo szeroki. Aktualnie można stwierdzić, że jest on zbyt rozległy i właściwie niemożliwe, aby klauzula w takim kształcie została wprowadzona do polskiego porządku prawnego, bowiem mogłaby wyłączać przestępność zachowań medyków nawet w sytuacjach nieuzasadnionych. Można jednak rozważyć, czy do obowiązującego stanu prawnego nie należałoby wprowadzić rozwiązania postulowanego w § 2, czyli nadzwyczajnego złagodzenia kary w przypadku zachowania mającego miejsce w opisanych powyżej warunkach, w szczególnych okolicznościach, ale które byłoby zachowaniem mającym miejsce w warunkach rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Jak już wskazano powyżej kwestia ustalenia, czy zachowanie wiązało się z rażącym niezachowaniem ostrożności, czy nie – może być kwestią bardzo ocenną. Takie rozwiązanie stanowiłoby swoisty kompromis pomiędzy tym, co znajdziemy w aktualnym stanie prawnym, a tym co postulują przedstawiciele zawodów medycznych. Nadto, co warto podkreślić, nawiązywałoby to do konstrukcji przyjętej przy niektórych innych okolicznościach wyłączających winę. Taka możliwość została przyjęta przez ustawodawcę choćby w art. 29, czy 30 k.k., w przypadku błędu co do okoliczności wyłączającej winę lub bezprawność oraz w przypadku nieświadomości bezprawności. W przepisach tych zastrzeżono, że w przypadku kiedy błędy te były nieusprawiedliwione – sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary. W związku z tym nie ma przeszkód, aby podobne rozwiązanie przyjąć także w przypadku rażącego niezachowania ostrożności przy tzw. klauzuli dobrego Samarytanina.

Klauzula dobrego Samarytanina – wnioski końcowe

Konkludując należy wskazać uzupełniająco, że nawet jeśli na podstawie omawianej klauzuli doszłoby do uniewinnienia osoby wykonującej zawód medyczny, to i tak będzie groziła jej odpowiedzialność cywilna (wyrok uniewinniający wynikający z okoliczności, że sprawcy czynu nie można przypisać winy, nie będzie miał bezpośredniego wpływu na odpowiedzialność cywilną), do wyłączenia której, zdaniem większości komentujących, na gruncie wprowadzonego przepisu nie dochodzi. Niezależnie

od powyższego zachowanie medyków może pociągnąć za sobą także odpowiedzialność zawodową. Przykładowo na podstawie art. 83 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r.⁶⁶ członkom izb lekarskich niezależnie od odpowiedzialności karnej może grozić także kara wymierzona przez sąd lekarski, taka jak upomnienie, nagana, kara pieniężna, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, czy pozbawienie prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 5 pkt 3-6c tej ustawy.

Reasumując, należy podkreślić, że wprowadzenie omawianej klauzuli jest w gruncie rzeczy zjawiskiem pożądanym. Brak takiego rozwiązania mógłby rodzić nieuzasadnioną odpowiedzialność karną osób wykonujących zawody medyczne. Należy jednak wskazać, że przepis ten we wprowadzonym brzemieniu w gruncie rzeczy nie daje gwarancji, kiedy odpowiedzialność karna rzeczywiście zostanie na jego podstawie wyłączona, a to szczególnie z uwagi na zastosowanie nieostrych przesłanek: „w szczególnych okolicznościach” oraz „rażącego niezachowania ostrożności”, a także bardzo wąskiego sformułowania: „w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19”. Należałoby się także zastanowić, czy nie powinno dojść również do wyłączenia odpowiedzialności cywilnej przedstawicieli ochrony zdrowia w przypadku pracy w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19. W założeniach zatem omawiany przepis ma polepszyć sytuację medyków. Na obecnym etapie trudno jednak stwierdzić, czy rzeczywiście będzie on w stanie realnie wpłynąć na ich sytuację.

Podsumowanie

Nowa rzeczywistość epidemii koronawirusa wymusza zmianę przepisów oraz ich interpretacji także na ustawodawcy w zakresie norm prawa karnego. Jeśli chodzi o czyny popełniane w ramach stanu wyżej konieczności oraz tzw. kolizji dóbr, póki co postuluje się jedynie odmienną interpretację przepisów, w tym szczególnie klauzuli wyłączenia z art. 26 § 4 k.k. oraz uadekwatnienie reguł sztuki lekarskiej, tak aby polepszyć sytuację medyków – w tym przypadku głównie lekarzy – w zakresie ponoszenia przez nich odpowiedzialności za błędy medyczne. Jedynie w przypadku niektórych czynów nieumyślnych, które będą miały miejsce w czasie stanu zagrożenia epidemicznego lub też stanu epidemii zastosowanie znajdzie wprowadzona niedawno tzw. klauzula dobrego Samarytanina. Jaki będzie jednak jej realny wpływ na karnoprawną sytuację medyków – trudno na obecnym etapie przewidzieć.

⁶⁶ Ustawa o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r., Dz. U. z 2019 r., poz. 965.

Streszczenie

W artykule podjęta została próba omówienia niektórych regulacji karnoprawnych odnoszących się do aktywności przedstawicieli ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień aktualizujących się w realiach epidemii. Z uwagi na złożoność problematyki przedstawione zostały jedynie wybrane jej aspekty. W pierwszej kolejności poruszone były dwa zagadnienia związane ze stanem ograniczonej dostępności do szeroko rozumianego sprzętu medycznego, jak i niedoborem wykwalifikowanych pracowników w stosunku do liczby potencjalnych i rzeczywistych pacjentów (problem braku środków ochrony indywidualnej i problem tzw. segregacji medycznej). Druga część tekstu została zaś poświęcona problematyce czynów nieumyślnych, ze szczególnym uwzględnieniem nowej regulacji – tzw. klauzuli dobrego Samarytanina, wprowadzonej ustawą z dnia 28.10.2020 r. Autorki dokonały próby odpowiedzi na pytanie o charakter prawny tej konstrukcji, następnie omówiły jej zakres przedmiotowy oraz podmiotowy. Końcowe uwagi zawierają rozważania nad zasadnością wprowadzenia klauzuli, a także propozycje zmian wyrażone w przestrzeni publicznej - również poddane ocenie.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność karna lekarzy, stan wyższej konieczności, kolizja obowiązków, czyny nieumyślne, wyłączenie winy, przeciwdziałanie COVID-19.

Summary

In the present article, attempt has been made to describe some of the penal regulations concerning medic's activities, with emphasis put mostly on issues, which are becoming topical in the face COVID-19 epidemic. In view of complexity of the matter, only selected aspects of the issue have been presented. First two subjects: triage (medical selection process) and personal protective equipment deficit, are both arising from limited availability of medical equipment, shortage of qualified staff members – and overflow of the potential (and actual) amount of patients from the other side. Second part of the article has regard involuntary acts, including new regulation called 'Good Samaritan' clause implemented by statute from 28th October 2020. Authors made an attempt to answer the question about legal nature of the mentioned construct, and subsequently to present its subjective and objective scope. Final conclusions has include consideration of justness of implementing the clause in its present shape, and in the end presentation of publicly proposed changes with author's comment.

Key words: medic's criminal liability, the state of necessity, conflict of duties, involuntary acts, exclusion of guilt, COVID-19 combating.

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny; t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1740 ze zm.
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny; t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2345 ze zm.
3. Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r., Dz. U. z 2020 r., poz. 2061
4. Ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.
5. Ustawa o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r.; t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 965

6. Ustawa o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 z dnia 19 czerwca 2020 r.; Dz. U. z 2020 r, poz. 1086 ze zm.
7. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19; Dz. U. z 2020 r. poz. 2112 ze zm.
8. Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw; Dz.U. z 2021 r., poz. 159
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2005 r., nr 200, poz. 1661
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz. U. z 2019 r., poz. 1213 ze zm.

Piśmiennictwo

1. Bielski M., *Granice odpowiedzialności karnej lekarza za uchylenie się od leczenia – kilka uwag o wykładni art. 26 § 4 k.k.*, Palestra 2020, nr 6.
2. Bojarski T. (w:) Bojarski T. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2015.
3. Buchała K. (w:) Buchała K., Ćwiakalski Z., Szewczyk M., Zoll A., *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1994.
4. Giezek J. (w:) Bojarski M. (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna*, Warszawa 2017.
5. Giezek J., *Kolizja obowiązków spoczywających na pracownikach opieki medycznej w dobie pandemii COVID-19*, Palestra 2020, nr 6.
6. Konarska-Wrzosek V. (w:) Konarska-Wrzosek V. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2020.
7. Lachowski J., Marek A., *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2018.
8. Lachowski J., (w:) Konarska-Wrzosek V. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2020.
9. Majewski J., *Tak zwana kolizja obowiązków w prawie karnym*, Warszawa 2002.
10. Pohl Ł., *Prawo karne. Wykład części ogólnej*, Warszawa 2013.
11. Pohl Ł., (w:) Paprzycki L. K., (red.), *System Prawa Karnego. Tom 4. Nauka o przestępstwie wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016.
12. Tarapata Sz., *Problem rozstrzygania prawnokarnej kolizji dóbr w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych*, Palestra 2020, nr 6.
13. Zając D., *Modyfikacja reguł sztuki lekarskiej w czasach epidemii COVID-19 – perspektywa prawnokarna*, Palestra 2020, nr 6.
14. Zoll A., (w:) Zoll A. (red.) *Kodeks karny. Część ogólna, Tom 1*, Warszawa 2012.
15. Zoll A., *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu*, Warszawa 1982.
16. Zoll A. (w:) Wróbel W., Zoll A. (red.), *Kodeks karny. Część ogólna, tom I*, Warszawa 2016.
17. Zontek W. (w:) Królikowski M., Zawłocki R. (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Warszawa 2017.

Alicja Świątek

Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze

ORCID: 0000-0001-7429-6826

Hanna Wojtasińska

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego

ORCID: 0000-0003-0734-751X

Odmowa poddania się szczepieniom ochronnym

Już na początku XVIII wieku wierzono, że przechorowanie daje odporność. Wówczas zastanawiano się jak zwalczyć panującą ospę prawdziwą. Wprowadzenie do organizmu śmiertelnego patogenu było zbyt niebezpieczne. Pionierem w kwestii szczepień był Edward Jenner. Założył on, że przechorowanie łagodniejszej odzwierzęcej formy ospy krowianki uodporni pacjentów na ospę prawdziwą. Angielski lekarz w 1796 roku zaszczepił 8-letniego chłopca materiałem zakaźnym ospy krowianki. Po łagodnym przechorowaniu ponownie zaszczepił chłopca, tym razem materiałem ospy prawdziwej. Zgodnie z założeniami Jennera chłopiec nie zachorował, gdyż zyskał odporność. Jego szczepionka w niemalże niezmienionej formie jest stosowana do dziś⁶⁷. Tym samym Jenner doprowadził do całkowitej eliminacji ospy prawdziwej, co zostało ogłoszone przez WHO w 1980 roku. Był to pierwszy krok do szerokiego stosowania szczepień przeciw chorobom zakaźnym⁶⁸. Szczepienia mimo ogromnych zalet mają niestety wielu przeciwników. Spowodowane zostało to publikacją artykułu z 1998 roku, który ukazał się w czasopiśmie „The Lancet”. Jego głównym autorem był Andrew Wakefield. Jego praca sugerowała związek między skojarzoną szczepionką przeciwko odrze, śwince i różyczce, a regresją rozwoju i występowaniem nieswoistych zapaleń jelit u dzieci. Warto zaznaczyć, że A. Wakefield oparł swoją tezę na wynikach projektu badawczego, w którym grupę badawczą stanowiło zaledwie dwanaścioro dzieci. Szereg późniejszych badań wykluczyło jego założenia. Artykuł po latach został wycofany, a sam autor w 2010 roku utracił dożywotnio prawo wykonywania zawodu lekarza⁶⁹. Wciąż jednak w Europie znajdują się państwa, których obywatele nie są obowiązani prawem krajowym do poddawania się szczepieniom ochronnym. Przykładowo Rumunia nie wprowadziła odgórnego obowiązku szczepień ochronnych, a ponadto stan świadomości w społeczeństwie odnośnie do skuteczności szczepień jest niski. Ma na to wpływ szereg czynników, od słabego dostępu obywateli do służby medycznej aż po rosnące w siłę ruchy antyszczepionkowe. W 2017 roku w tym kraju wybuchła epidemia odry w wyniku, której zachorowało ponad 3400 dzieci, a 17 zmarło. Co zaskakujące pierwszą dawką szczepionki przeciwko odrze zaszczepiło się 80 % populacji dzieci do 12 miesiąca

⁶⁷ L. Filc-Redliński, *Szczepionki. Nie daj się zwariować*, Kraków 2016; M. Friedman, G. W. Friedland, *Krótko historia medycyny*, Warszawa 2017.

⁶⁸ Z. Dziubek, *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, Warszawa 2017, s. 3.

⁶⁹ Kossobudzka M., *Dramat według dr Andrew Wakefielda*, <https://wyborcza.pl/7,75400,9162741,dramat-wedlug-dr-andrew-wakefielda.html> [dostęp: 2.03.2021 r.].

życia, jednak drugą dawką, która daje możliwość uzyskania pełniejszej odporności, podawaną dzieciom w wieku 5 lat już tylko 50 %.

Celem pracy jest wskazanie mechanizmów działania odporności ludzkiej oraz analiza regulacji prawnych w zakresie obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym w Polsce.

Mechanizm działania ludzkiej odporności

Organizm człowieka składa się z układów, które mają przypisane konkretne funkcje. Układ pokarmowy odpowiada między innymi za trawienie, układ oddechowy za prawidłową wymianę gazową, a układ kostno-mięśniowy za utrzymanie odpowiedniej postawy ciała. Jednym z nich jest również układ odpornościowy, zwany inaczej immunologicznym. „Stanowi on zintegrowany system komórek, tkanek i substancji, których zadaniem jest zachowanie homeostazy organizmu.”⁷⁰. Posiada zdolność odróżnienia obcych komórek lub patogenów, atakujących ustrój. Reakcja obronna zwalcza infekcje wirusowe, bakteryjne, pierwotniakowe, może odrzucić przeszczepy tkankowe, oraz przeciwstawia się rozwijającym się pasożytom i nowotworom⁷¹. Działające mechanizmy można podzielić na nieswoiste (wrodzone) i swoiste (nabyte).

Mechanizm wrodzonej odporności stanowi pierwszą linię obrony z patogenem, która reaguje szybko⁷². Zaliczają się tutaj anatomiczne bariery tkankowe oraz mechanizmy, związane z działaniem substancji i komórek, które eliminują niepożądane dla ustroju antygeny. Sprawne ich działanie zapewnia ochronę zanim organizm zyska swoistą odpowiedź, którą następnie wspomaga. Zachowanie ciągłości skóry i błon śluzowych, panujące mikrośrodowisko oraz naturalne odruchy stanowią podstawę pierwszej obrony. Dodatkowo we krwi, w płynie mózgowo-rdzeniowym i wydzielinach błon śluzowych obecne są aktywne substancje, zwane białkami ostrej fazy. Skutecznie zaburzają one cykl życiowy drobnoustrojów, zwalczając je⁷³. Odporność nieswoista nie jest jednak specyficzna oraz nie posiada pamięci immunologicznej⁷⁴.

