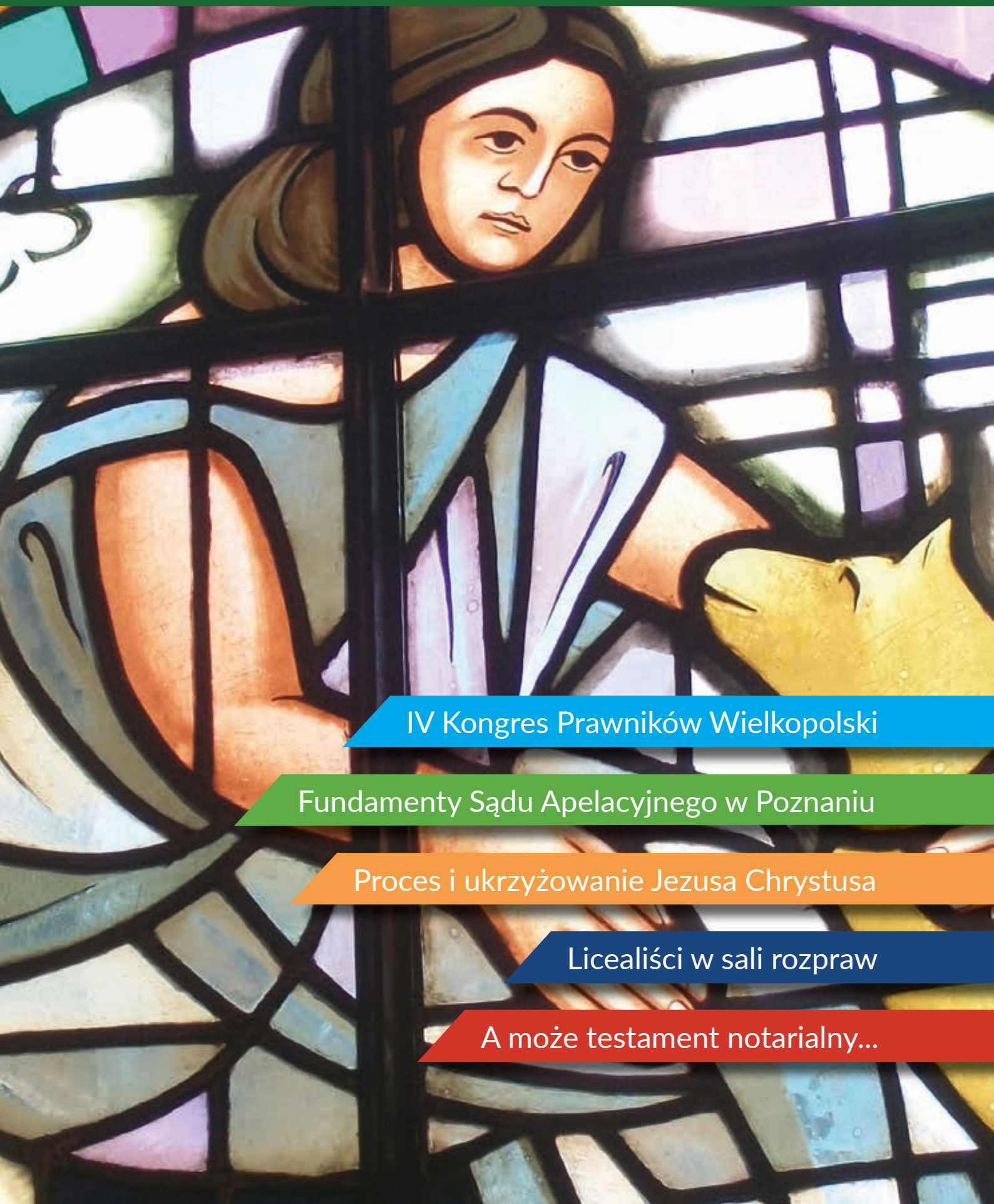
Aktualności | Ludzie | Korporacje | Instytucje

POPRAWNY

Czasopismo portalu prawnego POPRAWNY.PL

nr5 Marzec / Kwiecień 2017



IV Kongres Prawników Wielkopolski

Fundamenty Sądu Apelacyjnego w Poznaniu

Proces i ukrzyżowanie Jezusa Chrystusa

Licealiści w sali rozpraw

A może testament notarialny...

urbano

LAND ACQUISITION & PLANNING TEAM

Biuro obsługi inwestycji wykonuje:

- analizy i projekty urbanistyczne,
- obsługę prawną inwestycji,
- due diligance nieruchomości,
- doradztwo inwestycyjne,
- zarządzanie majątkiem,
- ekspertyzy prawne.

Na rynku inwestycji od 2005 roku.
Zapraszamy do współpracy!

biuro@urbano.pl
T. 61 221 25 21

Spis treści:

Str. 4 – 7 Czwarty Kongres Prawników Wielkopolski

Str. 8 Rozmowa z dr n. med. Krzysztofem Kordelem, prezesem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Str. 8 - 9 Rozmowa z sędzią Krzysztofem Józefowiczem, prezesem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu

Str. 10 - 22 Dwanaście kongresowych uchwał

Str. 23 Już są fundamenty nowego SA w Poznaniu

Str. 24 Jak zginął „Kapela”?

Str. 25 A może testament notarialny.....

Str. 26 Licealiści w sali rozpraw

Str. 27 Proces i ukrzyżowanie Jezusa

Na okładce jeden z witraży Marii Powalisz - Bardońskiej - "WIARA" (FIDES). W 1972 roku artystka zakończyła rozpoczęte w 1970 roku prace nad zespołem witraży do ówczesnego Sądu Powiatowego Miasta Poznania, obecnie Sądu Rejonowego Poznań Stare Miasto.

Od redakcji

Jak Eskulap z Temidą

Jeżeli wierzyć ludowym mądrościom, to każdy Polak ma w dowolnej kwestii, co najmniej dwa zdania, a tam gdzie spotka się dwóch Polaków powstają zazwyczaj cztery przeciwstawne opinie i dlatego nigdy nigdy nie możemy dojść do porozumienia. Na domiar złego każdy z nas zna się na medycynie oraz prawie, do tego stopnia, że z politowaniem kiwamy głową, gdy na ekranie telewizora medycy zatrudnieni w szpitalach nie potrafią rozpoznać symptomów choroby, nie wiedząc, że widzowie na początku odcinka zobaczyli dlaczego pacjent potrzebuje lekarskiej interwencji; z politowaniem kiwają głowami, gdy prawnik daje się wodzić za nos pospolitym przestępcom, bo nie ma powodów, aby nie wierzył klientowi i żądają, aby wszystkie sprawy prowadziła sędzia Anna Maria Wesołowska, wierząc, że telewizyjna fikcja to rzeczywistość.

Jeżeli do tego dodamy, jedną z najniższych w Europie, obywatelską świadomość prawną oraz nadal kulejące i niedoskonałe prawo, to już wiadomo dlaczego jest, jak jest. O postulatach uzdrowienia procesów diagnozowania, leczenia oraz usprawnienia struktur medycznych i wprost przychylenia pacjentom nieba, słyszymy od dziesięcioleci. I nic. Było jak było, jeżeli nie gorzej.

Dlatego trzeba przyklasnąć inicjatywie wielkopolskich lekarzy i prawników, którzy w odruchu serca, całkowicie pro bono wspólnie postanowili naradzić się, co i gdzie boli oraz jak temu zaradzić. Dorobkowi Czwartego Kongresu Prawników Wielkopolski „ Prawnicy dla Pacjentów i Lekarzy” jest poświęcony nieomal w całości piąty numer Poprawnego. Zachęcam do otwarcia internetowej strony Sądu Apelacyjnego w Poznaniu i zapoznania się z pełnymi tekstami podjętych uchwał. Warto.

W tym roku Wielkanoc przypada w kwietniu, wszystkim czytelnikom, a przede wszystkim lekarzom i prawnikom, potencjalnym pacjentom, składam w imieniu Redakcji Poprawnego życzenia :

Spokojnych, Radosnych, Pełnych Serdeczności i Pozytywnych Refleksji Świąt Wielkiej Nocy.

Kazimierz Brzezicki

Redaktor Naczelny

Wydawca: URBANIA sp. z o.o. 60-506 Poznań, ul. Wawrzyniaka 19. tel.:+48 61 221 25 21, www.urbania.pl General Project Designer: Rafał Gorączniak. rg@gremedia.pl Project Manager: Kazimierz Brzezicki, k.brzezicki@gremedia.pl. Redakcja: Kazimierz Brzezicki (redaktor naczelny), redakacja@poprawny.pl; Olga Bystrzycka, Natalia Jakubiak, Barbara Kwiecińska- Kiekczyk, Rafał Gorączniak, Michał Urbański. Informatyk: Andrzej Iatocha.
DTP praz administracja serwisów: Dominik Radziejewski. Ilustracje: materiały wlasne, materialy partnerów wydania – Sąd Apelacyjny w Poznaniu, Wielkopolska Izba Lekarska.
Druk i skład: Drukarnia Empir, Reklama, dystrybucja:+48 726 972 266. Prenumerata:+ 48 61 221 25 21 ISSN 2299-3223.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadesłanych i opublikowanych meteriałów. Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo do niepublikwania części lub całości nadesłanego materiału. Niniejsza pozycja wydawnicza ma charakter informacyjno – reklamowy, a zawarte w niej informacje nie stanowią oferty handlowej w rozumieniu kodeksu cywilnego. Wszystkie opublikowane materialy są objętę prawami autorskimi

Dla pacjenta i lekarza

Poniedziałek 27 lutego 2017 roku.Wczesne, słoneczne przedpołudnie. Na froncie gmachu Sądu Okręgowego w Poznaniu przy ulicy Hejmowskiego z daleka widać spory baner: Czwarty Kongres Prawników Wielkopolski: Prawnicy dla Pacjentów i Lekarzy. Jest to zwieńczenie ponad rocznej pracy 170 osób, lekarzy, prawników, pracowników naukowych UAM, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu i studentów, którzy przygotowali kilkusetstronicowy dokument będący podsumowaniem ich prac. W wielu przypadach są to nieomal gotowe projekty aktów prawnych, mogących uprościć życie pacjenta oraz na nowo wykreować obowiązki lekarza.

Witając zebranych, a lista była długa, bardzo długa, bo to i parlamentarzyści, działacze społeczni i samorządowi, przedstwiciele świata władzy, polityki, nauki, prawnicy, lekarze, studenci i zwykli poznaniacy. Szczególnie gorąco powitano Gościa Honorowego Kongresu, wielkopolankę, pracownika naukowego Wydziału Prawa UAM, byłą premier i ministra sprawiedliwości Hannę Suchocką. Pani premier i Barbara Dolniak z Nowoczesnej, wicemarszałek Sejmu, otrzymały piękne, przedwiosenne bukiety kwiatów.

