



Iwona Wrześniewska-Wal

dr

Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medyczne Kształcenia

Podyplomowego w Warszawie

e-mail: i.wrzesniewska@cmkp.edu.pl; idrwal@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-8892-5985



Zawód zaufania publicznego z perspektywy zawodów medycznych – rozważania terminologiczno-definityjne

Streszczenie

W artykule podjęto próbę usystematyzowania zawodów medycznych, ich podział i rolę w systemie ochrony zdrowia. W badaniach wykorzystano metody dogmatyczne, związane z analizą logiczno-językową oraz wykładnią aktów prawa administracyjnego ze szczególnym uwzględnieniem regulacji dotyczących osób udzielających świadczenia zdrowotne. Wskazano, że brak jednoznacznej definicji zawodu medycznego sprawia, iż trudna staje się ocena coraz szerszych kompetencji poszczególnych zawodów medycznych i przejmowanie części zadań, a tym samym nie jest możliwe ustalenie granic międzyzawodowych. Przedstawiono podstawowe kwestie związane z zawodem reglamentowanym, wolnym i samodzielnym. Z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego zostały przedstawione cechy zawodów zaufania publicznego i krótka analiza dotycząca tworzenia samorządów zawodowych zawodów medycznych jako wspólnej reprezentacji całej profesji.

Słowa kluczowe: zawód medyczny, samodzielność zawodowa, samorząd zawodowy

Wprowadzenie

Zawody medyczne są ściśle związane z życiem i zdrowiem człowieka, które bezsprzecznie są wartościami nadrzędnymi determinującymi regulacje prawne. Obszar regulacji jest tu bardzo bogaty, gdyż w sytuacji, gdy życie lub zdrowie są zagrożone, prawo do ochrony wynika z regulacji prawa prywatnego (np. prawo

cywilne), jak i publicznego (np. prawo karne). Niewątpliwie obie te wartości, tj. zdrowie i życie, są ze sobą ściśle związane i niemożliwe jest ich rozłączenie. Nie można bowiem w pełni chronić zdrowia bez ochrony życia i odwrotnie¹. Co istotne, zapewnienie skutecznej ochrony życia i zdrowia stanowi zainteresowanie państwa i polega na tworzeniu różnych regulacji należących do prawa administracyjnego. W przypadku ochrony zdrowia powyższe regulacje tworzą normatywną podstawę systemu ochrony zdrowia.

Obecnie w polskim systemie opieki zdrowotnej obserwujemy zjawisko rozszerzania kompetencji i samodzielności zawodowej. Dobrym przykładem jest zastępowanie czynności zawodowych do tej pory przynależnych wyłącznie lekarzom przez inne zawody (np. pielęgniarki uzyskujące prawo do samodzielnej ordynacji medycznej i wypisywania recept, fizjoterapeuci samodzielnie prowadzący diagnozę funkcjonalną, farmaceuci przejmujący opiekę nad farmakoterapią pacjenta). Przez wiele lat takie zawody medyczne, jak pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci i farmaceuci, nie były zawodami samodzielnymi. Główną i dominującą rolę odgrywał lekarz, co wynikało z przyjętego modelu opieki skoncentrowanej głównie na diagnozie i leczeniu² oraz systemu kształcenia medycznego, a tym samym i odpowiedzialności. Nie ulega wątpliwości, że i współcześnie rola lekarza w systemie jest najważniejsza. Obecnie jednak model kształcenia innych zawodów medycznych jest bardzo zbliżony do regulacji warunkujących kształcenie lekarza. Osoby te również mają wyższe wykształcenie i stale muszą podnosić swoje kwalifikacje zawodowe. Ich niezależność zawodowa polega na swobodzie w planowaniu i wyborze metod pracy³. Wiąże się to ściśle z osobistym podejmowaniem decyzji i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania. Kluczowa w mojej opinii jest, obok odpowiedzialności karnej i cywilnej, odpowiedzialność zawodowa. W tym miejscu należy podkreślić, że odpowiedzialność zawodowa i posiadanie samorządu zawodowego jest charakterystyczne dla zawodów zaufania publicznego. Temat wymaga refleksji, gdyż obecnie gwałtowny rozwój niezależności w realizacji zadań zawodowych profesjonalistów medycznych nie zawsze łączy się z tym atrybutem. Ponadto

1 A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniu podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 21.

2 Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1950 r., nr 50, poz. 458), art. 1; D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 308; B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 54.

3 W myśl zasady samodzielności prawnej dany zawód medyczny jest samodzielny, jeżeli może zostać uznany za wyłącznie uprawniony do podejmowania i realizowania działań we wszystkich sprawach mieszczących się w zakresie jego działania zawodowego, określonych w przepisach prawa, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i aktualną wiedzą medyczną. D. Karkowska, *Zawody...*, s. 309.

w polskim porządku prawnym nie ma definicji zawodu zaufania publicznego, a pojęcie to zostało wprowadzone do polskiego systemu prawnego w treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP⁴. Dodatkowo w doktrynie nie ma zgodności co do katalogu zawodów medycznych⁵.

Celem pracy jest odpowiedź na pytanie, które zawody medyczne i dlaczego powinny zostać uznane za zawody zaufania publicznego. Czy każdy z nich powinien posiadać swój samorząd? Odpowiedź na te pytania jest o tyle istotna, że w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji RP samorzady zawodów medycznych współuczestniczą w sprawowaniu władzy publicznej⁶, a konstytucyjny zwrot „sprawowanie pieczy” nad należytych wykonywaniem zawodu pozwala ustawodawcy na przekazywanie samorządom zawodowym zadań publicznych m.in. w zakresie odpowiedzialności zawodowej. W pracy zinterpretowano pojęcia zawód medyczny i zawód w ochronie zdrowia. Przedstawiono również autorskie uzasadnienie dla istnienia medycznych zawodów zaufania publicznego.

Zawód

Termin zawód nie posiada legalnej definicji w systemie prawa polskiego. Posługując się definicją słownikową, należy przyjąć, że zawód to umiejętność wykonywania pracy w danej dziedzinie, fach, specjalność⁷. Analizując to pojęcie, warto odwołać się do ustaleń poczynionych przez socjologię, to ta nauka bowiem poczyniła największy wkład w kształtowanie pojęcia zawodu, a prawnicy wielokrotnie odwołują się do socjologii, korzystając z jej dorobku⁸. Podana przez T.W. Nowackiego definicja stanowi, że

zawód to wykonywanie zespołów czynności społecznie użytecznych, wyodrębnionych na skutek podziału pracy, wymagających od pracownika odpowiedniej wiedzy i umiejętności, a także cech psychofizycznych warunkujących wykonanie zadań zawodowych,

4 J. Sobczak, *Zawody zaufania publicznego. Regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje*, w: J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak (red.), *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, Poznań 2015, s. 39–41.

5 D. Karkowska, *Zawody...*, s. 83.

6 A. Trubalski, *Samorzady zawodów zaufania publicznego na przykładzie samorządu radców prawnych. Perspektywa konstytucyjnoprawna*, „*Studia Iuridica Lublinensia*” 2014, nr 21, s. 223.

7 W. Doroszewski (red.), *Wielki słownik języka polskiego*, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/zawod;5528137.html> (dostęp 14.07.2022).

8 M. Ławniczak-Lehmann, *Pojęcie zawodów medycznych w świetle prawa i doktryny prawniczej*, „*Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*” 2001, nr 1–2, s. 28.

powtarzanych systematycznie i będących źródłem utrzymania dla pracownika i jego rodziny⁹.

Na wyróżnienie w tej definicji zasługuje posiadanie pewnych cech niezbędnych do wykonywania danego zawodu. Wobec późniejszej analizy zawodów medycznych warto wymienić te najważniejsze, przydatne do ich wykonywania m.in.: zdolności manualne (w medycznych specjalizacjach zabiegowych), odporność na stres, sumiennność i empatia. Inny, ale też socjologiczny aspekt definicji wskazuje, że zawody są wynikiem podziału pracy i wskazują na proces różnicowania się społeczeństwa ze względu na podjęcie różnych ról zawodowych, a wraz z powiększającą się specjalizacją zawodową również wykonywanych czynności¹⁰. W tym ujęciu ze względu na aspekt kształcenia kadr medycznych warto zatrzymać się na specjalizacji. Zawód jest pojęciem szerszym niż specjalizacja¹¹. Zawód może dzielić się na specjalności, gdyż pod pojęciem „specjalność” należy rozumieć podział pracy w ramach zawodu. Zdobywanie specjalizacji jest wynikiem dysponowania wysokim poziomem wiedzy zawodowej, umiejętnościami oraz doświadczeniem w zakresie nauk: technicznych, przyrodniczych, społecznych, humanistycznych i pokrewnych¹². Kolejnym terminem związanym z wykonywaniem zawodu są „kwalifikacje zawodowe” rozumiane jako wykształcenie i staż pracy, natomiast w ujęciu faktycznym (rzeczywistym) jako wiedza i umiejętności¹³. Przekłada się to na przepisy w Kodeksie pracy, których celem jest ułatwienie podnoszenia kwalifikacji zawodowych (art. 17 KP, jak również art. 94 pkt 6 KP)¹⁴.

