

Prowadzenie leczenia z zakresu chirurgii stomatologicznej przez lekarza – uwagi na tle też wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 2018 r.

Wstęp

W poprzednim wydaniu „Medycznej Wokandy” dokonana została analiza orzecznictwa Sądu Najwyższego w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów w pierwszym kwartale 2018 r., z wyłączeniem jednej sprawy – rozpoznanej przez Sąd Najwyższy w dniu 27 lutego 2018 r. (sygn. akt SDI 119/17), dotyczącej **lekarza** wykonującego czynności lecznicze z zakresu **chirurgii stomatologicznej**. Przed przystąpieniem do omówienia okoliczności sprawy, warto prześledzić historię wyodrębniania się zawodów lekarza i lekarza dentyisty. Oba zawody należą do grupy zawodów zaufania publicznego – pojęcie „zawodów zaufania publicznego” wprowadzone zostało do polskiego systemu prawnego w art. 17 Konstytucji, zgodnie z którym „w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytyym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”³. Współcześnie coraz częściej mówi się nie tyle o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, co o powołaniu, misji. Nawet w art. 2 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej⁴ (dalej: KEL) wskazuje się na **powołanie** lekarza, jakim jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. E. Zielińska zwraca uwagę, że zawód lekarza wyróżnia się w stosunku do innych zawodów tym, że lekarzowi człowiek powierza najważniejsze, najbardziej osobiste dobra, jakimi są życie i zdrowie⁵. Lekarz staje się powiernikiem najintymniejszych tajemnic pacjenta. Konsekwencją zaliczenia zawodów lekarza i lekarza dentyisty do grupy zawodów zaufania publicznego jest wyjątkowy sposób ich uregulowania – oparty na zaufaniu do osób, które je wykonują, na co zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 2 lipca 2007 r. w sprawie

¹ Magister prawa, doktorantka, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie.

² Lekarz, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej.

³ Zob. J. Sobczak, *Zawody zaufania publicznego. Regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje*, w: *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, red. J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak, Poznań 2015, s. 39–40.

⁴ Kodeks etyki lekarskiej, uchwalony przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991 r., a następnie dwukrotnie znowelizowany – w 1993 r. oraz w 2003 r.

⁵ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 27.

o sygnaturze K 41/05⁶. Wprawdzie wyrok odnosi się do zawodu radcy prawnego, ale można go zastosować w odpowiednim zakresie do wszystkich osób wykonujących zawody zaufania publicznego. Po analizie uzasadnienia wyroku można wskazać, że wymiar „zaufania publicznego” odnosi się również do relacji państwo–lekarz/lekarz dentysta. Otóż osobom wykonującym zawody zaufania publicznego ustawodawca umożliwił kształtowanie w obrębie samorządów zawodowych samodzielnej regulacji i egzekwowania zasad deontologii zawodowej. Jak dalej wskazuje Trybunał tego rodzaju unormowanie możliwe jest jedynie na gruncie zaufania ustawodawcy do osób wykonujących zawody zaufania publicznego (w wyroku wskazano zawód radcy prawnego), w szczególności należytego i odpowiedzialnego korzystania z przyznanej im szerokiej sfery autonomii. Pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty sprawuje samorząd zawodowy. Do jego obowiązków należy podejmowanie działań w przypadku nieetycznego postępowania, postępowania niezgodnego z przepisami prawa, w szczególności poprzez podejmowanie czynności przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Wydaje się, że zważywszy na ogromny stopień zaufania do lekarzy, jak i lekarzy dentystów i to zarówno ze strony pacjentów, jak i ustawodawcy, działania polegające na wprowadzaniu w błąd pacjentów co do posiadanych przez siebie kwalifikacji i umiejętności, prowadzenie leczenia wykraczającego poza zakres kompetencji powinny być szczególnie piętnowane. Problem taki może wyłonić się przy zagadnieniu dotyczącym zakresu kompetencji lekarza i lekarza dentysty. W literaturze zwraca się uwagę na możliwość „nachodzenia na siebie” kompetencji lekarza i lekarza dentysty, a jako przykład podaje się możliwość przystąpienia do specjalizacji i wykonywania czynności z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej zarówno przez lekarza, jak i lekarza dentystę⁷.

Wykonywanie zawodu lekarza

„Historia medycyny to przede wszystkim historia zawodu lekarza”⁸. Początki rozwoju zawodu lekarza związane były z medycyną sakralną, a wynikało to z wiary w nadprzyrodzone pochodzenie chorób – w Mezopotamii funkcje lekarza sprawowali kapłani, wśród których można było wyróżnić wróżbitów i zaklinaczy duchów⁹. Najstarszy dokument regulujący wykonywanie zawodu lekarza pochodzi z Babilonii i jest nim kodeks Hammurabiego z XVIII w. p.n.e. – zasłynął z bardzo surowych kar dla lekarzy, którym nie udało się wyleczyć pacjenta¹⁰. Również w starożytnym Egipcie medycyna miała charakter sakralny – funkcję lekarza sprawowali kapłani, cieszący się wielkim uznaniem i szacunkiem, którym nadawano honorowe tytuły świadczące o ich pozycji zawodowej – przykładowo „Opiekun oka faraona”, „Wielki lekarz Górnego i dolnego Egiptu”¹¹.

⁶ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2007 r. w sprawie o sygnaturze K 41/05.

⁷ M. Kopeć, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 30.

⁸ D. Karkowska, *Zawody Medyczne*, Warszawa 2012, s. 130.

⁹ Więcej na ten temat T. Brzeziński, *Dawna medycyna i lekarze. Studium kształtowania zawodu*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2016, s. 31.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Zob. T. Brzeziński, *Dawna medycyna i lekarze. Studium kształtowania zawodu*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2016, s. 32–33.