Prezes Sądu Apelacyjnego w Poznaniu Krzysztof Józefowicz witając gości przypomniał dorobek poprzednich kongresów. Wszystkie one zaważyły na życiu społecznym i politycznym Polaków. Dorobek kongresu poświęconego edukacji prawnej młodzieży do dzisiaj przynosi rezultaty podobnie jak wynikiem kongresu „gospodarczego" jest szerokie wdrażanie a przynajmniej popularyzowanie mediacji. K. Józefowicz podkreślił, że wszystkie dotychczasowe kongresy były,jak i czwearty kongres, organizowane pro bono.

NARODZINY IDEI

Inicjatywa kongresu poświęconego problemom pacjentów i lekarzy wyszła od prawnika, radcy prawnego Leszka Binkowskiego i lekarza, prof. dr hab.Leszka Romanowskiego. To oni przekonali prezesa o potrzebie zwołania takiego kongresu, który w wyniku przenanalizowania obowiązujących przepisów prawnych ustali w jakim stopniu służą one pacjentom i jak regulują pracę lekarzy.

W pracach 7 zespołów brało udział ponad 170 osób. Ich zwieńczeniem było przyjęcie Uchwały Kongresu. Ma ona gwarantować wzmocnienie praw i pozycji lekarza w procesie leczenia a przede wszystkim odformalizować procedury medyczne.

NIEWYKORZYSTANY POTENCJAŁ

- „Trzeba rozerwać - mówił K. Józefowicz - gordyjski węzeł roszczeń okołolekarskich; tego, że strony sporu decydują się na żmudny, wieloletni proces, ze wolą zapłacić ale usłyszeć wyrok. aniżeli załatwic spór w drodze przedsądowej - mediacji i ugody. Ten Kongres - mówił K. Józefowicz nie jest zwieńczeniem ale początkiem współpracy, we wszystkich możliwych aspektach, obu środowisk - prwniczego i lekarskiego. Mając taki potencjał intelektualny jaki reprezentują wielkopolscy lekarze i prawnicy możemy coś razem dać społeczeństwu. Bądźmy - jak Karol Marcinkowski, twórca pracy organicznej - zakończył swoje wystąpienie sędzia Krzysztof Józefowicz.

Zaproszeni na obrady Kongresu goście zapewniali, że z uwagą pochylą się nad kongresowymi materiałami i będą je rekomendować. Wyraźnie to artykułowali Andrzej Dera z Kancelarii Prezydenta RP, wiceminister resortu zdrowia Zbigniew Król oraz wiceminister resortu sprawiedliwości sedzia Łukasz Piebiak. Wicemarszałek Sejmu Barbara Dolniak, była sędzia mówiła, że dorobek Kongresu powinien pozwolić zdiagnozować przyczyny istniejącego zła i a tym samym pomóc wybrać terapię uzdrowieniową.

O tym, że materiały Kongresu nie pójdą na urzędowe półki zapewniał Marek Ruciński z sejmowej Komisji Zdrowia. Podkreślil, że chociaż do 1989 nikt nigdy nie myślał o służbie zdrowia w kontekscie finansów; to dzisiaj wbrew powszechnej komercjalizacji służby zdrowia humanizm lekarski znowu powinien być wartością nadrzędną.

Marlena Maląg, wicewojewoda wielkopolska zaakcentowała fakt, że to w Poznaniu rodzi się inicjatywa dialogu prawników i lekarzy, przedstawicieli zawodów zaufania publiczego, który to dialog może się przyczynić do uzdrowienia służby zdrowia, a tym samym nas wszystkich.

Prezes Naczelnej Rady Adwokackiej adwokat Jacek Trela zwrócił uwagę na pazernośc firm windykacyjnych (nie wymieniając ich wprost) które bez skrupułów reprezentują, często nie mając żadnych uprawnień, pacjentów w sporze ze służbą zdrowia. Tych ludzi, grzmiał adwokat, nie obowiązują żadne normy etyczne, które są kanonem postępowania dla adwokatów i radców prawnych. Prezes Krajowej Rady Radców Prawnych Maciej Bobrowicz, poznaniak z urodzenia zapytał Krzysztofa Józewfowicza jak to się dzieje, że wszystkie wielkopolskie kongresy mają tak wielką moc sprawczą, że ich końcowe postanowienia stają się częścią polskiego systemu prawnego. Sędzia Krzysztof Józefowicz natychmiast odpowiedział - wskazując na zasiadających w prezydium Kongresu prawników - to tylko dlatego, że działamy razem ponad podziałami.

CHOROBA A CIERPIENIE

Wystąpienie profesor dr hab. UEP Moniki Dobskiej z Katedry Badań Rynku i Usług, Wydział Zarządzania Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu było gorąco oklaskiwane i komentowane. Oto jej referat:

A. Szczeklik w swojej książce Katharsis, pisząc o tym, jak to w pierwszych tygodniach nowego tysiąclecia odczytano i ogłoszono kompletny zapis genetyczny człowieka, nukleotyd za nukleotydem, jak to medycyna stała się molekularna i weszła w fazę post-genomic medicine, jednocześnie zderza czytel-

nika z chorobą, cierpieniem i ułomnością ludzkiej natury, którą to na co dzień można zaobserwować na szpitalnych korytarzach. W zakładach nie tylko można spotkać się z bezmiarem cierpień, ale także z nadzieją, nadzieją samych chorych, ich krewnych, przyjaciół podzielających ich ufność w nadejście poprawy, zapowiadającej powrót do zdrowia. W odzyskaniu tej nadziei mają swój udział lekarze, pielęgniarki, którzy potrafią zespolić swoje umiejętności i talent z wytrwałością i życzliwością, by zbudować wspólnotę ludzi chorych i wspólnotę tych, którzy przychodzą, by ulżyć w cierpieniach. Oddział czy cały zakład powinien więc taką wspólnotę oznaczać . Orientacja na dobro wspólne, może się realizować dwojako. Postępowanie lekarza na oddziale nie sprowadza się więc jedynie do prawidłowego wykonania usługi (choć jest to warunek niezbędny, aby cel leczenia, którym jest poprawa stanu zdrowia, został uzyskany), ale do takiego podejścia i obsługi (marketingowej) pacjenta, aby relacje nawiązujące się między tymi dwoma stronami były wzajemnie satysfakcjonujące. Mocno podkreślił to Cz. Miłosz: Są dwie strony: strona pacjenta i strona lekarza. W różnych okresach życia chorujemy i doświadczenie bycia pacjentem jest powszechne. Ale kim jest człowiek, który zbliża się do nas i od którego słów tak wiele zależy? Zatrzymujemy uwagę na jego ustach, które wypowiadają zdanie będące nieraz wyrokiem. Trzeba przyznać, że wyposażamy go w potęgę, której być może nie posiada. Jest dla nas magiem, szamanem, kimś w każdym razie, kogo zawód wynosi ponad nas, zwyczajnych śmiertelników . Chory ma więc prawo oczekiwać, że przedstawiona zostanie mu sytuacja, sposoby jej rozwiązania. Decyzja zostanie w rękach pacjenta Quo vadis medicina? Znakomitą pozycją, w tym zakresie jest praca J.L. Kurkowskiego Człowiek i medycyna. Autor miał niewątpliwie rację, pisząc: wielka przepaść dzieli zwykłego pacjenta od lekarza. Ile pokory jest w tych zgiętych postaciach w piżamach przechadzających się po szpitalnym korytarzu, ile pychy w białym fartuchu. Jak daleko odeszli niektórzy lekarze od swojego powołania, które nakazało im służyć cierpiącym, jak daleko odeszli od zasady szacunku dla drugiego człowieka – chorego, zgnębionego, zagubionego.

Humanistyczne podejście oznacza podejście ludzkie, człowiecze (od źródłosłowia łacińskiego: homo, humanus – człowiek, ludzki). Gdzie rozpoczęła się więc dehumanizacja? Zdaniem B. Korsch i C. Harding, zaczyna się ona już od uczelni medycznej, gdzie pierwszym „pacjentem" na zajęciach z anatomii są zwłoki. Na tym etapie inicjacji stu-

denci (mimo przerażenia i wstrętu) dotykają, oglądają i kroją, przy silnym zapachu formaliny i ciągłym polewaniu ciała płynami, aby nie wyschło. Na koniec semestru odsłaniają głowę – i to jest dla nich doznanie wstrząsające, gdyż zaczynają zdawać sobie sprawę, że zwłoki były kiedyś konkretną osobą. Dopiero pod koniec studiów, w trakcie staży, spotykają się z prawdziwymi pacjentami, ucząc się zarazem myślenia o pacjencie jako problemie do rozwiązania, a nie o człowieku. Przy takim toku edukacji i braku „innej" (np. zarządczej, poruszającej także tematykę kontaktów z pacjentami) spotykamy się z profesjonalistą, który zapomniał, że jest człowiekiem i z człowiekiem pracuje. Dlatego też często słyszy się opinie – trafić do szpitala, to jakby znaleźć się na pasie transmisyjnym, który przerzuca nas błyskawicznie do sterylnej krainy niepewności i lęku . Zjawiska dehumanizacji w dzisiejszym tego słowa znaczeniu nie były obce przedstawicielom polskiej szkoły rozumowania klinicznego. T. Chałubiński (1820#1889), W. Biegański (1857#1917), E.F. Biernacki (1866#1911), J. Korczak (właściwie H. Goldszmit – 1878#1942) i R.W. Gutt (1921#1988) zwracali szczególną uwagę na potrzebę porządkowania postępowania lekarskiego i dyscypliny intelektualnej, a oprócz pism, swoim postępowaniem przepojonym humanizmem na co dzień pozostawili godne przykłady.

Dla pacjenta choroba jest zagrożeniem lub co najmniej zmianą sytuacji, w której się znajdował, i może to być zmiana istotna. Układ lekarz – pacjent nie jest układem równym, chociaż brak równości nie wyklucza wzajemności w relacji. Dopóki cierpi jakaś istota, nie ma radości dla człowieka pełnego współczucia. To zdanie jest spuścizną pozostawioną przez A. Schweitzera, wpływającą na poczynania współczesnych lekarzy – bycie dla człowieka # człowiekiem, a nie tylko maszyną potrafiącą sprawnie osłuchiwać, opukiwać, dostrzegać zmiany skórne i przekrwione spojówki. A. Schweitzer jako jeden z pierwszych złamał „paradygmat maszyny" dominujący w szkolnej medycynie w czasach jego studiów lekarskich. Zgodnie z tym paradygmatem ciało człowieka rozpatrywane było w kategoriach wysoko skomplikowanej maszyny fizyczno-chemicznej. W związku z tym, choroba była wyłącznie zaburzeniem, uszkodzeniem tej maszyny, a leczenie miało na celu naprawę uszkodzenia, a nie leczenie człowieka.