W rezultacie, jak słusznie zauważa K. Wojtczak, pojęciem „zawodu” zajmuje się wiele dyscyplin naukowych, a związek z różnymi dziedzinami (socjologia,

9 T. Nowacki, *Leksykon pedagogiki pracy*, Radom 2007, s. 287; za: J. Żebrowski, *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2008, t. V, s. 30.

10 M. Reduta, *Zawód, profesja i kultura profesjonalna*, „Optimum. Studia Ekonomiczne” 2015, nr 2 (74), s. 101.

11 K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999, s. 50.

12 M. Reduta, *Zawód, profesja...*, s. 102.

13 A. Sobczyk (red.), *Kodeks pracy. Komentarz*, wyd. 5, Warszawa 2020; A. Wiącek, *Prawne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2009, nr 9, s. 28–29 i powołana tam literatura.

14 Z obu tych przepisów wynika obowiązek pracodawcy związany z ułatwieniem pracownikowi podnoszenia kwalifikacji. Nie budzi wątpliwości, że prawa i obowiązki ujęte w rozdziale II działu I Kodeksu pracy ze względu na ich społeczną doniosłość traktowane są jako zasady prawa – art. 17 KP. T. Liszcz, *Prawo pracy*, Warszawa 2009, s. 91–92.

ekonomia, prawo) jest szeroki i ma interdyscyplinarny charakter¹⁵. Z punktu widzenia prawa ze względu na brak legalnej definicji zawodu autorka zajęła stanowisko, zgodnie z którym zawodem jest osobiste wykonywanie wewnętrznie spójnego zbioru czynności (zadań), wymagających określonych kwalifikacji (wiedzy i/lub umiejętności), systematycznie, odpłatnie, na podstawie i w granicach obowiązującego porządku prawnego¹⁶. Natomiast J. Sobczak dokonał jurydycznej wykładni pojęcia „zawód”, z uwzględnieniem poszczególnych gałęzi prawa. Jego zdaniem w prawie administracyjnym pojęcie zawodu jest definiowane przez kilka połączonych elementów jak: spójny zbiór zadań (czynności), osobiste ich wykonanie i posiadanie odpowiednich kwalifikacji do ich wykonania, w prawie cywilnym w odniesieniu do pojęcia zawodu należy posługiwać się wzorcem należytej staranności (art. 355 § 2 k.c.), a w prawie karnym istnieje możliwość orzeczenia zakazu wykonywania zawodu (art. 41 k.k.)¹⁷. Nie ulega wątpliwości, że choć w tym ostatnim przypadku wskazany środek karny jest bardzo dotkliwy i ma dotyczyć wszystkich czynności zawodowych¹⁸, to jednak nie może doprowadzić do faktycznego pozbawienia możliwości podejmowania jakiejkolwiek aktywności zawodowej na rynku pracy¹⁹. Trzeba równocześnie podkreślić, że orzekanie środków karnych nie stanowi naruszenia przepisów Konstytucji RP traktujących o prawie do pracy i działalności gospodarczej, gdyż nie mają one charakteru absolutnego²⁰. Ograniczenia zasady wolności pracy mają na celu gwarancję, że poszczególne funkcje społeczne będą wykonywane przez osoby należycie do nich przygotowane²¹. Z tego względu w dalszej części pracy przedstawione zostaną inne pojęcia dotyczące tych ograniczeń, takie jak: wolny zawód, zawód regulowany oraz zawód samodzielny.

Zawody ochrony zdrowia

„Zawody ochrony zdrowia” to pojęcie znaczenie szersze i bardziej ogólne niż określenie „zawody medyczne”. W porządku prawnym termin „ochrona zdrowia” ujęty jest w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, co jednak nie daje podstaw do skonstruowania

15 K. Wojtczak, *Zawód...*, s. 50.

16 Ibidem, s. 50.

17 J. Sobczak, *Zawody zaufania publicznego...*, s. 22–25.

18 Uchwała SN z dnia 18 września 2001 r., I KZP 18/01, LEX nr 196999.

19 Wyrok SA w Katowicach z dnia 18 maja 2017 r., II AKa 88/17, LEX nr 2343405.

20 V. Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. III, LEX/el 2020, także: wyrok TK z dnia 13 czerwca 2000 r., K 15/99, OTK 2000, nr 5, poz. 137.

21 Wyrok TK z dnia 21 maja 2002 r., K 30/01, Lex nr 54066. Tak też W. Sołkiewicz, *Ograniczenia zasady wolności pracy*, „Pracownik i Pracodawca” 2019, nr 1–2, vol. 4, s. 66–67.

materialnej treści tego terminu²². W związku z tym analizując ten przepis, „nie ma możliwości wskazania rodzajów bądź kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa gwarantowanego przez ten przepis”²³. J. Jończyk określił, że jest to publiczne prawo podmiotowe, mające odpowiednik w konstytucyjnych zadaniach i obowiązkach władz publicznych, polegających na właściwym uregulowaniu sprawy w ustawach dotyczących ochrony zdrowia²⁴. Obowiązek ten spoczywa na podmiotach administracji publicznej zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym. W związku z tym w ramach regulacji prawa administracyjnego na różne podmioty zostały nałożone określone obowiązki, które są powiązane normami prawnymi i zasadami organizacyjnymi, tworząc system ochrony zdrowia. Obowiązek ochrony zdrowia nie może zostać przerzucony na podmioty prywatne, choć mogą one uzupełniać system²⁵. System ochrony zdrowia to pojęcie szeroko opisane w wielu dziedzinach nauki także rozumiane w znaczeniu potocznym. W mojej opinii najtrafniejsza definicja tego pojęcia została przedstawiona przez J. Leowskiego, który wskazuje, że system ochrony zdrowia skupia działania podejmowane na rzecz ludności, ale i na rzecz zdrowia indywidualnego, koncentrując się na dwóch sferach: opiece zdrowotnej *sensu stricto*, rozumianej jako medycyna lecznicza (prewencja indywidualna, leczenie, rehabilitacja i wzmacnianie zdrowia, opieka terminalna), oraz ochronie zdrowia, rozumianej jako działania na rzecz zdrowia realizowane przez wyspecjalizowane służby zdrowia publicznego oraz inne sektory życia publicznego, których zadaniem jest stworzenie społeczeństwu właściwych warunków zdrowotnych²⁶.

Największy wpływ na instytucjonalny i funkcjonalny kształt całego systemu ochrony zdrowia posiada Ministerstwo Zdrowia, a szczególnie minister zdrowia,

22 „Art. 68 ust. 1 Konstytucji statuuje podmiotowe prawo do ochrony zdrowia, które jest prawem socjalnym, rodzącym po stronie władz publicznych obowiązek jego ochrony i zapewnienia możliwości jego realizacji. Prawo do ochrony zdrowia stanowi podmiotowe prawo jednostki”. Jednak, jak dalej pisze autorka, „nie wynika [z niego] roszczenie o jakiegokolwiek świadczenie, lecz jedynie roszczenie o zapewnienie realizacji istoty tego prawa”. M. Florczak-Wątor, w: P. Tuleja (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, LEX/el. 2021, art. 68.