Warto również wspomnieć czym jest pamięć immunologiczna. Jest to zdolność organizmu, którą nabywa po zwalczeniu infekcji. Wytworzone zostają przeciwciała, które są swoiste i skierowane przeciwko konkretnemu patogenowi. Przy ponownym kontakcie z antygenem nabyta odporność odnajduje ten fakt w pamięci. Dzięki temu w przypadku reinfekcji organizm reaguje dużo szybciej i silniej, doprowadzając do destrukcji i eliminacji obcego materiału⁷⁵.

Odporność nabytą można uzyskać na drodze biernej lub czynnej. Pierwszą można otrzymać w postaci przeciwciał matczynych, jest to wówczas odporność nabyta, bierna,

⁷⁰ Z. Dziubek, *op. cit.*, s. 21.

⁷¹ J. Gołąb, M. Jakóbsiak, W. Lasek, T. Stokłosa, *Immunologia*, Warszawa 2017, s. XIII.

⁷² V. Vetter, G. Denizer, L. R. Friedland, J. Krishnan, M. Shapiro, *Understanding modern-day vaccines: what you need to know*, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2017.1407035?fbclid=IwAR3l5dByY4LgIMCQ-UD3ZQqso1FUQ5BnZqEcsGUEi4k1N1NdrEdSaCcjM> [dostęp: 2.03.2021 r.].

⁷³ Z. Dziubek, *op. cit.*, s. 23.

⁷⁴ V. Vetter, *op. cit.*

⁷⁵ Z. Dziubek, *op. cit.*, s. 21.

naturalna. Drugą, czyli sztuczną stanowią gotowe preparaty z przeciwciałami, na przykład surowica przeciwtężcowa, czy immunoglobuliny ludzkie. Zgodnie z nazewnictwem w przypadku odporności biernej przekazywane są gotowe przeciwciała. Jak podaje Z. Dziubek: „*przeciwciała przekazane przez matkę są wykrywane u potomstwa do 12-15 miesięcy od urodzenia, a podane w formie preparatu immunoglobulin utrzymują się kilka-kilkanaście tygodni*”⁷⁶. Odporność nabytą czynną zyskujemy poprzez mobilizowanie organizmu do walki z patogenem. Na drodze naturalnej jest to po przechorowaniu, a sztucznej po podaniu szczepionki ochronnej. Po zaszczepieniu otrzymujemy zróżnicowany zestaw przeciwciał do walki z ewentualnym zakażeniem, które zapisują się w pamięci immunologicznej. W przeciwieństwie do biernych mechanizmów, w tej sytuacji odporność jest zwykle wieloletnia i może się utrzymywać nawet do końca życia⁷⁷.

Czym jest szczepionka?

Zgodnie z definicją zawartą w podręczniku Z. Dziubka: „*szczepionki są produktami biologicznymi zdolnymi do indukcji odporności, warunkującymi powstanie długotrwałej odporności, bez wywoływania działań toksycznych*” Główny składnik szczepionki stanowi antygen szczepionkowy. Mogą to być wirusy, bakterie, ich fragmenty oraz toksyny bakteryjne o obniżonych właściwościach chorobotwórczych. Wprowadzony

do ustroju pobudza organizm do walki z osłabionym patogenem i wytworzenia swoistej odporności⁷⁸. Tym sposobem organizm nie musi walczyć z ciężką, często śmiertelną chorobą, a przeciwciała zostają zapisane w pamięci immunologicznej.

Istniejące szczepionki możemy podzielić na 2 podgrupy. Pierwsza grupa definiuje formę patogenu wchodzącego w skład:

1) szczepionki żywe – zawierają osłabione i pozbawione zjadliwości drobnoustroje⁷⁹; szczepy te charakteryzują się brakiem lub bardzo zmniejszonymi właściwościami chorobotwórczymi dla człowieka; wśród stosowanych szczepionek są to na przykład te przeciwko odrze, śwince czy różyczce⁸⁰;

2) szczepionki nieżywe – zawierają całe, zabite lub inaktywowane drobnoustroje albo ich fragmenty w postaci wybranych antygenów; jest to między innymi szczepionka przeciwko błonicy i tężcowi⁸¹.

Drugi podział jakiego możemy dokonać odnosi się do swoistości szczepionki. Tu wyróżnia się:

1) szczepionki monowalentne – zawierają w jednej szczepionce antygeny konkretnego gatunku drobnoustroju; działają tylko na jeden typ serologiczny

⁷⁶ *Ibidem*, s. 22.

⁷⁷ *Ibidem*, s. 22.

⁷⁸ *Ibidem*, s. 597.

⁷⁹ A. Szczeklik, *Interna Szczeklika*, Kraków 2018, s. 2476.

⁸⁰ Z. Dziubek, *op. cit.*, s. 598.

⁸¹ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 2476.

patogenu; jest to na przykład monowalentna szczepionka przeciwko meningokokom grupy C⁸²;

2) szczepionki poliwalentne – zawierają antygeny tego samego gatunku drobnoustroju, ale więcej niż jednego typu serologicznego, popularna jest teraz szczepionka przeciw HPV, która zawiera najbardziej patogenne szczepy wirusa brodawczaka ludzkiego, występuje w postaci 2-, 4-, a nawet 9-walentnej szczepionki⁸³;

3) szczepionki skojarzone – zawierają antygeny więcej niż dwóch różnych gatunków drobnoustrojów w jednym preparacie; redukuje się w ten sposób liczbę wkluc i zgłoszeń pacjentów, które konieczne są do uodpornienia przeciwko kilku chorobom jednocześnie; upraszcza to znacznie realizację immunoprofilaktyki⁸⁴.

Status szczepień w Polsce

Zasady organizacji programów szczepień ochronnych regulują kraje odpowiednio względem swoich obywateli. W Polsce wprowadzono obowiązek szczepień na mocy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r.⁸⁵. Ten akt prawny wywodzi się z obowiązku profilaktyki chorób zakaźnych, który został zawarty w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a konkretniej w art. 68 pkt. 4: „*Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska*”. Stanowi on podstawę działań ustawodawcy zmierzających do określenia normatywnych podstaw służących eliminacji chorób zakaźnych⁸⁶. Rozdział 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi jest poświęcony szczepieniom ochronnym. Zgodnie z art. 17 ust. 1a „*Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż trzy miesiące są zwolnione z obowiązku poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, z wyjątkiem szczepień poekspozycyjnych.*” Określenie „*szczepienia poekspozycyjne*” odnosi się do profilaktyki chorób takich jak błonica, tężec, wścieklizna, odra, ospa wietrzna, wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A), wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B). Są one wykonywane po ekspozycji na dany czynnik zakaźny na przykład przez kontakt bezpośredni z osobą, która zaraża i chronią pacjenta wyeksponowanego (tzw. immunoprofilaktyka czynna).

W Polsce szczepienia poekspozycyjne przeciwko tężcowi, błonicy i wścieklicznie są bezpłatne i refundowane z budżetu państwa, jednak w przypadku WZW A, WZW B, odry oraz ospy wietrznej, osoba szczepiona w całości pokrywa koszt takiej szczepionki. Obowiązkowym elementem wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego jest badanie kwalifikacyjne, którego zadaniem jest wykluczenie przeciwwskazań

⁸² *Ibidem*, s. 2476.

⁸³ *Ibidem*, s. 2476.

⁸⁴ *Ibidem*, s. 2476.

⁸⁵ Dz. U. z 2008 r., nr 234, poz. 1570 ze zm; dalej: u.ch.z.

⁸⁶ *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1 - 86*, M. Safjan L. Bosek (red.), Warszawa 2016, s. 1457-1725.

do wykonania szczepienia, co bezpośrednio przekłada się na zminimalizowanie ryzyka wystąpienia tzw. niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP). Lekarz przeprowadza wywiad środowiskowy z pacjentem i dokonuje badania przesiewowego z badaniem parametrów życiowych pacjenta. Po przeprowadzonym badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania. Jest to kluczowy element tego dokumentu, ponieważ „*obowiązkowego szczepienia ochronnego nie można przeprowadzić, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęło 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu*” (art. 17 ust. 3 u.ch.z.). Zaświadczenie takie może wydać lekarz, felczer, pielęgniarka, położna i higienistka szkolna, posiadający odpowiednie kwalifikacje (art. 17 ust. 6 u.ch.z.). Niepoddanie się badaniu kwalifikacyjnemu jest traktowane jako niewykonanie obowiązku poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu⁸⁷. Istnieją także inne przesłanki, które powodują, iż pacjent nie może zostać dopuszczony do wykonania szczepienia ochronnego i w takich sytuacjach lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem szczepienia do konsultacji specjalistycznej (art. 17 ust. 5 u.ch.z.). Ponadto do obowiązków lekarza, który sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pacjentem zalicza się konieczność powiadomienia osoby do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu. Ten wymóg dotyczy także osób, które sprawują pieczę nad osobą małoletnią, bezradną, a obejmuje on swym zakresem informację o szczepieniach obowiązkowych oraz zalecanych (art. 17 ust. 9 u.ch.z.).

Wykaz zalecanych szczepień ochronnych

W art. 19 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zawarty został obowiązek Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia wykazu zalecanych szczepień ochronnych, a także sposób prowadzenia dokumentacji z wykonywanych zalecanych szczepień ochronnych, uwzględniając przy tym zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia oraz cele nadzoru epidemiologicznego. Ponadto Program Szczepień Ochronnych jest rokrocznie ustalany przez Głównego Inspektora Sanitarnego i w formie komunikatu udostępniany w Dzienniku Urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia. Wyrokiem z dnia 6 maja 2020 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie zdecydował, że Program Szczepień Ochronnych, mimo iż nie jest źródłem prawa według Konstytucji, stanowi podstawę prawną egzekwowania obowiązku szczepienia ochronnego⁸⁸.

Odmowa pacjenta poddania się szczepieniu ochronnemu

Coraz częstszą praktyką wśród pacjentów jest odmowa poddania się szczepieniu ochronnemu w powołaniu na art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach

⁸⁷ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 21 kwietnia 2020 r. II OSK 936/19.

⁸⁸ VII SA/Wa 328/20.

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸⁹. Zgodnie z jego brzmieniem pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. W analizie tego przepisu najbardziej istotnym elementem jest definicja „świadczenia zdrowotnego”. W rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹⁰ mianem świadczenia zdrowotnego określa się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Szczepienie ochronne jest traktowane jako świadczenie zdrowotne, ponieważ podanie szczepionki jest działaniem profilaktycznym, realizowanym przez podmiot uprawniony do tego działania. Warto wskazać, iż zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 9 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁹¹ lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.(..) Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego. Jednym z wyjątków, który nie wymaga zgody pacjenta jest właśnie szczepienie ochronne. Obowiązek szczepień ochronnych wynika wprost z ustawy, zatem zgoda pacjenta bądź przedstawiciela ustawowego nie jest konieczna, a poddanie się szczepieniu jest realizacją obowiązku ustawowego⁹². Zdaniem A. Augustynowicz przymus szczepień ochronnych naturalnie godzi w autonomię pacjenta, jednakże w polskim porządku prawnym ochrona zdrowia publicznego jest nadrzędna wobec realizacji podstawowych praw jednostki wobec społeczeństwa⁹³.

Konsekwencje niepoddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym

Odpowiedzialność prawna za niewykonanie ustawowego obowiązku szczepienia ochronnego jest przeprowadzana w sposób wieloraki. Osoba objęta obowiązkiem początkowo jest wzywana na szczepienie, poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym. Jeśli pacjent nie stawia się w placówce leczniczej informacja przekazywana jest Inspektorowi Sanitarnemu, który następnie wysyła upomnienie. Jeśli pacjent ponownie odmawia wykonania szczepienia ochronnego jest wszczynana wobec niego egzekucja administracyjna w celu wyegzekwowania wykonania szczepienia. Organem, który prowadzi takie postępowanie jest wojewoda. Działa on na wniosek Państwowego Inspektora Sanitarnego. Z chwilą doręczenia odpisu tytułu wykonawczego wystawionego przez PPIS zobowiązanemu wszczyna się egzekucję administracyjną. Wojewoda może nałożyć na zobowiązanego karę grzywny, która nie może przekroczyć

⁸⁹ Dz. U. z 2009 r., nr 52, poz. 417 ze zm.

⁹⁰ Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.

⁹¹ Dz. U. 1997 Nr 28, poz. 152 ze zm.

⁹² Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 stycznia 2019 r., VII SA/Wa 1383/18, Legalis nr 1893499.

⁹³ A. Augustynowicz, *Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci*, *Pediatrya Polska* 2013, s. 120 - 126.

każdorazowo 10000 złotych, a grzywny nakładane wielokrotnie nie mogą przekroczyć kwoty 50000 złotych. Celem tych działań jest wyegzekwowanie obowiązku szczepienia od pacjenta. Jednak decyzja administracyjna nie jest jedynym środkiem, który może zostać do tego celu wykorzystany. Obywatel, obowiązany do poddania się szczepieniu ochronnemu, odpowiada również na podstawie Kodeksu wykroczeń. Zgodnie z art. 115 § 1 k.w. kto, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej albo obowiązkowemu badaniu stanu zdrowia, mającemu na celu wykrycie lub leczenie gruźlicy, choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej, podlega karze grzywny do 1500 złotych albo karze nagany. Tej samej karze podlega, kto, sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje jej określonego w § 1 szczepieniu ochronnemu lub badaniu (art. 115 § 1 k.w.). Rodzice, sprawujący pieczę nad dzieckiem, są obowiązani do wykonania obowiązku szczepienia ochronnego, a jedynie badanie kwalifikacyjne może stanowić odstępstwo od tej reguły.

Mimo wielu pozytywnych doniesień naukowych, przemawiających za słusnością szczepień ochronnych oraz obalenia tez stawianych niegdyś przez Andrew Wakefielda, zasadność stosowania tej formy budowania odporności w ostatnim czasie nadal wielokrotnie jest podważana. Wielu przeciwników szczepień posługuje się argumentem występowania Niepożądanego Odczynu Poszczepiennego (NOP). Jest to każde zaburzenie stanu zdrowia, które wystąpi w ciągu 4 tygodni od podania szczepionki. Może się przejawiać pod dwiema postaciami:

- ciężką – zgon lub zagrożenie życia; stan ten wymaga hospitalizacji i interwencji lekarskiej, może też powodować trwały uszczerbek na zdrowiu; statystyki podają jednak, że występowanie tego typu odczynu jest bardzo rzadkie, na poziomie 1-3 przypadków na milion zaszczepionych;
- poważną – odczyn o szczególnie dużym nasileniu, ale nie zagrażający życiu i zwykle nie wymagający hospitalizacji, może pojawić się rozległy obrzęk w miejscu podania, obejmujący najbliższy staw oraz gorączka $>39,5^{\circ}\text{C}$; ten typ odczynu nie dyskwalifikuje z kolejnej dawki czy najbliższego planowego szczepienia⁹⁴.

Należy pamiętać, że jakiegokolwiek podejrzenie wystąpienia NOP należy zgłosić lekarzowi rodzinnemu, który jest zobligowany do przekazania tej informacji do inspektora sanitarnego.

Dlaczego warto się szczepić?

Immunogenność szczepionki ściśle wiąże się z poziomem wystąpienia odporności poszczepiennej. Określana jest w ten sposób zdolność do wzbudzenia odpowiedzi immunologicznej⁹⁵. Ogólny przyjmowany jest pogląd, że szczepienia dają przede wszystkim ochronę konkretnej zaszczepionej jednostce. Jest to prawda, ale tylko

⁹⁴ A. Szczeklik, *op.cit.*, s. 2477.