W liście otwartym prezes Towarzystwa Internistów Polskich [2006] pisze: człowiek jest drogą i celem medycyny, niezależnie od tego, czy lekarz jako przedstawiciel specjalności szczegółowej zajmuje się określonym narządem, układem czy komórką, czy też przeciwnie, jako lekarz zajmujący się epidemiologią lub zdrowiem publicznym interesuje się populacjami ludzkimi. Indywidualny człowiek jest zawsze drogą i celem medycyny łączącej w sobie naukę i sztukę leczenia.

NIE BAĆ SIĘ DZIENNIKARZY

Referat prof. Jacka Sobczaka, sędziego Sądu Najwyższego, wykładowcy na UAM, znawcy prawa prawego, poświęcony był dziennikarskiemu prawu do informacji w kontekście tajemnicy lekarskiej. Za sprawą osobowości prawnika wywoływał nie tylko oklaski, ale i salwy śmiechu. - Czym proszę państwa -pytał profesor, i to wcale nie retorycznie - różni się zwykły lekarz od ordynatora, co można zauważyc w każdym serialu z lekarzami w roli głównej bądź drugoplanowej? Odpowiedź brzmi - sposobem noszenia fartucha. lekarz zakłada go na tułów, ordynator zarzuca go na ramiona. Jest to ważne, bo w relacjach telewizyjnych, właśnie ordynatorzy, czesto, gęsto, widząc kamerę redakcji telewizyjnych ze stolicy Mazowsza (podkreślenie prof. Jacka Sobczaka) zapominają o podstawowej powinności każdego lekarza - o tajemnicy lekarskiej.

Dziennikarz ma prawo i obowiązek pytać oraz żądać wyjaśnień, ale lekarz musi zawsze pamiętać o tym, że obowiązuje go jedno podstawowe prawo - dobro pacjenta. I nikt nie może go zmusić do złamania tej głębokiej humanistycznej tradycji wywodzacej się wprost od Hipokratesa.

Sędzia analizując problem nie zostwił suchej nitki na dziennikarzach. Wiadomo, sprawcami wszystkich problemów i dotkliwych bolączek kolejnych Rzeczypospolitych byli wyłącznie cykliści i dziennikarze. No cóż.... Jednakże przypowieść profesora Jacka Sobczaka zaczerpniętą z retotyki filozofa, księdza Józefa Tischnera warto przytoczyć. Chodzi mianowicie o to, że istnieje jakoby głębokie pokrewieństwo między rzemiosłem zbójniczym a dziennikarstwem. Z tym, że zbójcy operowali siekierką, a dziennikarze piórem lub kamerą. Powinni to zapamietać wszyscy dziennikarze jak i lekarze, których prof. Jacek Sobczak wprost ostrzegał przed nawiązywaniem zbyt bliskich relacji z mediami. Sędzia Sądu Najwyższego zakończył swój wywód optymistycznie: mimo wszystko – mówił- nie należy się bać dziennikarzy, a jedynie przestrzegać zasad regulowanych tajemnicą lekarską.

Literatura, z której korzystała prof. M.Dobska:
Domosławski, Z., 2003, W poszukiwaniu źródeł dehumanizacji medycyny, Miesięcznik Informacyjny AM we Wrocławiu, rok IX, nr 7 (77), kwiecień www.osk.am.wroc.pl http://www.osk.am.wroc.pl/cgi-bin/news/gazeta.cgi?nr=16&?zr=77 [dostęp: 15.01.2013].
Korsch, B.M., Harding, C., 1999, Świadomy pacjent, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa.
Kucharz, E.J., 2009, Medycyna personalizowana i jej wpływ na jakość terapii i bezpieczeństwo pacjenta, Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej", Wydawca Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
Kurkowski, J.L., 1997b, Człowiek i medycyna. Pieniądze albo życie, Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, Katowice
Szczeklik, A., 2009, Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki, Znak, Kraków
Szymczak, M., Albert Schweitzer – lekarz – ojciec „(...) nieść chętną pomoc bliźnim (...)", w: Syroka, A., Rudnicki, J., Agraval, A.K. (red.), Relacje lekarz – pacjent w procesie medykalizacji choroby, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2005.

27/02/2017

27/02/2017

Pamiętajmy o etyce

dr Krzysztof Kordel, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej był obleganey przez dziennikarzy

Rozmowa z dr n. med. Krzysztofem Kordelem, prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

- Za nami czwarty kongres wielkopolskich prawników. Jak prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej ocenia działania prawników, którzy postanowili pomóc i lekarzom, i pacjentom...

- Chciałbym podkreślić to, o czym wielokrotnie wspominał sędzia Krzysztof Józefowicz. To było wspólne działanie przedstawicieli świata medycyny i prawa, wielkopolskich lekarzy i prawników. Pomysłodawcami całej idei kongresu byli radca prawny Leszek Binkowski i profesor doktor habilitowany Leszek Romanowski. To oni namówili prezesa sądu apelacyjnego w Poznaniu, aby czwarty kongres wielkopolskich prawników poświęcić zagadnieniom medycznym oraz prawnym. Prawu, ktore byłoby bardziej przyjazne lekarzom jak i pacjentom. Stąd idea powołania zespołów. Przez kilka miesięcy, z tego co wiem, toczyły się bardzo poważne prace. Powstał materiał, który jest od razu do wykorzystania. Inna sprawa, czy politycy zechcą się nad tym pochylić. Zaproszeni goście, przedstawiciele prezydenta, rządu i parlamentu mówili, że tak. Są to poważne obietnice i liczę na to, że nie skończy się tylko na słowach. Do wykorzystania jest bowiem bardzo ważki materiał, przygotowany nie tylko przez znakomitych prawników, ale, co chciałbym podkreślić, także znakomitych lekarzy. Trudno robić cokolwiek bez konsultacji ze specjalistami, a w pracach zespołów kongresowych brali udział ludzie, którzy znają się na tym, co robią. Czy jednak to politycy wykorzystają? To, co powstało, to zupełnie nowa jakość, inne spojrzenie na bolączki z którymi borykamy się od lat.

- Na przykład z elektroniczną dokumentacją lekarską?

- Chociażby. Jestem jej gorącym zwolennikiem. Nie tylko dlatego,że sam ją wykorzystuję. Ona jest wprost niezbędna w pracy lekarza, ba, nikt nie może postawić zarzutu manipulacji, bo jest ona wyjątkowo czytelna.

- Powstaje problem dostępu do takiej dokumentacjii. Czy stomatolog musi wiedzieć, że mam problemy psychiczne?

- I co z tego? Zgodnie z ustawami wgląd w dokumentację lekarską mają wyłącznie lekarz, pielęgniarka i położna, a ich wszystkich obowiązuje tajemnica zawodowa.

-Od lat mówi się o potrzebie ustawy o biegłych...

- Jestem medykiem sądowym i stwierdzam, że osobiście nie widzę potrzeby ustawy o biegłych z zakresu medycyny. Każdy lekarz może być biegłym, jeżeli powoła go sąd. Tajemnica lekarska jest opisana w tylu aktach prawnych, że wiadomo co lekarzowi wolno, a czego nie wolno mówić. Lekarza obowiązuje przysięga Hipokratesa i na jej mocy musimy strzec tajemnicy lekarskiej. Tajemnica lekarska nie umiera wraz ze śmiercią pacjenta, obowiązuje także po jego śmierci. Już prawie trzy tysiące lat obowiązują lekarzy pewne kanony postępowania i nie możemy od tego odchodzić

- Właśnie pojawiło się nowe uregulowanie w tej sprawie...

- Zaskarżyliśmy je, to znaczy Naczelna Izba Lekarska, do Trybunału Konstytucyjnego. Wiem, że trwają prace nad nowelizacją tego mało precyzyjnego przepisu. Nie może być tak, że wraz ze śmiercią człowieka jego historia medyczna jest dostępna dla wszystkich.

- Mówiąc o ustawie dla biegłych miałem na myśli wysokość stawek. Ostatnio jedna z sędziów ma kłopoty, bo zaakceptowała rachunek biegłych medyków sądowych opiewający na kilkaset tysięcy złotych.

- To sąd ocenia pracę biegłych. A co, mieli pracować za darmo? W tej sprawie bylo kilkunastu biegłych i chyba nie można im było zapłacić po 100 złotych. To są wnioski de lege ferenda. Ustawa o biegłych to próba uregulowania ekwiwalentu dla tych, którzy dzielą się ze swoją rozległą wiedzą na potrzeby wymiaru sprawiedliwości. Pamiętać trzeba, że to nie jest tak, iż lekarze garną się do sprawowania funkcji biegłych. Wprost przeciwnie. Były pomysły ustanowienia stałych biegłych przy sądach pracy, ale nie było chętnych.

- Profesor Jacek Sobczak mówił o tajemnicy lekarskiej w kontekście prawa dziennikarza do informacji. Jak pan doktor to postrzega?

- Konflikt interesów pacjenta i dziennikarza pojawia sie tylko wówczas, gdy media zapominają o zasadach etyki. Dziennikarz, który ujawnia, że pacjent choruje na AIDS łamie fundamenty zawodu i etyki. Pierwszą zasadą jest zawsze dobro pacjenta. Jeżeli o tym się zapomina powstają konflikty...

- Wielokrotnie podczas kongresu był wspominany doktor Karol Marcinkowski, idea pracy organicznej, potrzeba współpracy środowisk lekarskich i prawniczych na rzecz naszej małej Ojczyzny, Wielkopolski, i tej dużej, Polski

- Karol Marcinkowski był nie tylko lekarzem,ale także samorządowcem i politykiem. Łącząc cechy lekarza i działacza społecznego stworzył fundamenty naszej samorządności. Odwołujemy się do tych wzorców. To dlatego lekarze i prawnicy pracowali w komisjach pro bono. Za naszą pracę nie wzięliśmy ani złotówki poświecajac swój wolny czas, podkreślę, bardzo drogocenny czas. Dla nas praca na rzecz ogółu nie jest pustym frazesem. Byłoby jednak dobrze, gdyby politycy wykorzystali nasze zaangażowanie się w próbę uporządkowania tego ,co boli nie tylko pacjentów, ale i lekarzy.

KONGRES TO LUDZIE

Rozmowa z sędzią Krzysztofem Józefowiczem, prezesem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu

- Czwarty Kongres za nami. Czy już nie pora na pierwsze refleksje?