23 Ibidem.

24 J. Jończyk, *Ochrona zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2007, nr 2, s. 3–5.

25 M. Florczak-Wątor, w: P. Tuleja (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej...*

26 J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 6–7, s. 22. System ochrony zdrowia może być oceniany według różnych kryteriów. C. Włodarczyk zaproponował ujęcie oparte na kryterium dostępności (C. Włodarczyk, *Instytucje opieki zdrowotnej, funkcje zadane i funkcje realizowane*, w: S. Golinowska (red.), *Zmiany reformy w systemie zabezpieczenia społecznego w kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, Warszawa 1999, s. 81), natomiast J. Wysocki na podstawie kategorii wpływu na stan zdrowia ludności (J. Wysocki, *Czym jest zdrowie publiczne w Polsce w roku 2006?*, „Reumatologia” 2007, nr 45/1 (supl. 1), s. S3).

który odpowiada za dział „zdrowie” (art. 33 ust. 1 pkt. 4 ustawy o działach administracji rządowej²⁷). Udzielanie świadczeń musi być zorganizowane w sposób gwarantujący odpowiednią dostępność i jakość opieki, co zapewniają dobrze wyedukowane kadry medyczne. W tym celu minister zdrowia powołuje konsultantów krajowych lub wojewódzkich spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia²⁸. Do obowiązków konsultantów należy m.in. wydawanie opinii i nadzór nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia podyplomowego oraz specjalizacyjnego osób wykonujących zawody medyczne (art. 9 pkt. 2, 4 i 5 KonsultZdrU). Ponadto konsultanci w ramach swoich zadań wydają opinię dotyczącą poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny. Oceny tej dokonują na podstawie kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, które realizują programy kształcenia i doskonalenia zawodowego profesjonalistów medycznych (art. 10 ust. 3 pkt 4 KonsultZdrU). Powyższe regulacje wskazują, że konsultanci sprawują nadzór nad kształceniem teoretycznym oraz w ramach uprawnień kontrolnych nadzorują faktyczną realizację szkoleń w podmiotach leczniczych. Pomimo tak daleko idących uprawnień konsultantów ustawodawca nie precyzuje pojęcia zawodu medycznego ani pojęcia zawodu w ochronie zdrowia. W ustawie o konsultantach krajowych i wojewódzkich posługuje się otwartym katalogiem zawodów, wymieniając jedynie niektóre z nich: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, farmaceuci oraz osoby wykonujące inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia. W praktyce oczywiście jest, że każdy zawód medyczny będzie zawodem ochrony zdrowia, ale nie każdy z tych zawodów będzie zawodem medycznym²⁹. Warto zatem przybliżyć te dwa pojęcia: zawód w ochronie zdrowia i jego podzbiór zawodów medycznych, a za punkt wyjścia przyjąć definicję świadczenia zdrowotnego oraz niezbędny do wykonywania tych świadczeń wymóg wykształcenia.

Pojęcie świadczenia zdrowotnego należy rozpatrywać: po pierwsze poprzez określenie jego celu, a po drugie poprzez wskazanie typów świadczeń zdrowotnych. Udzielenie świadczeń zdrowotnych jest jednocześnie wykonywaniem działalności

27 Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2512).

28 Ustawa z 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2524), dalej KonsultZdrU.

29 D. Karkowska, *Zawody...*, s. 85.

lecniczej (art. 3 ust. 1 u.d.l.)³⁰ przez osoby wykonujące zawód medyczny³¹ (lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny). W ustawach zawodowych znajdziemy takie kategorie świadczeń zdrowotnych, jak np.: badanie, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta i jego problemów pielęgnacyjnych, planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, leczenie, rehabilitacja, diagnoza funkcjonalna i opieka farmaceutyczna.

W świetle poprzednio obowiązujących przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej świadczenie zdrowotne definiowane było w art. 3 ww. ustawy, który zawierał zarówno cel, jak i przykładowo wymieniał typy świadczeń zdrowotnych. Powyższa regulacja definiowała świadczenia zdrowotne jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z: badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze³². Obecnie pojęcie świadczenia zdrowotnego ujęte jest w dwóch aktach prawnych, lecz żaden z nich nie wymienia aż tak szczegółowo przykładów typów świadczeń zdrowotnych, jak to czyniła ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 5 pkt 34 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³³ świadczenia opieki zdrowotnej są określeniem zbiorczym, obejmującym swym zakresem pojęciowym świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące. Definicję świadcze-

30 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 633), dalej: u.d.l.

31 B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego*, w: M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego: Instytucje prawa medycznego*, t. 1, Warszawa 2018, s. 1078.

32 Tak rozumiane świadczenia zdrowotne mogły być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 ze zm.) – nieobowiązująca.

33 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2561).

nia zdrowotnego zawiera pkt 40 tegoż artykułu, który stanowi, że świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Kolejna regulacja w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. pomija profilaktykę i przyjmuje, że świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W doktrynie przyjmuje się, że pomimo tej drobnej różnicy pojęcie świadczenia zdrowotnego na gruncie obydwu ustaw należy interpretować jednakowo³⁴. Potwierdza to zaproponowany przez S. Kleczkowskiego podział działań profilaktycznych z perspektywy zdrowia publicznego, który wpisuje się w każdą z zaproponowanych przez ustawodawcę definicję świadczenia zdrowotnego. Według autora wyróżnia się profilaktykę pierwszej fazy (przeciwdziałanie i zapobieganie chorobom, czyli zachowanie zdrowia, np. szczepienia ochronne), drugiej fazy (wczesne wykrywanie chorób, np. bilanse zdrowia) i trzeciej (leczenie i ograniczenie skutków choroby, czyli rehabilitacja)³⁵.

Na podstawie przedstawionych powyżej definicji można wskazać, że świadczenie zdrowotne polega na działaniu, które można podzielić na trzy grupy czynności. Do pierwszej należą „działania służące” zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia (posiadające cel leczniczy – czynności lecznicze *sensu stricto*), druga obejmuje inne „działania medyczne” wynikające z procesu leczenia (funkcjonalnie związane z leczeniem, zwane zabiegami pomocniczymi), a trzecia inne działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (nie mają one celu leczniczego i nie są związane z leczeniem)³⁶.

W przypadku zawodów ochrony zdrowia interesują nas działania, które nie posiadają celu leczniczego *sensu stricto*. Zgodnie ze stanowiskiem wyrażonym w doktrynie zawody ochrony zdrowia łączą się ze świadczeniami zdrowotnymi w szerokim rozumieniu, wychodzącymi poza działania typowo medyczne i koncentrującymi się mocniej na profilaktyce oraz innych formach wspierania zdrowia³⁷. Moim zdaniem pomocne w uściśleniu terminu „zawody ochrony zdrowia” może być regulacja dotycząca uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz wykaz tych specjalizacji ujęty w załączniku

34 G. Glanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s. 219.

35 M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010, s. 29.

36 G. Glanowski, *Umowa o świadczenie...*, s. 220–221.

37 L.J. Żukowski, *Zawód psychologa w ochronie zdrowia. Reglamentacja prawnoadministracyjna*, Warszawa 2017, s. 55–56.

do rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 roku, który obejmuje dziedziny takie jak: epidemiologia, fizyka medyczna, inżynieria medyczna, neurologopedia, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, psychologia kliniczna, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe, mikrobiologia, toksykologia, przemysł farmaceutyczny, radiofarmacja, surdologopedia, psychoseksuologia, embriologia kliniczna, psychoterapia dzieci i młodzieży, psychoterapia uzależnień oraz chirurgiczna asysta lekarza³⁸. Co istotne w mojej opinii, w miarę postępu, rozwoju technologii medycznych i wzrostu oczekiwań społecznych na różnego typu świadczenia medyczne lista powyższych dziedzin będzie ulegała zmianom³⁹.

Ustawa o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia określa zasady ustalania programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie oraz warunki i tryb uzyskiwania tytułu specjalisty, w tym przystępowania i odbywania szkolenia specjalizacyjnego, a także organizacji i przeprowadzania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie ochrony zdrowia (PESoz)⁴⁰. W szkoleniach uczestniczą jednostki, które uzyskały akredytację i są wpisane na listę jednostek posiadających akredytację prowadzoną przez dyrektora CMKP, a nadzór i kontrolę nad prowadzeniem szkolenia specjalizacyjnego sprawuje minister zdrowia. Podsumowując, powyższa regulacja jest zbliżona do ustaw regulujących szkolenie specjalizacyjne zawodów medycznych, np. lekarzy i lekarzy dentyków lub pielęgniarek i położnych. Tak jak w zawodach medycznych szkolenie specjalizacyjne odbywa się na podstawie programów szkolenia specjalizacyjnego opracowywanych przez zespół ekspertów, powoływany przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i zatwierdzanych przez ministra zdrowia.

Zawody medyczne

Pacjent ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych udzielonych przez osobę wykonującą zawód medyczny (art. 8 u.p.p.)⁴¹. Natomiast podmiot leczniczy ma obowiązek zapewnić, aby świadczenia na rzecz pacjentów były udzielane wyłącznie

38 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 342).