⁹⁵ Z. Dziubek, *op. cit.*, s. 27.

pośrednio⁹⁶. Wakcynolodzy podają, że szczepienie ochronne ma na celu uodpornienie osób wrażliwych na zakażenie i ograniczenie w ten sposób możliwości szerzenia się choroby zakaźnej. Osiągnięcie tego celu epidemiologicznego jest więc możliwe poprzez uzyskanie odporności indywidualnej osób szczepionych⁹⁷. Duża wyszczepialność przyczynia się do tworzenia ochrony nad populacjami nieszczepionymi poprzez zmniejszenie transmisji patogenu z człowieka na człowieka. Dodatkowo ogranicza ryzyko narażenia innych osób na kontakt z patogenem⁹⁸. W wyniku czynnego uodpornienia dużego odsetka osób w populacji powstaje tak zwana odporność zbiorowiskowa. Chronione są wówczas osoby, które nie podlegają danemu szczepieniu na przykład z powodu przeciwwskazań medycznych, czy też sceptycznego podejścia do tej formy profilaktyki⁹⁹.

Na podstawie zamieszczonej poniżej tabeli 1 należy zauważyć, że wprowadzenie programu szczepień ochronnych przeciwko wymienionym jednostkom chorobowym spowodowało znaczne obniżenie liczby zachorowań na poszczególne choroby. W przypadku błonicy doprowadziło do sytuacji, w której nie odnotowano żadnego zachorowania w 2020 roku. Natomiast w przypadku poliomyelitis w grupie dzieci z ostrym porażeniem wiotkim, jedynie 2 z nich wskazywało na ten patogen.

Tabela 1. Występowanie chorób zakaźnych na terenie Polski przed i po wprowadzeniu programów szczepień ochronnych

Choroba	Liczba zachorowań przed wprowadzeniem szczepień ochronnych	Rok wprowadzenia szczepienia ochronnego	Liczba zachorowań po wprowadzeniu programu szczepień ochronnych (2020 r.)
Błonica	40 654 (1952 r.)	1961 r.	0
Krztusiec	95 968 (1960 r.)	1961 r.	753
Odra	196 109 (1973 r.)	1975 r.	29
Gruźlica	82 201 (1957 r.)	1955 r.	3388
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (podejrzenie zakażenia poliomyelitis)	6 090 (1958 r.)	1972 r.	18 (2)
WZW B (ostre)	16 763 (1985 r.)	1996 r.	14
Różyczka	207 029 (1981 r.)	1987 r.	98

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: red. J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, 2001; Roczny biuletyn wydawany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Główny Inspektorat Sanitarny oraz Departament Przeciwepidemiczny i Ochrony Sanitarnej Granic, Warszawa 2021 r., http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2020/Ch_2020.pdf [dostęp: 27.12.2021 r.].

⁹⁶ V. Vetter, G. Denizer, L. R. Friedland, J. Krishnan, M. Shapiro, *Understanding modern-day vaccines: what you need to know*, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2017.1407035?fbclid=IwAR3l5dByY4LgIMCQ-UD3ZQqso1FUQ5BnZqEcsGUEi4klN1NdrEdSaCcjM> [dostęp: 2.03.2021 r.].

⁹⁷ Z. Dziubek, *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, Warszawa 2017, s. 28.

⁹⁸ V. Vetter, G. Denizer, L. R. Friedland, J. Krishnan, M. Shapiro, *Understanding modern-day vaccines: what you need to know*, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2017.1407035?fbclid=IwAR3l5dByY4LgIMCQ-UD3ZQqso1FUQ5BnZqEcsGUEi4klN1NdrEdSaCcjM> [dostęp: 2.03.2021 r.].

⁹⁹ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 2475.

Zakończenie

W sytuacji, gdy jedynym rezerwuarem jest człowiek, szczepienie stwarza warunki do całkowitego wyeliminowania choroby zakaźnej. Rozumiane jest przez to przerwanie szerzenia się danej jednostki chorobowej na odpowiednio dużym obszarze geograficznym. Okoliczności te jednak nie zwalniają z obowiązku kontynuowania szczepień, gdyż może nastąpić ich nawrót. Najbardziej pożądanym rezultatem szczepień jest eradykacja, która oznacza całkowite zniknięcie zachorowań w skali światowej¹⁰⁰.

W niektórych krajach, między innymi w Szwecji, funkcjonuje w społeczeństwie bardzo rozwinięta świadomość prozdrowotna, przez co status wyszczepialności utrzymuje się na wysokim poziomie, a obrazuje to badanie, którego wyniki ukazały się w maju 2020 roku. Zadaniem 1046 opiekunów dzieci do lat 16 było określenie swojego stosunku do szczepień oraz wyrażenie opinii odnośnie chęci zaszczepienia swojego dziecka. Wyniki wykazały, iż 91 % respondentów zdecydowanie opowiedziało się za szczepieniami ochronnymi, a zaledwie 1 % zadeklarował negatywny stosunek wobec szczepień¹⁰¹. Warto też dodać, że pokłosiem epidemii odrzy była debata brytyjskich naukowców opublikowana w *British Medical Journal* 5 czerwca 2019 r., dotycząca obowiązku szczepień przeciwko odrze. Ponownie zapoczątkowała ona dyskusję na temat zaufania społeczeństwa wobec immunizacji. Światowa Organizacja Zdrowia w 2019 roku opublikowała listę największych globalnych zagrożeń i choć na szczycie listy można było znaleźć choroby niezakaźne jak nowotwór czy cukrzyca, a nieco dalej wirus ebola wywołujący gorączkę krwotoczną, to już na 8. miejscu w tym rankingu uplasował się ruch antyszczepionkowy¹⁰². 12 września 2019 r. Światowa Organizacja Zdrowia wraz z Komisją Europejską ogłosiły pierwszy światowy szczyt w sprawie szczepień (Global Vaccination Summit) podczas, którego podkreślono istotną rolę szczepień w eliminacji zgonów. Wskazano wówczas, iż dzięki tej formie wykluczenia zachorowań doprowadzono do zapobiegnięcia około 2-3 milionom zgonów. Co istotne, zakłada się, że dalszy wzrost stopnia wyszczepienia populacji światowej będzie zmniejszał ilość zgonów nawet o 1,5 miliona¹⁰³.

W polskim porządku prawnym odnaleźć można przepisy wprowadzające obowiązek szczepień. Rozwiązania te należy ocenić pozytywnie, gdyż znacząco przyczyniają się do wzrostu poziomu zaszczepienia społeczeństwa.

¹⁰⁰ Z. Dziubek, *op. cit.*, s. 15.

¹⁰¹ <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wysokie-zaufanie-do-szczepien-w-norwegii-i-szwecji/> [dostęp: 2.03.2021 r.].

¹⁰² <https://www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019> [dostęp: 2.03.2021 r.].

¹⁰³ https://ec.europa.eu/health/vaccination/ev_20190912_pl, [dostęp: 2.03.2021 r.].

Streszczenie

Celem pracy jest wskazanie mechanizmów odpornościowych oraz analiza regulacji prawnych w zakresie obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym w Polsce. Artykuł ukazuje historię powstania pierwszej szczepionki oraz tworzenia się ruchów antyszczepionkowych. Autorki rozważają wystąpienie pozytywnych konsekwencji zdrowotnych, wynikających z poddania się szczepieniom ochronnym dla konkretnej jednostki, jak i społeczeństwa w kontekście tworzenia się odporności zbiorowiskowej. Przedstawiają również pogłębioną analizę ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r., nr 234, poz. 1570) pod względem obowiązku szczepień. Szczepienia są bowiem najbezpieczniejszą formą ochrony przed niebezpiecznymi patogenami.

Słowa kluczowe: obowiązkowe szczepienia, odporność zbiorowiskowa, ruchy antyszczepionkowe.

Summary

The aim of this article is to explain an immunune mechanisms and analyze the legal regulations about refusal to submit protective vaccinations in Poland. The article presents a history of invent the first vaccine and the emergence of anti-vaccine movement. The authors consider the occurance of the positive health consequences, resulting from getting vaccinated for a specific individual and society in context of forming the herd immunity. They also present an in-depth analysis of the Act of December 5, 2008 about the prevention and combating of infections and infectious diseases in humans in terms of of the vaccination obligation. The article emphasise that vaccinations are the safest form of protection against dangerous pathogens.

Key words: compulsory vaccination, herd immunity, anti-vaccine movement.

Akty prawne i orzecznictwo

1. Ustawa z dnia 9 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; t.j. Dz. U. 2021, poz. 790 ze zm.
2. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.; Dz. U. 1997, poz. 483.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; t.j. Dz. U. 2020, poz. 849 ze zm.
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi; t.j. Dz. U. 2021, poz. 2069 ze zm.
5. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. ; t.j. Dz. U. 2021, poz. 711 ze zm.
6. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 21 kwietnia 2020 r., II OSK 936/19.
7. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 stycznia 2019 r., VII SA/Wa 1383/18.

Monografie i artykuły

1. Augustynowicz A., *Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci*, Pediatria Polska 2013.
2. Dziubek Z., *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, Warszawa 2017.
3. Filc-Redliński L., *Szczepionki. Nie daj się zwariować*, Kraków 2016.
4. Friedman M., Friedland G.W., *Krótką historia medycyny*, Warszawa 2017.
5. Gołąb J., Jakóbsiak M., Lasek W., Stokłosa T., *Immunologia*, Warszawa 2017.
6. Szczeklik A., *Interna Szczeklika*, Kraków 2018.
7. Safjan M., Bosek L. (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1 - 86*, Warszawa 2016.

Źródła internetowe

1. Global Vaccination Summit Brussels, 12 September 2019, Summit Report, https://ec.europa.eu/health/vaccination/ev_20190912_pl [dostęp: 2.03.2021 r.].
2. Kossobudzka M., Dramat według dr Andrew Wakefielda, <https://wyborcza.pl/7,75400,9162741,dramat-wedlug-dr-andrew-wakefielda.html> [dostęp: 2.03.2021 r.].
3. Vetter V., Denizer G., Friedland L.R., Krishnan J., Shapiro M., Understanding modern-day vaccines: what you need to know, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2017.1407035?fbclid=IwAR3l5dByY4LgIMCQ-UD3ZQqso1FUQ5BnZqEcsGUEi4klN1NdrEdSaCcjMq> [dostęp: 2.03.2021 r.].
4. Wysokie zaufanie do szczepień w Norwegii i Szwecji, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wysokie-zaufanie-do-szczepien-w-norwegii-i-szwecji/> [dostęp: 2.03.2021 r.].
5. www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019 [dostęp: 2.03.2021 r.].

Mateusz Wartalski

*Okręgowa Izba Radców Prawnych
w Zielonej Górze*

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

Problematyka praw pacjenta w dzisiejszych czasach zasługuje na szczególne uwzględnienie, wszak medycyna jest nauką, która rozwija się wyjątkowo dynamicznie. Nie sposób pominąć, że z rozwojem medycyny nieodłącznie wiąże się rozwój praw pacjenta. To związanie nie może być dowolne, lecz mieć swoje źródło w przepisach prawa. Jednym z praw, które przysługuje pacjentom jest prawo do opieki duszpasterskiej. Prawo to niejednokrotnie ma szczególne znaczenie dla jednostki, zwłaszcza w dobie postępującej laicyzacji.

Prawa pacjenta są przedmiotem regulacji zarówno krajowej, jak i międzynarodowej. W przypadku ustawodawstwa krajowego problematyka ta ujęta jest już w ustawie zasadniczej. Drugim aktem o fundamentalnym znaczeniu, który statuuje prawa pacjenta jest natomiast ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta¹⁰⁴. Z kolei na gruncie międzynarodowym, prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej nie zostało wyraźnie uregulowane. Można natomiast wywieść pewne ogólne uregulowania z licznych aktów międzynarodowych. Istotne znaczenie ma tu zwłaszcza Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych. Zawarty w nim art. 18, odnosi się do kwestii wolności myśli, sumienia oraz wyznania. Ponadto, przepis art. 18 § 1 tego aktu prawnego wprost stanowi, co obejmuje to prawo. Należy zaznaczyć, że realizacja przedmiotowego prawa może również nastąpić w trakcie pobytu w szpitalu, hospicjum itd. Innym z kolei aktem prawa międzynarodowego, który obowiązuje na poziomie państw europejskich jest Europejska Konwencja Praw Człowieka. Zawarty został w niej art. 9, który odnosi się analogicznie, jak art. 18 MPPOiP do kwestii wolności sumienia, myśli oraz wyznania. Należy również zaznaczyć, że istnieje dokument niestanowiący wprawdzie źródła prawa, tzw. Europejska Karta Praw Pacjenta, który definiuje siedemnaście podstawowych praw pacjenta, które uznawane są wśród społeczności europejskiej za kluczowe. Nie zawarto w niniejszym dokumencie prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. Dlatego celem tego opracowania jest zwrócenie uwagi na regulacje dotyczące prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w kontekście regulacji ustawowej na gruncie prawodawstwa krajowego, a także zwrócenie uwagi na fakt, że prawo to bywa niekiedy błędnie interpretowane i nierespektowane przez poszczególne podmioty lecznicze.

¹⁰⁴ T.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.

Regulacje ustawowe

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej zostało uregulowane w dwóch krajowych aktach prawnych. Pierwszym z nich jest Konstytucja, drugim natomiast ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W odniesieniu do regulacji Konstytucji RP istotne znaczenie ma art. 53. Z ustępu pierwszego tego artykułu wynika, że każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii¹⁰⁵. Natomiast ustęp drugi stanowi, że wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują¹⁰⁶.

Biorąc pod uwagę to unormowanie, można dostrzec, że wolność religii została uregulowana bardzo szeroko. Niewątpliwie obejmuje ono prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, gdyż z art. 53 ust. 2 zd. 1 wynika, że podmiot, w tym przypadku pacjent, ma możliwość modlitwy, uczestniczenia w obrzędach religijnych i praktykowaniu swej wiary, mimo sytuacji w jakiej się znajduje. Natomiast z art. 53 ust. 2 zd. 2 wynika, że osoba wierząca ma prawo do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajduje. W przypadku pacjenta, będzie to zwykle szpital, a także zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicjum, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, czy też inny podmiot leczniczy, z którego usług korzystają osoby, których stan zdrowia wymaga pobytu w placówce stacjonarnej. Ponadto, prawo do wolności religii nie może być w żaden sposób pacjentowi ograniczone, gdyż z art. 53 ust. 5 wynika ustawowy wymóg ograniczenia tychże wolności, wyłącznie w przypadkach wskazanych w katalogu zamkniętym, który statuuje niniejszy przepis. Dokonując analizy art. 53 Konstytucji RP, zauważyć należy, że jest on powiązany z art. 25 Konstytucji RP, zgodnie z którym kościoły i inne związki wyznaniowe zajmują równą pozycję i powinny współdziałać z państwem dla dobra człowieka (tu również pacjenta)¹⁰⁷. Należy zgodzić się z poglądem prezentowanym przez L. Garlickiego, który wskazuje, że wolność sumienia i religii wszystkich osób, do których odnosić się mogą przepisy konstytucji, wynika już z art. 25. Regulując te zagadnienia w określony sposób art. 25 tym samym milcząco zakłada przyznanie tych wolności jednostki, o których stanowi artykuł 53¹⁰⁸. Ponadto, Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 2 grudnia 2009 r., zwrócił uwagę na korelację między art. 25 i 53

¹⁰⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.).

¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁰⁷ M. Boguszewska, K. Góralczyk, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej wobec zróżnicowania religijnego*, Drohiczyński Przegląd Naukowy 2016, nr 8, s. 51

¹⁰⁸ L. Garlicki M. Zubik (red.), Art. 53. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II*, Warszawa 2016, System Informacji Prawnej LEX, <https://sip.lex.pl> [dostęp: 17.02.2018 r.].

Konstytucji RP, podkreślając, iż art. 25 i art. 53 mają charakter komplementarny i winny być rozpatrywane jako pewna całość¹⁰⁹.

W sposób szczegółowy prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej uregulowane zostało w rozdziale 10, gdzie statuuje je art. 36-38 ustawy o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Uznać należy, że ustawa ta stanowi doprecyzowanie konstytucyjnych postanowień dotyczących materii wolności sumienia i religii. Z art. 36 ustawy wynika, że pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej¹¹⁰. Regulacja ta wskazuje na zakres podmiotowy prawa do opieki duszpasterskiej. Osoba, która przebywa w podmiocie leczniczym ma ustawowo zagwarantowaną możliwość uzyskania opieki duszpasterskiej. Prawo to nie może zostać przez podmiot leczniczy w żaden sposób ograniczone. Rozumieć przez to należy, że ów podmiot nie może ograniczyć odwiedzin duchownego danego wyznania, przyjmowania sakramentów, uczestnictwa w obrzędach z udziałem duchownego itp. Jeżeli takie ograniczenie miałoby nastąpić, pacjent musi uzyskać wówczas wskazanie podstawy prawnej przedmiotowego ograniczenia. Ponadto, mimo, że art. 36 nie wskazuje tego wprost, z unormowania tego należy wywnioskować, że korzystając z prawa do opieki duszpasterskiej pacjent nie może naruszać praw innych pacjentów. W szczególności, pacjent korzystający z przysługujących mu uprawnień, nie może narzucać swojej wiary innym pacjentom, którzy z nim przebywają, bądź też naruszać cudze wartości. Zatem, korzystanie z prawa do opieki duszpasterskiej powinno być realizowane w taki sposób, aby nie naruszać praw innych pacjentów. Nie ulega wątpliwości, że w praktyce może to sprawiać nie lada trudności, gdyż ocena, czy w konkretnej sytuacji mamy do czynienia z takim naruszeniem, nierzadko może się opierać na kryteriach subiektywnych.

Natomiast, zgodnie z art. 37 wymienionej ustawy, w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania¹¹¹. Ponadto prawo do opieki duszpasterskiej w myśl art. 36 i 37 przedmiotowej ustawy, co podkreślił Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z dnia 17 października 2012 r., obejmuje również prawo pacjenta do otrzymania informacji, jakiego wyznania kapelani pracują w szpitalu, w jaki sposób może się z nimi skontaktować, gdzie w ciągu dnia może ich spotkać, o których godzinach odbywają się nabożeństwa¹¹². Należy zgodzić się z D. Karkowską, że w sytuacji, gdy w szpitalu nie ma duszpasterza wyznawanej przez pacjenta religii, ma on prawo wiedzieć, kto będzie odpowiedzialny za umożliwienie mu z nim kontaktu¹¹³. Jeśli chodzi o regulację zawartą w art. 38 przedmiotowej ustawy, istotne jest, że to podmiot

¹⁰⁹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 grudnia 2009 r., sygn. U 10/07, <https://sip.lex.pl> [dostęp: 17.02.2018 r.].

¹¹⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.).

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 17 października 2012 r., sygn. IACa 420/12, LEX nr 1237226.

¹¹³ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Komentarz, Warszawa 2016, System Informacji Prawnej LEX, <https://sip.lex.pl> [dostęp: 17.02.2019 r.].

lecniczy ponosi koszty realizacji *praw pacjenta*, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej¹¹⁴. W przypadku, gdyby podmiot leczniczy chciał pobierać opłatę, musi podać pacjentowi precyzyjnie podstawę prawną, jeżeli przepisy szczególne umożliwiały pobór takich opłat.

Podsumowując analizę regulacji zawartych w ustawie zasadniczej oraz ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, należy przyjąć za D. Karkowską, że pacjent zawsze ma prawo do bezpośredniego kontaktu z opiekunem duchowym wyznawanej przez siebie religii, umożliwienia uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu, przyjmowania sakramentów, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia powodującego odczucie zagrożenie życia ma prawo, aby szpital niezwłocznie zawiadomił duchownego wyznawanej przez pacjenta religii i umożliwił z nim kontakt¹¹⁵.

Praktyczne problemy w realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej

Nie ulega wątpliwości, że wolność sumienia, wyznania i religii stanowi nieodłączny element sfery duchowej jednostki. Każdy człowiek ma prawo do poszanowania jego światopoglądu, niezależnie od tego, czy państwo jest całkowicie świeckie, czy też istnieje w nim dominująca religia. M. Safjan słusznie dostrzega, że w koncepcji współczesnego demokratycznego państwa neutralnego światopoglądowo kwestie wyborów jednostki związanych z określonym wyznaniem, przynależnością do określonego kościoła, uczestniczeniem w zróżnicowanych formach kultu mieszczą się w sferze prywatności i nie mogą być determinowane regulacjami i decyzjami władzy publicznej, zobowiązanej zarówno do powstrzymania się od wszelkiej ingerencji w tej sferze, ale także do działań pozytywnych służących tworzeniu właściwych, pozytywnych warunków dla realizacji tej wolności¹¹⁶. Dlatego też, prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, pomimo postępującej laicyzacji musi być chronione, zaś jego realizacja umożliwiona bez względu na sytuację, w jakiej pacjent chcący skorzystać z niniejszego prawa się znajduje.

W praktyce jednak często dochodzi do problemów w realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. Komplikacje te wiążą się z próbami narzucania ograniczeń przez podmioty lecznicze, czy też błędnym interpretowaniu regulacji, które ujęto w sposób dość ogólny i lakoniczny w art. 36-38 ustawy o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Przypuszczać można, że problem w realizacji przedmiotowego prawa uzależniony jest zapewne od dwóch kwestii. Mianowicie niskiej świadomości pacjentów na temat przysługujących im praw, a także braku odpowiedniego przeszkolenia personelu podmiotów leczniczych w tym zakresie.

Pierwszym z problemów na płaszczyźnie prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej jest kwestia uzyskania opieki duszpasterskiej przez pacjenta, który jest jeszcze dzieckiem. Pacjent taki albo nie posiada zdolności do czynności prawnej, gdy nie

¹¹⁴ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.

¹¹⁵ D. Karkowska, *op.cit.*, [dostęp: 17.02.2018 r.].

¹¹⁶ M. Safjan, *Wolność sumienia i wyznania jako przejawy autonomii osoby*, [w:] *Wyzwania dla państwa*, Warszawa 2007, System Informacji Prawnej LEX, <https://sip.lex.pl> [dostęp: 17.02.2018 r.].

ukończył 13 lat, bądź posiada ograniczoną zdolność do czynności prawnych, ukończył 13 lat. Niejednokrotnie, właśnie przez ten cywilistyczny pryzmat dokonywana jest ocena, czy pacjent może sam decydować o realizacji omawianego prawa. Zastanowienia wymaga kwestia, czy dziecku, jako osobie niepełnoletniej przysługuje na każdym etapie rozwoju wolność religii. Istotny w tym przypadku jest art. 53 ust. 3 oraz art. 48 ust. 1 Konstytucji RP, który pozwala rodzicom wychowywać je zgodnie ze swoimi przekonaniem i wyznawaną religią. Za zasadę uznać można, iż dziecko przyjmuje religię wyznawaną przez swoich rodziców. Jednak problem pojawia się, jeżeli pacjentem jest osoba niepełnoletnia, której stopień dojrzałości oraz wiek wskazuje, że jest w stanie zrozumieć, na czym polega wolność światopoglądowa i religijna, a przy tym twierdzić, że jest ateistą lub wyznawcą innej religii niż religia wyznawana przez rodziców. Dlatego słuszne wydaje się stwierdzenie prezentowane w doktrynie, że przy zasadniczej roli przekonań rodziców, to jednak małoletni pacjent ma określone prawa w zakresie wolności sumienia i wyznania oraz przekonań¹¹⁷.

Drugim problemem, dotyczącym realizacji opisywanego prawa, jest kwestia tego, w jaki sposób personel podmiotu leczniczego ma uzyskać informację o wyznaniu danego pacjenta. Brak jest uprawnień, które pozwalałyby podmiotom leczniczym uzyskać samodzielnie informację na temat wyznawanej przez pacjenta religii. Według mnie jest to zrozumiałe, albowiem wolność sumienia i religii to konstytucyjnie chroniona wartość, która należy ściśle do sfery życia prywatnego jednostki. Ponadto, podmiot leczniczy nie może wymusić na pacjencie w żaden sposób poinformowania o swoim wyznaniu. Uznać należy, że pacjent powinien sam, jeżeli wyraża taką wolę, poinformować personel danego podmiotu leczniczego o swoim wyznaniu. Udzielenie takiej informacji może nastąpić w momencie przyjęcia do podmiotu leczniczego, bądź w trakcie pobytu w podmiocie leczniczym, czy też w chwili nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Przeciwny pogląd wyraził jednak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 września 2013 r. wskazując, że art. 53 ust. 7 Konstytucji RP odnosi się do organów władzy publicznej¹¹⁸. Jako, że podmiot leczniczy nie jest organem władzy publicznej, a jedynie podmiotem wykonującym działalność leczniczą, przy wykorzystaniu przekazywanych mu na ten cel środków publicznych. Oznacza to, że może on w celu realizacji prawa do opieki duszpasterskiej uzyskać dostęp do informacji, które umożliwiają realizację niniejszego prawa¹¹⁹. Biorąc pod uwagę zdanie Sądu Najwyższego, stwierdzić można, iż rozwiązaniem, które byłoby najmniej kontrowersyjne, ale też i skuteczne byłoby stworzenie fakultatywnego oświadczenia, które pacjent przyjmowany do podmiotu leczniczego mógłby wypełnić z chwilą przyjęcia. Umożliwiłoby to podmiotowi leczniczemu uzyskanie od pacjenta informacji na temat wyznania. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że Sąd Najwyższy stwierdził w przedmiotowym wyroku, iż podmiot leczniczy nie może swobodnie gromadzić danych na temat światopoglądu lub wyznania

¹¹⁷ M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca*, Warszawa 2015, System Informacji Prawnej LEX, <https://sip.lex.pl> [dostęp: 18.02.2018 r.].

¹¹⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r., II CSK 1/13, LEX nr 1388592.

¹¹⁹ *Ibidem*.

osób, którym udziela świadczeń¹²⁰. Dlatego słuszne wydaje się, żeby po uzyskaniu przez pacjenta świadczeń, podmiot leczniczy usunął niniejsze informacje, które dotyczą wyznania pacjenta.

Dokonując analizy praktycznych problemów związanych z prawem pacjenta do opieki duszpasterskiej, należy także zwrócić uwagę na archiwalne informację, które uzyskać można od Rzecznika Praw Pacjenta (dalej: RPP). Z danych statystycznych wynika, że – przykładowo – w latach 2016-2017 w związku z przedmiotowym prawem, RPP prowadził ogółem 103 sprawy. W 2016 r. odnotowano 52 sprawy, w tym 10 skarg, 39 wniosków, a także 3 sprawy z własnej inicjatywy. Natomiast w 2017 r. odnotowano 51 spraw, z czego 12 skarg, 25 wniosków, a także 11 spraw z własnej inicjatywy¹²¹. Zasygnalizować należy, że w latach 2016-2017 do RPP wpłynęły tylko 4 zgłoszenia pisemne dotyczące naruszenia praw pacjenta do opieki duszpasterskiej, zaś 22 zgłoszenia to sygnały telefoniczne¹²². Istotne jest jednak, że w przypadku zgłoszeń, które trafiły do RPP, w 2016 r. tylko w przypadku 3 skarg stwierdzono naruszenia. Pierwsza skarga dotyczyła braku możliwości uczestnictwa we mszy świętej przez pacjentów oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia z powodu braku możliwości opuszczania oddziału. W tym przypadku opieka duszpasterska była realizowana poprzez wizyty księdza w oddziale oraz transmisję mszy w telewizji. W wyniku działań RPP część pacjentów uzyskała zgodę na udział we mszy świętej organizowanej w kaplicy szpitalnej. Ponadto, w oddziale prowadzona jest msza raz na kwartał¹²³. Powodem drugiej skargi był brak możliwości spotkania się pacjenta z księdzem. Rzecznik w trakcie swoich działań uzyskał wyjaśnienia kapelana, iż wynikła sytuacja była spowodowana okresem urlopowym. Trzecia skarga dotyczyła natomiast braku możliwości wychodzenia na przepustki z podmiotu leczniczego, aby móc wykonywać praktyki religijne poza szpitalem. Pacjentka w przedmiotowej sprawie była świadkiem Jehowy. Wcześniej miała zgodę na takie przepustki, ale możliwość ta została jej odebrana. Rzecznik podjął w przypadku tejże skargi interwencję, która skutkowała tym, że lekarz zobowiązał się do zmiany decyzji dotyczącej udzielania przepustek. Jednak z zastrzeżeniem, że z racji pogarszającego się stanu zdrowia po uczestnictwach w praktykach religijnych, przepustka nie będzie udzielana cyklicznie co tydzień.

W przypadku zgłoszeń, które wpłynęły do RPP w 2017 r., tylko w dwóch ze złożonych skarg stwierdzono, że doszło do naruszenia prawa pacjenta opieki duszpasterskiej. Pierwsza skarga dotyczyła braku możliwości kontaktu z księdzem podczas pobytu w podmiocie leczniczym. W wyniku interwencji RPP, pielęgniarka naczelna zobowiązała się do ustalenia i poinformowania pacjentów o terminie spotkania z księdzem. Skarżąca pacjentka po interwencji rzecznika potwierdziła, że spotkanie z kapelanem rzeczywiście miało miejsce. Druga skarga dotyczyła braku możliwości uczestniczenia pacjentów oddziału dla dzieci i młodzieży w nabożeństwach, które są odprawiane dla dorosłych

¹²⁰ *Ibidem.*

¹²¹ Źródło własne: *Odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na wniosek o informację publiczną z dnia 30 stycznia 2018 r.*

¹²² *Ibidem.*

¹²³ *Ibidem.*

pacjentów, z uwagi na brak możliwości zapewnienia im wystarczającej opieki. W toku postępowania wyjaśniającego RPP uzyskał informację, że kapelan będzie odwiedzał dzieci i młodzież w oddziale¹²⁴.