- Przede wszystkim mam przed oczami dorobek tego, jak i trzech poprzednich kongresów. Idea narodziła się w 2009 roku, a już 24 maja 2010 roku odbył się Pierwszy Kongres Prawników Wielkopolski „Jak udoskonalić niedoskonałe prawo". Ciepło wspominam wykład prof. dr hab. Sławomiry Wronkowskiej - Jaśkiewicz na temat: „Jak z chaosu przepisów tworzyć spójny system norm" oraz wykład śp. prof. dr Zbigniewa Radwańskiego na temat: „Koncepcja kodyfikacji prawa cywilnego i jej konsekwencje". Efektem prac Pierwszego Kongresu Prawników Wielkopolski było opracowanie bardzo wielu propozycji zmian w przepisach prawa w różnych dziedzinach. Niektóre z nich, zwłaszcza w procedurze karnej i cywilnej, stały się częścią obwiązującego porządku prawnego. Podkreślić i przypomnieć należy, że to właśnie w trakcie Pierwszego Kongresu powstały założenia aktualnie obowiązującego nowego prawa restrukturyzacyjnego.

19 listopada 2012 roku odbył się Drugi Kongres Prawników Wielkopolski „Jak podnieść świadomość prawną młodych Polaków". Uchwała tego Kongresu zawierała wiele praktycznych propozycji w tym temacie. W wyniku Kongresu, 13 lutego 2013 roku, podpisałem porozumienie - między innymi z udziałem Ministra Sprawiedliwości i Ministra Edukacji Narodowej - na temat edukacji prawnej w szkołach ponadgimnazjalnych. Na tej podstawie w Poznaniu stworzyliśmy autorski program edukacji prawnej obejmujący obszar apelacji poznańskiej. Jego wynik przerósł najśmielsze oczekiwania. Teraz czas nadać nowy impuls temu przedsięwzięciu.

Trzeci Kongres Prawników Wielkopolski, „Prawnicy dla gospodarki" odbył się 15 czerwca 2015 roku. Przygotowaliśmy projekty zmian

w przepisach prawa prywatnego i publicznego w takim kierunku, aby były one bardziej przyjazne dla gospodarki i przedsiębiorców. Pewne z nich znalazły się już w projektach aktów prawnych. Część z propozycji oczekuje na swój odpowiedni czas, oczekuje na odwagę przedstawicieli władzy wykonawczej i ustawodawczej. Wielkim dokonaniem Trzeciego Kongresu była istotna popularyzacja na obszarze apelacji poznańskiej mediacji jako alternatywnego sposobu rozstrzygania sporów. Chodzi tutaj o wzrost znaczenia mediacji, ale także o utworzenie w sądach punków mediacyjnych. Najpierw taki punkt powstał w Sądzie Rejonowym Poznań - Stare Miasto w Poznaniu, a potem podjęte zostały działania, by punkty mediacyjne działały w Sądzie Rejonowym w Koninie, Pile , Lesznie, Gnieźnie i Zielonej Górze. Tajemnica sukcesu tego przedsięwzięcia polega na tym, że wspólne działania podjęte zostały przez samorządy prawnicze adwokatów i radców prawnych, przez sądy, organizacje przedsiębiorców i środowiska mediatorów. Jeszcze raz się okazało się, że tylko współpraca wszystkich zainteresowanych stron i środowisk może doprowadzić do sukcesu.

Uchwała Czwartego Kongresu Prawników Wielkopolski „Prawnicy dla Pacjentów i Lekarzy" zawiera propozycje zmian przepisów w zakresie: praw pacjenta, ochrony praw lekarzy, odformalizowania i uproszczenia pod względem prawnym procedury leczenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz usprawnienia pracy biegłych sądowych z dziedziny medycyny.

- **W wystąpieniu wprowadzającym mówił Pan o potrzebie przecięcia „gordyjskiego" węzła niemocy w podejmowania decyzji przez szefów jednostek medycznych w przypadku roszczeń pacjentów.**

- To prawda. Wiele spraw sądowych, z uwagi na skomplikowaną materię musi trwać, bo takie są procedury i pewne kwestie można wyjaśnić tylko podczas sądowego procesu. Jest jednak także prawdą, że wiele procesów w ogóle nie powinno się toczyć. Wśród kongresowych tematów omówiliśmy więc również innowacyjne sposoby dochodzenia roszczeń przez pacjentów. Wskazujemy w jaki sposób można unikać żmudnych procesów. Działania muszą być wielotorowe. Ze społecznego punktu widzenia nie do zaakceptowania jest bowiem stan, że nikomu nie opłaca się zawierać ugody. Nie opłaca się ubezpieczycielom, którzy wolą przegrać sprawę w sądzie i poza należnością główną zapłacić odsetki i wysokie koszty procesu. Nie opłaca się decydentom w publicznych jednostkach medycznych, bo aktualnie, zawierając ugodę narażają się na zarzut naruszenia dyscypliny finansów publicznych. Konieczne w tej mierze byłoby więc zlikwidowanie barier, ale także stworzenie zachęt, ulg finansowych. Ale tu muszą się pojawić się konkretne zmiany w obowiązujących przepisach. Bardzo chcielibyśmy, aby w wyniku Czwartego Kongresu doszło do stworzenia w Poznaniu instytucjonalnej współpracy w celu promocji mediacji w sprawach medycznych.

- **Kończąc swoje wystąpienie życzył Pan, abyśmy wszyscy razem byli współczesnym Karolem Marcinkowskim.**

- Tak. Imponuje mi ta postać. Bardzo. Żył tylko 46 lat a zrobił tak wiele. On i inni wybitni przedstawiciele tego pokolenia stworzyli podwaliny pracy organicznej, pracy u podstaw. A zaczęli od diagnozy tego co jest złe, co i jak należy zmienić. Idea Kongresu, jako wspólnego działania prawników dla poprawy prawa w różnych obszarach jego działania, polega na tym, że również zaczynamy od diagnozy, a następnie przedstawiamy konkretne propozycje niezbędnych zmian w przepisach prawa. A nawiązując do ostatniego, Czwartego Kongresu, to podkreślić należy, że środowiska lekarzy i prawników dysponują bardzo dużym i niewykorzystanym potencjałem. Te środowiska powinny ze sobą współpracować i ostatni Kongres był tego niezwykle dobrym tego przykładem. Pokazaliśmy, że możemy razem rozmawiać

Sędzia Krzysztof Józefowicz wita sekretarza stanu w Kancelarii Prezydenta RP Andrzeja Derę

i pracować w tym celu, aby stworzyć taki model prawa i stosunków na linii pacjent - lekarz, które będą przyjazne dla wszystkich. My fachowcy (prawnicy i lekarze) wykonaliśmy swoje zadanie. Teraz musimy wspólnie sprawić, aby nad tym, co stworzyliśmy poważnie pochylili się politycy. Na Kongresie byli obecni przedstawiciele władzy ustawodawczej i wykonawczej, w tym Ministrowie z Kancelarii Prezydenta RP, Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia. Zapewnili, że efekty naszej pracy zostaną wykorzystane i ja wierzę w te obietnice.

- **Wielokrotnie podkreśla Pan, że idea Kongresu to inicjatywa obywatelska pro bono, a żyjemy przecież w czasach powszechnej komercji....**

- Czasami trzeba coś zrobić dla innych, z potrzeby serca. Faktem jest, że za wykonaną podczas Kongresu pracę, gdyby powierzono ją zespołom ekspertów, trzeba byłoby zapłacić olbrzymie pieniądze. Tym większa więc satysfakcja, że wybitni fachowcy z kręgów prawa i medycyny (ludzie niezwykle zajęci) zrobili to wszystko społecznie. Ten Kongres w założeniu miał być przyczynkiem do istotnych zmian w systemie ochrony zdrowia i jeżeli tak się stanie, chociażby po części, to oznaczać będzie, że warto było go zorganizować.

- **Podczas kongresu poruszono również bolący i palący problem biegłych sądowych.**

- Uważam, że wpadliśmy na rewelacyjny pomysł, aby zacząć biegłych powoływać spośród członków stowarzyszeń lekarskich. Skupiają one wybitnych fachowców, specjalistów w danej dziedzinie medycyny, a przede wszystkim lekarzy, którym chce się więcej, aniżeli wymagają tego podstawowe obowiązki lekarza. Wielu zresztą przedstawicieli tych stowarzyszeń brało udział w pracach Kongresu. Mówiąc o biegłych lekarzach chciałbym także zwrócić uwagę na jeden z naszych pomysłów. Chodzi o to, aby powoływać zespoły biegłych interwencyjnych. Aktualnie, gdy lekarz ma wątpliwości, czy ma do czynienia z przypadkiem przemocy domowej, jest zdany tylko na siebie, co czasami może przynieść nieoczekiwane, negatywne skutki. Interwencyjna pomoc w prawidłowym rozpoznaniu sytuacji przez biegłego psychologa, czy psychiatrę od razu pomogłaby rozwiązać dylemat i podjąć właściwe kroki.

- Czy w przypadku opinii ekspertów, medyków sądowych nie jest tak, że „ustawiają" oni wyrok?

- To jest daleko idące uproszczenie. Sąd powołuje biegłych celem uzyskania opinii wymagającej wiedzy specjalistycznej. Sędzia nie może być jednocześnie i prawnikiem, i budowlańcem, mechanikiem i lekarzem. Stąd potrzeba biegłych. W sytuacji gdy opinie są sprzeczne, sędzia musi zadecydować, której z nich dać wiarę, do których argumentów się przychylić, czy też zachodzą tak istotne rozbieżności, że powstała potrzeba powołania kolejnego zespołu. W tej materii my sędziowie jesteśmy specjalistami i chcemy, aby biegli wydawali fachowe, przydatne do trafnego i szybkiego rozstrzygnięcia sprawy opinie, aby angażowali cały swój potencjał. Wtedy sędzia będzie wiedział, jak ma ich pracę należycie wykorzystać.

- **Jaka będzie tematyka piątego kongresu?**

- Do pewnego momentu to zawsze tajemnica. Trudno też dzisiaj powiedzieć jak to będzie wyglądać w przyszłości. Jedno jest pewne. Sąd Apelacyjny w Poznaniu będzie miał wówczas nowego prezesa, ponieważ moja kadencja kończy się w dniu 3 maja tego roku. Jedną z ostatnich moich czynności, jako prezesa, będzie wmurowanie kamienia węgielnego pod powstającą przy ulicy Hejmowskiego nową siedzibę Sądu Apelacyjnego. Jestem jednak przekonany, że idea kongresów, w której sens uwierzyło tak wielu i w których prace zaangażowało się tyle osób będzie kontynuowana. W końcu Kongres tworzą ludzie.

