

KATARZYNA MARIA ZOŃ

Uniwersytet Wrocławski

KILKA UWAG O OBOWIĄZKU UDZIELANIA PRZEZ
LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ŚWIADCZEŃ POZA ZAKRESEM SWOJEJ SPECJALIZACJI

1. WPROWADZENIE

Przestrzeganie przez lekarza posiadanych umiejętności oraz obowiązek celowania specjalistycznego zabiegu na kompetentny podmiot już w starożytności wymieniane były wśród podstawowych zasad etycznych zawodu lekarza¹. Rozwój nauk medycznych doprowadził do formalnego wyodrębnienia różnych specjalizacji lekarskich². Konsekwencją uszczegółowienia się dziedzin medycyny jest obowiązek wykonywania przez lekarza czynności w zakresie swoich kwalifikacji zawodowych określonych ramami konkretnej specjalizacji. Wskazana zasada wynika zarówno z regulacji ustawowej³, jak i norm o charakterze deontologicznym⁴. Z drugiej jednak strony powyższa reguła, zgodnie z którą pacjent powinien być leczony przez specjalistę z danej dziedziny, nie jest jednoznaczna z absolutnym zakazem podejmowania czynności spoza zakresu specjalizacji. Wyróżnić można sytuacje wyjątkowe, w których udzielenie świadczenia poza zakresem swojej specjalizacji będzie obowiązkiem lekarza. Niepodjęcie wymaganych działań w takim przypadku może spowodować powstanie odpowiedzialności cywilnej, karnej oraz zawodowej lekarza.

¹ Por. treść przysięgi Hipokratesa: „[...] Nie będę stanowczo wykonywał wycięcia chorym na kamień, pozostawiając to ludziom, zawodowo stosującym ten zabieg [...]”, za: *Przysięga i Przykazanie Hipokratesa* (z gr. przełożyła G. Piankówna, 1931), „Gazeta Lekarska” 2002, nr 10, <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2002/n200210/n20021020> (dostęp: 15.01.2016).

² Wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz.U., poz. 26), w którym wymieniono 77 specjalizacji lekarskich (np. endokrynologia, kardiologia, medycyna ratunkowa, okulistyka) oraz 9 specjalizacji lekarsko-dentystycznych (t.j. np. chirurgia stomatologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa, ortodoncja).

³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz.U. 2017, poz. 125), dalej: u.z.l.

⁴ Kodeks Etyki Lekarskiej, dalej: KEL, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf (dostęp: 11.01.2016).

Celem niniejszej pracy jest analiza problematyki obowiązku lekarza podstawowej opieki zdrowotnej udzielania świadczeń poza zakresem swojej specjalizacji jako wyjątku od ogólnej zasady. W związku z powyższym rozważenia wymagają przesłanki uzasadniające podjęcie tych czynności, a także ich zakres. Dla określenia ram przedmiotowych omawianego zagadnienia na wstępie zasygnalizowane zostaną najważniejsze regulacje ustawowe oraz deontologiczne statuujące zasadę działania lekarza w zakresie posiadanej specjalizacji wraz ze wskazaniem wyjątków od niej. Następnie przedmiotem rozważań będą sytuacje, w których po stronie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zaktualizuje się obowiązek podjęcia czynności spoza zakresu swojej specjalizacji. Na zakończenie przedstawione zostaną wnioski płynące z przeprowadzonej analizy.

2. OBOWIĄZEK LEKARZA DZIAŁANIA W ZAKRESIE POSIADANEJ SPECJALIZACJI

2.1. TYTUŁ LEKARZA SPECJALISTY

Dla prowadzenia dalszych rozważań konieczne jest określenie znaczenia pojęcia lekarza specjalisty. Legitymowanie się tym tytułem wiąże się z wymogiem posiadania dodatkowych kompetencji, wiedzy i umiejętności w zakresie konkretnej dziedziny medycyny. Zgodnie z treścią art. 16 ust. 1 u.z.l. zasadniczo lekarz może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz po złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego albo po uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą. Jednakże podkreślić należy, że niewystarczające jest formalne potwierdzenie kompetencji lekarza. W tym kontekście wypowiedział się Sąd Najwyższy, wskazując, że:

na lekarzu, jak na każdym profesjonalście, spoczywa obowiązek kompetencji i obowiązek udzielania informacji. Chodzi przy tym o kompetencje rzeczywiste, merytoryczne, a nie jedynie formalne, zaś obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz śledzenia postępów nauki i techniki medycznej wynika wprost z art. 18 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 55 kodeksu etyki lekarskiej. Ignorancja w tym zakresie stanowi winę lekarza⁵.