Ponadto, w 2017 roku w toku inicjatyw własnych, RPP stwierdził, że w przypadku 5 spraw doszło do naruszenia przedmiotowego prawa. Pierwsze naruszenie dotyczyło braku zaplanowanej mszy dla pacjentów. W wyniku podjętej interwencji, dyrekcja podmiotu leczniczego ustaliła procedurę zastępstw za kapelana szpitalnego w przypadku jego nieobecności. Druga sprawa podjęta została odnośnie braku możliwości, aby pacjenci przebywający w szpitalu psychiatrycznym z mocy postanowienia sądu, z uwagi na konieczność stałej opieki personelu medycznego nad pacjentami, mieli możliwość uczestniczenia we mszy świętej odbywającej się poza oddziałem. Na skutek interwencji RPP, szpital podjął rozmowy z kapelanem. Trzecia sprawa dotyczyła braku systematycznych wizyt kapelana w danym oddziale. Po interwencji Rzecznika ustalono, że wizyty odbywały się regularnie. Czwarta inicjatywa została podjęta z powodu braku w regulaminie oddziału podmiotu leczniczego zapisu dotyczącego realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. W wyniku działań RPP, w przedmiotowym regulaminie zamieszczono odpowiedni zapis. Ostatnia inicjatywa RPP dotyczyła braku powiadomienia kapelana w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. W wyniku interwencji RPP, ustalono, że w miarę możliwości, z uwzględnieniem podjęcia w pierwszej kolejności czynności ratujących życie, kapelan będzie zawiadamiany o przypadkach pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, tym samym pacjent sam będzie miał zapewnioną usługę kapłańską¹²⁵.

Zapewne w następnych latach skargi i zgłoszenia, które trafiały do Rzecznika Praw Pacjenta obejmowały podobne sytuacje, zaś podejmowane interwencje i czynności, które na nie się składały były zbliżone do tych, które miały miejsce w przeszłości. Do wniosków takich prowadzi przede wszystkim fakt, że zmianie nie uległy istotne regulacje prawne w tym zakresie, jak również metodyka organizowania dostępu do kapelanów danych wyznań, uczestnictwa w obrzędach itp. przez podmioty lecznicze. Cel przywołanej statystyki z przeszłych lat ma jedynie pokazać na zbliżoną problematykę w praktycznej realizacji opisywanego prawa, a także podobnej liczbowo ilości interwencji, które były podejmowane przez Rzecznika Praw Pacjenta. Odmienności, które mogły pojawić się w praktycznym realizowaniu prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w latach 2020 i 2021 spowodowane były pandemią koronawirusa.

COVID-19 a realizacja prawa do opieki duszpasterskiej

Pomimo, że niniejszy artykuł porusza istotę opisywanego prawa, to nie sposób zwrócić uwagi na problemy związane z realizacją prawa do opieki duszpasterskiej, które pojawiły się wraz z początkiem pandemii COVID-19. Pomijając dynamicznie

¹²⁴ Źródło własne: *Odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na wniosek o informację publiczną z dnia 30 stycznia 2018 r.*

¹²⁵ *Ibidem.*

zmieniające się regulacje prawne związane z ograniczeniami w różnych sferach życia, zasadniczy problem sprowadza się do udzielenia odpowiedzi, w jaki sposób prawo to powinno być realizowane w warunkach pandemii oraz czy może doznać ono stosownych ograniczeń?

Oczywistym jest, że zasadne jest ograniczenie realizacji tego prawa w trakcie pandemii COVID-19, zwłaszcza biorąc pod uwagę wartości wyższe niż sfera duchowa i prawo jednostki do uczestnictwa w życiu religijnym, takie jak zdrowie i życie ludzi. Nie ulega wątpliwości, że życie i zdrowie to wartości nadrzędne w porównaniu ze sferą duchową i religijną. Dlatego ograniczenia w realizacji tego prawa, powinny przede wszystkim uwzględniać w warunkach pandemii bezpieczeństwo pacjentów, personelu oraz osób postronnych, do jakich można zaliczyć duchownych. Powinny one również zapewnić jak największą ochronę przed zarażeniem się przez osoby trzecie i rozprzestrzenianiem się wirusa poza dany oddział czy obiekt, w którym znajdują się chorzy. Jeśli chodzi o praktyczną realizację prawa do opieki duszpasterskiej w warunkach pandemii, należy wziąć pod uwagę, że każda placówka lecznicza dysponuje innymi możliwościami finansowymi oraz technicznymi. Trudno jest wobec tego wskazać uniwersalne rozwiązania, co do realizacji opisywanego prawa. Zasadnym wydaje się, aby o tyle, o ile to możliwe na każdym oddziale podmiotu leczniczego udostępnić w poszczególne dni tygodnia lub przez cały tydzień, o określonych godzinach, salę dostosowaną do praktykowania w sposób samodzielny rytuałów religijnych lub umożliwić w takiej sali wprowadzenie odbiorników audiowizualnych lub wyłącznie radiowych, aby w dni stanowiące święta, np. w niedzielę w przypadku katolików, zagwarantować udział w formie zdalnej w nabożeństwach. Uznać należy, że te przykładowe rozwiązania mogłyby w odpowiedni sposób w warunkach pandemii umożliwić realizację prawa do opieki duszpasterskiej.

Podsumowanie

Reasumując wcześniejsze rozważania, warto wyciągnąć wnioski, które mogą przyczynić się do poprawy realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Najczęstszym problemem pacjentów przebywających na oddziałach w podmiocie leczniczym są trudności uzyskania kontaktu z kapłanem danego wyznania, a ponadto ograniczanie oraz brak możliwości uczestnictwa we mszy świętej w podmiocie leczniczym lub poza nim. Należałoby się zastanowić, co należy uczynić, aby tego rodzaju problemy ograniczyć. Konieczne wydawałoby się zagwarantowanie w podmiotach leczniczych pomieszczeń, które służyłyby za kaplicę. Przy czym, kaplice te powinny być tak skonstruowane, aby mogły służyć pacjentom różnych wyznań. Obiekty niezbędne do odprawienia mszy w danym obrzędku lub przeprowadzenia danego sakramentu, powinny być do kaplicy przynoszone przez kapłana danego wyznania albo ich część mogłaby być przechowywana w podmiocie leczniczym. Ponadto, podmiot leczniczy powinien zadbać, aby w miejscu ogólnodostępnym na każdym oddziale znajdowała się informacja dotycząca prawa do opieki duszpasterskiej. Taka informacja powinna zaś zawierać wykaz kapelanów poszczególnych wyznań, zatrudnionych w podmiocie

lecniczym lub współpracujących z nim, wskazanie kontaktu do poszczególnych kapłanów, oznaczenie dni i godzin, w jakich odprawiane są msze święte w danym podmiocie leczniczym lub oddziale danego podmiotu leczniczego, a także wskazanie, kiedy i w jaki sposób można uzyskać poszczególny sakrament.

Kolejnym rozwiązaniem, które przyczyniłoby się do skuteczniejszej realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej, powinny być działania edukacyjno-informacyjne, w podmiotach leczniczych, naturalnie podejmowane przy współpracy z Kościołem i innymi związkami wyznaniowymi. W tym przypadku istotny wpływ miałyby także patronat i działania Rzecznika Praw Pacjenta, które zapewne przyniosłyby pozytywne rezultaty. Takie działania są konieczne, ponieważ większość pacjentów ma problemy z interpretacją przepisów prawa. W niektórych przypadkach pacjenci nie wiedzą, że przysługują im poszczególne prawa. Potwierdza to fakt, że część wniosków, które wpływają do biura Rzecznika, to prośby o informację w zakresie prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej, wyjaśnienie i interpretację przepisów¹²⁶.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, mimo że wydaje się być prawem jasnym i zrozumiałym, w praktyce sprawia wiele trudności. Polegają one głównie na błędnej interpretacji obowiązujących przepisów lub próbach nieuzasadnionego ograniczania uprawnień pacjentów. Wobec tego, ustawodawca powinien w przyszłości podjąć odpowiednie działania, które miałyby na celu zagwarantowanie skuteczniejszej realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Streszczenie

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie regulacji prawnych dotyczących prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w kontekście ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest to prawo, które sprawia trudności w interpretacji jak i jego wykonywaniu. W artykule została dokonana analiza praktycznych problemów wykonywania przedmiotowego prawa oraz przedstawione propozycje rozwiązania poruszanych problemów.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, Rzecznik Praw Pacjenta, opieka duszpasterska, Konstytucja.

Summary

This article aims to present the legal regulations concerning the patient's right to pastoral care in the context of the Act on Patient Rights and Patient's Rights Ombudsman. It is a law that is difficult to interpret and enforce. The article analyzes the practical problems of exercising the law in question and presents proposals for solving the problems raised.

Key words: patient rights, Patient's Rights Ombudsman, pastoral care, constitution.

¹²⁶ Źródło własne: *Odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na wniosek o informację publiczną z dnia 30 stycznia 2018 r.*

Akty prawne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.; Dz. U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 ze zm.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta; t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 1318 ze zm.

Monografie i artykuły

1. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, System Informacji Prawnej LEX.
2. L. Garlicki (red.), M. Zubik (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II*, wyd. II, Warszawa 2016, System Informacji Prawnej LEX.
3. M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca*, Warszawa 2015, System Informacji Prawnej LEX.
4. M. Safjan, *Wyzwania dla państwa*, Warszawa 2007, System Informacji Prawnej LEX.
5. M. Boguszewska, K. Góralczyk, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej wobec zróżnicowania religijnego*, Drohiczyński Przegląd Naukowy 2016, nr 8.

Orzecznictwo

1. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 grudnia 2009 r., sygn. akt U 10/07.
2. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 17 października 2012 r., sygn. akt I ACa 420/12.
3. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13.

Inne źródła

Odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na wniosek o informację publiczną z dnia 30 stycznia 2018r.

Alicja Maliszak

*Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytetu Zielonogórskiego*

Iga Kolasa

*Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum*

Uniwersytetu Zielonogórskiego

ORCID: 0000-0002-8535-0485

Odpowiedzialność za nieprzyjęcie pacjenta do szpitala w dobie pandemii COVID-19

Pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 na świecie pojawił się w prowincji Hubei w mieście Wuhan w Chinach w dniu 17 listopada 2019 roku¹²⁷. Wirus początkowo przenosił się między obywatelami tego miasta, stopniowo przekraczając jego granicę, aż do ogłoszenia pandemii w dniu 11 marca 2020¹²⁸. W Polsce pierwszy przypadek został zidentyfikowany 4 marca 2020 roku w Zielonej Górze. Choć niedługo miną dwa lata od początku epidemii w Polsce, liczba osób zakażonych wciąż rośnie. Doświadczenie pokazuje, że liczba miejsc w szpitalach nie zawsze pozwala na natychmiastowe przyjęcie chorego. Zdarzało się, że pacjent był transportowany karetką do miejsca oddalonego wiele kilometrów od jego miejsca zamieszkania. Także ilość personelu jest ograniczona, przez co zdarza się, że chorzy nie otrzymują niezbędnej pomocy na czas. Wraz ze wzrostem liczby osób wymagających hospitalizacji rośnie ilość zajętych respiratorów, urządzeń ratujących życie pacjentom z niewydolnością oddechową. Koronawirus stanowi poważne zagrożenie nie tylko dla osób z chorobami współistniejącymi, jak na przykład cukrzyca, nadciśnienie, czy niewydolność serca.

Podkreślenia wymaga również to, że nie tylko pacjenci chorzy na COVID-19 potrzebują pomocy medycznej. W medycynie istnieją tzw. stany nagłe, czyli wymagające natychmiastowej interwencji medycznej. Jeśli pomoc ta nie zostanie udzielona pacjentowi jak najszybciej, istnieje bardzo duże ryzyko, że pacjent umrze. Celem tego opracowania jest przedstawienie stanów wymagających natychmiastowej interwencji medycznej oraz rodzajów i zasad ponoszenia odpowiedzialności przez podmioty wykonujące działalność leczniczą za nieudzielenie pomocy ze szczególnym uwzględnieniem aktualnej sytuacji pandemicznej.

Wybrane stany nagłe/ostre wymagające natychmiastowej pomocy lekarskiej

„Stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, jest stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu

¹²⁷ Pandemia Covid-19, https://pl.wikipedia.org/wiki/Pandemia_COVID-19 [dostęp: 6.03.2021 r.].

¹²⁸ Tamże.

lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia¹²⁹.

Najczęściej występujące stany nagłe zagrożenia zdrowotnego zostały przedstawione poniżej.

Udar

Udar mózgu to stan zagrożenia życia. Wymaga jak najszybszego rozpoznania i niezwłocznego wdrożenia odpowiedniego leczenia. Wraz z upływem czasu zmniejsza się obszar względnego niedokrwienia komórek, które można jeszcze uratować. Chory powinien zostać przewieziony do szpitala jak najszybciej po wystąpieniu objawów i podejrzeniu udaru. Tkanka mózgowa jest bardzo wrażliwa na niedotlenienie. Neurony są w stanie przeżyć bez tlenu maksymalnie do kilku minut (w zależności od źródła informacji 3-4 minut). Jeśli chory nie otrzyma pomocy na czas, obumrze znacznie więcej komórek nerwowych, co zwiększy ryzyko powikłań i zgonu. Jak wynika z danych statystycznych standaryzowany względem wieku współczynnik wystąpienia udaru mózgu u osób >65 r.ż. wynosi 46-73/1000 (co oznacza, że od 46-73 na tysiąc osób doświadcza udaru mózgu)¹³⁰. Są to dane światowe, natomiast w Polsce brakuje dokładnych danych statystycznych na ten temat, jednak od 1997r. obserwuje się wzrost zachorowalności¹³¹.

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK)

NZK – ustanie lub znaczne upośledzenie mechanicznej czynności serca cechujące się brakiem zarówno reakcji chorego na bodźce, jak i wyczuwalnego tętna oraz bezdechem lub agonalnym oddechem¹³². Istnieje wiele przyczyn NZK, jednak do najczęstszych należą migotanie komór oraz migotanie przedsionków¹³³. Postępowanie w tym przypadku to resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO). O przeżyciu pacjenta decyduje czas od utraty przytomności do podjęcia RKO lub defibrylacji (w przypadku migotania przedsionków lub komór). W przypadku migotania przedsionków przeżywalność zmniejsza się o 7-10% z każdą minutą opóźnienia defibrylacji, a po upływie 12 minut przeżywalność wynosi już tylko 5-12%.

W dobie pandemii koronawirusa istnieje powszechny strach przed udzieleniem pomocy z powodu ryzyka zakażenia. Należy jednak pamiętać, że udzielenie pierwszej pomocy to nadal moralny i prawny obowiązek każdego obywatela¹³⁴.

¹²⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 757 ze zm.

¹³⁰ A. Członkowska, M. Niewada, *Udar mózgu (w:) Interna Szczeklika 2020*, A. Szczeklika, P. Gajewski, Kraków 2020, s. 2289-2298.

¹³¹ Tamże.

¹³² M. Jankowski, G. Cebula, *Nagłe zatrzymanie krążenia i wstrząs (w:) Interna Szczeklika 2020*, A. Szczeklika, P. Gajewski, Kraków 2020, s. 127-138.

¹³³ Tamże.

¹³⁴ Na stronie <https://www.gotowidoratownia.pl/pierwsza-pomoc-koronawirus/> znajduje się poradnik jak pomóc poszkodowanemu jednocześnie nie narażając siebie na zakażenie.

Zawał serca

Ostry zespół wieńcowy (OZW) spowodowany jest nagłym ograniczeniem przepływu przez tętnicę wieńcową. Zmniejszenie przepływu przez to naczynie prowadzi do niedokrwienia mięśnia sercowego, co w konsekwencji prowadzi do jego zawału, czyli ogniskowej martwicy.