Prawnicy dla Pacjentów i Lekarzy

UCHWAŁA CZWARTEGO KONGRESU PRAWNIKÓW WIELKOPOLSKI

Troska o spójny, przejrzysty i możliwie zrozumiały dla każdego obywatela ustrój prawny ochrony zdrowia oraz szeroko rozumianych praw pacjentów i lekarzy stanowiła podstawę prac Uczestników Czwartego Kongresu Prawników Wielkopolski.

W siedmiu zespołach merytorycznych , wspólnym wysiłkiem wielkopolskich środowisk prawniczych i medycznych wypracowano postulaty zmian legislacyjnych, które dotykają najbardziej aktualnych i praktycznych problemów związanych z ochroną zdrowia.

Właściwie funkcjonująca, także pod względem prawnym, służba zdrowia jest jednym z podstawowych i najcenniejszych dóbr społecznych. Jest także wykładnikiem sprawnie funkcjonującego państwa w zakresie jego funkcji opiekuńczej wobec obywateli.

W dobie znaczącego wzrostu świadomości prawnej pacjentów i lekarzy oczywistą jest konieczność poprawy jakości prawa medycznego. Pomoc w realizacji tego celu przyjęli jako swoje zobowiązanie Uczestnicy Kongresu.

W pracach poszczególnych zespołów dokonano w pierwszej kolejności analizy obecnych uregulowań w zakresie praw pacjentów i lekarzy, funkcjonowania podmiotów leczniczych i biegłych sądowych z dziedziny medycyny, tworzenia dokumentacji medycznej, a także oceniono sposoby dochodzenia roszczeń i rozstrzygania sporów wynikłych z szeroko pojętej działalności medycznej. W drugiej kolejności zespoły przedstawiły szereg propozycji zmian w przepisach zmierzających do pełniejszej realizacji praw pacjentów i lekarzy jak i do usprawnienia i ułatwienia prawnej obsługi procedur medycznych.

Walorem prac zespołów merytorycznych jest w przekonaniu Uczestników Kongresu wspólna praca i wspólne wnioski obu środowisk - prawniczego i medycznego

Uczestnicy Kongresu pełne opracowania poszczególnych zespołów merytorycznych uznają za integralną część niniejszej uchwały i wyrażają nadzieję, że przygotowane opracowania będą przyjęte i merytorycznie wykorzystane w procesie legislacyjnym.

Na fotografii Prezydium Czwartego Kongresu Prawników Wielkopolski „Prawnicy dla Pacjentów i Lekarzy". Od lewej: **Marek Jessa**, prezes Izby Komorniczej w Poznaniu, adwokat, prof. dr hab. **Maciej Gutowski** dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Poznaniu; sędzia **Jerzy Stankowski** prezes Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu, prof.dr hab. **Roman Budzinowski**, dziekan Wydziału Prawa i Administracji UAM w Poznaniu, sędzia **Krzysztof Józefowicz**, prezes Sądu Apelacyjnego w Poznaniu, sędzia **Henryk Komisarski** prezes Sądu Okręgowego w Poznaniu; **Rafał Maćkowiak** szef Prokuratury Regionalnej w Poznaniu; notariusz **Michał Wieczorek**, wiceprezes Izby Notarialnej w Poznaniu, radca prawny **Zbigniew Tur**, dziekan Okręgowej Izby Radców Prawnych w Poznaniu.

Nie tylko w roli petenta

„- Prawnicy oraz jedyny przedstawiciel świata medycznego doktor Marcin Karolewski, którzy pracowali w „moim" zespole wbrew pozorom nie mieli łatwego zadania, bo tematyka praw pacjenta nie jest wcale prosta. Szczęśliwie, w Kancelarii Adwokatów i Radców Prawnych Sowisło& Topolewski, z którą współpracuję, często spotykamy się z tym zgadnieniem i to nie tylko na sali sądowej. Zawodowe doświadczenie posiadali także i inni członkowie zespołu. Z pomocą lekarza praktyka, chcieliśmy dać odpowiedź na zasadniczą kwestię –jak wspomóc pacjenta i jego bliskich, w kontakcie z lekarzami i innym personelem, by zminimalizować stres z tym związany, a co za tym idzie poprawić jakość leczenia ? Co utrudnia realizację jego praw, co zrobić aby zasada humanitaryzmu obowiązujaca w medycynie, nie była niweczona przez złe prawo i złą praktykę jego stosowania? To, co złe trzeba zdiagnozować, zdefiniować i wyeliminować. Nieprecyzyjne przepisy powodują, że pacjent nie wie od kogo może domagać się informacji, jaki powinien być jej zakres, czego powinna ona dotyczyć, na co musi, a na co nie powinien wyrazić zgody. Problematyczna jest kwestia informowania o stanie zdrowia pacjenta nieświadomego, nie mogącego wskazać osób uprawnionych do pozyskiwania tych informacji w jego imieniu. Anachroniczne i niedostosowane do współczesnych czasów zdają się być procedury dotyczące ubezwłasnowolnienia pacjenta i dalszych tego konsekwencji, są długotrwałe, wielopłaszczyznowe, niezrozumiałe dla bliskich pacjenta i kosztowne dla budżetu państwa. Jak się zdaje nieprzewidziane przez ustawodawcę problemy wyniknęły też z nowelizacji Ustawy o prawach pacjenta z 2016 r., którą pozbawiono pacjenta, prawa do dysponowania tajemnicą lekarską po jego śmierci. W efekcie tego, pacjenci nie informują lekarzy o wszystkim , co niezbędne dla ich leczenia, ale także ochrony osób trzecich. Sądzę, że nasza uchwała, do przeczytania i przeanalizowania której , wszystkich zachęcam, będzie ważkim przyczynkiem do dalszego wzmocnienia Praw Pacjenta.

FRAGMENTY UCHWAŁY ZESPOŁU PRAWA PACJENTA:

Przedmiotem prac zespołu merytorycznego ds. praw pacjenta była krytyczna analiza obowiązujących regulacji oraz praktyki stosowania przepisów w zakresie praw pacjenta, z wyłączeniem prawa pacjenta do dokumentacji medycznej oraz prawa pacjenta do udzielenia zgody na świadczenia zdrowotne.

Z tak zakreślonego przedmiotu prac zespół wyłączył prawa pacjenta, które nie budzą poważniejszych wątpliwości. Na skutek tego, przedstawione na dalszych stronach opracowanie odnosi się do dwóch praw pacjenta, kluczowych dla prawidłowości prowadzonego procesu leczenia oraz zabezpieczenia najważniejszych, żywotnych interesów pacjenta, a mianowicie do prawa pacjenta do informacji oraz prawa pacjenta do tajemnicy. Obok prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, wskazane powyżej prawa stanowią kamień węgielny zasad relacji miedzy pacjentem a lekarzem oraz nowoczesnego prawa medycznego.

Zespół świadomie nie prowadził analizy prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, bowiem regulacja ustawy o prawach pacjenta zdaje się być w jego zakresie klarowna i wyczerpująca, zaś jego rzeczywiste stosowanie zależy w większej mierze od decyzji politycznych oraz finansowania służby zdrowia, aniżeli od ogólnych w istocie regulacji ustawowych. a co za tym idzie, także regulacje dotyczące ich wykonywania były przedmiotem uzupełniającej analizy.

Mając świadomość, że o treści praw pacjenta decydują założenia o charakterze aksjologicznym,

z istoty swojej budzące spory i kontrowersje, zespół analizował obowiązujące przepisy i proponował wprowadzanie do nich zmian z zachowaniem idei przyświecającej ustawodawcy przy uchwalaniu Ustawy o prawach pacjenta – voluntas aegorti suprema lex esto, nie tracąc jednak z oczu tego, że to salus aegorti jest celem leczenia, zaś poszanowanie woli chorego jest w istocie wyrazem akceptacji dorobku myśli europejskiej w zakresie ochrony praw człowieka.

Prawa pacjenta poddane analizie weryfikowane były w zakresie prawidłowości ich sformułowania, adekwatności regulacji do oczekiwań społeczeństwa, pacjentów i lekarzy, jak też rzeczywistej funkcjonalności regulujących je przepisów. W zakresie oceny ich treści, zespół kierował się przede wszystkim postulatami praktyków w zakresie ich stosowania oraz istotnymi wątpliwościami dostrzeżonymi w orzecznictwie sądów, w tym także sądów administracyjnych. W tym kontekście zespół zdefiniował następujące problemy, pojawiające się w obecnym stanie prawnym w związku ze stosowaniem praw pacjenta.

PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI

Prawo do informacji stanowi podstawę dla zabezpieczenia autonomii pacjenta w ramach procesu leczniczego. Ukształtowane zostało dwutorowo – po pierwsze, jako pozytywne uprawnienie pacjenta, opisane w Ustawie o prawach pacjenta, po drugie natomiast, jako obowiązek prawny i etyczny osób wykonujących zawody medyczne, w szczególności lekarzy. Pomimo pozornej jasności jego sformułowania oraz krzyżowego zabezpieczenia pacjenta regulacjami zarówno uprawniającymi go, jak i zobowiązującymi inne osoby, w ocenie zespołu praktyczne stosowanie prawa do informacji nakazuje poddać w wątpliwość prawidłowość sformułowania regulujących je przepisów. (...)

PRAWO PACJENTA DO TAJEMNICY

Prawo pacjenta do tajemnicy ma na celu ochronę autonomii informacyjnej pacjenta, a przez to po pierwsze zabezpieczenie szczególnego stosunku zaufania między pacjentem a osobą udzielającą mu świadczeń, po drugie natomiast zapewnienie pacjentowi jako człowiekowi odpowiedniej ochrony jego prywatności.

PODSUMOWANIE

Analiza uwag poczynionych w ramach niniejszego opracowania, prowadzi do następujących wniosków:

Obowiązujące przepisy nie dają gwarancji właściwego zabezpieczenia praw pacjenta. Z jednej bowiem strony, z uwagi na niedostateczny zakres ochrony tajemnicy informacji, w niektórych sytuacjach ochrona pacjenta okazuje się być zbyt słaba. Z drugiej jednak, dochodzi do sytuacji, w których prawa pacjenta uniemożliwiają udzielenie informacji, choć oczekuje tego zarówno pacjent, jak też często jego najbliżsi. Zauważyć należy przy tym, że regulacje Ustawy o prawach pacjenta prowadzą

Radca prawny Renata Kawula,

niejednokrotnie, w tym zakresie, do traktowania samego pacjenta w sposób odhumanizowany i przedmiotowy, co jak się zdaje, jest sprzeczne z ideą przyświecającą ich uchwalaniu.