W Chinach – za dynastii Czou (1050–256 r. p.n.e.) zostały wprowadzone państwowe egzaminy dla osób zamierzających wykonywać zawód lekarza – ostatni z egzaminów odbywał się przed samym cesarzem¹². Śledząc historię kształtowania się zawodu lekarza nie sposób ominąć starożytną Grecję. Przysięga składana przez osoby kończące naukę w greckich szkołach i przystępujących do praktyki lekarskiej – tzw. przysięga Hipokratesa jest w zmienionej formie, przyrzeczenia lekarskiego, składana do dziś przez absolwentów wydziałów lekarskich. Zawód lekarza w starożytnej Grecji traktowany był jak zawód wolny, oznaczało to, że mógł być on wykonywany przez każdego, kto czuł się do tego przygotowany¹³. Niezależnie od powyższego, z czasem powstały tzw. „szkoły lekarskie” prowadzone przez lekarzy – mistrzów, którzy byli nauczycielami dla przyszłych lekarzy¹⁴. W starożytnym Rzymie, jak wskazuje T. Brzeziński funkcję lekarzy początkowo pełnili przede wszystkim niewolnicy greccy, a z czasem również Rzymianie wywodzący się z niższych warstw społecznych, jakkolwiek cały czas istniała znaczna grupa oszustów podszywających się pod lekarzy¹⁵.

Przechodząc do kształtowania się zawodu lekarza w Europie zaznaczyć należy, że zawód lekarza początkowo wykonywany był w zasadzie wyłącznie przez duchownych – w literaturze wskazuje się na tzw. „medycynę klasztorną”, utrzymującą się aż do XII w.¹⁶ Z czasem zaczęły powstawać świeckie szkoły, na których nauczano medycyny. W szkole w Salerno – uważanej za kolebkę tradycji uniwersyteckich wprowadzono stopnie: magistra i doktora. Była to świecka szkoła, w której czas trwania studiów medycznych wynosił 5 lat¹⁷. Kolejnym ważnym wydarzeniem w procesie kształtowania się zawodu lekarza, jak podaje T. Brzeziński było wydanie przez Fryderyka II Hohenstaufa kodeksów (w latach 1231–1241), do których wprowadzono dla przyszłych lekarzy obowiązek posiadania państwowego zezwolenia na wykonywanie praktyki lekarskiej¹⁸. Był to przełomowy moment w historii kształtowania się zawodu lekarza – do dziś bowiem, zawód lekarza należy do grupy zawodów regulowanych, a więc takich, których wykonywanie związane jest z obowiązkiem spełnienia określonych prawem wymogów.

W średniowieczu przyszli lekarze kształcili się na uniwersytetach – studia trwały od 3 do 5 lat, podczas których można było ubiegać się o stopień bakałarza, licencjata a w końcu uzyskać również stopień doktora – dopiero uzyskany tytuł doktora pozwalał na samodzielną praktykę i nauczanie¹⁹.

Przechodząc do trybu kształcenia i warunków wykonywania zawodu przez lekarzy w Polsce, w czasach mniej nam odległych wskazać należy, że w okresie dwudziestole-

¹² Ibidem, s. 35.

¹³ Zob. T. Brzeziński, *Dawna medycyna i lekarze. Studium kształtowania zawodu*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2016, s. 36.

¹⁴ Ibidem, s. 38–39.

¹⁵ T. Brzeziński zauważa także, że w Rzymie powstały kolegia lekarskie (*collegium Hippocraticum*), które reprezentowały interesy osób wykonujących zawód lekarza, ibidem, s. 41–42.

¹⁶ Zob. D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 132, 133 oraz T. Brzeziński, *Dawna medycyna i lekarze. Studium kształtowania zawodu*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2016, s. 44, 45.

¹⁷ T. Brzeziński, *Dawna medycyna i lekarze. Studium kształtowania zawodu*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2016, s. 51.

¹⁸ Ibidem, s. 51.

¹⁹ Ibidem, s. 52–54.

cia międzywojennego kwestie związane z wykonywaniem zawodu lekarza określone zostały w ustawie z dnia 2 grudnia 1921r. w *przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim*²⁰. Zgodnie z art. 2 tej ustawy prawo wykonywania zawodu lekarza przysługiwało co do zasady osobie, która:

- była obywatelem Państwa Polskiego;
- posiadała dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z wydziałów lekarskich polskich uniwersytetów państwowych;
- odbyła jednoroczną praktykę szpitalną bądź w okresie studiów uniwersyteckich, bądź po ich ukończeniu;
- nie została ubezwłasnowolniona wskutek choroby umysłowej²¹.

Każdy obywatel, który chciał wykonywać zawód lekarza musiał zarejestrować się w Ministerstwie Zdrowia Publicznego.

Jako kolejny akt prawny regulujący kwestie związane z wykonywaniem zawodu lekarza wskazać należy rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. *o wykonywaniu praktyki lekarskiej*²². W świetle art. 3 rozporządzenia osoba wykonująca praktykę lekarską musiała: być obywatelem Państwa Polskiego, posiadać dyplom lekarski wydany lub uznany przez jeden z wydziałów lekarskich uniwersytetów w Państwie Polskim, odbyć jednoroczną praktykę szpitalną po uzyskaniu dyplomu lekarskiego²³.

Jak wskazuje D. Karkowska, w II Rzeczypospolitej lekarze mogli zdobyć wykształcenie na wydziałach lekarskich Uniwersytetu w Warszawie, Krakowie, we Lwowie, w Wilnie, w Poznaniu²⁴. Zasady przyjęcia na wydziały lekarskie określone były w ustawie z dnia 13 lipca 1920 r. *o szkołach akademickich*²⁵. Osoba, która ukończyła studia na wydziale lekarskim, zdała z pozytywnym wynikiem egzaminu i złożyła przyrzeczenie, uzyskiwała tytuł „doktora wszechnauk lekarskich”²⁶. Następnie, wprowadzono istotną zmianę i w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. *o wykonywaniu praktyki lekarskiej* wskazano, że osoba posiadająca prawo wykonywania praktyki lekarskiej mogła posługiwać się tytułem „lekarza”, natomiast osobom, które uzyskały dyplom lekarski przed 1930 r. przysługiwało jeszcze prawo posługiwania się tytułem „doktora wszechnauk lekarskich”.

Następnym aktem prawnym regulującym problematykę wykonywania zawodu lekarza była ustawa z dnia 28 października 1950r. *o zawodzie lekarza*²⁷. Zgodnie z art. 2 tej ustawy prawo wykonywania zawodu lekarza przysługiwało obywatelowi polskiemu, który ukończył studia lekarskie w polskiej szkole akademickiej bądź

²⁰ Dz. U. 1921.105.762.