Dopełnieniem realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego jest stała aktywność zawodowa w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego (między innymi przez realizowanie programu specjalizacji), potwierdzana uzyskiwaniem odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych⁶.

⁵ Wyrok SN z dnia 13 października 2005 r., IV CK 161/05, OSP 2006/6, poz. 71.

⁶ Sposób realizacji tego obowiązku precyzuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz.U. Nr 231, poz. 2326 z późn. zm.). Jednym ze sposobów wypełnienia obo-

2.2. ZASADA DZIAŁANIA W ZAKRESIE POSIADANEJ SPECJALIZACJI

Mając na uwadze powyższe, uzasadnione jest scharakteryzowanie zasady działania lekarza w zakresie posiadanej specjalizacji. Tytułem wprowadzenia warto przywołać regulacje ogólne dotyczące podstawowych obowiązków lekarza przy wykonywaniu zawodu. Konieczność posiadania wymaganych kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wynika z treści art. 2 ust. 1 u.z.l., zaś obowiązek wykonywania zawodu z należytą starannością będący podstawową dyrektywą podejmowania przez lekarza wszelkich działań wysłowny został w art. 4 u.z.l.⁷ Konkretyzacją powyższych regulacji jest przepis art. 37 u.z.l., w którym ustawodawca wprost odnosi się do powinności zasięgnięcia przez lekarza mającego wątpliwości diagnostyczne czy terapeutyczne opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego Z inicjatywą taką może wystąpić również pacjent (przedstawiciel ustawowy pacjenta)⁸. Zaś uznanie, czy działanie takie jest uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, należy do lekarza, który również samodzielnie podejmuje wszelkie decyzje o zasięgnięciu konsultacji czy jej zakresie. W tym kontekście powinien on opierać się na swojej wiedzy oraz dbać o działanie w ramach posiadanych kwalifikacji. Obowiązek zasięgnięcia opinii innego lekarza istnieje, gdy lekarz: nie jest w stanie sam rozstrzygnąć wątpliwości, które mogą być dzięki niej usunięte⁹, nie ma pewności, czy postawiona przez niego diagnoza jest słuszna, a także, jeśli w danym przypadku konieczna jest wiedza specjalistyczna¹⁰. Z przesłanki, iż lekarz posiadający pełne prawo wykonywania zawodu dysponuje wiedzą ogólną, nie można wyprowadzić wniosku, zgodnie z którym ma on szczególną wiedzę ze wszystkich działów medycyny i tym samym jest uprawniony do leczenia każdego schorzenia pacjenta. Niezależnie od posiadanej specjalizacji lekarz nie zna się na wszystkich dziedzinach medycyny, a zatem nie może zalecać ani przeprowadzać zabiegów wymagających wiedzy czy umiejęt-

wiązku doskonalenia zawodowego jest realizowanie programu specjalizacji (§ 3 pkt 1), który odpowiada 50 punktom edukacyjnych na 1 rok (załącznik nr 3 określający liczbę punktów edukacyjnych odpowiadających poszczególnym formom doskonalenia zawodowego).

⁷ Szerzej na temat należytej staranności jako dyrektywy postępowania lekarza *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, wyd. 2, Warszawa 2014, s. 93 n.; L. Ogiegło [w:] *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiegło, wyd. 2, Warszawa 2015, s. 16.

⁸ Por. art. 6 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2016, poz. 186 z późn. zm.), zgodnie z którym: „pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie”.

⁹ Wyrok SN z dnia 24 maja 2005 r., V KK 375/04, OSNKW 2005 Nr 3, poz. 31.

¹⁰ Por. treść art. 33 ust. 2, art. 34 ust. 7 i art. 35 u.z.l. Ustawodawca wymaga konsultacji z innym lekarzem czy zasięgnięcia jego opinii również w przypadku braku zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

ności specjalistycznych¹¹. Dopiero uzyskanie określonych umiejętności w drodze kształcenia podyplomowego daje kwalifikacje oraz uprawnienie do wykonywania konkretnych czynności¹².