W skład zespołu PRAWA PACJENTA wchodzili: radca prawny **Renata Kawula** – przewodnicząca; mgr **Filina Sztandera** doktorantka Wydziału Prawa i Administracji UAM Poznań; mgr **Michał Puk**, aplikant adwokacki, doktorant Wydziału Prawa i Administracji UAM Poznań; **Jakub Wieczerzak** LL.B; adwokat **Karolina Pomin**; adwokat **Joanna Jędrzejak**; **Anna Gawrońska-Błaszczyk** doktorantka Wydziału Gospodarki Międzynarodowej UEP; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Izabela Korpik** zastępca przewodniczącej Wydziału I Cywilnego, sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Katarzyna Gawecka** przewodnicząca Wydziału I Cywilnego; sędzia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu **Donata Starosta**;lekarz medycny dr **Marcin Karolewski**, zastępca dyrektora do spraw lecznictwa Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance .

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Nic bez naszej zgody

Rozmowa z profesor Wydziału Prawa i Administracji UAM Poznań, dr Joanną Haberko przewodniczącą zespołu: „Zgoda pacjentów oraz ich przedstawicieli ustawowych w procesie leczenia"

-Przewodniczyła Pani komisji, która stanęła przed trudnym zadaniem. Pacjent godzi się na wszystko, gdy choruje. Kiedy wyzdrowieje jego stanowisko niekiedy ulega radykalnej modyfikacji....

- Nie mogę zgodzić się ze stanowiskiem, że pacjent akceptuje wszystko tylko dlatego, że choruje czy dlatego, że znajduje się w przymusowej sytuacji powodowanej chęcią uzyskania konkretnego świadczenia zdrowotnego. Owszem, jest tak, że lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postepowania, które uzna za najskuteczniejsze. Jednak nie oznacza to, że lekarz może wybrać co mu się żywnie podoba nie bacząc na zgodę pacjenta, ale to, że wybrana metoda, środek, sposób postępowania jako najskuteczniejsze zostają przedstawione pacjentowi, który w ramach zgody akceptuje je lub nie. Lekarz przedstawia zatem pacjentowi dostępne metody. Oczywiście, musi brać pod uwagę nie tylko korzyści, które pacjent może odnieść przy wyborze konkretnej metody, ale i koszty (nie chodzi wyłącznie o koszty finansowe) poszczególnych procedur, ich ryzyko, etc. Jeżeli pacjent odrzuca proponowaną przez lekarza metodę, którą ten uznaje za najskuteczniejszą na rzecz mniej skutecznej, ale z jakichś powodów korzystniejszej dla pacjenta lekarz nie uchybia standardowi zawodowemu postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Zgoda oznacza bowiem, że pacjent przyjmuje, akceptuje i niejako przejmuje na siebie niezawinione przez lekarza ryzyko zabiegu medycznego. To wynika z prawa do samodecydowania. Zgoda na zabieg medyczny stanowi decyzję, która wywołuje ten skutek, że dopuszcza naruszenie dobra osobistego, co oznacza dalej, że podlegać powinna innym wymogom formalnym niż oświadczenia woli, w przypadku których interesy innych podmiotów (adresatów tych oświadczeń woli) są równie ważne. Ważne jest to, że zgodę jako oświadczenie pacjenta ocenia się na moment jej złożenia i wówczas musi ona być poinformowana i swobodna. Późniejsze stany świadomości pacjenta i zmiany jego decyzji pozostają dla bytu zgody bez znaczenia. Jest to ważne dlatego, że przecież zgoda wyłącza bezprawność naruszenia dobra osobistego. Gdyby było inaczej można by pociągnąć lekarza do odpowiedzialności cywilnej czy karnej za działanie bez zgody.

-Czy obecne uregulowania prawne są wystarczające w tej materii?

Zgoda pacjenta została przez ustawodawcę uregulowana w wielu aktach prawnych. Do najważniejszych wymienić należy przede wszystkim ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Te regulacje uzupełniają rozwiązania szczegółowe przyjęte w innych aktach prawnych np. ustawie o pobielaniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ustawę o leczeniu niepłodności, itd. Całość uzupełniają jeszcze postanowienia Kodeksu Etyki Lekarskiej. Odpowiedź na pytanie o to, czy regulacje są wystarczające jest niezwykle trudna. Po pierwsze, dlatego, że prawo medyczne podlega niezwykłej dynamice a po drugie dlatego, że jednak mamy do czynienia z wielością aktów prawnych, które się wzajemnie uzupełniają i przenikają. Przynajmniej takie jest założenie. Niestety przepisy powstawały w różnym czasie i niestety nie zawsze są ze sobą skorelowane, np. w zakresie prawa pacjenta i odpowiadającego mu obowiązku lekarza. Oczywiście prawnicy, za pomocą metod wykładni, poradzą sobie z tym problemem niemniej jednak lekarzom i przedstawicielom innych zawodów medycznych

prof. UAM dr hab. Joanna Haberko

może to istotnie utrudniać pracę. Brakuje nam także regulacji tzw. oświadczeń pro futuro. Chodzi o oświadczenia przyszłego pacjenta. Najczęściej ma się na myśli sprzeciw, w sytuacji w której człowiek podejmuje decyzję, że gdyby w stanie decydować o swoich zdrowotnych losach nie chce podejmowania wobec niego pewnych procedur medycznych czy podania leków. Problem nie jest obecnie rozstrzygnięty ustawowo, ale warto zauważyć, że Sąd Najwyższy już w 2005 roku w postanowieniu z dnia 27 października 2005 roku zajął stanowisko, w świetle którego: „oświadczenie wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do pacjenta w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeśli zostało złożone w sposób jednoznaczny i wyraźny – wiążące" (Postanowienie z dnia 27.10.2005 r., sygn. CK 155/05, OSNC 2006, Nr 7-8, poz. 137). Muszę powiedzieć, że mając na uwadze pilną konieczność włączenia do polskiego systemu prawnego tych rozwiązań zagadnienie to stanowiło przedmiot prac zespołu i żywych dyskusji w trakcie obrad.

-A kiedy zgody pacjenta nie ma, bo lekarz w sytuacji nagłej musi ratować życie...

To wyjątkowa sytuacja, którą ustawodawca przewidział. Obejmuje ona sytuacje, w których albo pacjent nie może wyrazić zgody albo nie może tego zrobić w jego imieniu przedstawiciel ustawowy w ostateczności nie ma też czasu, by zapytać sąd opiekuńczy o zastępcze zezwolenie. Jednak i tu muszą być spełnione pewne przesłanki. Kluczowy jest tu przepis art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w świetle którego lekarz może podjąć wykonanie zabiegu i to nawet o podwyższonym ryzyku bez zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody (zezwolenia) właściwego sądu opiekuńczego, gdyby zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Dotyczy to także pacjentów nieprzytomnych. Takie stanowisko ustawodawcy podstawy swe czerpie ze swoistego domniemania zgody na podjęcie niezbędnych w ocenie lekarzy czynności medycznych dla ratowania życia i zdrowia. W sytuacji niezaburzonej jakimikolwiek okolicznościami i stanami świadomości dążenie do ratowania życia i zdrowia (tak własnego, jak i innych osób) wydaje się być zgodne z naturalnym pragnieniem każdego człowieka.

-W jakich sytuacjach niezbędny jest udział przedstawiciela ustawowego?

Zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta wymaga się wówczas, gdy pacjent jest małoletni bądź ubezwłasnowolniony.

W pracach komisji ZGODA PACJENTÓW ORAZ ICH PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH W PROCESIE LECZENIA brali udział:

prof. UAM dr hab. **Joanna Haberko** – przewodnicząca zespołu; profesor Wydziału Prawa i Administracji UAM Poznań; prof. dr hab. **Adam Olejniczak** profesor Wydziału Prawa i Administracji UAM Poznań; prof. dr hab. **Jędrzej Skrzypczak** profesor Wydziału Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM; dr hab. **Krzysztof Mularski** adiunkt Wydziału Prawa i Administracji UAM; dr **Bartosz Pawelczyk** radca prawny; dr **Maciej Kowalczyk** doktor nauk prawnych; mgr **Filip Rakiewicz** doktorant Wydziału Prawa i Administracji UAM; mgr **Agnieszka Wojcieszak** doktorantka Wydziału Prawa i Administracji UAM; adwokat **Monika Małecka - Mroziewska**; adwokat **Adam Flaszewski**; adwokat **Lucyna Staniszewska**; radca prawny **Anna Przygocka**; **Paweł Jessa** student medycyny; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Maria Taront** przewodnicząca Wydziału XII Cywilnego; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu Maria Prusinowska; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu Tomasz Józkowiak; notariusz Andrzej Rataj; dr Artur de Rosier.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Potrzeba zdefiniowania problemu

"Przedmiotem prac komisji były innowacyjne sposoby dochodzenia roszczeń i rozstrzygania sporów związanych z roszczeniami pacjentów. Aktualnie w tzw. procesach medycznych występuje podstawowy problem wynikający z faktu, iż pacjent jest zwykle laikiem w dziedzinie medycyny. Ponadto często nie ma możliwości uzyskania informacji na temat przebiegu dokonywanych zabiegów medycznych - jak również co zrozumiałe - ma trudności z ich właściwą interpretacją. W konsekwencji sytuacja procesowa pacjenta w zakresie dowodowym jest bardzo skomplikowana. Z perspektywy pacjenta, trudne jest przede wszystkim stawianie konkretnych zarzutów w zakresie popełnionych błędów medycznych, nawet w sytuacji, gdy korzysta z pomocy pełnomocnika profesjonalnego. Obserwując te tendencje należy zastanowić się nad wprowadzeniem rozwiązań ułatwiających dochodzenie roszczeń związanych z powstaniem szkód wynikających z błędów medycznych. Członkami podzespołu byli prawnicy praktycy, zarówno pełnomocnicy profesjonalni, jak również sędziowie, a także lekarze. Osoby te na co dzień uczestniczą zarówno w procesie udzielania świadczeń medycznych, jak również dochodzenia roszczeń przysługujących pacjentom. "
W uchwale czytamy m.in:

Legitymacja procesowa w sprawach o odszkodowania za szkody wyrządzone pacjentom

Dr hab. radca prawny Monika Urbaniak

a stosunek zatrudnienia personelu medycznego

I. Zagadnienie legitymacji procesowej w sprawach o odszkodowanie za szkody rządzone pacjentom wskutek błędów w sztuce medycznej jest słabo znane zarówno samym pacjentom, jak personelowi medycznemu, w tym zwłaszcza lekarzom. W praktyce jednak ma duże znaczenie z uwagi na rosnącą liczbę spraw tego rodzaju, zawisłych przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, a także sądami powszechnymi. Z uwagi na to należy je spopularyzować, przybliżając zainteresowanym prawne unormowania w tym zakresie.