39 W marcu 2022 r. wprowadzono specjalizację w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2022 r., poz. 744).

40 Ustawa z 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1297).

41 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1876), dalej – u.p.p.

przez osoby reprezentujące zawody medyczne (art. 17 ust. 1 pkt 3 u.d.l.). W ustawie o działalności leczniczej ustawodawca odnosi się do zawodów medycznych, ale w sposób ogólny, bez ich wyliczania w przepisach regulujących normy czasu pracy (art. 93–99a u.l.d.), w tym dyżury medyczne, oraz w przepisach dotyczących wynagrodzenia za pracę (art. 111–113 u.d.l.). Sama definicja zawodu medycznego została ujęta w art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l., ale również nie wskazuje katalogu tych zawodów. Jest ona praktycznie tożsama z poprzednio obowiązującą definicją zawartą w nieobowiązującej już ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Artykuł 18 d ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej za osobę wykonującą zawód medyczny uznawała osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Należy zauważyć, że obecnie obowiązujący art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l. wyróżnia dwie grupy zawodów medycznych: do pierwszej należą zawody, które posiadają własną regulację uprawniającą do udzielania świadczeń, a do drugiej grupy te z nich, które aby udzielać świadczenia, muszą nabyć fachowe kwalifikacje w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny⁴². Wskazane w tym przepisie kryteria budzą wątpliwości interpretacyjne. Regulacja ta wymaga uporządkowania. Obecny jej kształt nie pozwala na sformułowanie precyzyjnego katalogu zawodów medycznych, gdyż nie są znane wymogi, jakie powinny spełnić osoby wykonujące te zawody. Ma to również istotne implikacje w praktyce związane z odpowiedzialnością za udzielanie świadczeń zdrowotnych. W doktrynie D. Karkowska definiuje osobę wykonującą zawód medyczny jako legitymującą się wykształceniem medycznym, która systematycznie i odpłatnie (w uzasadnionych przypadkach bezpłatnie) podejmuje i prowadzi działania medyczne stanowiące osobiste oddziaływanie na organizm pacjenta, odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, na podstawie kwalifikacji i umiejętności zdobytych w wyniku kształcenia i nabytych uprawnień⁴³. Za spełniające wymogi tak skonstruowanej definicji autorka uznała zawody: lekarzy, felczerów, lekarzy dentyków, techników dentystrycznych, aptekarzy, położne, pielęgniarki, diagnostów laboratoryjnych i analityków medycznych.

⁴² Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l. osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

⁴³ D. Karkowska, *Zawody...*, s. 83.

Natomiast L.J. Żukowski przyjął, że ww. podział pozostaje w zgodzie z KlasZawR⁴⁴, proponowane zawody medyczne wywodzą się z szerszej grupy specjalistów do spraw zdrowia oraz średniego personelu do spraw zdrowia⁴⁵. W rezultacie zawody ujęte ww. klasyfikacji nie wyczerpują grupy zawodów medycznych, a są jedynie jej reprezentantami.

Wracając do ustawy o działalności leczniczej, tj. art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l., warto podkreślić, że pierwsza grupa zawodów medycznych obejmuje osoby, których uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych wynikają z odrębnych regulacji. W rezultacie są to ci profesjonaliści, którzy posiadają odrębne ustawy regulujące zasady i warunki wykonywania zawodu, tj. lekarze i lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, diagnostyci laboratoryjni, fizjoterapeuci, felczerzy oraz od kwietnia 2021 roku farmaceuci. Wymagania dla tej grupy zawodów medycznych są bardzo wysokie. Po pierwsze warunkiem niezbędnym do wykonywania tych zawodów jest uzyskanie kwalifikacji w drodze ukończenia studiów wyższych (oprócz felczerów) i odbycie praktyki w ramach stażu zawodowego oraz ewentualne zdobycie specjalizacji. Po drugie istnieje konieczność uzyskania prawa wykonywania zawodu poprzez wpis na listę właściwego samorządu (oprócz felczerów). Po trzecie regułą jest, że w ww. ustawach świadczenia zdrowotne składające się na pojęcie wykonywania zawodu określone są w otwartym katalogu wymieniającym ich rodzaje. Z reguły należy przyjąć, że są to usługi charakterystyczne dla danego zawodu⁴⁶. Dla przykładu udzielanie świadczeń przez lekarzy i lekarzy dentyistów polega na: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich (art. 2 ust. 1 u.z.l.). Tymczasem zgodnie ze swoją ustawą felczer również rozpoznaje choroby i zapobiega im. Po pierwsze jednak z reguły udziela pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia. Po drugie samodzielnie wykonuje świadczenia zdrowotne w sposób dość ograniczony, a w zasadzie bierze udział w procesie leczenia pod nadzorem lub przy współpracy z lekarzem (art. 2 ust. 1 u.z.fel.). Katalog samodzielnych świadczeń felczera dotyczy ratowania życia i jest to katalog zamknięty⁴⁷, pozostałych świadczeń udziela wspólnie z lekarzem i pod jego nad-

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 grudnia 2017 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1876).

⁴⁵ L.J. Żukowski, *Zawód psychologa...*, s. 59.

⁴⁶ B. Janiszewska, *Pojęcie usługi opieki zdrowotnej*, M. Safjan (red.), *Prawo medyczne*, Legalis/2015.

⁴⁷ Felczer uprawniony jest do: wykonywania kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych, podawania leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną i wziewną, cewnikowania pęcherza moczowego, zakładania sondy żołądkowej, płukania żołądka, pobierania krwi żyłnej

zorem. Po czwarte niektóre z wymienionych zawodów posiadają swój samorząd, który sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu, w związku z tym przynależność do samorządu jest obowiązkowa. Pośród ww. zawodów swój samorząd posiadają: lekarze i lekarze dentyści⁴⁸, pielęgniarki i położne⁴⁹, farmaceuci⁵⁰, fizjoterapeuci⁵¹ i diagnostyci laboratoryjni⁵². Jednak samo istnienie samorządu zawodowego nie przesądza o zaliczeniu członków danej grupy zawodowej do pierwszej kategorii (z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l.). Felczerzy nie mają samorządu zawodowego, lecz ustawodawca stworzył tu inne gwarancje należytego wykonywania tego zawodu, m.in. Centralny Rejestr Felczerów prowadzony przez Naczelną Radę Lekarską, która czuwa nad należyтым wykonywaniem tego zawodu⁵³. Innym przykładem wymagającym omówienia jest zawód psychologa. Członkowie tej grupy zawodowej posiadają co prawda odrębną ustawę i możliwość stworzenia samorządu zawodowego⁵⁴, jednak samorząd zawodowy psychologów nigdy nie powstał.

Co do drugiej grupy trzeba zauważyć, że obejmuje ona te zawody, dla których nie ma odrębnych regulacji prawnych lub regulacje są tylko fragmentaryczne, a osoby te uzyskały kwalifikacje do świadczenia usług medycznych „w określonym zakresie” lub „w określonej dziedzinie medycyny”. Po pierwsze skoro zawody z tej grupy nie posiadają odrębnej ustawy zawodowej, to pomocniczo przy ustalaniu zakresu niezbędnych kwalifikacji do udzielanych świadczeń zdrowotnych trzeba korzystać z dokumentów różnej rangi, w tym z rozporządzeń autorstwa różnych ministerstw, takich jak m.in. rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych⁵⁵. Z tego względu, aby ujednoczyć poziom kwalifikacji, wskazane jest stworzenie wykazu zawodów medycznych (które nie posiadają

i włośniczkowej do badań laboratoryjnych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie szczegółowych uprawnień zawodowych felczera (Dz.U. nr 45, poz. 434).

48 Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342).

49 Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 628).

50 Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2021, poz. 1850).

51 Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 168).

52 Ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U. z 2022 r., poz. 2280).

53 Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1529). Więcej na ten temat: J. Roszkiewicz, *Konstytucyjne uwarunkowania systemu udzielania świadczeń zdrowotnych*, w: D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *System Prawa Medycznego: Organizacja systemu ochrony zdrowia*, t. 3, Warszawa 2020, s. 257.

54 Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1026).

55 Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 204).

własnej regulacji). Taka próba została podjęta w kolejnym już projekcie ustawy o niektórych zawodach medycznych⁵⁶. Część zawodów, które wcześniej nie miały swoich odrębnych regulacji, posiadają już własną ustawę i samorząd zawodowy, np. ratownicy medyczni⁵⁷.