²¹ W art. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w *przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej* ustawodawca wskazał przypadki, w których pomimo niespełnienia wszystkich przesłanek z art. 2 możliwe było przyznanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej na czas określony np. w stosunku do profesorów zagranicznych uniwersyteckich wydziałów lekarskich.

²² Dz. U. 1932.81.712.

²³ W rozporządzeniu z dnia 25 września 1932 r. ustawodawca w art. 3 ust. 3 wskazał zbiór dokumentów równoznacznych z dyplomem lekarskim wydanym lub uznanym w Polsce.

²⁴ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 142.

²⁵ Dz. U. 1920.72.494.

²⁶ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 143.

²⁷ Dz. U. 1950.50.458.

uzyskał w innym państwie wykształcenie, uznane w Polsce za równorzędne i nie był ubezwłasnowolniony. Przed przystąpieniem do wykonywania zawodu, lekarz zobowiązany był do przedstawienia okręgowej radzie lekarskiej dowodów spełnienia ww. warunków, na podstawie których, rada wydawała lekarzowi zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu. Jak wynikało z art. 1 ustawy, wykonywanie zawodu lekarza polegało na rozpoznawaniu, leczeniu i zapobieganiu chorobom, a także na wydawaniu orzeczeń lekarskich. Ustawa o zawodzie lekarza z 1950 r. została uchylona dopiero przez ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (dalej: u.z.l.)²⁸ – obowiązującą do dziś.

Istotnym aktem prawnym dla wykonywania zawodu lekarza była ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. *o ustroju i zakresie działania izb lekarskich*²⁹, którą powołano do działania izby lekarskie³⁰. W latach 1922–1923 w wyniku przeprowadzonych wyborów powołano przedstawicieli okręgowych izb lekarskich i Naczelnej Izby Lekarskiej. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 15 marca 1922 r. *w przedmiocie utworzenia Izb lekarskich*³¹ powstały następujące izby:

- Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka,
- Izba Lekarska Łódzka,
- Izba Lekarska Krakowska,
- Izba Lekarska Poznańsko-Pomorska,
- Izba Lekarska Lwowska,
- Izba Lekarska Lubelska.

Okręgowe izby lekarskie, w świetle obowiązującego wówczas stanu prawnego zostały utworzone w celu uporządkowania spraw dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach między lekarzami, jak również w celu strzeżenia godności wykonywanego zawodu. Z kolei zadaniem Naczelnej Izby Lekarskiej było współdziałanie z władzami państwowymi w sprawach z zakresu zdrowia publicznego³². Następnie, zakres działania i funkcje izb lekarskich, prawa i obowiązki członków izb lekarskich, problematyka odpowiedzialności dyscyplinarnej określone zostały w ustawie z dnia 15 marca 1934 r. *o izbach lekarskich*³³. Po niecałych 20 latach, na mocy ustawy z dnia 18 lipca 1950 r.³⁴ zniesiono izby lekarskie. Dopiero w wyniku wydania ustawy z dnia 17 maja 1989 r. *o izbach lekarskich*³⁵ odtworzono lekarski samorząd zawodowy. Należy przy tym również zauważyć, że w świetle obecnie obowiązującego

²⁸ Dz. U. 2018.617 t.j. ze zm.

²⁹ Dz. U. 1921.105.763.

³⁰ Tylko na marginesie wskazać można, że w literaturze, zauważa się, iż sama idea powstania „izb lekarskich” narodziła się w Brunszwiku, w którym w drodze ustawy z dnia 25 października 1865 r. utworzono izbę lekarską i aptekarską, por. J. Antczak, J. Hornowski, *Jak powstawał nasz samorząd*, w: *Odrodzony stan lekarski 25-lecie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza*, Warszawa 2014, s. 25–27.

³¹ Dz. U. 1922.41.353.

³² Takie funkcje izb lekarskich określone zostały w art. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. *o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich*.

³³ Dz. U. 1934.31.275.

³⁴ Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. *o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych*, Dz. U. 1950.36.326.

³⁵ Dz. U. 1989.30.158.

zujących przepisów, prawo wykonywania zawodu lekarza przyznawane jest osobie, która: posiada dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie co najmniej sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim, w tym dwusemestralne praktyczne nauczanie w dziedzinach klinicznych na 6. roku studiów, złożyła z wynikiem pozytywnym Lekarski Egzamin Końcowy³⁶.

Wykonywanie zawodu lekarza dentysty

Pojęcie „lekarz dentysta” wywodzi się z łac. *dens*, oznaczającego „zęb”³⁷. W literaturze przyjmuje się, że wyodrębnienie „naukowej dentystyki” – jako specjalności – nastąpiło w 1723 r. w wyniku powstania dzieła Pierre Faucharda: *Le chirurgien dentiste; ou traité des dents*, w którym zostały opisane 103 choroby zębów i jamy ustnej. Scharakteryzowane metody leczenia, wśród których można wskazać: trepanacje korony zębów za pomocą wiertel, uzupełnianie ubytków protezami umieszczonymi na płytce, stosowanie wypełnień z cyny, ołowiu, złota, okazały się na tyle przełomowe, że spowodowały usamodzielnienie się dentystyki³⁸. Tylko na marginesie warto zauważyć, że najstarszym śladem dentystycznej interwencji jest „szczęka Egipcjanina z IV dynastii (2900–2750 r. p.n.e.) ze sztucznie wykonanymi otworami, przypuszczalnie dla wypuszczenia nagromadzonej tam ropy”³⁹. Stopniowe wyodrębnianie się dentystyki jako nauki miało istotne znaczenie, ponieważ wcześniej, czynności w obrębie dentystyki podejmowane były przez osoby bez jakiegokolwiek wykształcenia, przygotowania, podróżujące od miasta do miasta i zarabiające w ten sposób na życie⁴⁰.

Jeśli chodzi o rozwój dentystyki w Polsce, zauważyć należy, że po odzyskaniu przez Polskę niepodległości sytuacja prawna osób zajmujących się dentystyką była niejasna. Można było wyodrębnić trzy różne grupy zajmujące się dentystyką w zależności od tego, w którym zaborze uzyskały uprawnienia⁴¹. Brak jakichkolwiek regulacji prawnych w zakresie dopuszczalności wykonywania zabiegów dentystycznych uzależnionych od posiadanego wykształcenia prowadził do licznych wątpliwości. Sytuacja ta uległa zmianie dopiero 10 czerwca 1927 r. kiedy to weszło w życie rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej⁴², w którego treści wskazano, że co do zasady praktyką lekarsko-dentystyczną mogą zajmować się osoby, które:

- były obywatelem Państwa Polskiego;
- posiadały dyplom lekarski wydany lub uznany przez jeden z wydziałów lekarskich polskich uniwersytetów państwowych lub

³⁶ Warunki przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty określone zostały w art. 5 u.z.l.