II. Legitymacja procesowa to uprawnienie do ochrony prawnej w konkretnej sprawie, inaczej – możliwość występowania w procesie w roli powoda lub pozwanego. Pojęcie legitymacji procesowej obejmuje zdolność do pozywania, tj. wszczynania procesu oraz bycia pozwanym, tj. występowania w takim charakterze w procesie o naprawienie szkody wyrządzonej wskutek błędów w sztuce medycznej. W pierwszym przypadku jest to tzw. legitymacja czynna (przysługuje pacjentom), w drugim bierna (przysługuje lekarzom, pielęgniarkom, itd.; por. art. 64 § 1 kpc).

III. W praktyce pacjenci wnoszą pozwy przeciwko personelowi medycznemu, nie zaś podmiotom leczniczym. Ten jednak nie zawsze ma bierną legitymację procesową. Zależy to od stosunku

zatrudnienia w podmiocie leczniczym. Istnieje więc potrzeba zwrócenia zainteresowanym uwagi na prawidłowe oznaczanie stron procesu, np. w formie broszur udostępnianych pacjentom, a także personelowi medycznemu. Ten ostatni ma bowiem prawo bronić się w procesie podnosząc zarzuty formalne, tj. o braku legitymacji biernej.

IV. Zasady odpowiedzialności cywilnej w związku ze świadczeniem usług zdrowotnych lokują się przede wszystkim w dziedzinie prawa cywilnego, niektóre jej aspekty reguluje także prawo pracy.

V. Obecnie, najczęściej jest tak, że lekarze zatrudniani są w szpitalach publicznych na podstawie tzw. kontraktów, będących umowami cywilnoprawnymi oraz umów o pracę. W szpitalach niepublicznych, bądź też klinikach i lecznicach prywatnych na podstawie kontraktów, poza nimi jednak w szczególności w oparciu o umowy o świadczenie usług medycznych. Znaczenie rodzaju zatrudnienia dla odpowiedzialności odszkodowawczej obecnie wyraźnie wzrosło1.

VI. Umowa o pracę daje lekarzowi, pielęgniarce tzw. immunitet pracowniczy. Oznacza on, że pozwanym może być jedynie zatrudniający go podmiot leczniczy. Tylko on ma bowiem bierną legitymację procesową (art. 120 § 1 kodeksu pracy). Cechą odróżniająca ją od tzw. umów cywilnoprawnych jest specyficzny jej przedmiot. Stanowi go praca wykonywana osobiście, w warunkach podporządkowania, w miejscu wskazanym przez zatrudniającego, a także na jego ryzyko2.

VII. Pierwszą kwestia istotną dla pacjenta jest zatem prawidłowe wskazanie kto ma bierną legitymację procesowa, a więc strony pozwanej. Wymaga to podania, jaki stosunek zatrudnienia łączył lekarzy ze szpitalem, w którym dokonano wadliwej operacji. Jeśli lekarze pozwanymi być nie mogą, bo byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, pacjent musi prawidłowo wskazać, kogo pozwać. Pomocna w tym zakresie jest treść dwóch przepisów, tj. art. 430 kodeksu cywilnego oraz 120 §1 kodeksu pracy.

Przepis ten reguluje zasady odpowiedzialności przełożonego za podwładnego (np. lekarze są podwładnymi podmiotu powierzającego im wykonanie operacji). Z redakcji tego przepisu wynika, że materialną przesłanką odpowiedzialności za szkodę jest stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania pomiędzy osobą powierzającą wykonanie czynności a tym komu czynność powierza się. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. Z kolei podwładnym jest osoba podlegająca temu kierownictwu oraz mająca obowiązek stosowania się do poleceń zwierzchnika. (…._ Sądy, zasądzając w tego typu sytuacjach odszkodowania na rzecz pacjentów, kierują się de facto zasadą słuszności. Powoduje to uznanie, że jeżeli u pacjenta wystąpiła szkoda wskutek powikłań wynikających z przeprowadzonej przez lekarzy operacji, lecz nie można przypisać im braku zachowania należytej staranności, jednakże jest możliwe wskazanie braku właściwego poinformowania (co do zakresu prawie zawsze można zgłaszać pewne wątpliwości), lekarzom powinny być przypisane wszelkie skutki zabiegu. Takie rozszerzenie odpowiedzialności lekarzy nie znajduje uzasadnienia w polskim porządku prawnym.

W skład zespołu Innowacyjne sposoby dochodzenia roszcze i rozstrzygania sporów związanych z roszczeniami pacjentów oraz podzespółu: ocena materialnoprawnych i procesowych podstaw dochodzenia roszczeń pacjentów wchodzili" :

dr hab. radca prawny **Monika Urbaniak**– przewodnicząca całego zespołu i podzespołu; adwokat dr **Mariusz Zelek** adiunkt Wydziału Prawa i Administracji UAM; mgr **Lucyna Staniszewska**, doktorantka Wydziału Prawa i Administracji UAM; adwokat **Katarzyna Golusińska**;

prof. dr hab. **Piotr Stępniak**; radca prawny **Lucyna Łuczak – Noworolnik**; sędzia Sądu Apelacyjnego w Poznaniu **Hanna Małaniuk**;

dr hab. **Szczepan Cofta** Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Pracownia Zaburzeń Oddychania Podczas Snu; sędzia Sądu Apelacyjnego w Poznaniu **Małgorzata Kaźmierczak**; dr n.med. **Krzysztof Tuszyński**; mgr ksiądz **Adam Borysi**k.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Proces to nie jest remedium

„Zespół, z którym współpracowałam, debatował nad ważną tematyką dotyczącą roszczeń pacjentów w stosunku do podmiotów leczniczych. Inicjatywa Kongresu powoduje, iż współpracę ze sobą podejmują różne środowiska zawodowe. W tym roku w dyskusję co do tematów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta, w tym także funkcjonowania Wojewódzkich Komisji ds. zdarzeń medycznych włączyli się przedstawiciele świata medycyny.

W pracach zespołu brali udział znakomici prawnicy i lekarze. Każdy z uczestników wniósł do dyskusji bardzo istotne elementy merytoryczne, co przyczyniło się do sprawnej pracy zespołu i umożliwiło wypracowanie wspólnego stanowiska i wniosków końcowych. Podczas dyskusji wyrażaliśmy swoje poglądy, a każdy uczestnik przedstawił zarówno praktyczne jak i teoretyczne spostrzeżenia na temat obecnego funkcjonowania Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Omawialiśmy także postulaty oraz propozycje zmian prawnych, które z pewnością będą miały swoje odzwierciedlenie w uchwale Kongresu.

Zebrane gremium stwierdziło, iż działalność Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych jest jak najbardziej zasadna i powinna być w przyszłości rozszerzona, ponieważ przyczynia się do wyjaśniania spraw istotnych dla pacjentów, którzy mają uprawnienie do występowania z roszczeniami wobec podmiotów leczniczych.

Członkowie zespołu doszli do wniosku, iż Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych wpisuje się

Adwokat dr Agata Michalska - Olek

w sposób pozytywny w system prawny, a w przyszłości może być częścią systemu mediacyjno-ugodowego w postępowaniach pomiędzy stronami sporu i może stanowić przedsądowe wyjaśnienie sprawy, doprecyzowanie roszczeń oraz może pełnić istotną rolę przyczyniającą się do zebrania materiału dowodowego.

Powyższe wnioski sprawiają, iż Komisje w sposób istotny wpisują się w tę część systemu prawnego.

Naszym postulatem de lege ferenda jest rozszerzenie uprawnień Komisji w tym w zakresie możliwości przeprowadzenia postępowania ugodowo-mediacyjnego. „

W przyjetej uchwale czytamy m.in:

Podczas prac zespół zwrócił uwagę na konieczność rozważenia w przyszłości wprowadzenia następujących zmian legislacyjnych:

1) wydłużenia terminu do zgłoszenia dochodzonych przez pacjenta roszczeń (obecnie jest to jeden rok od momentu zaistnienia zdarzenia);

2) rozszerzenia odesłania przyjętego w art. 67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do odpowiedniego stosowania przepisów kodeksu postępowania cywilnego o odesłanie do odpowiedniego stosowania art. 223 kpc. w celu możliwienia stronom zawarcia ugody. Tutaj zdecydowana większość członków zespołu bardzo mocno podkreślała konieczność rozszerzenia regulacji prawnej, aby umożliwić Komisjom Medycznym przeprowadzanie postępowania wstępnego, w celu ewentualnego zawarcia ugody przez strony i określenia stanowisk stron. Obecnie nie ma możliwości aby Komisja w konkretnej sprawie nakłaniała strony do ewentualnego zawarcia ugody, bądź też miała rolę rozjemcy w sporze i wyjaśnienia kwestii spornych między stronami. Z praktyki Komisji wynika, że wielokrotnie byłoby to wskazane. W tym zakresie należałoby się odwołać do uzasadnienia do projektu ustawy powołującego Komisję w zakresie, w jakim Komisje miały pełnić rolę mediacyjną;

3) ustanowienia dla podmiotów leczniczych obowiązkowego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Członkowie zespołu zwrócili uwagę na rozwa-

żenie zasadności wprowadzenia dla podmiotów leczniczych obowiązkowego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, gdyż standardowe ubezpieczenie OC nie obejmuje odpowiedzialności podmiotu w tym zakresie;

4) Obradujący pozytywnie odnieśli się do rozszerzenia w przyszłości stosowania procedury cywilnej lub ewentualnie procedury administracyjnej w przypadku dotyczącym podstaw zawieszenia postępowania z urzędu oraz podjęcia postępowania (odpowiednio art. 174 kpc oraz art. 180 kpc).

5) rozszerzenie zastosowania instytucji przerwania biegu przedawnienia roszczeń również na każdą czynność przed Komisją. Członkowie podzespołu zwrócili również uwagę na kwestię zastosowania przepisów kc w zakresie zawieszenia biegu przedawnienia roszczeń, w czasie gdy sprawa jest rozpatrywana przez Komisję;

6) Postuluje się również wprowadzenie przepisów umożliwiających zawarcie ugody po wydaniu orzeczenia przez Komisję. W takiej sytuacji ugoda musiałaby być zawarta bezpośrednio przed Komisją, która stałaby na straży zgodności z prawem zapisów takiej ugody;

7) Bardzo ważną kwestią, na którą należy zwrócić uwagę jest ustalenie adekwatnych kwot odszkodowań przy czym należy rozważyć podwyższenie do kwoty 300 tys. zł odszkodowania w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta. Należy przy tym mieć na uwadze, iż przyjęcie przez pacjenta odszkodowania w sprawie, w której orzeczenie wydała Komisja wiąże się z niemożnością dochodzenia dalszego odszkodowania i zrzeczeniem się dalszych roszczeń odszkodowawczych oraz rentowych.