Po drugie dla tych zawodów trzeba określić zarówno „zakres”, jak i „dziedzinę”, w której osoby wykonujące swój zawód mogą udzielać świadczeń zdrowotnych. Oczywiście jest, że powinno to znajdować swój odpowiednik w wiedzy i nauce związanej ze zdrowiem, gdyż tylko świadczenie podejmowane w ramach ww. dziedzin i dyscyplin naukowych stanowi podstawę identyfikowania zawodów medycznych. Taką koncepcję przyjął L.J. Żukowski jeszcze na gruncie poprzednich przepisów i obowiązującego w tym czasie podziału na dziedziny i dyscypliny⁵⁸. Obecnie jednak ustawodawca w znaczny sposób zmienił ilość dziedzin i dyscyplin⁵⁹. Na gruncie obowiązującej regulacji należałoby uznać, że „zakres” odpowiada takim obszarom, jak nauki medyczne i nauki o zdrowiu, a „dziedzina” to dyscyplina obejmująca: nauki farmaceutyczne, nauki medyczne, nauki o kulturze fizycznej i nauki o zdrowiu. Ujęta natomiast w tym przepisie „dziedzina medycyny” to odpowiednik specjalizacji lekarskich.

Podsumowując, od osób wykonujących zawody medyczne wymagane jest nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu medycyny w stopniu pozwalającym na bezpieczne i prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych. Obecnie różny jest poziom wykształcenia, a tym samym wiedzy teoretycznej i praktycznej osób udzielających świadczeń zdrowotnych. W związku z tym w literaturze przedmiotu istnieje również podział na główne zawody medyczne i zawody medyczne pomocnicze. Podział ten jest po części zgodny z kryteriami określonymi w art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l.: główne zawody medyczne to grupa pierwsza, a pomocnicze – druga. Do głównych zaliczany jest: lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, farmaceuta i diagnosta laboratoryjny oraz fizjoterapeuta, a także ratownik medyczny. Zdaniem Z. Banaszczyka cechą charakterystyczną głównych zawodów medycznych jest posiadanie odrębnej ustawowej regulacji oraz przypisanie im statusu zawodu

56 Obecna wersja projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych z 2022 r., <https://legislacja.gov.pl/docs/2/12355717/12849358/12849359/dokument540421.pdf> (dostęp 12.08.2022).

57 Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2022, poz. 2705).

58 Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych (Dz.U. nr 179, poz. 1065) – nieobowiązujące; L.J. Żukowski, *Zawód psychologa...*, s. 55–56.

59 Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 11 października 2022 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 2202).

zaufania publicznego, z kolei lista zawodów pomocniczych nie jest ustalona⁶⁰. Oznacza to, że katalog zawodów medycznych jest otwarty i dynamiczny, wobec czego badania, czy danemu podmiotowi przysługuje status osoby wykonującej zawód medyczny, należy dokonywać *ad casu*⁶¹.

Zawód medyczny regulowany, wolny i samodzielny

Zawody medyczne niewątpliwie należą do grupy zawodów regulowanych (reglamentowanych). W polskim porządku prawnym pojęcie zawodu regulowanego zostało uregulowane przez wskazanie na określone kwalifikacje (np. ukończenie właściwej szkoły, zdanie egzaminów, odbycie wymaganej praktyki zawodowej, uzyskanie wpisu na listę) i uzyskanie odpowiedniego zezwolenia na możliwości ich wykonywania⁶². Jednak zdaniem K. Wojtczak należy wnosić, że w tym kształcie ustawa dotyczy każdego zawodu, którego wykonywanie jest uzależnione od spełnienia wymagań kwalifikacyjnych oraz warunków określonych w odrębnych przepisach związanych z tym zawodem, co nie daje odpowiedzi na pytanie, czy w tym zakresie mieszczą się również takie pojęcia jak „wolny zawód” czy „zawód zaufania publicznego”⁶³. W rezultacie wykonywanie zawodu regulowanego poddane jest reglamentacji prawnej i uzależnione od spełnienia materialnych i formalnych przesłanek oraz przyznania prawa wykonywania zawodu⁶⁴. W ten sposób regulacje prawne mają zabezpieczyć przed przenikaniem do zawodów medycznych osób o niskich kwalifikacjach, a jednocześnie zapewnić wysoki poziom usług⁶⁵.

Z racji sposobu wykonania wysokie kwalifikacje przekładają się na samodzielność zawodową i odpowiedzialność. W stosunku do zawodów posiadających

60 Grupa zawodów pomocniczych obejmuje zawody, które mają własną nawet szcątkową regulację (techników farmaceutycznych, analityków medycznych, ratowników medycznych i felczerów), jak również zawody, które nie mają własnej regulacji. Z. Banaszczyk, *Wykonywanie zawodów medycznych*, w: M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego...*, s. 662.

61 Ibidem, s. 663.

62 Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1646).

63 K. Wojtczak, *Reglamentacja form wykonywania zawodów zaufania publicznego w rozwiązaniach prawa polskiego i państw Unii Europejskiej*, w: *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, materiały z konferencji Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2002, s. 40–41.

64 Ibidem, s. 41.

65 Z. Czajka, *Rola kompetencji zawodowych w dopasowaniu kwalifikacji wymaganych w zawodach medycznych w zakresie świadczeń zdrowotnych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2019, nr 17 (2), s. 53.

wspomniane cechy doktryna używa sformułowania „zawody wolne”⁶⁶. W przepisach prawa pojęcie „wolny zawód” występuje głównie na gruncie ustaw podatkowych – Ordynacja podatkowa⁶⁷ i prawa handlowego – Kodeks spółek handlowych (KSH)⁶⁸. Należy jednak zauważyć, że w ustawie o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne wolny zawód to pozarolnicza działalność gospodarcza wykonywana osobiście przez pewne grupy zawodowe, z tym że od 1 stycznia 2022 roku osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, jak lekarze i lekarze dentyści, felczerzy, położne, pielęgniarki, fizjoterapeuci, nie są już zaliczani do ww. grupy⁶⁹.

W art. 88 KSH ustawodawca wymienia następujące wolne zawody: adwokata, aptekarza, architekta, inżyniera budownictwa, biegłego rewidenta, brokera ubezpieczeniowego, doradcy podatkowego, maklera papierów wartościowych, doradcy inwestycyjnego, księgowego, lekarza, lekarza dentystry, lekarza weterynarii, notariusza, pielęgniarki, położnej, radcy prawnego, rzecznika patentowego, rzeczoznawcy majątkowego i tłumacza przysięgłego. Co istotne, lista tych zawodów nie jest zamknięta i może być rozszerzona o inne zawody w drodze nowelizacji art. 88 KSH albo jeżeli uzyskają one taki status w przepisach innej ustawy⁷⁰. Dlatego w kontekście rozszerzania tej listy warto zwrócić uwagę na przyjęcie pewnych norm i wartości, jakie powinny być stosowane w standardzie prawno-organizacyjnym wykonywania wolnego zawodu, które J. Jacyszyn nazywa „aksjologią wykonywania wolnego zawodu”⁷¹.

Należy przy tym zauważyć, że zmiany i oczekiwania społeczne generują potrzebę tworzenia nowych wyspecjalizowanych zawodów, obejmujących często nieznaną do tej pory usługi świadczone osobiście⁷² i samodzielnie. W moim przekonaniu

66 J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu w ramach stosunku pracy w prawie polskim*, Wrocław 2020, s. 25–44.

67 Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 Ordynacja podatkowa (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1325), art. 3 pkt 9.

68 Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1467).

69 Ustawa z 20 listopada 1989 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2540), art. 4 ust. 1 pkt 11.

70 W. Pyziół, A. Szumański, I. Weiss, *Prawo spółek*, Bydgoszcz–Kraków 2004, s. 134; A. Krasnowolski, *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Biuro Analiz i Dokumentacji Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych, Kancelaria Sejmu, 2013, s. 8; J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu...*, s. 67.

71 J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnego zawodu w Polsce*, Warszawa 2004, s. 42–43. Szerzej zob. J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu...*, s. 43–44.