Rozważana zasada wskazana została również w art. 10 KEL. Z jego treści wynika obowiązek wykonywania przez lekarza czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich w zakresie posiadanych umiejętności zawodowych. W myśl postanowień powyższej regulacji powinność zwrócenia się do bardziej kompetentnego lekarza aktualizuje się, jeśli zakres czynności przewyższa umiejętności danego lekarza. Wyjątkiem od wysłowionej reguły są nagłe wypadki i ciężkie zachorowania, gdy zwłoka w podjęciu działania może zagrażać zdrowiu lub życiu pacjenta. Ponadto podkreśla się, że poza normą negatywną (lekarz powinien wystrzegać się działań wykraczających poza jego kompetencje zawodowe) art. 10 KEL statuuje również normę pozytywną, zgodnie z którą powinnością lekarza jest posiadanie wysokich umiejętności w zakresie swej specjalizacji oraz obowiązek ich nieustannego podnoszenia¹³. Ponadto zasięgania konsultacji innego lekarza nie można oceniać jako własnej niewiedzy, gdyż studia medyczne i staż podyplomowy dają jedynie ogólny wgląd na medycynę jako naukę. Na tę okoliczność zwraca uwagę J. Kornobis, wskazując ponadto, iż: „[l]ekarz im więcej wie, tym bardziej powinien zdawać sobie sprawę, w których dziedzinach nie czuje się pewnie. Zasięganie porady nie jest przyznawaniem się do braku wiedzy; czy każdy ma wiedzę absolutną? Świadczyć to tylko może, że lekarz ma na myśli jedynie dobro chorego”¹⁴. Podkreśla się ponadto, że lekarz powinien znać swoje możliwości zajęcia się pacjentem i postępować tak, aby nie przekroczyć swoich kompetencji i nie zaszkodzić, gdyż lekkomyślne postępowanie naraża chorego na niewłaściwe leczenie, a lekarza na ryzyko odpowiedzialności¹⁵. Także art. 54 KEL nakłada na lekarza mającego wątpliwości diagnostyczne i lecznicze powinność zapewnienia choremu, w miarę możliwości, konsultacji innego lekarza. W myśl powołanej normy opinia ta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

¹¹ Wyrok SN z dnia 9 października 1945 r., I C 188/45, Zbiór Orzecznictwa 1945–46, poz. 18. W tej sprawie okulista i ginekolog zdecydowali o konieczności usunięcia u pacjentki krwiaka na podudziu. Zabieg przeprowadził ginekolog w warunkach ambulatoryjnych. Na skutek zakażenia podczas nieuzasadnionej medycznie interwencji pacjentka zmarła. W wyroku SN uznał, iż powierzenie wykonania zabiegu, który wymaga fachowej wiedzy i umiejętności, lekarzowi nieposiadającemu odpowiednich kwalifikacji może stanowić winę własną szpitala (jako nienależyte zorganizowanie pracy zatrudnionych w szpitalu lekarzy).

¹² D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 310.

¹³ A. Muszala, *Kodeks Etyki Lekarskiej: gdy przypadek kliniczny przerasta możliwości lekarza*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 7–8, s. 128–129.

¹⁴ J. Kornobis, *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz. Aforyzmy. Myśli*, wyd. 2, Wrocław 2001, s. 28.

¹⁵ *Ibidem*, s. 27.

3. WYJĄTKI OD ZASADY DZIAŁANIA W ZAKRESIE POSIADANEJ SPECJALIZACJI

3.1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA

Mając na względzie poczynione powyżej uwagi, wskazać należy wyjątki od analizowanej zasady, albowiem w niektórych sytuacjach działanie poza zakresem specjalizacji jest obowiązkiem lekarza. Pierwszą grupę przykładów stanowią trzy przypadki wymienione w art. 30 u.z.l. zobowiązujące do udzielania pomocy lekarskiej, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki¹⁶. Ustawowy obowiązek niesienia pomocy drugiemu człowiekowi znajdującemu się w niebezpieczeństwie został w kontekście lekarza określony szerzej niż w przypadku innych osób. Dotyczy on każdego lekarza niezależnie od aktualnego zatrudnienia lub jego braku, a także bez względu na fakt, czy jest on w trakcie pracy, czy też spędza czas prywatnie. Istotne jest, by znajdował się w miejscu i czasie zdarzenia oraz mógł bezzwłocznie udzielić pomocy¹⁷.

Kolejny wyjątek od obowiązku działania w zakresie posiadanej specjalizacji stanowi wykonywanie czynności przez lekarza systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. W myśl definicji legalnej zawartej w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dalej: u.p.r.m.)¹⁸ lekarzem systemu jest lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, z zastrzeżeniem art. 57 u.p.r.m.¹⁹. Celem realizacji programu specjalizacji w zakresie medycyny ratunkowej jest przygotowanie do podejmowania szybkich i wysokospecjalistycznych działań leczniczych w sytuacjach

¹⁶ Szerzej w przedmiocie interpretacji art. 30 u.z.l. zob. *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, s. 554 n.; A. Dyszlewska-Tarnawska [w:] *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiegło, s. 378 n.