Ostre zespoły wieńcowe dzielimy na:

- OZW bez uniesienia odcinka ST (zawał NSTEMI);
- OZW z uniesieniem odcinka ST (zawał STEMI).

Różnica polega na uniesieniu odcinka ST w zapisie EKG lub jego brak.

Jeśli chory z zawałem nie otrzyma pomocy najszybciej jak to możliwe, ryzyko powikłań i zgonu znacznie wzrośnie. Zwykle po 3–6 godzinach umiera cały obszar mięśnia sercowego zaopatrywany przez zamkniętą tętnicę wieńcową i wówczas zmiany te są nieodwracalne, mimo zastosowania nowoczesnych metod leczenia¹³⁵. Dlatego im wcześniej udroźni się tętnicę wieńcową, tym większa szansa na uratowanie mięśnia sercowego (czas to mięsień!). Najlepsze rokowanie dotyczy pacjentów, u których leczenie rozpoczęto w ciągu pierwszej godziny od wystąpienia objawów. Jest to tzw. złota godzina. Niestety, wiele osób opóźnia wdrożenie odpowiedniego postępowania takimi czynnościami jak: próba leczenia na własną rękę, telefon do rodziny, znajomych, lekarza rodzinnego czy czekanie aż objawy same znikną. Do powikłań OZW należą:

- zaburzenia kurczliwości,
- zaburzenia rytmu serca,
- wstrząs kardiogeny,
- ostra niewydolność serca,
- zakrzep przyścienny,
- tętniak.

Rocznie w Polsce na zawał serca umiera blisko 200 000 osób. Według Głównego Urzędu Statystycznego z 2009 roku zawału serca doświadczyło kiedykolwiek w swoim życiu 3,3% Polaków, w tym 4,1% mężczyzn i 2,5% kobiet. Ryzyko wystąpienia zawału zwiększa się znacznie z wiekiem a zawał serca przeżyło w przeszłości aż 14% osób w wieku 70–79 lat¹³⁶.

Liczba procedur kardiologii interwencyjnej podejmowana w terapii zawału serca STEMI spadła o ok. 20 proc., a w zawale serca NSTEMI nawet o 30 procent¹³⁷. Spadek liczby wykonywanych procedur kardiologii interwencyjnej wiąże się z obawą pacjentów przed zgłoszeniem się do placówek medycznych. Chorzy boją się zakażenia koronawirusem. Różnica w spadku realizowanych procedur, obserwowana w zawałach STEMI i NSTEMI, wynika stąd, że chorzy z lżejszymi objawami częściej zdecydowali się

¹³⁵ G. Kopeć, *Zawał serca*, <https://www.mp.pl/pacjent/chorobawienkowa/zawal/62035,zawal-serca> [dostęp: 21.11.2020 r.].

¹³⁶ Tamże.

¹³⁷ E. Kurzyńska, *Pacjenci z zawałem serca zwlekają z szukaniem pomocy z obawy przed koronawirusem*, <https://pulsmedycyny.pl/pacjenci-z-zawałem-serca-zwlekaja-z-szukaniem-pomocy-z-obawy-przed-koronawirusem-990226> [dostęp: 21.11.2020 r.].

pozostać w domu. Jednak zawał serca, niezależnie od rodzaju, jest wciąż śmiertelnie groźny¹³⁸.

Dwie trzecie z 1,2 miliona chorych z niewydolnością serca to osoby z chorobą niedokrwienną serca i po zawale serca. Większość z nich za późno trafiła do szpitala¹³⁹.

Aspekty prawne związane z nieprzyjęciem pacjenta do szpitala

W dniu 4 marca 2020 roku, w Polsce odnotowano pierwszy przypadek zakażenia wirusem Sars-Cov-2. Już kilka miesięcy wcześniej zachorowania zaczęto odnotowywać w większości krajów europejskich i pozaeuropejskich. Wraz z pojawieniem się pandemii powstała konieczność podjęcia natychmiastowych, wieloaspektowych działań mających na celu zapobieżenie rozprzestrzenianiu się wirusa oraz zagwarantowaniu obywatelom dostępu do placówek ochrony zdrowia.

Pandemia spowodowała potrzebę wprowadzenia wielu restrykcji oraz nowych regulacji dotyczących organizacji podstawowej opieki zdrowotnej i opieki szpitalnej, w tym zapewnienia odpowiedniej ilości personelu medycznego oraz wystarczającej liczby miejsc i sprzętu medycznego niezbędnego do leczenia pacjentów z Covid-19. Powyższe rozwiązania musiały być tworzone przy uwzględnieniu aktualnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Już wówczas przy zastosowaniu zasad logicznego rozumowania wiadome było, że system ochrony zdrowia będzie potrzebował wsparcia zarówno finansowego, jak i funkcjonalnego.

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴⁰. Na podstawie art. 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁴¹ obywatele mają prawo do natychmiastowego uzyskania świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Ze względu na treść art. 15 ustawy o działalności leczniczej¹⁴² podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego uzyskania takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Stosowanie w praktyce tych regulacji zostało potwierdzone w orzecznictwie sądów powszechnych. Przykładowo w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017 r. (I Aca 960/16) wskazano, że „świadczeniodawcy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w granicach umownego limitu od czego istnieją jednak wyjątki. Ustawodawca nałożył bowiem na podmioty lecznicze prawny obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia

¹³⁸ Tamże.

¹³⁹ M. Sułkowska, *Leczymy najnowocześniej, ale za późno*, <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-ukladu-krazenia/aktualnosci/243350,leczymy-najnowocześniej-ale-za-pozno> [dostęp: 21.11.2020 r.].

¹⁴⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 ze zm.

¹⁴¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r., nr 52, poz. 417 ze zm.

¹⁴² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.

takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Co istotne, powyższy obowiązek aktualizuje się niezależnie od zawarcia przez podmiot leczniczy kontraktu z NFZ, bądź wyczerpania limitów wynikających z kontraktu, albowiem każdy pacjent znajdujący się w stanie nagłym ma prawo do niezwłocznego uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w niezbędnym zakresie”¹⁴³.

W przypadku naruszenia prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego skutkującego powstaniem szkody jest on uprawniony do dochodzenia swoich praw na drodze powództwa cywilnego. Celem takiego postępowania jest wyrównanie uszczerbku, który ponosi jednostka za doznaną krzywdę poprzez zapłatę zadośćuczynienia lub wyrównanie uszczerbku w majątku poprzez zapłatę odszkodowania za doznaną szkodę. Odszkodowanie za doznaną szkodę lub zadośćuczynienie za doznaną krzywdę występuje najczęściej w postaci świadczenia pieniężnego na rzecz poszkodowanego (wierzyciela) a podmiotem zobowiązanym do zrealizowania świadczenia jest dłużnik, który ponosi odpowiedzialność. W przypadku bezpodstawnego nieprzyjęcia pacjenta do szpitala lub nieudzielenia wymaganych świadczeń zdrowotnych wierzycielem może być pacjent (w przypadku małoletniego w jego imieniu będzie występował jego opiekun prawny) a dłużnikiem podmiot leczniczy.

Przy formułowaniu żądania wierzyciel winien określić, czy domaga się przywrócenia stanu do występującego przed szkodą, czy świadczenia majątkowego. W przypadku uszczerbku na zdrowiu pierwsza forma jest zazwyczaj niemożliwa do spełnienia. Należy więc określić dokładną kwotę żądania. Należy podkreślić, że odszkodowanie przysługuje za szkodę, czyli stratę lub utraconą korzyść, a zadośćuczynienie za krzywdę, czyli szkodę w wymiarze niematerialnym odnoszącą się do stresu, bólu, cierpienia. Ponadto, jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty.

W procesie sądowym powodem jest osoba, która doznała uszczerbku na zdrowiu bądź życiu natomiast pozwanym wskazany podmiot leczniczy (np. szpital, przychodnia POZ) lub osoba wykonująca zawód medyczny (np. lekarz, pielęgniarka, położna).

Należy wyróżnić trzy aspekty odpowiedzialności cywilnej:

- pierwszy, gdy lekarz i zakład leczniczy ponoszą odpowiedzialność solidarnie, np. w przypadku zatrudnienia lekarza na podstawie umowy cywilnoprawnej (potocznie zwanej kontraktem),
- drugi, gdy zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność samodzielnie - ma to miejsce w przypadku wystąpienia tzw. winy organizacyjnej, która może przejawiać się w braku personelu w podmiocie leczniczym, zwłoki w udzieleniu pomocy medycznej lub odmowie przyjęcia pacjenta do szpitala,
- trzeci, gdy lekarz ponosi odpowiedzialność samodzielnie, np. w przypadku prowadzenia indywidualnej praktyki lekarskiej.

¹⁴³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017 r., I ACa 960/16, LEX nr 2250114.

W razie nieprzyjęcia pacjenta do szpitala winę ponosi szpital. Wynika to wprost z art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności¹⁴⁴. Potwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 stycznia 1965 r., w którym wyraził pogląd, że lekarz, który wyrządził szkodę wskutek błędu sztuki lekarskiej przy wykonywaniu powierzonych mu przez państwo czynności, jest funkcjonariuszem państwowym w rozumieniu art. 2 ustawy z 15 listopada 1956 r. o odpowiedzialności państwa za szkody wyrządzone przez funkcjonariuszów państwowych (Dz. U. Nr 54, poz. 243)¹⁴⁵.

Pacjent może też domagać się zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, kierując powództwo z artykułu 415 kodeksu cywilnego (*ex delicto*). Znajduje to potwierdzenie w wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 listopada 2018 r., w myśl którego odpowiedzialność szpitala może być oparta na zasadzie odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. i 416 k.c., jeżeli podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia wskutek popełnionych zaniedbań bądź w wyniku tzw. „winy organizacyjnej” – niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, niezapewnienia właściwych warunków leczenia, właściwego sprzętu, właściwego i wykwalifikowanego personelu dojdzie do szkody. W takiej sytuacji, zgodnie z treścią art. 6 k.c. na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania przesłanek tej odpowiedzialności, a więc wspomnianej winy w organizacji, powstania szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy powstałą szkodą a zawinionym działaniem lub zaniechaniem pozwanego w sferze organizacyjnej¹⁴⁶. W książce Dziecko – „pacjent i świadczeniobiorca” autorstwa Macieja Dercza, Huberta Izdebskiego i Tomasza Reka autorzy zaproponowali taki model odpowiedzialności, który pozwala pojęcie podporządkowania rozumieć szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie tzw. ogólnego kierownictwa. Pod tym pojęciem kryje się zachowanie samodzielności przez wykonujących powierzone czynności personel medyczny nie wykluczając istnienia podporządkowania w znaczeniu art. 430 k.c.¹⁴⁷.

Odpowiedzialność za działanie lub zaniechanie przewiduje również Kodeks pracy w odniesieniu do pracowników. W art. 120 k.p. ustawodawca wskazał, iż w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca¹⁴⁸. Jednocześnie wobec pracodawcy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej, pracownik ponosi odpowiedzialność przewidzianą w przepisach prawa pracy.

W czasie pandemii COVID-19 istotne znaczenie ma – naszym zdaniem - pogląd wyrażony przez Mirosława Nesterowicza, który wskazał, że w razie bezprawnej

¹⁴⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93 ze zm., dalej: k.c.

¹⁴⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65, LEX nr 4573.

¹⁴⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 listopada 2018 r., I ACa 222/18, LEX nr 2675288.

¹⁴⁷ M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko - pacjent i świadczeniobiorca*, Warszawa 2015, s. 354-355.

¹⁴⁸ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1320 ze zm.

odmowy przyjęcia do szpitala w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, np. w razie przymusu leczenia, kwarantanny i izolacji na skutek choroby zakaźnej, zarządzanej przez inspektora sanitarnego, działania lub zaniechania szpitala mające charakter władczy uzasadniają w razie wywołania nimi szkody zastosowanie art. 417 k.c.¹⁴⁹

Podsumowanie

Z oczywistych przyczyn nie ma jeszcze możliwości poddania analizie orzecznictwa dotyczącego odpowiedzialności za nieprzyjęcie pacjenta do szpitala w dobie pandemii Covid-19, ale wydaje się, że w przyszłości tego rodzaju sprawy również będą przedmiotem rozstrzygnięć sądowych. Natomiast należy wskazać, że zostały już rozpatrzone pierwsze skargi skierowane do Rzecznika Praw Pacjenta. Złożenie takiej skargi nie zamyka drogi postępowania cywilnego a może jedynie utwierdzić przyszłego powoda w przekonaniu, że istotnie w konkretnej sprawie jego prawa zostały naruszone. W 2019 r. Rzecznik Praw Pacjenta wydał 779 rozstrzygnięć, których przedmiotem było prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych. W wydanych rozstrzygnięciach, aż 436 razy stwierdził naruszenie tego prawa. Biorąc pod uwagę rodzaj świadczeń odnośnie których doszło do naruszenia tego prawa należy wskazać, że najwięcej z nich dotyczyło leczenia szpitalnego (aż 69%), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (12,2%) oraz podstawowej opieki zdrowotnej (8,7%)¹⁵⁰. Można prognozować, że w dobie pandemii liczba skarg w tym zakresie wzrośnie, jednak postawienie takiej tezy wymagałoby przeprowadzenia badań empirycznych, które przekraczają zakres niniejszego opracowania.

Streszczenie

W Polsce pierwszy przypadek zakażenia wirusem Sars-Cov-2 został zidentyfikowany 4 marca 2020 r. w Zielonej Górze. Pojawienie się koronawirusa nie spowodowało, że możemy zapomnieć o innych pacjentach, w szczególności znajdujących się w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala zmierzamy się z tzw. "winą organizacyjną". W chwili spełnienia przesłanek wynikających z odpowiedzialności cywilnej pacjent może domagać się w procesie zadośćuczynienia, którego celem jest wynagrodzenie jego cierpienia.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność, pacjent, pandemia, stany nagłe.

¹⁴⁹ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SN z dnia 13 maja 2005 r., I CK 662/04*, OSP 2009, z. 12, s. 134.

¹⁵⁰ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta za 2019 rok przyjęte przez Radę Ministrów, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-rzecznika-praw-pacjenta-za-2019-r-przyjete-przez-rade-ministrow> [dostęp: 21.11.2020 r.].

Summary

The first case of the new coronavirus SARS-CoV-2 in Poland had placed on 4th march 2020 in Zielona Góra city. The appearance of the new coronavirus doesn't mean that We can forget about other patients, especially patients in an emergency state, which need medical intervention immediately. The organizational fault is when the patient received a refusal to admit to the hospital. The patient may demand compensation for his suffering, which is the goal of the redress process.

Key words: amenability, patient, pandemic, emergency states.

Akty prawne i orzecznictwo

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny; t.j. Dz. U. 2019, poz. 1145 ze zm.
2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy; t.j. Dz. U. 2020, poz. 1320 ze zm.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; t.j. Dz. U. 2019, poz. 1373 ze zm.
4. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym; t.j. Dz. U. 2013, poz. 757 ze zm.
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417 ze zm.
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; t.j. Dz. U. 2021, poz. 717 ze zm.
7. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65, LEX nr 4573.
8. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017 r., I Aca 960/16, LEX nr 2250114.
9. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 listopada 2018 r. I Aca 222/18, LEX nr 2675288.