72 J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnego zawodu...*, s. 285.

jest to wyraźnie widoczne w zawodach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Należy podkreślić, że w przypadku pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów oraz farmaceutów ustawodawca używa terminu „samodzielny zawód medyczny”⁷³. Jednak przypisując tym zawodom cechę samodzielności, pozostawia to pojęcie bez ustawowej definicji. Dodatkowo umiejscowienie tych przepisów już na samym początku regulacji ustawowych wskazuje, że dotyczą one wszystkich czynności zawodowych zarówno udzielenia świadczeń zdrowotnych, jak i zadań naukowych, dydaktycznych i administracyjnych, choć w katalogu tych czynności występują przypadki zatrudnienia pracowniczego i służbowego. Według J. Borowicza wykonywanie czynności uważanych „za wykonywanie zawodu” w formach organizacyjno-prawnych z elementem podporządkowania (pracowniczego lub służbowego), nie znosi cechy samodzielności zawodowej pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów przypisanej im w odniesieniu do obszaru czynności ściśle definiujących ich zawód⁷⁴.

Należy jednak podkreślić, że pojęcie samodzielności ww. zawodów wymaga wnikliwej analizy przepisów, które upoważniają tą grupę profesjonalistów do wykonania określonych czynności samodzielnie⁷⁵. Tymczasem regułą jest, że świadczenia zdrowotne składające się na pojęcie wykonywania zawodu określone są w otwartym katalogu wymieniającym ich rodzaje. Należy przyjąć, że są to usługi charakterystyczne dla danego zawodu⁷⁶. Czasami ustawodawca bardziej szczegółowo, choć cały czas niewyczerpująco opisuje katalog samodzielnych czynności udzielanych w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, m.in. w przypadku położnych, które uprawnione są do sprawiania opieki nad kobietą ciężarną, podczas porodu i połogu oraz jej dzieckiem (art. 5 ust. 9 u.z.p.p.)⁷⁷. Od 2015 roku ustawa o wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty⁷⁸ reguluje niezależne od lekarza udzielanie świadczeń zdrowotnych przez reprezentantów tego zawodu w zakresie oceny funkcjonowania funkcji ciała ludzkiego, aktywności jednostki i uczestniczenia człowieka w różnych sytuacjach

73 W przypadku diagnostów laboratoryjnych ustawodawca zamiast „samodzielny zawód medyczny” użył określenia związanego z czynnościami zawodowymi.

74 J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu...*, s. 65–66.

75 R. Tymiński, *Komentarz do art. 2 ustawy o zawodzie farmaceuty*, w: E. Wasilewska, *Ustawa o zawodzie farmaceutów. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 14.

76 B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia...*

77 Ustawa z dnia 11 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 633), dalej u.z.p.p.

78 Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 168), dalej u.z.f.

życiowych⁷⁹. Inna nowa regulacja – ustawa o zawodzie farmaceuty – próbuje (po raz kolejny)⁸⁰ doprecyzować zakres czynności farmaceutów, wskazując na warunki i zasady udzielania świadczenia zdrowotne zwane opieką farmaceutyczną⁸¹. Zarówno w przypadku fizjoterapeutów, jak farmaceutów ustawodawca podkreśla jednak współpracę z lekarzem, choć nie podaje, jak ona ma wyglądać, oczekując tym samym, że wypracuje to praktyka. Należy również pamiętać o pewnych niebezpieczeństwach związanych z obecnymi zmianami legislacyjnymi w zakresie świadczeń zdrowotnych polegającymi na rozszerzeniu i nakładaniu się istniejących kompetencji różnych zawodów medycznych oraz tworzeniu nowych ról dla istniejących już zawodów medycznych. W polityce zdrowotnej w ramach międzynarodowych usług zdrowotnych rozszerzanie kompetencji zawodów medycznych określane jest terminem *skill mix*⁸². Tym samym pilna staje się potrzeba precyzyjnego uregulowania samodzielności zawodowej poszczególnych profesji medycznych.

Zawód medyczny jako zawód zaufania publicznego

Ustrojowe podstawy samorządów zawodów zaufania publicznego tworzą przepisy Konstytucji RP. Polska należy do tych krajów europejskich, w których Konstytucja wprost zawiera odniesienie do zawodów zaufania publicznego⁸³. Ponadto przepisy regulujące status samorządów zawodów zaufania publicznego zostały umiejscowione w rozdziale pierwszym Konstytucji RP, co oznacza, że jest on jednym z filarów, na którym ma się opierać ustrój naszego państwa⁸⁴. Należy zauważyć, że pierwotnie możliwość powoływania samorządów zawodowych zakładała przede

79 Ocena funkcjonalności prowadzona jest na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), Światowa Organizacja Zdrowia 2009, s. 3.

80 K. Szalonka, *Opieka farmaceutyczna jako innowacyjny instrument konkurencyjny na rynku aptecznym*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 55, s. 92–93.

81 Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2022 r., poz. 184), dalej u.z.farm.

82 W odniesieniu do obszaru ochrony zdrowia termin *skill mix* został opisany i zdefiniowany pod koniec XX w., początkowo głównie jako zjawisko wewnątrzorganizacyjne, polegające na stosowaniu takich rozwiązań zarządczych, dzięki którym możliwe jest tworzenie zespołów pracowników z dopełniającymi się kompetencjami, a następnie jako zjawisko międzyorganizacyjne, polegające na wykorzystywaniu dopełniających się umiejętności do osiągnięcia wskazanych celów. I. Kowalska-Bobko, M. Gałązka-Sobotka, A. Frączkiewicz-Wronka, K. Badora-Musiał, B. Buchelt, *Krzyżujące się kompetencje (skill mix) w zawodach medycznych i okołomedycznych*, „Medycyna Pracy” 2020, nr 71 (3), s. 337–352.

83 A. Trubalski, *Samorzady zawodów zaufania publicznego...*, s. 223.

84 Wyrok TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07, OTK-A 2008, nr 3, poz. 45.

wszystkim interes gospodarczy, nie zaś publiczny⁸⁵. W okresie międzywojennym powstały pierwsze medyczne samorządy zawodowe: lekarzy⁸⁶ i aptekarzy⁸⁷. Przepisy te wprowadzono głównie po to, aby nie można było jednocześnie wykonywać zawodu lekarza i aptekarza. Następnie izby zawodowe zlikwidowano w 1950 roku, a w Konstytucji PRL nie było w ogóle mowy ani o samorządzie gospodarczym, ani o zawodowym⁸⁸. W zasadzie od 1989 roku, a nawet nieco wcześniej, w polskim porządku prawnym zaczęły się pojawiać przepisy ustawowe powołujące do życia rzeczywisty samorząd zawodowy m.in. lekarzy⁸⁹, a w 1991 roku samorząd zawodowy aptekarzy⁹⁰.

Obecnie podstawą istnienia zawodów zaufania publicznego jest art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. Przepis ten dopuszcza tworzenie samorządów zawodowych w drodze ustawy, jako podmiotów reprezentujących osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Ustawodawca nie wskazał jednak samej definicji zawodu zaufania publicznego⁹¹. Artykuł 17 ust. 1 Konstytucji RP nie dostarcza wystarczającej ilości informacji, mogących służyć do określenia kryteriów, na podstawie których można by kwalifikować poszczególne zawody do katalogu zawodów zaufania publicznego. Dodatkowo art. 17 ust. 1 Konstytucji RP jest adresowany do ustawodawcy i to on decyduje, którym zawodom będzie nadany przymiot zawodu zaufania publicznego. Powstaje zatem pytanie o zawody medyczne: czy wykonujące je osoby spełniają kryteria pozwalające zakwalifikować je do zawodów zaufania publicznego i czy ze względu na bezpieczeństwo

85 Autor wskazuje, że możliwość tworzenia samorządów zawodowych była zarówno w konstytucji marcowej (1921), jak i kwietniowej (1935). W.J. Wołpiuk, *Zawód zaufania publicznego z perspektywy prawa konstytucyjnego*, w: *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 r., s. 20.

86 Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz.U. z 1921 r., nr 105, poz. 763) – nieobowiązująca.

87 Pierwsza uchwalona ustawa z dnia 25 marca 1938 r. o wykonywaniu zawodu aptekarskiego (Dz.U. z 1938 r., nr 23, poz. 202) – nieobowiązująca.

88 M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Komentarz do art. 1–86*, Legalis 2016.

89 Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158) – nieobowiązująca.

90 Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1419).

91 Próba zdefiniowania „zawodu zaufania publicznego” podjęta została w projekcie ustawy z dnia 12 marca 2003 r. o sprawowaniu przez samorządy zawodowe pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów zaufania publicznego i nadzorze nad działalnością samorządów zawodowych oraz o zmianie innych ustaw. Projekt ten został wycofany z prac legislacyjnych. D. Karkowska, *Zawody...*, s. 266.

zdrowotne ludności wszystkie zawody medyczne powinny być zawodami zaufania publicznego.