¹⁷ *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, s. 554–555.

¹⁸ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. 2016, poz. 1868).

¹⁹ Art. 57 u.p.r.m. przewiduje rozwiązanie przejściowe z uwagi na niewystarczającą liczbę specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej, stanowiąc w ust. 1, iż do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii (pkt 1) albo 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala (pkt 2). Z tym, że do dnia 1 stycznia 2018 r. lekarz ten jest obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej, a w przypadku niespełnienia tego wymogu przestaje być lekarzem systemu.

nagłego zagrożenia życia lub zdrowia²⁰. Zespoły ratownictwa medycznego wykonują medyczne czynności ratunkowe²¹ definiowane w art. 3 pkt 4 u.p.r.m. jako świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez jednostkę systemu w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W myśl art. 3 pkt 8 u.p.r.m. jest to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała albo utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia²². Uzasadnieniem dla udzielenia pomocy przez lekarza niebędącego specjalistą w danej dziedzinie jest szczególnie rodzaj pomocy udzielanej przez lekarza systemu, mającej charakter doraźny²³. W sytuacjach nadzwyczajnych dokonuje on czynności bezpośrednio ratujących życie i zdrowie człowieka, działając często poza zakresem swojej specjalizacji. Obowiązkiem lekarza systemu jest udzielić niezbędnej pomocy w sytuacji nagłej, grożącej pacjentowi utratą życia czy uszczerbkiem na zdrowiu lub rozstrojem zdrowia. Jeśli zaś w ocenie lekarza stan pacjenta będzie wymagał przeprowadzenia dalszych badań, poszerzenia diagnostyki czy leczenia szpitalnego, powinien on skierować pacjenta na takie badanie lub leczenie²⁴. W takiej sytuacji kontynuacja przez lekarza systemu procesu leczenia wykracza poza granice wyjątku od ogólnej zasady. Doraźny charakter pomocy nie wyłącza obowiązku zachowania należytej staranności i konieczności działania w ramach standardów w zakresie metod diagnostycznych. W orzecznictwie wskazuje się, że od lekarza Pogotowia Ratunkowego, który nie jest specjalistą-chirurgiem, można wymagać, aby w ramach doraźnie udzielanej pomocy zaordynował prześwietlenie, jeżeli w konkretnych okolicznościach, zgodnie z zasadami doświadczenia, zachodzić może podejrzenie złamania kości²⁵. Postępowanie takie wynika z obowiązku zachowania przez każdego lekarza należytej staranności i wdrażania podstawowych standardów w zakresie diagnostyki bez względu na posiadanie specjalizacji czy jej brak.

Również wśród norm deontologicznych, w art. 10 KEL, przewidziano wyjątek od obowiązku działania w zakresie posiadanej specjalizacji w sytuacji nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka w podjęciu działania może zagrażać zdrowiu lub życiu pacjenta. W takich sytuacjach decydujące znaczenie ma czas, ponieważ czekanie na konsultacje mogłoby spowodować dla pacjenta bardziej

²⁰ *Ratownictwo medyczne w Polsce — ustawa o państwowym ratownictwie medycznym*, red. J. Jakubaszko, A. Ryś, Kraków 2002, s. 60.

²¹ Szerzej w przedmiocie definicji pojęcia „medyczne czynności ratunkowe”, *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, red. S. Poździoch, wyd. 2, Warszawa 2013, s. 74–76.

²² Szerzej w przedmiocie definicji pojęcia „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego” *ibidem*, s. 83–86.

²³ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. 10, Toruń 2013, s. 217.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Wyrok SN z dnia 1 maja 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/78, poz. 155.

niekorzystne skutki niż udzielenie mu pomocy w jakimkolwiek zakresie. Jednakże, pomagając według swoich możliwości, należy również czynić starania o jak najszybsze skorzystanie z właściwej konsultacji²⁶.

3.2. LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W myśl art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.o.z.f.ś.p.)²⁷ lekarzem uprawnionym do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: lekarz POZ) jest lekarz, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo konieczne jest potwierdzenie odpowiednimi dokumentami spełnienia jednego z poniższych wymogów: posiadania tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny rodzinnej, posiadania specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, posiadania specjalizacji I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, posiadania specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub posiadania specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie pediatrii²⁸.