Piśmiennictwo

1. Dercz M., Izdebski H., Rek T., *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca*, Warszawa 2015.
2. Nesterowicz M., *Glosa do wyroku SN z dnia 13 maja 2005 r.*, I CK 662/04, OSP 2009, z. 12.
3. Szczeklik A., Gajewski P., *Interna Szczeklika*, Kraków 2020.

Źródła internetowe

1. Kopeć G. , Zawał serca, <https://www.mp.pl/pacjent/chorobawienkowa/zawal/62035,zawal-serca>.
2. Kurzyńska E., Pacjenci z zawałem serca zwlekają z szukaniem pomocy z obawy przed koronawirusem, <https://pulsmedycyny.pl/pacjenci-z-zawalem-serca-zwlekaja-z-szukaniem-pomocy-z-obawy-przed-koronawirusem-990226>.
3. Pandemia Covid-19, https://pl.wikipedia.org/wiki/Pandemia_COVID-19.
4. Raport zakażeń koronawirusem, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>.

5. Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta za 2019 rok przyjęte przez Radę Ministrów, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-rzecznika-praw-pacjenta-za-2019-r-przyjete-przez-rade-ministrow> [dostęp: 21.11.2020 r.].
6. Sułkowska M., Leczymy najnowocześniej, ale za późno, <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-ukladu-krazenia/aktualnosci/243350,leczymy-najnowocześniej-ale-za-pozno>.
7. 14 857 nowych zakażeń w Polsce, 245 zgonów, <https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/260887,14-857-nowych-zakazen-w-polsce-245-zgonow>.

Konrad Żurek

WSPiA - Rzeszowska Szkoła Wyższa

ORCID: 0000-0001-6005-7787

Utworzenie i działalność Funduszu Pracy w III Rzeczypospolitej Polskiej

Dynamika przemian rynku pracy wymaga prowadzenia spójnej polityki społeczno-gospodarczej, sprzyjającej tworzeniu nowych miejsc pracy i zapobieganiu bezrobociu. Z pewnością istotnym zadaniem państwa powinno być przeciwdziałanie bezrobociu z uwzględnieniem dostępnych aktywnych programów rynku pracy oraz promowanie produktywnego zatrudnienia i działanie na rzecz utrzymania dotychczasowych miejsc pracy. Działalność Funduszu Pracy związana jest z dużymi zobowiązaniami finansowymi i obowiązkiem finansowania zadań państwa w obszarze polityki rynku pracy. Celem tego artykułu jest zaprezentowanie okoliczności utworzenia Funduszu Pracy oraz jego charakterystyka jako źródła finansowania polityki rynku pracy. W opracowaniu posłużono się metodą dogmatyczno-prawną niezbędną do omówienia przedmiotowego zagadnienia, a ze względu na podjęta tematykę również metodą historycznoprawną.

Okoliczności utworzenia Funduszu Pracy po 1989 roku

Fundusz Pracy powstał w 1933 roku, jednakże w okresie socjalizmu uległ on likwidacji ze względu na powszechnie deklarowany wówczas brak zjawiska bezrobocia¹⁵¹. Za sprawą transformacji ustrojowej przeprowadzonej w 1989 roku w Polsce dokonano się wiele zmian politycznych, prawnych i społecznych. W zbliżonym okresie rozpoczęto również budowę ram instytucjonalno-prawnych polityki rynku pracy. Jedną z nich stanowił Fundusz Pracy który był odpowiedzią na wprowadzoną w 1990 roku politykę gospodarki rynkowej, kiedy to w niepokojącym tempie rosła liczba zarejestrowanych osób bezrobotnych¹⁵².

Fundusz Pracy został powołany do życia w dniu 1 stycznia 1990 roku, jako państwowy fundusz celowy. Jego podstawowym zadaniem było finansowanie programów przeciwdziałania bezrobociu oraz finansowanie świadczeń przysługujących bezrobotnym. Zadania państwa w tym zakresie tworzone są bowiem przez instytucje rynku pracy, które zdaniem A. Kijowskiego powinny zmierzać do pełnego oraz produktywnego zatrudnienia, rozwoju zasobów ludzkich, osiągnięcia wysokiej jakości pracy, wzmacniania integralności i solidarności społecznej¹⁵³.

¹⁵¹ M. Knapieńska, *Problemy finansowania polityki rynku pracy w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*, [w:] *O nowy ład finansowy w Polsce: rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*, red. J. Ostaszewski, Warszawa 2015, s. 508.

¹⁵² M. Ratuszniak, T. Olejarz, *Dochody i wydatki Funduszu Pracy w latach 1990-2002*, *Rynek Pracy* 2003, nr 6, s. 20-64.

¹⁵³ A. Kijowski, *Ochrona roszczeń pracownika w razie niewypłacalności pracodawcy*, *Przegląd Sądowy* 1993, nr 1, *passim*.

Zasadnicze zmiany w zakresie rynku pracy po transformacji ustrojowej znalazły swoje odbicie w czterech ustawach które doczekały się wielu nowelizacji, wpływając w sposób integralny na rynek pracy. Były to ustawy: o zatrudnieniu z 1989 r.¹⁵⁴, o zatrudnieniu i bezrobociu z 1991 r.¹⁵⁵, o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu z 1994 r.¹⁵⁶, oraz o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z 2004 r.¹⁵⁷ W tych aktach prawnych określone zostały cele, zadania i zakres polityki rynku pracy. Wskazano ponadto podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Unormowano również sposób finansowania i warunki udzielania bezrobotnym świadczeń socjalnych oraz kwestię stosowania instrumentów aktywizacji zawodowej¹⁵⁸.

W okresie 1990–1991 składki na Fundusz Pracy były opłacane wyłącznie przez zakłady pracy (za zatrudnianych pracowników). Składki były ustalane za okres trwania ubezpieczenia społecznego każdego pracownika i uzależnione były one od wypłat stanowiących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne. Składki pobierane były przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) wliczając w ich poczet również składki na ubezpieczenie społeczne które były następnie przekazywane na rachunek bankowy dysponenta głównego Funduszu Pracy. Wysokość tych składek ustalała w drodze rozporządzenia Rada Ministrów. Należy zaznaczyć, że z obowiązku opłacania składek na Fundusz Pracy zwolnione zostały wówczas spółdzielnie inwalidów i niewidomych oraz zakłady szkoleniowo-produkcyjne Polskiego Związku Głuchych ¹⁵⁹.

W dniu 1 grudnia 1991 roku w życie weszła ustawa o zatrudnieniu i bezrobociu, która wprowadziła obowiązek opłacania składek na Fundusz Pracy również przez osoby niebędące pracownikami, ale podlegające obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego z tytułu prowadzenia na własny rachunek pozarolniczej działalności. Pierwsze regulacje prawne wdrożone w latach 90-tych XX w. stały się przyczynkiem do późniejszych, a zarazem efektywniejszych rozwiązań usprawniających funkcjonowanie urzędów pracy oraz innych podmiotów takich jak m.in. Fundusz Pracy. Dobrym tego przykładem jest ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w której zastosowano szereg ważnych zmian rzutujących na rynek pracy. Istotne zmiany miały miejsce również w 2008 roku, kiedy to do życia powołano do życia tzw. centra aktywizacji zawodowej. Zunifikowano również usługi pośrednictwa pracy oraz EURES ¹⁶⁰. Z kolei, Powiatowe Urzędy Pracy (PUP) uzyskały uprawnienie do tworzenia lokalnych punktów informacyjno-konsultacyjnych w gminach, w których osoby bezrobotne oraz poszukujące pracy mogły dokonać rejestracji i uzyskać niezbędne informacje. Usprawnieniu uległo również przejmowanie przez podmioty

¹⁵⁴ Ustawa z dnia 29 grudnia 1989 r. o zatrudnieniu (Dz. U. 1989, nr 75, poz. 446).

¹⁵⁵ Ustawa z dnia 16 października 1991 r. o zatrudnieniu i bezrobociu (Dz. U. 1991, nr 106, poz. 457).

¹⁵⁶ Ustawa z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. 1995, nr 1, poz. 1).

¹⁵⁷ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2004, nr 99, poz.1001).

¹⁵⁸ M. Szyłko–Skoczny, *Polityka rynku pracy w III RP-doświadczenia i wyzwania*, Problemy Polityki Społecznej”2014, nr 26, s. 25-42.

¹⁵⁹ M. Ratuszniak, T. Olejarz, *Dochody i wydatki Funduszu Pracy ...*, s. 33.

¹⁶⁰ EURES (European Employment Services – Europejskie Służby Zatrudnienia).

niepubliczne większości zadań w zakresie pośrednictwa pracy czy doradztwa zawodowego¹⁶¹.

Źródła finansowania Funduszu Pracy

Działania określone w ramach polityki rynku pracy w RP są finansowane z wielu źródeł, jak np. środki z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, funduszy celowych i strukturalnych. Istotą każdego funduszu, są źródła przychodu określone szczegółowo w przepisach powołujących dany fundusz. T. Dębowska-Romanowska podkreśla, iż fundusze są zasilane nie przez jednorodne, ale jednak wielorakie źródła¹⁶².

Fundusz Pracy to państwowy fundusz celowy, do którego zadań zalicza się między innymi finansowanie programów przeciwdziałania bezrobociu oraz finansowanie świadczeń przysługujących osobom bezrobotnym. Stanowi źródło finansowania trzech rodzajów polityk rynku pracy. Jego dysponentem jest minister właściwy do spraw pracy natomiast podmiotami odpowiedzialnymi za jego wykorzystanie są marszałek województwa (na poziomie regionu) oraz starostowie (na poziomie lokalnym). Fundusz Pracy tworzony jest w oparciu o obowiązkowe składki pracodawców, dotacji pochodzących z budżetu państwa, środków finansowych z budżetu Unii Europejskiej¹⁶³.

Omawiany fundusz jest również finansowany ze środków pochodzących od dłużników organów zatrudnienia, na co składają się m.in. pożyczki udzielone przez organy zatrudnienia oraz ze zwrotów świadczeń nienależnie pobranych przez bezrobotnych. Zgromadzone środki przekazywane są przez dysponenta Funduszu Pracy na podstawowe cele, wśród których najważniejsze to m.in. przeciwdziałanie bezrobociu (samorządom województw i samorządów powiatowych). Podział środków – jak również jego proporcje – między jednostki samorządu terytorialnego zależy od aktualnej sytuacji w kraju, tj. od stopy bezrobocia, liczby bezrobotnych, jak i od dotychczasowej efektywności usług i instrumentów rynku pracy¹⁶⁴.

Składki na Fundusz Pracy

Zgodnie z przepisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, obowiązkowe składki na Fundusz Pracy opłacane są za okres trwania obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i obowiązkowych ubezpieczeń rentowych, w trybie i na zasadach przewidzianych dla składek na ubezpieczenia społeczne. Składki na Fundusz Pracy – ustalone od kwot stanowiących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (bez stosowania ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1

¹⁶¹ M. Ratuszniak, T. Olejarz, *Dochody i wydatki Funduszu Pracy ...*, s. 33-34.

¹⁶² T. Dębowska-Romanowska, *Fundusze systemu budżetowego*, [w:] System instytucji prawno-finansowych PRL, red. M. Weralski, t. 2, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1982.

¹⁶³ *Repetitorium z prawa administracyjnego*, [w:] Wyższa Szkoła Prawa i Administracji Rzeszów – Przemysł, pod red. Z. Czarnika, Rzeszów-Przemysł 2015, s. 219-220.

¹⁶⁴ B. Z. Filipiak, *Wydatki z funduszu pracy na finansowanie polityki rynku pracy*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2019, T. XX, z. 10, s. 85,

u.s.u.s.¹⁶⁵), wynoszących w przeliczeniu na okres miesiąca co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę – opłacają¹⁶⁶ przede wszystkim pracodawcy oraz inne jednostki organizacyjne za osoby: 1) pozostające w stosunku pracy lub stosunku służbowym, 2) wykonujące pracę nakładczą, 3) wykonujące umowy agencyjne lub umowy zlecenia albo inne umowy o świadczenie usług, do których zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, oraz osoby współpracujące z tymi osobami¹⁶⁷, 4) wykonujące pracę w okresie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania, 5) pobierające stypendium sportowe, 6) otrzymujące świadczenie socjalne przysługujące na urlopie górniczym, świadczenie górnicze lub górniczy zasiłek socjalny albo wynagrodzenie przysługujące w okresie świadczenia górniczego, stypendium na przekwalifikowanie lub kontraktu szkoleniowego, 7) będące żołnierzami zawodowymi lub funkcjonariuszami niespełniającymi warunków do nabycia prawa do emerytury lub renty inwalidzkiej (określonych w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej) oraz ich rodzin, o ile po zwolnieniu ze służby lub rozwiązaniu stosunku pracy odprowadzono za te osoby składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od uposażenia lub wynagrodzenia wypłaconego w okresie służby lub stosunku pracy na podstawie odrębnych przepisów – obowiązek ten odnosi się do żołnierzy i funkcjonariuszy, którzy zostali zwolnieni ze służby nie wcześniej niż 1 stycznia 2006 r., a także 8) będące funkcjonariuszami, które w chwili zwolnienia ze służby spełniają jedynie warunki do nabycia prawa do policyjnej renty inwalidzkiej, w przypadku przekazania składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – obowiązek ten odnosi się do funkcjonariuszy, którzy zostali zwolnieni ze służby nie wcześniej niż 1 stycznia 2006 r. Ponadto, składki opłacają rolnicze spółdzielnie produkcyjne, spółdzielnie kółek rolniczych lub spółdzielnie usług rolniczych – za swoich członków z wyjątkiem członków, którzy wnieśli wkład gruntowy o powierzchni użytków rolnych większej niż 2 ha przeliczeniowe oraz inne niż wcześniej wskazane osoby, podlegające ubezpieczeniu emerytalnemu i ubezpieczeniom rentowym lub zaopatrzeniu emerytalnemu, z wyjątkami określonymi w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych¹⁶⁸.

¹⁶⁵ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 423 ze zm.).

¹⁶⁶ *Poradnik - Zasady opłacania składek na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz Fundusz Solidarnościowy*, s. 6-7, Źródło internetowe: <https://www.zus.pl/documents/10182/167567/> [dostęp: 21.07.2021 r.].

¹⁶⁷ Z wyłączeniem osób świadczących pracę na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (t. jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 75 ze zm.)

¹⁶⁸ *Poradnik - Zasady opłacania składek na Fundusz Pracy...*, s. 7, Źródło internetowe: <https://www.zus.pl/documents/10182/167567/> [dostęp: 21.07.2021 r.].

Przeznaczenie środków Funduszu Pracy

Podstawowym zadaniem państwa i jego organów jest organizacja najlepszych warunków dla rozwoju mechanizmów rynkowych, pokonywanie barier w działaniu wolnego rynku oraz podejmowanie działań mających na celu usprawnienie rynku pracy¹⁶⁹. Poddając analizie Fundusz Pracy, należy odwołać się do klasycznej definicji funduszu zaproponowanej przez P. Czernickiego, którego zdaniem fundusze w ścisłym znaczeniu definiuje się jako obejmujące środki pieniężne formy organizacyjne, które nierozzerwalnie wiążą się z podstawowymi cechami¹⁷⁰:

- 1) wydzieleniem ich, dokonującym się na kanwie przepisów prawnych w trwały sposób z ogółu określonych zasobów pieniężnych tj. z budżetu państwa i określonej jednostki samorządu terytorialnego;
- 2) gromadzeniem i ich wydatkowaniem powstałym w sposób ciągły;
- 3) finansowaniem ich przy wykorzystaniu tych środków o charakterze publicznym gdzie kierunek wydatków powinna wskazywać nazwa danego funduszu;
- 4) ujęciem tych środków pieniężnych w określone, właściwe dla danego funduszu ramy prawne oraz organizacyjne.