³⁷ K. Kumaniecki, *Słownik łacińsko-polski*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, s. 151.

³⁸ W. Brzeziński, *Medycyna zabiegowa*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2016, s. 164.

³⁹ Ibidem, s. 163.

⁴⁰ Por. D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 151.

⁴¹ Ibidem, s. 151–152.

⁴² Dz. U. 1927.54.476.

- posiadały dyplom lekarsko-dentystyczny, wydany lub uznany przez Akademię Stomatologiczną w Warszawie;
- odbyły jednoroczną praktykę przygotowawczą w czasie trwania studiów lub po ich ukończeniu.

Ponadto, do prowadzenia praktyki lekarsko-dentystycznej upoważnione były:

- osoby, posiadające dyplomy lekarskie, wyszczególnione w punktach 1, 2, 3, 4 art. 2. ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w *przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem*;
- lekarze-dentyści, którzy posiadali dyplomy, wydane przez uniwersytety b. Cesarstwa Rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r.;
- lekarze-dentyści, którzy uzyskali aprobatę, uprawniającą do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Niemieckim przed dniem 27 grudnia 1918 r.;
- osoby, które na podstawie aprobaty, uzyskanej w Państwie Niemieckim, wykonywały praktykę lekarsko-dentystyczną przynajmniej od 1 stycznia 1922 r. do dnia 15 czerwca 1922 r. na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego;
- osoby, posiadające aprobatę na stopień lekarza-dentysty, wydaną przez komisję egzaminacyjną na lekarzy dentystów w b. Generał-Gubernatorstwie Warszawskim w latach: 1916, 1917 i 1918;
- osoby, posiadające świadectwa z ukończenia szkół lekarsko-dentystycznych, znajdujących się na obszarze b. Cesarstwa Rosyjskiego [...];
- dentyści, posiadający dyplomy uniwersytetów b. Cesarstwa Rosyjskiego, Wojennej Akademii Lekarskiej w Petersburgu i Żeńskiego Instytutu Medycznego w Petersburgu, wydane przed dniem 27 listopada 1917 r.

Należy również podkreślić, że w myśl przepisów zawartych w przywołanym akcie prawnym, w wyjątkowych sytuacjach prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej mogło zostać przyznane przez Ministra Spraw Wewnętrznych na czas określony osobom, spełniającym określone warunki – uprawnienie to odnosiło się m.in. do osób posiadających uprawnienia zawodowe na terenie innych krajów a piastujących w Polsce stanowiska uniwersyteckie. Przed rozpoczęciem wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej lekarze dentyści mieli obowiązek zarejestrowania się u wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, składając dowody uprawnień.

Tytuł „lekarza dentysty” podlegał licznym zmianom – jak wynikało z art. 4 rozporządzenia, osoby spełniające powyższe warunki mogły posługiwać się tytułem „lekarza dentysty” i wykonywać wszelkie zabiegi lekarsko- i techniczno-dentystyczne. Jak wskazuje D. Karkowska, od 1934 r. absolwentom Państwowej Akademii Stomatologicznej zaczęto nadawać tytuł: „lekarza stomatologa” – tytuł ten zastąpił tytuł lekarza dentysty⁴³. Do używania tytułu „lekarza dentysty” powrócono w wyniku zmiany wprowadzonej w 2003 r. do ustawy *o zawodzie lekarza*. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej wymagało dostosowania tytułów zawodowych do wytycznych prawa unijnego – dlatego zastąpiono tytuł „lekarza stomatologa” tytułem „lekarza dentysty”, używanym do dziś⁴⁴.

⁴³ D. Karkowska, *Zawody Medyczne*, Warszawa 2012, s. 154.

⁴⁴ Zgodnie z art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 10 kwietnia 2003 r. *o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw użyte w różnych przypadkach i liczbie wyrazy lekarz stomatolog zastąpiono użytymi w odpowiednich przypadkach i liczbie wyrazami lekarz dentysta*.

W latach 30. XX wieku na skutek dążeń lekarzy dentyistów utworzone zostały izby lekarsko-dentystyczne. W ustawie z dnia 11 stycznia 1938 r. *o izbach lekarsko-dentystycznych*⁴⁵ określono prawa i obowiązki członków, ustrój działalności izb, wskazano, że do zadań izb należą m.in.: „krzewienie i strzeżenie etyki, godności i sumienności zawodowej”, obrona interesów członków izby, sprawowanie sądownictwa dyscyplinarnego i polubownego (art. 4). Ustawa obowiązywała do 1950 r.⁴⁶ Podkreślić należy, że podstawy prawne wykonywania praktyki przez lekarzy dentyistów nadal były określone w rozporządzeniu z 1927 r. *o wykonywaniu praktyki dentystycznej*, które zostało zastąpione ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty*, obowiązującą aż do dziś.

W świetle aktualnie obowiązującej ustawy, aby otrzymać pełne prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty należy: uzyskać dyplom lekarza dentyisty wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie na 5. roku studiów, zdać z pozytywnym wynikiem Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy⁴⁷.

Zwracając uwagę na specyfikę wykonywania zawodu lekarza dentyisty Naczelna Rada Lekarska utworzyła Komisję Stomatologiczną, która zajmuje się tylko i wyłącznie zagadnieniami związanymi z wykonywaniem zawodu lekarza dentyisty⁴⁸. W jej skład wchodzi wszyscy lekarze dentyści będący członkami Naczelnej Rady Lekarskiej oraz przewodniczący komisji stomatologicznych okręgowych rad lekarskich, albo osoby wskazane przez okręgowe rady lekarskie. Do zadań komisji należy m.in. przedstawianie opinii w sprawach i problemach dotyczących lekarzy dentyistów, współpraca i koordynowanie współpracy międzynarodowej między lekarzami dentyistami, monitorowanie sytuacji demograficznej lekarzy dentyistów, opracowywanie i przedstawianie koncepcji kształcenia specjalizacyjnego lekarzy dentyistów oraz sposobu uzyskiwania umiejętności oraz doskonalenia zawodowego, przedstawianie opinii do projektów aktów prawnych mających wpływ na wykonywanie zawodu lekarza dentyisty⁴⁹.