Pozycja lekarza POZ jest szczególna. Zgłaszają się do niego pacjenci ze wszelkimi dolegliwościami, objawami i z reguły jako pierwszy udziela on świadczeń zdrowotnych, inicjując kontakt pacjenta z systemem ochrony zdrowia. Zasadniczo dopiero skierowanie od lekarza POZ umożliwia pacjentowi konsultację ze specjalistą²⁹ czy leczenie szpitalne.

Z uwagi na powyższe okoliczności podczas wizyty pacjenta lekarz POZ w pierwszej kolejności musi rozważyć, czy ma do czynienia ze stanem faktycznym określonym w art. 30 u.z.l. Jeśli uzna on, że w tej konkretnej sytuacji zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować dla pacjenta niebezpieczeństwo utraty

²⁶ J. Kornobis, *op. cit.*, s. 28.

²⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2015, poz. 581 z późn. zm.).

²⁸ Z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 166, poz. 1172), który przewiduje zachowanie po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarza mimo niespełnienia powyższych kryteriów. Ponadto lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii są obowiązani w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej ukończyć kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej, organizowany przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (art. 55 ust. 2b u.ś.o.z.f.ś.p.).

²⁹ Por. treść art. 57 ust. 2 u.ś.o.z.f.ś.p.

życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia albo będzie ona przynależała do kategorii innych przypadków niecierpiących zwłoki, obowiązany jest, przy zachowaniu należytej staranności, do podjęcia niezbędnych czynności. W tym kontekście nie ma znaczenia, czy lekarz posiada tytuł specjalisty.

Jeśli zaś lekarz POZ dojdzie do wniosku, że stan zdrowia danego pacjenta nie kwalifikuje go do tej grupy, a ocena wydaje się możliwa dopiero po przebadaniu pacjenta w podstawowym zakresie, powinien określić, czy leczenie stwierdzonego schorzenia mieści się w ramach posiadanej przez niego specjalizacji. Niezbędne jest również rozważanie, czy nie będzie konieczności skonsultowania się ze specjalistą już na etapie stawiania diagnozy. W przypadku stwierdzenia, że dane działanie objęte jest zakresem posiadanej specjalizacji, należy podjąć czynności w oparciu o posiadaną wiedzę oraz umiejętności. Jeśli odpowiedź będzie negatywna, lekarz POZ stanie przed kolejnym pytaniem — czy skierować pacjenta do specjalisty, czy też samodzielnie podjąć czynności, a jeśli tak, to w jakim zakresie. Niewątpliwie w tym kontekście należy rozgraniczyć kilka sytuacji. Pierwsza z nich dotyczy przypadku, gdy zgłaszający się do lekarza POZ pacjent wymaga podjęcia niezbędnych czynności stanowiących zwykłe metody diagnostyczne, po wykonaniu których konieczna będzie wizyta u specjalisty z danej dziedziny medycyny. Przykładem takiej sytuacji jest pacjent z podejrzeniem złamania ręki. Wykonując zawód, lekarz POZ zawsze powinien zachować należytą staranność. Jej przejawem będzie m.in. zastosowanie ogólnie przyjętych standardów postępowania, metod diagnostycznych czy terapeutycznych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, które należy wdrożyć w typowej sytuacji niezależnie od posiadanej specjalizacji. W przywołanym przypadku dochowaniem należytej staranności będzie niezwłoczne skierowanie pacjenta na badanie radiologiczne (RTG) w celu prześwietlenia kończyny, a następnie wystawienie skierowania do odpowiedniego specjalisty. Samo skierowanie pacjenta do specjalisty nie byłoby wystarczające, gdyż już niezastosowanie ogólnych schematów mogłoby stanowić podstawę odpowiedzialności lekarza. Jeśli pacjent nie wymaga podjęcia niezbędnych czynności lub ze względu na brak specjalistycznej wiedzy lekarz nie jest w stanie wykonać odpowiednich działań, jego podstawowy obowiązek stanowi skierowanie pacjenta do specjalisty. Podjęcie przez lekarza ogólnego czynności, do których kwalifikowany jest wyłącznie specjalista, powoduje, iż będzie on oceniany według wzorca postępowania specjalisty. Mając na uwadze powyższe, winę lekarza stanowi już samo podjęcie czynności wymagających specjalistycznej wiedzy, chyba że jakkolwiek zwłoka w ich realizacji miałyby dla pacjenta negatywne konsekwencje³⁰. Podobnie kształtuje się sytuacja, gdy świadczeń udziela wprawdzie specjalista, lecz w innej dziedzinie medycyny, a zatem działa poza granicami swojej specjalizacji³¹.