Środki finansowe z Funduszu Pracy wydatkowane są m.in. na kluczowe cele dla walki z bezrobociem, takie jak: koszty badań lekarskich, psychologicznych, specjalistycznych, koszty związane z organizowaniem partnerstwa lokalnego, wsparcia instytucji rynku pracy, koszty wynagrodzeń wypłacanych pracownikom młodocianym, koszty szkolenia pracowników, bezrobotnych i innych osób, koszty wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, dodatki aktywizacyjne, stypendia, koszty opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, świadczenia przysługujące rolnikom zwalnianym z pracy, refundowanie pracodawcy wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz wydatki wiążące się z promocją i pomocą prawną osobom zatrudnionym za granicą a także zasiłki przedemerytalne oraz świadczenia przedemerytalne¹⁷¹.

Środki z Funduszu Pracy są również wydatkowane m.in. na zasiłki dla bezrobotnych, prace interwencyjne, roboty publiczne, szkolenie i przekwalifikowywanie bezrobotnych, rozwój poradnictwa zawodowego i rozwój systemów informatycznych oraz badania rynku pracy¹⁷².

Plan wydatków Funduszu Pracy, ujęty jest w planie finansowym Funduszu Pracy, który corocznie jest zamieszczany w załączniku do ustawy budżetowej poddawanej przed jej uchwaleniem analizie w Komisji Polityki Społecznej i Komisji Finansów

¹⁶⁹ E. Kryńska, E. Kwiatkowski, *Polityka państwa wobec rynku pracy: idee ekonomiczne i rzeczywistość*, Polityka Społeczna 2010, nr 5-6, s. 1-7.

¹⁷⁰ P. Czernicki, *Fundusze celowe w III Rzeczypospolitej w latach 1989-2009*, Warszawa 2013, s. 24.

¹⁷¹ M. Marciniak, *Odpowiedzialność za naruszenie obowiązku odprowadzania składek na Fundusz Pracy oraz fundusz ubezpieczenia zdrowotnego*, Prokuratura i Prawo 2008, nr 1, s. 140.

¹⁷² *Fundusz pracy-analiza funkcjonowania, 2017*, źródło internetowe: <http://www.institutemerytalny.pl/wp-content/uploads/2017/08/Fundusz-pracy-analiza-funkcjonowania.pdf> [dostęp: 03.08.2021 r.].

Publicznych. W rezultacie przeprowadzanych analiz wydatki są dzielone na trzy główne grupy, tj. wydatki aktywne, pasywne oraz inne¹⁷³.

Jak już wspomniano, środki Funduszu Pracy są przeznaczane także na finansowanie pasywnych programów rynku pracy, które są związane z wypłatą zasiłków oraz świadczeń osobom do tego uprawnionym jak również wydatki ponoszone w związku z bieżącą działalnością publicznych służb zatrudnienia. Wśród najważniejszych wymienia się m. in. koszty prowadzenia i wyposażenia poradnictwa zawodowego, rozwijanie oraz eksploatacja systemu informatycznego, dofinansowanie działalności klubów pracy, wypłaty dodatków do wynagrodzeń pracowników PSZ, koszty wezwań, zawiadomień, zakupu lub druku kart rejestracyjnych dla bezrobotnych, komunikowanie się z pracodawcami, organami rentowymi oraz urzędami skarbowymi¹⁷⁴.

Podstawowym celem Funduszu Pracy jest łagodzenie skutków pozostawania bez pracy osób bezrobotnych oraz finansowanie programów na rzecz promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej¹⁷⁵.

W 2020 roku Najwyższa Izba Kontroli (NIK) przeprowadziła kontrolę, której celem była ocena wykonania budżetu państwa w 2020 w części budżetowej 31 – Praca oraz wykonanie planów finansowych Funduszu Pracy i Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych pod względem legalności, celowości, rzetelności i gospodarności działań podejmowanych przez dysponenta¹⁷⁶. Dysponentem tej części budżetowej do dnia 5 października 2020 r. był Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Natomiast od dnia 6 października 2020 r. dysponentem części 31 oraz obu funduszy był Minister Rozwoju, Pracy i Technologii. Z kontroli przeprowadzonej przez NIK wynika, że ze środków Funduszu Pracy były finansowane zasiłki dla bezrobotnych, prace interwencyjne, roboty publiczne, szkolenia przekwalifikowanie bezrobotnych, rozwój poradnictwa zawodowego i badania rynku pracy. Koszty były ponoszone również na cele związane z finansowaniem instrumentów mających na celu przeciwdziałanie negatywnym konsekwencjom epidemii COVID-19, określonym w ustawie o COVID-19. Jak wynika z reportu opracowanego przez NIK, zrealizowane przychody Funduszu Pracy w 2020 roku wyniosły 35 845 331,1 tys. zł, natomiast koszty 30 012 974,0 tys. zł. Stan tego Funduszu na dzień 31 grudnia 2020 r. wyniósł 29 963 005,0 tys. zł i był o 5 832 357,2 tys. zł (o 24,2%) wyższy od stanu na początek roku¹⁷⁷.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła wykonanie planu finansowego Funduszu Pracy na 2020 r. I tak, trzeba zwrócić uwagę na fakt że sytuacja związana z pandemią

¹⁷³ J. Strzelecka, *Fundusz Pracy – źródła finansowania i przeznaczenie środków*, Biuro Studiów i Ekspertyz, Informacja nr 780, Warszawa 2001, s. 1-2.

¹⁷⁴ A. Buchwald, *Efektywność aktywnych programów rynku pracy w Polsce. Ujęcie regionalne*, Poznań 2009, s. 56 [rozprawa doktorska], DOI: <https://www.wbc.poznan.pl/publication/112171> [dostęp: 27.07.2021 r.].

¹⁷⁵ M. Knapieńska, *Problemy finansowania polityki rynku pracy...*, s. 505-516.

¹⁷⁶ Informacja o wynikach kontroli: Wykonanie budżetu państwa w 2020 r. w części 31- Praca oraz wykonanie planów finansowych Funduszu Pracy i Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, KPS.430.007.2021, Nr ewid. 76/2021/P/21/001/KPS, NIK, Warszawa 2021, DOI: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,24266.pdf> [dostęp: 10.11.2021 r.].

¹⁷⁷ *Ibidem*, s. 5.

koronawirusa spowodowała konieczność stworzenia pilnej, doraźnej pomocy dla przedsiębiorców i innych podmiotów. Dysponent Funduszu uczestniczył w pracach nad zasadami wsparcia przedsiębiorców na podstawie ustawy o COVID-19 i wydatkował na ten cel 21317863,9 tys. zł. W dalszej części raportu widnieje informacja, że sprawozdanie Rb-40 z wykonania określonego w ustawie budżetowej na 2020 rok planu finansowego państwowego funduszu celowego według stanu na 5 października 2020 r., w związku ze zmianą dysponenta Funduszu, nie zostało sporządzone. NIK uznał, że sprawozdania budżetowe za rok 2020 zostały sporządzone prawidłowo zarówno pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym. W wyniku kontroli kosztów związanych z obsługą Funduszu Pracy, które stanowiły 0,7% kosztów ogółem stwierdzono, że zostały one poniesione z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi określonymi w ustawie o finansach publicznych oraz aktach wykonawczych. Nie stwierdzono niecelowego i niegospodarnego wydatkowania środków. NIK przeprowadziła w ubiegłym roku 32 kontrole w zakresie wykorzystania przez PUP dotacji celowych z Funduszu Pracy przeznaczonych na wsparcie uprawnionych podmiotów w ramach instrumentów przewidzianych w ustawie o COVID-19. Analizie poddanych zostało 3781 wniosków (rozpatrzonych pozytywnie) na łączną kwotę 16944,8 tys. zł. Jak wynika ze sporządzonego raportu, wsparcie było udzielane, na ogół w sposób prawidłowy¹⁷⁸.

Podsumowanie

Polityka rynku pracy jest istotnym obszarem funkcjonowania instytucji rynku pracy i polityki społeczno-gospodarczej. Organy publiczne, wykonując swoje zadania ustawowe, winny dokonywać oceny skutków wybranej polityki zarówno z punktu widzenia jej skutków społeczno-gospodarczych, jak i finansowych. Ta sytuacja nawiązuje do jednego z zadań, które odnosi się do rynku pracy, a jest nim wpływanie na rynek pracy, budowa skutecznej polityki rynku pracy oraz jej realizacja. Tworzone programy zatrudnienia powinny uwzględniać również bieżącą sytuację rynkową, zwłaszcza w dobie pandemii COVID-19, która zmieniła gospodarkę i rynek pracy.

Podsumowując, należy zauważyć że państwo może wpływać na rynek pracy za pomocą wielu instrumentów które finansowane są ze środków publicznych. Odpowiednie dysponowanie środkami i ich adekwatność powinna być dostosowana do aktualnych potrzeb rynku. Warto również zwrócić uwagę na rolę samorządów, które wykonując powierzone im zadania, powinny wziąć pod uwagę skutki społeczno-gospodarcze i finansowe. Zmiany jakie nastąpiły w Polsce w wyniku epidemii SARS-COV-2 wpłynęły na rynek pracy, co doprowadziło do podjęcia szeregu niezbędnych działań zmierzających do poprawy sytuacji osób, które najmocniej odczuły skutki pandemii na rynku pracy.

¹⁷⁸ Ibidem, s. 7-8.

Streszczenie

Do głównych zadań państwa zalicza się przeciwdziałanie bezrobociu. Instrumentem polityki rynku jest Fundusz Pracy który zaliczany jest do funduszy celowych. Podstawowym zadaniem tego Funduszu jest finansowanie działań wspierających urzędy pracy oraz inne czynności, które mają na celu aktywizację bezrobotnych oraz przeciwdziałanie zjawisku bezrobocia w kraju. W niniejszym artykule omówiono genezę powstania Funduszu Pracy jak również wskazano zasadnicze zmiany jakie dokonały się za jego sprawą po 1989 roku.

Słowa kluczowe: Fundusz Pracy, fundusz celowy, składki, rynek pracy, finanse.

Summary

The main tasks of the state include counteracting unemployment. An instrument of market policy is the Labour Fund, which is classified as a special-purpose fund. The basic task of this Fund is financing activities which support employment offices and other activities which aim at activating the unemployed and counteracting unemployment in the country. This article discusses the genesis of the creation of the Labour Fund, as well as indicates the fundamental changes that took place because of it after the system transformation in 1989.

Key words: Labour Fund, special purpose fund, contributions, labour market, finance.

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 29 grudnia 1989 r. o zatrudnieniu; Dz. U. z 1989 r., nr 75, poz. 446
2. Ustawa z dnia 16 października 1991 r. o zatrudnieniu i bezrobociu; Dz. U. z 1991 r., nr 106, poz. 457
3. Ustawa z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnianiu i przeciwdziałaniu bezrobociu; Dz. U. z 1995 r., nr 1, poz. 1
4. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1100 ze zm.
5. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw; Dz. U. z 2009 nr 6 poz. 33
6. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 423 ze zm.
7. Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3; t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 75 ze zm.

Literatura

1. *Aktywna polityka rynku pracy w Polsce w kontekście europejskim*, red: Z. Wiśniewski, K. Zawadzki, Toruń 2010.

2. Buchwald A., *Efektywność aktywnych programów rynku pracy w Polsce. Ujęcie regionalne*, Poznań 2009, [rozprawa doktorska], DOI: <https://www.wbc.poznan.pl/publication/112171> [dostęp: 27.07.2021 r.].
3. Dębowska-Romanowska T., *Fundusze systemu budżetowego*, [w:] *System instytucji prawno-finansowych PRL*, red. M. Weralski, t. 2, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1982.
4. Filipiak B. Z., *Wydatki z funduszu pracy na finansowanie polityki rynku pracy*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2019, T. XX, z.10.
5. *Informacja o wynikach kontroli: Wykonanie budżetu państwa w 2020 r. w części 31- Praca oraz wykonanie planów finansowych Funduszu Pracy i Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych*, KPS.430.007.2021, Nr ewid. 76/2021/P/21/001/KPS, NIK, Warszawa 20216.
6. Karpińska M., *Rola funduszy europejskich w procesie zarządzania projektami*, *Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne* 2020, nr 32 7.
7. Kijowski A., *Ochrona roszczeń pracownika w razie niewypłacalności pracodawcy*, *Przegląd Sądowy* 1993, nr 1.
8. Knapieńska M., *Problemy finansowania polityki rynku pracy w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*, [w:] *O nowy ład finansowy w Polsce: rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*, red. J. Ostaszewski, Warszawa 20159.
9. Kryńska, E. Kwiatkowski, *Polityka państwa wobec rynku pracy: idee ekonomiczne i rzeczywistość*, *Polityka Społeczna* 2010, nr 5-6.
10. Marciniak M., *Odpowiedzialność za naruszenie obowiązku odprowadzania składek na Fundusz Pracy oraz fundusz ubezpieczenia zdrowotnego*, *Prokuratura i Prawo* 2008, nr 1.
11. Mrozek M., *Wybrane aspekty polityki wobec rynku pracy w województwach Polski Północno-Zachodniej w latach 2014-2016*, *Studia i Prace WNEiZ US* 2018, nr 51.
12. Organiściak-Krzykowska A., *Efektywność programów rynku pracy w wymiarze regionalnym*, *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica* 2011.
13. Pasierbak P., *Zmiany na Polskim rynku pracy 2008–2010*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H* 2012, nr 2.
14. *Raport z badań przeprowadzonych w ramach projektu Analiza funkcjonowania urzędów pracy po ich włączeniu do administracji samorządowej*, Warszawa 2008.
15. Ratuszniak M., Olejarz T., *Dochody i wydatki Funduszu Pracy w latach 1990-2002*, *Rynek Pracy* 2003, nr 6.
16. *Repetitorium z prawa administracyjnego*, [w:] *Wyższa Szkoła Prawa i Administracji Rzeszów – Przemysł*, red. Z. Czarnik, Rzeszów - Przemysł 2015.
17. Strzelecka J., *Fundusz Pracy – źródła finansowania i przeznaczenie środków*, *Biuro Studiów i Ekspertyz, Informacja* nr 780, Warszawa 2001.
18. Szyłko-Skoczny M., *Polityka rynku pracy w III RP-doświadczenia i wyzwania*, *Problemy Polityki Społecznej* 2014, nr 26.

Źródła internetowe

1. *Fundusz pracy-analiza funkcjonowania*, 2017, źródło internetowe: <http://www.institutemerytalny.pl/wp-content/uploads/2017/08/Fundusz-pracy-analiza-funkcjonowania.pdf>, [dostęp: 3.08.2021 r.].
2. *Poradnik- Zasady opłacania składek na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz Fundusz Solidarnościowy*, s. 6-7, Źródło internetowe: <https://www.zus.pl/documents/10182/167567/> [dostęp: 21.07.2021 r.].

ISSN 2720-3298