Ciekawym zagadnieniem, na które warto zwrócić uwagę przy omawianiu specyfiki zawodu „lekarza dentyisty” jest zakres uprawnień lekarzy dentyistów, który jak się

⁴⁵ Dz. U. 1938.6.33 .

⁴⁶ W dniu 18 lipca 1950 r. wydano ustawę *o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych*.

⁴⁷ Warunki przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty określone zostały w art. 5 u.z.l. Szczegółowe kwestie związane z Lekarsko-Dentystycznym Egzaminem Końcowym ujęte zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego. Tylko na marginesie warto w tym miejscu zaznaczyć, że dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych wprowadziła zasadę automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów uzyskanych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej – tryb przyznania prawa wykonywania zawodu na tych zasadach określony został w rozdziale 2 u.z.l.

⁴⁸ Uchwała nr 4/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej.

⁴⁹ Zob. Uchwała Nr 4/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 lutego 2010 r. w sprawie składu, zasad działania i zadań Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Uchwała Nr 14/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie określenia zasad prowadzenia działalności zagranicznej Naczelnej Izby Lekarskiej.

okazuje cały czas budzi wątpliwości. W 2016 r. dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wystąpił do Naczelnej Rady Lekarskiej z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy osoba posiadająca tytuł „lekarza dentystry” może wykonywać zabiegi z wykorzystaniem botoksu, kwasu hialuronowego i innych substancji wstrzykiwanych w skórę w obrębie twarzoczaszki oraz okolic przyległych. Okazało się bowiem, że istniały wątpliwości dotyczące zakresu wykonywania powyższych czynności przez lekarzy dentystry. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 8 lipca 2016 r. zajęło stanowisko w powyższej sprawie⁵⁰ wskazując, że analiza obecnie obowiązujących przepisów prowadzi do wniosku, że zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści mogą wykonywać zabiegi z użyciem toksyny botulinowej i implantów tkankowych np. kwasu hialuronowego, hydroksyapatytu wapnia, kwasu polimlekowego, przy czym w stanowisku podkreślono, że czynności wykonywane przez lekarza dentystrę są ograniczone do zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Tak rysuje się możliwość wykonywania zabiegów z wykorzystaniem botoksu przez lekarzy dentystry w Polsce. Inaczej sytuacja wygląda w Wielkiej Brytanii. I tak w 2016 r. do organów samorządu zawodowego w Polsce dotarła informacja o ukaraniu na terenie Wielkiej Brytanii lekarza dentystry (z polskim pierwotnym prawem wykonywania zawodu), m.in. za wykonywanie zastrzyków z użyciem botoksu – według General Dental Council lekarz dentystra nie posiadał wystarczających kwalifikacji i uprawnień w tym zakresie. Jako karę GDC wymierzył ograniczenie prawa wykonywania zawodu na czas 18 miesięcy⁵¹. Wydaje się to ciekawym zagadnieniem, jednakże sygnalizowanym tylko na marginesie – mianowicie każdorazowo pamiętać należy, że zakres kompetencji lekarzy dentystry może być różnie oceniany w poszczególnych państwach członkowskich UE.

Podsumowanie

W wyniku zwięzłej analizy kształtowania się i wyodrębniania zawodów lekarza i lekarza dentystry można powiedzieć, że ustawodawca różnicował sytuację prawną tych dwóch zawodów. Podkreślić w szczególności należy, że kwestie związane z wykonywaniem zawodu lekarza regulowały inne akty prawne niż te mające zastosowanie do lekarzy dentystry⁵².

⁵⁰ Stanowisko Nr 38/16/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lipca 2016 r. w sprawie wykonywania świadczeń z zastosowaniem toksyny botulinowej i implantów tkankowych, <https://www.nil.org.pl/struktura-nil/komisje-naczelnej-rady-lekarskiej/komisja-stomatologiczna/sprawy-biezace/prezydium-nrl-o-wykonywaniu-swiadczen-z-zastosowaniem-toksyny-botulinowej-i-implantow-tkankowych>, 25.02.2019.

⁵¹ <https://www.gdc-uk.org/> – na stronie dostępne są orzeczenia General Dental Council.

⁵² Wskazać można chociażby, że warunki wykonywania zawodu przez lekarzy zostały określone w: ustawie z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z mocą ustawy z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej, rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej, ustawie z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza. Jeśli natomiast mowa o warunkach i trybie wykonywania zawodu lekarza dentystry wskazać można na rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystrycznej.

Dopiero w 1997 r. weszła w życie obecnie obowiązująca ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która uchyliła ustawę z 1950 r. *o zawodzie lekarza* i rozporządzenie z 1927 r. *o wykonywaniu praktyki lekarskiej*. Obecnie warunki uzyskania uprawnień zawodowych, zasady wykonywania obu zawodów ujęte zostały w jednym akcie prawnym. Zrzeszenie w ramach jednego samorządu zawodowego zarówno lekarzy, jak i lekarzy dentyistów utrzymane zostało w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*⁵³ regulującej kwestie zasad działania i uprawnień organów izb lekarskich, obowiązków członków izb, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Nie można jednak zapominać, że istnieje wiele odrębności w zakresie wykonywania tych dwóch zawodów wyrażających się m.in. w: odmiennym programie studiów, innym czasie ich trwania, innych kompetencjach, umiejętnościach i uprawnieniach. Kolejną różnicą – istotną dla niniejszego artykułu – pozostaje różnica w zakresie możliwości przystępowania do poszczególnych specjalizacji. Na tę kwestię zwrócił uwagę okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej w jednym z postępowań, dotyczącym sytuacji, w której osoba posiadająca tytuł lekarza przystąpiła do specjalizacji zastrzeżonej wyłącznie dla lekarza dentyisty i leczyła pacjentów w tym zakresie bez posiadania stosownych uprawnień. Szczegółowa analiza sprawy przedstawiona została poniżej.