³⁰ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 215.

³¹ Por. wyrok SN z dnia 11 marca 1976 r., IV CR 50/76, OSN 1977, poz. 11. Na skutek niewłaściwego leczenia złamania powódka doznała trwałego kalectwa polegającego na usztywnieniu nogi w stawie skokowym. W sprawie tej SN stwierdził, że złożenia nogi dokonał lekarz o niewłaściwej

Wskazać należy, iż winę lekarza stanowi nie tylko brak zasięgnięcia opinii specjalisty, ale również zbyt późne skierowanie pacjenta do specjalisty³². Prowadzenie leczenia pacjenta cierpiącego na chorobę przewlekłą przez lekarza niemającego danej specjalizacji również może być podstawą odpowiedzialności. W konsekwencji udzielenia przez lekarza świadczeń bez posiadania specjalistycznej wiedzy pacjent doznaje szkody możliwej do uniknięcia dzięki przeprowadzeniu specjalistycznej konsultacji w odpowiednim czasie³³. Gdy pacjent trafi do niewłaściwego specjalisty albo do lekarza, który nie jest w stanie podjąć odpowiednich czynności leczniczych ze względu na brak specjalistycznej wiedzy, lekarz ma obowiązek skierować go do właściwego specjalisty. Jednakże o zachowaniu należytej staranności można mówić dopiero, gdy wskaże on również pacjentowi na konieczność kontynuowania specjalistycznego leczenia³⁴.

Rozważenia wymaga również sytuacja, w której lekarz POZ uzna konsultację specjalistyczną za konieczną. Wizyta u specjalisty, finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, wiąże się z długim oczekiwaniem, podczas gdy stan zdrowia pacjenta pogarsza się. Kierując się zatem dyrektywą należytej staranności, lekarz POZ obowiązany jest nie tylko wydać pacjentowi skierowanie do specjalisty, lecz także podjąć niezbędne czynności oraz konieczne decyzje diagnostyczne lub terapeutyczne. Celem wykonywanych działań jest utrzymanie pacjenta oczekującego na konsultację specjalisty w jak najlepszym stanie zdrowia. Z drugiej jednak strony należy pamiętać, iż lekarz POZ nie jest uprawniony do leczenia na własną rękę każdego pacjenta, twierdząc, że czas oczekiwania na specjalistyczną konsultację jest zbyt długi. Zakres dokonywanych przez niego czynności ogranicza się do świadczeń koniecznych, a okres pieczy lekarza POZ nad takim pacjentem kończy się wraz z objęciem go leczeniem przez lekarza specjalistę. W tym kontekście obowiązany jest podjąć działania spoza zakresu własnej specjalności, jeśli będą one niezbędne do zapobieżenia negatywnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta. Powinien wdrożyć schematy praktycznego postępowania³⁵, których wykonanie lub zlecenie w danej sytuacji jest uzasadnione

specjalizacji (internista), a przy tym niedoświadczony (z zaledwie 4 miesięcznym stażem pracy), który w dodatku rozpoznał złamanie tylko jednej kości przyśrodkowej stawu skokowego, podczas gdy złamane były obie kostki. Na rzecz powódki zasądzono odszkodowanie.

³² Wyrok SO w Radomiu z dnia 15 lipca 2003 r., I C 955/98, w: M. Nesterowicz, *Wyrok Sądu Okręgowego w Radomiu z dnia 15 lipca 2003 r., I C 955/98. Glosa*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 2, s. 128–137; *idem*, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, wyd. 2, Warszawa 2014, s. 107–110.

³³ A. Dyszlewska-Tarnawska, *op. cit.*, s. 449.

³⁴ Wyrok SN z dnia 7 stycznia 1966 r., I CR 369/65, OSPiKA 1966, poz. 278.