Odpowiadając na pierwsze pytanie, należy wskazać, że Trybunał Konstytucyjny podzielił prezentowany w literaturze pogląd, iż brak kryteriów przynależności do grupy zawodów zaufania publicznego albo bardzo szeroko zakreślone kryteria mogą prowadzić do deprecjacji etosu tych zawodów⁹². W licznych orzeczeniach TK za takie kryteria uznaje się np. posiadanie szczególnych cech moralnych i deontologicznych, charakterystycznych dla niektórych zawodów, koniecznością posiadania odpowiedniego wykształcenia, wysokich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia, niekierowanie się w wykonywaniu zawodu kryterium zysku, wykonywanie go przez osobę fizyczną, osobiście, związanie usługodawcy i usługobiorcy tajemnicą⁹³. Synteza tego orzecznictwa została ujęta w wyroku TK z 2015 roku, gdzie podkreślono przede wszystkim znaczenie społeczne chronionych dóbr, należyta staranność przy wykonywaniu zawodu, wysokie kwalifikacje zawodowe, tajemnicę zawodową, samodzielność⁹⁴. Nie ulega wątpliwości, że w związku z ochroną takich wartości jak życie i zdrowie człowieka dla osób wykonujących zawody medyczne posiadanie takich cech jest bardzo pożądane.

Co istotne samorząd jest jedną z postaci władzy wykonawczej, funkcjonującej w ramach decentralizacji, lecz jej zakres, choć – jak wspomniano – zależy od ustawodawcy, nie jest stały⁹⁵. Z zasadą decentralizacji koresponduje zasada pomocniczości. W myśl tej zasady następuje przekazywanie części zadań administracji publicznej na rzecz pewnych grup obywateli tworzących samorządy zawodowe⁹⁶. Tworząc samorząd zawodowy, o którym mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, państwo powierza pewnej grupie zawodowej realizację określonych zadań publicznych i wyposaża ją w tym celu w odpowiednie kompetencje władcze. Kompetencje władcze przejawiają się m.in. w dostępie do zawodu i powołaniem organów odpowiedzialności zawodowej. W rezultacie samorząd sprawuje władztwo publiczne nad sprawami danej grupy zawodowej. To uzasadnia obowiązkową przynależność do samorządu wszystkich osób, które wykonują omawiane zawody⁹⁷. W tym aspekcie warto przypomnieć art. 65 Konstytucji RP, który zapewnia wolność wyboru

92 Wyrok TK z dnia 25 marca 2015 r., sygn. akt K 19/14 (Dz.U. z 2015 r., poz. 476).

93 Wyrok TK z dnia 7 maja 2002 r., sygn. SK 20/00, OTK ZU nr 3/A/2002, poz. 29; wyrok TK z dnia 2 lipca 2007 r., sygn. K 41/05, OTK ZU nr 7/A/2007, poz. 72.

94 Wyrok TK z dnia 25 marca 2015 r., sygn. akt K 19/14 (Dz.U. z 2015 r., poz. 476).

95 Wyrok TK z dnia 18 lutego 2003 r., sygn. akt K 24/02, OTK-A 2003, nr 2, poz. 11.

96 M. Waligórski, *Izby samorządu zawodowego*, w: *Prawo administracyjne ustrojowe. Podmioty administracji publicznej*, Bydgoszcz–Lublin 2002, s. 97–98, 125.

97 Wyrok TK z dnia 7 marca 2012 r., sygn. K 3/10 (Dz.U. z 2012 r., poz. 298).

i wykonywania zawodu oraz wybór miejsca pracy, a tylko samorządy zawodów zaufania publicznego mogą naruszać wolność wykonywania zawodu i ograniczać swobodę podejmowania działalności gospodarczej, co zawsze powinno być uzasadnione interesem publicznym⁹⁸. Na gruncie orzecznictwa i wspomnianej już Ordynacji podatkowej ustalone zostało, że przez interes publiczny należy rozumieć dyrektywę postępowania nakazującą respektowanie wartości istotnych dla całego społeczeństwa, takich jak m.in. sprawiedliwość, bezpieczeństwo, zaufanie obywateli do organów władzy⁹⁹.

Nie ulega wątpliwości, że wspólne dla zawodów medycznych wartości związane z ochroną życia i zdrowia skłaniają ustawodawcę w ramach interesu publicznego do uporządkowania systemu prawnego, który reguluje ich wykonywanie. Warto zaznaczyć jednak, że w przypadku zawodów medycznych, w ostatnim czasie, widoczne jest powszechne dążenie do tworzenia samorządów zawodowych. Istnieje już pięć samorządów zawodów medycznych (tj. samorządy: lekarzy i lekarzy dentyistów oraz farmaceutów – dawniej aptekarzy, a także pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów), a także powstają kolejne np. ratowników medycznych. Jednak dalsze rozszerzanie tego katalogu może nieść niebezpieczeństwo deprecjacji etosu zawodu zaufania publicznego, w sytuacji gdy samorządy powoływane byłyby ponad miarę potrzeb uzasadnianych interesem publicznym¹⁰⁰. Choć nie ulega wątpliwości, że samorząd zawodowy jako instytucja społeczna w ustroju demokratycznym jest lepszym instrumentem w dziedzinie zapewniania interesu publicznego niż administracja państwowa¹⁰¹. Tym bardziej, że w obrocie prawnym pojęcie interesu publicznego nie występuje jako kategoria jednobiegunowa, ponieważ na drugim biegunie tych stosunków występuje interes indywidualny i grupowy¹⁰². Przekładając to na zawody medyczne, należy podkreślić, że grupa, jaką jest samorząd zawodowy, w interesie publicznym będzie reprezentowała interesy poszczególnych członków, jak i całej społeczności zawodowej. W mojej opinii należy brać pod uwagę ocenę samego zaufania, oddzielając zaufanie publiczne od zaufania społecznego. Zdaniem J. Borowicza zaufanie społeczne będzie postawą wytworzoną przez ogół społeczeństwa, wartością dzieloną przez ten ogół (lub jego większość albo określone grupy) i kreowaną przez to społeczeństwo samodzielnie, bez udziału państwa. W konsekwencji pojęcie zaufania społecznego

98 J. Jaworski, P. Sosnowski, *Zniesienie samorządu zawodowego urbanistów. Uwagi na tle wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 24.03.2015 r.*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2016, nr 6, s. 75–89.

99 Wyrok WSA w Gdańsku z dnia 3 listopada 2020 r., I SA/Gd 316/20, LEX nr 3075091.

100 W.J. Wołpiuk, *Zawód zaufania publicznego...*, s. 23.

101 Ibidem.

102 Ibidem.

może być przeciwstawiane wąsko rozumianemu zaufaniu publicznemu, pomiędzy nimi występować może również sprzeczność lub konkurencja¹⁰³. Podsumowując, moim zdaniem, o powołaniu samorządu zawodowego decyduje nie tylko ustawodawca, lecz także zaufanie do zawodu wynikające ze stosunków społecznych.

Wnioski

Wszelkie zmiany w ochronie zdrowia muszą odpowiadać oczekiwaniom zarówno danej grupy zawodowej, jak i społeczeństwa. Wprowadzanie nowych ról i praktyk zawodowych może utrudniać identyfikację z daną grupą zawodową. Potencjalna niezgodność między ustawodawstwem a praktyką może powodować konflikty między zawodami oraz niepewność, frustrację, stres, zakłócenie praktyki.

Konieczne staje się, po pierwsze, odpowiednie przygotowanie i rozwój zawodowy personelu medycznego. Podstawą programów nauczania powinny być treści przygotowujące do samodzielnej roli zawodowej. Wymaga to ustalenia granic między poszczególnymi zawodami oraz nauki pracy w interdyscyplinarnym zespole. Nie ulega wątpliwości, że grupa ww. zawodów ochrony zdrowia to pojęcie szersze niż zawody medyczne. Osoby wykonujące zawody medyczne, co do zasady, udzielają świadczeń zdrowotnych w celu leczniczym *sensu stricte* oraz funkcjonalnie z tym celem związanych, a zawody w ochronie zdrowia nie posiadają tak daleko idących uprawnień. Obie grupy jednak, jako szczególny rodzaj zawodów gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne, muszą wykazać się dobrym przygotowaniem do ustawowo wytyczonych czynności i wykonywać je z należytą starannością.