Analiza sprawy

1) Opis sprawy

W 2018 r. w związku z prowadzonym postępowaniem z zakresu odpowiedzialności zawodowej, lekarz został uznany za winnego prowadzenia leczenia z zakresu chirurgii stomatologicznej bez posiadania prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty. Za tak opisany czyn okręgowy sąd lekarski (dalej: OSL) wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 5 lat. Odwołanie od orzeczenia złożył obrońca obwinionego lekarza i wniósł o niewinnienie obwinionego od popełnienia zarzucanego mu czynu, ewentualnie o uchylenie orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania OSL, a z daleko posuniętej ostrożności procesowej o zmianę orzeczenia poprzez wymierzenie obwinionemu kary łagodniejszej. Na skutek wniesionego w sprawie odwołania Naczelny Sąd Lekarski (dalej: NSL) zmienił wymierzoną obwinionemu karę i za przypisany czyn wymierzył karę pieniężną na rzecz fundacji. Kasację od prawomocnego orzeczenia Sądu odwoławczego wnieśli: obrońcy obwinionego lekarza – zaskarżając orzeczenie NSL w całości oraz Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (dalej: NROZ) – w zakresie niewspółmierności kary.

2) Specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne

Obwiniony lekarz w 1992 r. uzyskał zgodę na przystąpienie do egzaminu z zakresu chirurgii stomatologicznej, który zdał z pozytywnym wynikiem. Obowiązywało

⁵³ Dz. U. 2018.168 t.j. ze zm.

wówczas zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej⁵⁴. Zgodnie z tym zarządzeniem **tylko lekarz dentysta** mógł przystąpić do specjalizacji z chirurgii stomatologicznej (załącznik nr 1, poz. 35 zarządzenia).

Lp.	Nazwa specjalności pierwszego stopnia	Rodzaj wykształcenia wymagany do podjęcia specjalizacji	Nazwa specjalności drugiego stopnia	Specjalności pierwszego stopnia, po których można podjąć specjalizację drugiego stopnia
35	Chirurgia stomatologiczna	Lekarz dentysta	Chirurgia stomatologiczna	Po pierwszym stopniu stomatologii ogólnej

Tak samo rysowała się ta kwestia w zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 maja 1986 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej.

Nie ulega wątpliwości, że obwiniony posiadał tytuł lekarza, a nie lekarza dentysty, tak więc w świetle obowiązujących przepisów nie mógł przystąpić do specjalizacji z chirurgii stomatologicznej. Czyn, za który obwiniony został ukarany nie odnosił się do zdarzeń mających miejsce w 1992 r. – nie byłoby to możliwe ze względu na pięcioletni okres przedawnienia karalności⁵⁵ – natomiast dotyczył tego, że lekarz nadal świadomie prowadzi leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej bez posiadania prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty. Jak zauważył w uzasadnieniu orzeczenia Naczelny Sąd Lekarski obwiniony w trakcie odbywania specjalizacji nie posiadał prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty, a nie ulega wątpliwości, że szkolenie to przeznaczone było tylko i wyłącznie dla lekarzy dentystów. Tak więc ukończenie szkolenia nie mogło dać obwinionemu większych uprawnień w zakresie podejmowanych czynności leczniczych niż te, które związane były z posiadanym przez niego prawem wykonywania zawodu lekarza. Tylko na marginesie można wspomnieć, że również na gruncie obowiązującego do stycznia 2019 r. rozporządzenia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów⁵⁶ specjalizacja z chirurgii stomatologicznej ujęta została w wykazie specjalizacji lekarsko-dentystycznych⁵⁷. Warto odnotować, że w części specjalizacji rzeczywiście kompetencje lekarza i lekarza dentysty mogą na siebie zachodzić – przykładowo specjalizacja z chirurgii szczękowo-twarzowej wpisana została zarówno do specjalizacji lekarskich, jak i lekarsko-dentystycznych, co oznacza, że może do niej przystąpić zarówno lekarz, jak i lekarz dentysta. Z pełną stanowczością jednak, zaznaczyć należy, że specjalizacja z chirurgii stomatologicznej wskazana została jedynie wśród specjalizacji lekarsko-dentystycznych. Świadczy to o intencjonalnym działaniu ustawodawcy, który przyjął, że tylko le-

⁵⁴ Dz. Urz. MZiOŚ 1983.3.19.

⁵⁵ Zgodnie z art. 64 ust. 3 u.i.l. karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat.

⁵⁶ Dz. U. 2013.26 ze zm.

⁵⁷ W momencie pisania artykułu nie weszło jeszcze w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, jednak jak wynika z projektu specjalizacja z chirurgii stomatologicznej nadal będzie znajdować się w wykazie specjalizacji lekarsko-dentystycznych.

karz dentysta może uzyskać tytuł specjalisty z chirurgii stomatologicznej. Przy czym, takie stanowisko ustawodawcy pozostaje niezmiennie od lat.

3) Naruszone przez obwinionego lekarza przepisy

Sądy lekarskie doszły do przekonania, że obwiniony swym postępowaniem naruszył art. 2 ust. 2 u.z.l., zgodnie z którym wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń określonych w ust. 1 (badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich), w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. W uzasadnieniu Okręgowego Sądu Lekarskiego wskazano, że przyjęcie, iż lekarz może wykonywać świadczenia lecznicze w zakresie chorób zębów, jamy ustnej jest niedopuszczalne i tak naprawdę podważa sens istnienia dwóch zawodów – zawodu lekarza i lekarza dentysty. Z rozstrzygnięciem sądów lekarskich nie zgodził się obwiniony, który wywiódł kasację do Sądu Najwyższego.