³⁵ J. Zajdel, *Prawo w medycynie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*, Łódź 2007, s. 77. W tym kontekście J. Zajdel podaje następujący przykład: Do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej trafia pacjent z kilkuletnim wywiadem i rozpoznaniem cukrzycy typu II. W wyniku analizy badania podmiotowego i badań laboratoryjnych lekarz stwierdza pojawienie się objawów choroby wieńcowej, niewydolności nerek oraz rozchwianie cukrzycy. Najbliższy możliwy termin wizyty u diabetologa lub

bez względu na to, jaka jest specjalizacja lekarza i czy dotyczy ona ściśle wstępnie zdiagnozowanej jednostki chorobowej. Sytuację taką może ilustrować następujący przykład. Pacjentka zgłasza objawy typowe dla nadczynności tarczycy. Obowiązkiem lekarza POZ jest wystawienie skierowania do specjalisty (endokrynologa), lecz także, z uwagi na długi czas oczekiwania, skierowanie pacjentki na badanie poziomu hormonu tyreotropowego (TSH), FT3, FT4 oraz do pracowni diagnostycznej celem wykonania USG tarczycy³⁶. Niezwłocznie po otrzymaniu wyników badań pacjent powinien się skontaktować z lekarzem w celu oceny wyników. Jeśli potwierdzą one wstępną diagnozę, lekarz POZ winien zaordynować leczenie, by zapobiec bezpośredniemu niebezpieczeństwu dla życia pacjenta w postaci zaostżenia nadczynności tarczycy (przełom tarczycowy), a następnie monitorować skuteczność zaleconej terapii podczas wizyt pacjentki, aż do momentu konsultacji ze specjalistą. Podobny schemat postępowania należy zastosować, gdy wizyta u specjalisty wymaga pokonania przez pacjenta pewnej odległości stanowiącej dla niego istotną przeszkodę. Każdorazowo jednak sytuacja taka powinna być przez lekarza oceniana indywidualnie, przy uwzględnieniu okoliczności dotyczących danego pacjenta.

Należy również zastanowić się nad przypadkiem, w którym lekarz POZ wie, że pacjent, mimo otrzymania skierowania do specjalisty, nie skorzysta z niego, a w efekcie nie podejmie dalszego leczenia specjalistycznego. Pojawia się w tym kontekście pytanie, czy lekarz POZ może odmówić leczenia, czy też powinien samodzielnie rozpocząć leczenie specjalistyczne, narażając się tym samym na odpowiedzialność ze względu na przekroczenie zasady działania w ramach posiadanej specjalizacji. W pierwszej kolejności należałoby poinformować pacjenta (z zachowaniem realizacji tego obowiązku w przystępny sposób) o wątpliwościach i podejrzeniach, konieczności poszerzenia diagnostyki przez specjalistę oraz o konsekwencjach zdrowotnych, do których może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń. Następnie, w celu dochowania należytej staranności, niezbędne byłoby podjęcie przez lekarza prób przekonania pacjenta o konieczności wizyty u specjalisty, a w razie dalszej odmowy pacjenta odnotowanie w dokumentacji medycznej zakresu udzielonej informacji oraz okoliczności podejmowania prób przekonania pacjenta do wizyty u specjalisty, a także samego faktu odmowy³⁷. Jeśli pacjent nadal nie zastosuje się do zaleceń lekarza w postaci konsultacji u specjalisty, lekarz POZ będzie uprawniony do odstąpienia od leczenia

hospitalizacji w specjalistycznym oddziale wynosi sześć tygodni. W przedstawionej sytuacji lekarz jest zobowiązany do wdrożenia postępowania terapeutycznego i monitorowania jego skuteczności.

³⁶ Powyższe badania znajdują się na liście świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, załącznik 1, część IV. Por. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2016, poz. 86).

³⁷ Por. wyrok SN z dnia 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07, OSNC 2009/1/16 oraz wyrok SN z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166.

na podstawie art. 38 u.z.l.³⁸ Nie budzi wątpliwości, że przyczynę uzasadniającą powyższe stanowi sposób leczenia wykraczający poza umiejętności czy kwalifikacje zawodowe lekarza³⁹.

W tym kontekście wskazać należy na regulację dotyczącą możliwości skorzystania z porady specjalisty w postaci telekonsylium kardiologicznego i telekonsylium geriatrycznego podczas wizyty u lekarza POZ⁴⁰. Przepisy te stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 października 2015 roku. Warto podkreślić, iż te dwa nowe zakresy świadczeń refundowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem powyższej regulacji jest możliwość zdalnego kontaktu diagnostyczno-terapeutycznego, z pominięciem ograniczeń miejsca i czasu, co ma zwiększyć dostępność do świadczeń w postaci specjalistycznych konsultacji dla osób z terenów wiejskich oraz z obszarów, na których nie ma poradni kardiologicznych czy geriatrycznych. Ponadto pozwoli to na oszczędzenie czasu poświęcanego na przemieszczanie się pacjentów do specjalistycznych ośrodków znajdujących się w znacznej odległości od ich miejsca zamieszkania, a także ułatwi konsultowanie trudnych przypadków⁴¹. Kardiologiczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego oraz geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego udzielane są w trybie ambulatoryjnym. Przykładowo telekonsylium kardiologiczne obejmuje odpowiednio wywiad, zdalną analizę zapisu EKG, zdalną interpretację badań dodatkowych, a także ustalenie optymalnego leczenia kardiologicznego⁴².