Po drugie, obecnie obowiązujące przepisy nie zawierają jednoznacznej definicji zawodu medycznego ani nie określają katalogu tych zawodów, a jest to, jak wskazano, kategoria dynamiczna. Utrudnia to porównywanie tych zawodów w zakresie ochrony, jaką sprawują nad dobrem, którym jest zdrowie i życie pacjenta. Stopień ochrony jest różny, kompetencje tych zawodów nie zawsze jasno wynikają z przepisów prawa, choć z drugiej strony wśród zawodów medycznych posiadających własne regulacje są i takie, których rola jest wyraźnie wskazana, np. zawód felczera (w zasadzie bierze udział w procesie leczenia pod nadzorem lub przy współpracy z lekarzem, a katalog samodzielnych świadczeń felczera dotyczy ratowania życia i jest to katalog zamknięty).

Po trzecie, podzielam zdanie Z. Banaszczyka¹⁰⁴ i uważam, że nie każdy zawód medyczny musi mieć status zawodu zaufania publicznego oraz swój samorząd.

103 J. Borowicz, *Wykonywanie wolnego zawodu...*, s. 61.

104 Z. Banaszczyk, *Wykonywanie zawodów...*, s. 662.

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie w swoich orzeczeniach podkreślał, że podstawą włączenia określonego zawodu do kategorii zawodu zaufania publicznego powinno być zawsze uznanie, że takie działanie ustawodawcy „nie następuje w celu stworzenia określonej grupy zawodowej przywilejów, lecz ma służyć interesowi publicznemu”, ponadto interes ten nie może być utożsamiany „z interesem korporacji zawodowej czy też jej członków”¹⁰⁵. Wprowadzaniu zmian legislacyjnych powinna towarzyszyć refleksja na temat skutków społecznych, jakie mogą przynieść nowe regulacje. Samodzielność zawodowa to nie tylko niezależność w realizacji zadań zawodowych, lecz także odpowiedzialność. Granice poszczególnych zawodów medycznych mają obecnie duże znaczenie dla społeczeństwa i ochrony tych zawodów, a jednocześnie wpływają na ich tożsamość. Wyznaczenie granic pozostaje wyzwaniem ustawodawcy, istotne jest jednak, aby przepisy dotyczące rozszerzonych kompetencji zawodowych ewoluowały w taki sposób, by w ustalonych granicach prawnych zapewnić ochronę pacjentów.

Bibliografia

- Banaszczyk Z., *Wykonywanie zawodów medycznych*, w: M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego: Instytucje prawa medycznego*, t. 1, Warszawa 2018.
- Borowicz J., *Wykonywanie wolnego zawodu w ramach stosunku pracy w prawie polskim*, Wrocław 2020.
- Czajka Z., *Rola kompetencji zawodowych w dopasowaniu kwalifikacji wymaganych w zawodach medycznych w zakresie świadczeń zdrowotnych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2019, nr 17 (2).
- Florczak-Wątor M., w: P. Tuleja (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, LEX/el. 2021.
- Glanowski G., *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019.
- Jacyszyn J., *Wykonywanie wolnego zawodu w Polsce*, Warszawa 2004.
- Janiszewska B., *Pojęcie usługi opieki zdrowotnej*, w: M. Safjan (red.), *Prawo medyczne*, Legalis/2015.
- Janiszewska B., *Pojęcie świadczenia zdrowotnego*, w: M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego: Instytucje prawa medycznego*, t. 1, Warszawa 2018.
- Janiszewska B., *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013.
- Jaworski J., Sosnowski P., *Zniesienie samorządu zawodowego urbanistów. Uwagi na tle wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 24.03.2015 r.*, „Przeгляд Prawa Publicznego” 2016, nr 6.

¹⁰⁵ Wyrok TK z dnia 18 lutego 2004 r., sygn. P 21/02, OTK ZU nr 2/A/2004, poz. 9.

- Jończyk J., *Ochrona zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2007, nr 2.
- Karkowska D., *Zawody medyczne*, Warszawa 2012.
- Konarska-Wrzosek V. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. III, LEX/el 2020.
- Kowalska-Bobko I., Gałązka-Sobotka M., Frączkiewicz-Wronka A., Badora-Musiał K., Buchelt B., *Krzyżujące się kompetencje (skill mix) w zawodach medycznych i okołomedycznych*, „Medycyna Pracy” 2020, nr 71 (3).
- Krasnowolski A., *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Biuro Analiz i Dokumentacji Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych, Kancelaria Sejmu, 2013.
- Leowski J., *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 6–7.
- Liszczyk T., *Prawo pracy*, Warszawa 2009.
- Ławniczak-Lehmann M., *Pojęcie zawodów medycznych w świetle prawa i doktryny prawniczej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2010, nr 1–2.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*, Światowa Organizacja Zdrowia 2009.
- Nowacki T., *Leksykon pedagogiki pracy*, Radom 2007.
- Pyziół W., Szumański A., Weiss I., *Prawo spółek*, Bydgoszcz–Kraków 2004.
- Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniu podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.
- Reduta M., *Zawód, profesja i kultura profesjonalna*, „Optimum. Studia Ekonomiczne” 2015, nr 2 (74).
- Roszkiewicz J., *Konstytucyjne uwarunkowania systemu udzielania świadczeń zdrowotnych*, w: D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *System Prawa Medycznego: Organizacja systemu ochrony zdrowia*, t. 3, Warszawa 2020.
- Safjan M., Bosek L. (red.), *Konstytucja RP. Komentarz do art. 1–86*, Legalis 2016.
- Sobczak J., *Zawody zaufania publicznego. Regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje*, w: J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak (red.), *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, Poznań 2015.
- Sobczyk A. (red.), *Kodeks Pracy. Komentarz*, Warszawa 2020.
- Sołkiewicz W., *Ograniczenia zasady wolności pracy*, „Pracownik i Pracodawca” 2019, nr 1–2, vol. 4.
- Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010.
- Szalonka K., *Opieka farmaceutyczna jako innowacyjny instrument konkurowania na rynku aptecznym*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 55.
- Trubalski A., *Samorządy zawodów zaufania publicznego na przykładzie samorządu radców prawnych. Perspektywa konstytucyjnoprawna*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2014, nr 21.

- Tymiński R., *Komentarz do art. 2 ustawy o zawodzie farmaceuty*, w: E. Wasilewska (red.), *Ustawa o zawodzie farmaceutów. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Waligórski M., *Izby samorządu zawodowego*, w: *Prawo administracyjne ustrojowe. Podmioty administracji publicznej*, Bydgoszcz–Lublin 2002.
- Wiącek A., *Prawne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2009, nr 9.
- Włodarczyk C., *Instytucje opieki zdrowotnej, funkcje zdane i funkcje realizowane*, w: S. Golinowska (red.), *Zmiany reformy w systemie zabezpieczenia społecznego w kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, Warszawa 1999.
- Wojtczak K., *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999.
- Wojtczak K., *Reglamentacja form wykonywania zawodów zaufania publicznego w rozwiązaniach prawa polskiego i państw Unii Europejskiej*, w: *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, materiały z konferencji Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2002.
- Wołpiuk W.J., *Zawód zaufania publicznego z perspektywy prawa konstytucyjnego* w: *Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu*, materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 r.
- Wysocki J., *Czym jest zdrowie publiczne w Polsce w roku 2006?*, „Reumatologia” 2007, nr 45/1 (supl. 1).
- Żebrowski J., *Socjologiczne aspekty zawodu i pozycji społecznej – droga do tożsamości wychowawców profesjonalnych*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2008, t. V.
- Żukowski L.J., *Zawód psychologa w ochronie zdrowia. Reglamentacja prawnoadministracyjna*, Warszawa 2017.

Medical professions of public trust – terminological and definitional considerations

Abstract

The article presents an attempt to systematize medical professions, their grouping and role in the health care system. The research uses methods of logical and linguistic analysis and of interpretation of administrative law acts, with particular emphasis on the regulations on people providing health services. It has been shown that the lack of a clear definition of the medical profession makes it difficult to assess the increasingly broader competences

of individual medical professions and them taking over some responsibilities and to establish boundaries between professions. I present basic issues that refer to regulated, free and independent professions. The analysis is carried out from the point of view of protection of security, of reservation of public security points and of an analysis of checkpoints from the point of view of health protection.

Keywords: medical profession, professional independence, professional self-government

CYTOWANIE

Wrześniewska-Wal I., *Zawód zaufania publicznego z perspektywy zawodów medycznych – rozważania terminologiczno-definicyjne*, „Acta Iuris Stetinensis” 2022, nr 4 (vol. 40), 185–210, DOI: 10.18276/ais.2022.40-13.