4) Zarzuty obrońców lekarza podniesione w kasacji

Obrońcy w kasacji, w której zaskarżyli orzeczenie NSL w całości podnieśli m.in. zarzuty:

- naruszenie art. 53 i 75 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* poprzez niewskazanie, jaką konkretną normę etyczną zawartą w Kodeksie etyki lekarskiej lub w innym akcie określającym wymogi etyczne, którą winien się kierować, obwiniony naruszył;
- naruszenie art. 2 u.z.l. poprzez uznanie, iż obwiniony, jako lekarz, nie mógł udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych, co najmniej w zakresie w jakim obejmują one kompetencje objęte specjalizacją w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej;
- naruszenie art. 1 § 2 pkt 2 oraz art. 16 i art. 110 w zw. z art. 1 § 2 pkt 2 *Kodeksu postępowania administracyjnego* w brzmieniu obowiązującym w dniu 12.11.1992 r., poprzez nieuznanie postępowania specjalizacyjnego obwinionego oraz dyplomu pierwszego stopnia specjalizacji z zakresu chirurgii stomatologicznej za czynności z zakresu (z dziedziny) prawa administracyjnego;
- naruszenie art. 61 ustawy *o izbach lekarskich* poprzez naruszenie zasad postępowania przed sądem lekarskim, a to nieudowodnienie obwinionemu zarzucanego mu czynu i tłumaczenie wątpliwości na niekorzyść obwinionego;
- naruszenie art. 51 ustawy *o izbach lekarskich* z dnia 17 maja 1989 r. obowiązującej do 31 grudnia 2009 r., poprzez ukaranie za czyn, który nawet jeśli miał miejsce, to jego karalność uległa przedawnieniu.

Obrońcy wnieśli o uchylenie zaskarżonego orzeczenia oraz orzeczenia sądu pierwszej instancji i uniewinnienie obwinionego lub umorzenie postępowania, względnie

przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji, ewentualnie uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania NSL.

5) Kasacja Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

NROZ na podstawie art. 96 ust. 1 u.i.l. zaskarżył orzeczenie NSL w zakresie rozstrzygnięcia o karze na niekorzyść obwinionego i zarzucił orzeczeniu rażąco niewspółmierność kary wyrażającą się w wymierzeniu obwinionemu kary nadmiernie łagodnej w stosunku do przypisanego mu przewinienia zawodowego i wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w zakresie rozstrzygnięcia o karze i przekazanie sprawy w tym zakresie NSL do ponownego rozpoznania w postępowaniu odwoławczym. Sąd I instancji orzekł karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 5 lat. Naczelny Sąd Lekarski na skutek rozpoznania odwołania obrońcy obwinionego wymierzył karę pieniężną. NROZ wskazał, że zmieniając orzeczenie sądu I instancji i wymierzając obwinionemu karę łagodniejszego rodzaju, NSL naruszył generalne dyrektywy wymiaru kary wynikające z art. 53 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny⁵⁸ (dalej: k.k.), uwzględniając w nadmierny sposób okoliczności łagodzące – takie jak dotychczasowa niekaralność zawodowa obwinionego, a jednocześnie nie biorąc w należyty sposób pod uwagę istotnych, wskazanych w materiale dowodowym okoliczności obciążających obwinionego.

6) Orzeczenie Sądu Najwyższego wraz z uzasadnieniem

Sąd Najwyższy wydał wyrok, w którym uwzględnił kasację Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i oddalił kasację obrońców obwinionego lekarza.

Sąd uchylił zaskarżone orzeczenie NSL w części dotyczącej rozstrzygnięcia o karze i sprawę w tym zakresie przekazał do ponownego rozpoznania w postępowaniu odwoławczym NSL. W ocenie Sądu Najwyższego orzeczone przez NSL wobec ukaranego kara była niewspółmiernie rażąco łagodna. Z uzasadnienia wyroku SN wynika, że sąd II instancji decydując się na tak radykalną zmianę wymierzonej wobec obwinionego kary powinien wyczerpująco uzasadnić swoją decyzję, czego nie uczynił i przede wszystkim powinien uwzględnić w dostatecznym stopniu wszystkie okoliczności obciążające obwinionego lekarza, wśród których należało wskazać wykonywanie przez wiele lat czynności medycznych przynależnych według prawa jedynie lekarzom dentystom.

Jeśli chodzi o kasację obrońców obwinionego lekarza, to SN zauważył, że nie reSpektuje ona podstawowej reguły wynikającej z art. 91 ust. 1 u.i.l., zgodnie z którą kasację wnosi się od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, a co za tym idzie – powinno wskazywać się w kasacji na uchybienie tego sądu. Tymczasem w kasacji podniesiono kwestie odnoszące się do orzeczenia sądu I instancji. Sąd Naj-

⁵⁸ Dz. U. 2018.1600, t.j. ze zm.

wyższy wskazał, że dopuszczalne byłoby podniesienie w kasacji zarzutu nieprawidłowej bądź nierzetelnej kontroli dokonanej przez sąd odwoławczy, a więc nierozpoznanie albo nienależyte rozpoznanie podniesionych w odwołaniu zarzutów odnoszących się do orzeczenia sądu I instancji – w tej sprawie taka sytuacja nie zachodziła. Innymi słowy, w ocenie SN zarzuty podniesione w kasacji były powtórzeniem zarzutów podniesionych w odwołaniu, a przecież ponowna kontrola orzeczenia sądu I instancji nie jest funkcją postępowania kasacyjnego.

Odnosząc się do zarzutów przywołanych w kasacji, Sąd Najwyższy zauważył, że rzeczywiście sformułowany opis przypisanego obwinionemu czynu („prowadzenie leczenia z zakresu chirurgii stomatologicznej bez posiadania prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry”) jest dość lakoniczny, a nawet nieprecyzyjny – nie wskazuje bowiem ani miejsca popełnienia czynu, ani czasu jego popełnienia, jednakże po zestawieniu treści zarzutu z treścią uzasadnienia orzeczenia wynika jasno, że chodzi o zachowanie obwinionego lekarza, które miało miejsce aż do dnia przedstawienia mu zarzutu. Zdaniem Sądu w rozpoznawanej sprawie kluczową kwestię odgrywało rozstrzygnięcie czy lekarz, który uzyskał specjalizację z chirurgii stomatologicznej może w świetle obowiązujących przepisów prawa udzielać świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. Nie ulega wątpliwości, że w czasie, kiedy obwiniony lekarz odbywał specjalizację z chirurgii stomatologicznej obowiązywało zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w *sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej*, w świetle którego **tylko lekarz dentysta** mógł przystąpić do specjalizacji z chirurgii stomatologicznej.