4. WNIOSKI

Podsumowując, wskazać należy, iż zarówno z norm ustawowych, jak i ontologicznych wynika obowiązek lekarza działania w ramach posiadanej specjalizacji. W przypadku, gdy nie posiada odpowiednich kompetencji do leczenia pacjenta, powinien skierować go w odpowiednim czasie do właściwego specjalisty.

³⁸ O ile oczywiście nie zachodzi przypadek, iż zwłoka w udzieleniu pacjentowi pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30 u.z.l.).

³⁹ D. Karkowska, *op. cit.*, s. 311; A. Dyszlewska-Tarnawska, *op. cit.*, s. 451.

⁴⁰ Zarządzenie Nr 63/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, <http://www2.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-632015dsoz,6410.html> (dostęp: 15.01.2016).

⁴¹ Uzasadnienie do zarządzenia z dnia 30 września 2015 r., <http://www2.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-632015dsoz,6410.html> (dostęp: 15.01.2016).

⁴² Zarządzenie Nr 63/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-632015dsoz,6410.html> (dostęp: 15.01.2016).

Jednakże powyższa zasada nie ma charakteru absolutnego. W świetle obowiązujących regulacji wskazać można na sytuacje wyjątkowe nakładające na lekarza, w tym również lekarza POZ, obowiązek podejmowania czynności poza zakresem swojej specjalizacji. Przesłankę uprawniającą do powyższego stanowi przede wszystkim określony stan zdrowia pacjenta (stan zagrażający życiu lub zdrowiu) kwalifikujący daną sytuację jako przypadek nagły. W razie konieczności oczekiwania na konsultację specjalistyczną uzasadnieniem dla obowiązku udzielenia przez lekarza POZ świadczeń poza zakresem specjalizacji są również okoliczności (oczekiwanie na udzielenie świadczenia przez specjalistę, które mogłoby spowodować negatywny wpływ na zdrowie pacjenta), ich rodzaj (dotyczy czynności niezbędnych, mających charakter pomocy doraźnej) oraz zakres (ograniczony w stosunku do działań, które powinien podejmować wyłącznie specjalista). W takich sytuacjach brak niezwłocznego działania lekarza może spowodować powstanie po jego stronie odpowiedzialności zarówno cywilnej, karnej, jak i zawodowej. Warto podkreślić, że realizacja wskazanych czynności nie jest wystarczająca dla zachowania należytej staranności stanowiącej podstawową dyrektywę przy wykonywaniu zawodu. Poza podjęciem niezbędnych działań właściwe postępowanie obejmuje jednocześnie skierowanie pacjenta do specjalisty lub poinformowanie go o konieczności specjalistycznej konsultacji, gdy pacjent odmawia wykonania zalecenia lekarza w tym przedmiocie. Przekroczenie zakresu czynności koniecznych i udzielenie świadczeń wymagających specjalistycznej wiedzy stanowić będzie winę lekarza ocenianego w takiej sytuacji według wzorca postępowania specjalisty.

Znaczenie praktyczne tytułowego zagadnienia wynika z faktu, iż dla pacjentów lekarz POZ stanowi najczęściej pierwszy kontakt z systemem ochrony zdrowia. Określenie granic obowiązku podejmowania przez niego działań poza zakresem posiadanej specjalizacji jest istotne również ze względu na możliwość poniesienia przez lekarza POZ odpowiedzialności cywilnej, karnej oraz zawodowej.

A FEW REMARKS ON A PRIMARY CARE DOCTOR DUTY TO PROVIDE HEALTH SERVICES OUTSIDE THE SCOPE OF SPECIALIZATION

Summary

First it should be pointed out that a doctor has a duty to provide health services within the scope of his/her specialization. This basic rule arises from both statutory and deontological regulations.

The aim of this paper is to analyze the issue of a primary care doctor duty to provide health services outside the scope of his/her specialization as an exception to the above rule. In this respect it is very significant to explain the statutory and deontological regulations related to this topic, be-

cause it is necessary for further considerations. Then the exceptions to the rule are discussed. In this context the specific duty to provide health services outside the scope of specialization, concerning a primary care doctor should be highlighted.

In the end the conclusions of the analysis are presented.