W uzasadnieniu wyroku Sąd Najwyższy wskazał, że: „nie jest jasne, dlaczego osoby odpowiedzialne za szkolenie specjalizacyjne dopuściły do sytuacji, że obwiniony, będący lekarzem, przystąpił do przeznaczonego wyłącznie dla lekarzy dentystrów szkolenia specjalizacyjnego z zakresu chirurgii stomatologicznej i zdał przewidziany egzamin, uzyskując stosowne urzędowe potwierdzenie. Jak jednak wskazał NSL, posiadany przez obwinionego dyplom ukończenia szkolenia specjalizacyjnego, chociaż potwierdza nabycie stosownej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych, to nie stanowi dokumentu, na podstawie którego obwiniony uzyskał uprawnienie do wykonywania czynności leczniczych w zakresie chirurgii stomatologicznej. Rzecz bowiem w tym, że ukończenie szkolenia przeznaczonego wyłącznie dla lekarzy dentystrów nie mogło dać obwinionemu większych uprawnień w zakresie podejmowania czynności leczniczych ponad te, które związane są z posiadanym przez niego prawem wykonywania zawodu lekarza”. W dalszej części uzasadnienia wyroku zapadłego w sprawie SN, wskazał, że: „niewątpliwie w trosce o interesy i bezpieczeństwo pacjentów akty prawne rangi ustawowej i podstawowej szczegółowo i rygorystycznie określają warunki nabywania uprawnień do udzielania świadczeń leczniczych. Nie bez powodu sam tytuł ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* świadczy o zróżnicowaniu tych zawodów, wynikającym ze specyfiki kształcenia, w przypadku lekarza dentystry ukierunkowanego na umiejętność leczenia chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych (art. 2 ust. 2 wymienionej ustawy)”.

Reasumując, konstatacja SN w powyższym zakresie była następująca: uzyskanie tytułu specjalisty w zakresie chirurgii stomatologicznej nie mogło „naprawić” braku

posiadania przez obwinionego dyplomu lekarza dentysty. Sąd Najwyższy nie podzielił argumentacji obrońców obwinionego, zgodnie z którą interpretacja art. 2 ust. 1 i art. 2 ust. 2 u.z.l. prowadzi do wniosku, że zbiór uprawnień w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy, obejmuje zbiór uprawnień lekarzy dentystów. Po pierwsze, byłoby to niezgodne z ustawowym rozróżnieniem tych dwóch zawodów – skoro kompetencje lekarzy i lekarzy dentystów sprowadzałyby się do tego samego, to w jakim celu funkcjonowałyby dwa odrębne zawody? Po drugie, nie można zapominać, że istotne odmienności w programie studiów, programie kształcenia powodują, że lekarz po prostu nie posiada takiej samej wiedzy i praktyki jak lekarz dentysta. Dodatkowo Sąd Najwyższy podkreślił, że sam zarzut nie sprowadzał się do „braku umiejętności obwinionego” w zakresie udzielania świadczeń z chirurgii stomatologicznej, a do prowadzenia leczenia z naruszeniem przepisów ustawy.

Sąd zauważył, że słuszne w pewnym zakresie były uwagi autorów kasacji, dotyczące nakładania się kompetencji lekarza i lekarza dentysty. Przecież, zgodnie z art. 2 ust. 2 u.z.l. lekarz dentysta może udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Nie oznacza to, że lekarz nie może podejmować żadnej interwencji medycznej w powyższym zakresie. Logicznym jest, że lekarz (a nie lekarz dentysta) będący chirurgiem w przypadku złamania nosa, który przecież wchodzi w obręb części twarzowej czaszki będzie mógł udzielić pacjentowi pomocy. Zgodnie z uwagami E. Zielińskiej można się zastanawiać, czy rzeczywiście świadczenia zdrowotne w zakresie art. 2 ust. 2 u.z.l. należą do wyłącznej kompetencji lekarza dentysty – wydaje się, że tak, ale tylko w odniesieniu do chorób zębów. Do wniosku takiego prowadzi chociażby analiza innych specjalizacji, do których może przystąpić zarówno lekarz, jak i lekarz dentysta – tak jest w przypadku specjalizacji z chirurgii szczękowo-twarzowej⁵⁹. Z analizy okoliczności sprawy wynika, że obwiniony osobiście wykonywał zabiegi z zakresu chirurgii stomatologicznej, a więc, jak zauważył SN, obwiniony lekarz „wkroczył na teren zarezerwowany dla lekarza dentysty, nawet jeżeli dysponował umiejętnościami w tym zakresie”.

Kolejny zarzut obrońcy dotyczył naruszenia art. 53 u.i.l. poprzez niewskazanie, jaką konkretną normę etyczną zawartą w Kodeksie etyki lekarskiej lub w innym akcie określającym wymogi etyczne, którą winien się kierować, obwiniony naruszył. W zarzucie, wskazano jedynie, że obwiniony swym postępowaniem naruszył art. 2 u.z.l. Jak zauważył SN, zgodnie z art. 53 u.i.l. podstawą odpowiedzialności zawodowej lekarza może być naruszenie zasad etyki lekarskiej, względnie naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, co prowadzi do wniosku, że nie było konieczne powoływanie się w orzeczeniu na konkretne normy Kodeksu etyki lekarskiej, które zostały naruszone. Wystarczającym było wskazanie, że obwiniony swym postępowaniem naruszył art. 2 ust. 2 u.z.l.

Szczegóły rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego w tej sprawie dostępne są w pisemnym uzasadnieniu wyroku w internetowej bazie orzeczeń Sądu Najwyższego.

Tylko na marginesie należy wspomnieć, że NSL ponownie w trybie następczym rozpoznał odwołanie od orzeczenia sądu I instancji i orzekł o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lekarza na okres dwóch lat. Orzeczenie to jest prawomocne, sąd

⁵⁹ E. Zielińska, *Komentarz do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, Warszawa 2014, s. 52.

w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP widnieje wzmianka o tej karze. Należy także dodać, że nie upłynął jeszcze termin na złożenie wniosku kasacyjnego.

Streszczenie

W artykule przedstawiono historię kształtowania się zawodów lekarza i lekarza dentysty oraz przedstawiono problematykę wykonywania czynności zastrzeżonych dla lekarzy dentystów przez lekarzy w oparciu o Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 2018 r.

Słowa kluczowe: lekarz, lekarz dentysta, Sąd Najwyższy

Management of treatment in the field of dental surgery by a physician – remarks against the background of the Supreme Court’s ruling of 27 Feb., 2018

Summary

The article presents the history of the professions of physician and dentist, as well as the issues of performing activities reserved for dentists by physicians, based on the Supreme Court’s judgment of 27 Feb., 2018.

Key words: physician, dentist, Supreme Court