8) doprecyzowanie ustawowego pojęcia „zdarzenie medyczne". Członkowie zespołu zastanawiali się również nad doprecyzowaniem samego pojęcia „zdarzenie medyczne", gdyż obecnie poszczególne komisje w każdym z województw, a nawet w poszczególnych składach dokonują odmiennej interpretacji pojęcia „zdarzenia medycznego". Szczególnie ważne wydaje się doprecyzowanie pojęcia uszkodzenia ciała, co mogłoby przyczynić się do sprawniejszego orzekania w sprawach.

9) Należy rozważyć również skuteczność wydawanych przez przewodniczących Komisji tytułów wykonawczych związanych z przyjęciem przez pacjenta propozycji odszkodowania składanej przez podmiot leczniczy. W tym zakresie istotne byłoby aby stanowiły one tytuł egzekucyjny oraz miały skuteczność tytułu wykonawczego, dlatego powinno to być uregulowane ustawowo lub przez odpowiednie stosowanie przepisów k.p.c. Podobnie jak objęcie regulacją ustawową działań po stwierdzeniu przez Komisję nieważności orzeczenia.

10) Podczas obrad podzespołu członkowie zastanawiali się również nad skutkami wydania orzeczenia o ustaleniu zdarzenia medycznego w kontekście ewentualnego roszczenia regresowego, jakie może skierować podmiot leczniczy do swojego pracownika odpowiedzialnego za zaistnienie zdarzenia medycznego (do lekarza, pielęgniarki, technika, laboranta). W tym zakresie nie ma żadnej odpowiedniej regulacji odnoszącej się do odpowiedzialności cywilnej bądź odpowiedzialności karnej. Komisja nie ustala zakresu odpowiedzialności poszczególnych osób stąd też podmiot leczniczy nie ma bezpośrednich podstaw do zgłoszenia roszczenia regresowego.

11) Ciekawym pomysłem wydaje się również rozszerzenie przepisów o możliwość przekazania sprawy, która wpłynęła do Komisji, do właściwego Sądu powszechnego, gdy charakter sprawy jest skomplikowany i zawiły a interes strony wymaga rozstrzygnięcia w ramach postępowania przed sądem.

W zespole Innowacyjne sposoby dochodzenia roszczeń

i rozstrzygania sporów związanych z roszczeniami pacjentów oraz z podzespole: ocena funkcjonowania wojewódzkich komisji ds.

orzekania o zdarzeniach medycznych brali udział:

adwokat dr **Agata Michalska - Olek** przewodnicząca podzespołu; mgr **Szymon Kulmaczewski**; adwokat **Zuzanna Michałek - Strzelewicz**; adwokat **Weronika Hołowczyc**; radca prawny **Wioletta Cieślak**

przewodnicząca Wojewódzkich Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych; prof. dr hab. n. med. **Andrzej Nowakowski** Zakład Spondyloortopedii i Biomechaniki Kręgosłupa, Ortopedyczno Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny; **Andrzej Michalski** doktor nauk medycznych; adwokat **Miłosz Moczyński**; **Przemysław Wojtczak** doktorant UAM; **Szymon Kulmaczewski** doktorant UAM; notariusz **Małgorzata Muszalska**; prof. dr hab. **Andrzej Obrębowski**; sędzia Sądu Rejonowego Poznań Grunwald i Jeżyce **Anna Mikołajczak** przewodnicząca I Wydziału Cywilnego.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Polityka ochrony zdrowia

W podjętej uchwale podzespół „Reforma strukturalna systemu opieki zdrowotnej" czytamy m.in.:

Ochrona zdrowia posiada szczególną rangę i miejsce w polityce społecznej kraju, ze względu na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli. Polityka zdrowotna, jako proces polityczny odnosi się do spraw zdrowia w skali ponad jednostkowej, wyznaczając cele, które kształtują system opieki zdrowotnej. Światowe publikacje korelując poziom zdrowia społeczeństwa z potrzebami pacjentów wzbudziły dyskusje na temat optymalnego kształtu systemu opieki zdrowotnej, tak aby sposób organizacji i dostarczanie świadczeń mogło zagwarantować szeroko rozumianą zdrowotność społeczeństwa, w istniejących warunkach społecznych, ekonomicznych i politycznych. Konstrukcja systemu zdrowotnego w Polsce podlega ciągłym zmianom. Przeobrażenia dotyczyły procesów prywatyzacji, deregulacji, decentralizacji i przekazywania uprawnień na niższy szczebel organów administracji państwowej i samorządowej. Prace reformatorskie zmierzały do przygotowania nowego modelu ochrony zdrowia, w którym rolę koordynacyjną powierzono Ministrowi Zdrowia, natomiast Kasy Chorych, a później Narodowy Fundusz Zdrowia stały się odpowiedzialne za zarządzanie środkami finansowymi. Organy administracji samorządowej będąc właścicielami publicznych zakładów nadzorowały realizację zadań w zakresie zdrowia publicznego.

Należy podkreślić, iż polityka ochrony zdrowia, kształtuje system opieki zdrowotnej. Ze względu na to, iż celem tego ostatniego jest organizowanie i udzielanie świadczeń osobom potrzebującym (przy określonym poziomie wiedzy medycznej, wiedzy o stanie zdrowotności społeczeństwa i dostępności do określonych limitowanych zasobów), sposób jego funkcjonowania może być on uznany za podstawę oceny poziomu zaspokojenia potrzeb społecznych. Zasadniczym problemem, staje się wyznaczenie swoistej relacji pomiędzy polityką zdrowotną a systemem zdrowotnym. Celem polityki zdrowotnej powinno być proponowanie takich rozwiązań w skali kraju, które uzyskują społeczną akceptację z racji realnych szans na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

prof. UEP dr hab. Monika Dobska

W 2016 roku, procesy reformatorskie zaczęły zmierzać w kierunku utworzenia nowych rozwiązań systemowych. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekty: ustawy o nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów.

W projekcie ustawy wprowadzono nowe pojęcia, które są podstawą definiowania systemu. Można jednak zaobserwować brak spójności w nazewnictwie. Projektodawca wprowadza termin: system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczenia opieki zdrowotnej, zwany dalej systemem zabezpieczenia. W uzasadnieniu do nowelizacji

zostaje wprowadzony skrót "PSZ", dalej zamiennie stosowany ze skrótem „PZS". Takowy („PZS") zostaje użyty w projekcie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w ramach podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, jako podstawowy szpitalny system zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Istotnym aspektem jest także wskazanie, w jaki sposób mają postąpić zakłady, dla których rozdział środków będzie niewystarczający lub wręcz przeciwnie uda im się wygenerować oszczędność, przy rozliczaniu ryczałtowym. Obawę budzi ewentualne przejęcie środków przez organ tworzący lub ich zwrot (czy tez korekta w kolejnym okresie rozliczeniowym) do Narodowego Funduszu Zdrowia. Cztery pierwsze parametry wymienione w tabeli nie obrazują w pełni jakości udzielanych świadczeń, np. skracanie czasu pobytu może być wręcz niekorzystne dla kompleksowego potraktowania pacjenta, wobec braku standardów jaki czas hospitalizacji jest optymalny w danej jednostce chorobowej, zachodzi pytanie jak dalece można skracać ten czas W przypadku zabiegowych oddziałów takim kryterium mógłby być współczynnik operowanych do liczby hospitalizowanych. Jednak ustalenie tego typu mierników wymaga czasu. Obecnie podstawowym i najważniejszym parametrem powinien być Certyfikat Akredytacyjny (nadawany jest przez Ministra Zdrowia) w powiązaniu z certyfikatami ISO. „Zestaw standardów akredytacyjnych" Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia określa bardzo precyzyjnie wymogi dla szpitali w obszarach: Ciągłość Opieki, Prawa Pacjenta, Ocena Stanu Pacjenta, Opieka nad Pacjentem, Kontrola Zakażeń, Zabiegi i Znieczulenia, Farmakoterapia, Laboratorium, Diagnostyka Obrazowa, Odżywianie, Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta, Zarządzanie Ogólne, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Zarządzanie Informacją, Zarządzanie Środowiskiem Opieki.Potwierdzona jakość powinna mieć zasadnicze znaczenie w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Jaka jest różnica i jakie są konsekwencje (dla chorego i dla systemu) w przypadku szpitala, który nie wdrożył i nie realizuje systematycznie działań np. w obszarze identyfikowania i zapobiegania zakażeniom lub zdarzeniom niepożądanym i w przypadku Szpitala, który poddaje się zewnętrznym ocenom w tym zakresie – jest oczywiste. Dlatego potwierdzenia jakości powinny być najważniejszym sposobem oceny kryterium jakości, które powinno mieć większą wagę.

W podzespole: Reforma strukturalna systemu opieki zdrowotnej udział brali: prof. UEP dr hab. **Monika Dobska** - przewodnicząca zespołu Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Katedra Badań Rynku i Usług; radca prawny **Sergiusz Foltynowicz**; mgr **Artur Paszkowski** naczelnik Departamentu Prawnego NFZ; dr n.med. **Paweł Daszkiewicz** dyrektor Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; dr n.med. **Jacek Łukomski** dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu oraz dyrektor Szpitala Rehabilitacyjno - Kardiologicznego w Kowanówku; mgr inż. **Mirosław Wójciak** dyrektor Stobrawskiego Centrum Medycznego; prof. UEP dr hab. **Paweł Dobski** konsultant zarządzania w podmiotach leczniczych dr n. ekon. **Marek Gnusowsk**i Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Katedra Badań Rynku i Usług prof. zw. dr hab. **Kazimierz Rogoziński** (wroli recenzenta prac zespołu) Katedra Badań Rynku i Usług; prof. UAM dr hab. **Daniel Eryk Lach**; prof. dr hab. **Andrzej Grzybowski**; dr **Małgorzata Ginter**; dr **Marek Walkiewicz**; radca prawny **Anna Piotrowska – Musioł**; dr **Elżbieta Marcinkowska**.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Dobry mediator potrzebny od zaraz

"Trzeba sobie zdawać sprawę, a podkreślamy to w naszych wnioskach końcowych, że mediacja jako forma rozwiązania sporu medycznego może występować na każdym etapie sporu, niezależnie od postępowania sądowego, przed jego wszczęciem, a także w ramach toczącego się już postępowania sądowego. Teoretycznie możliwa jest również mediacja prowadzona w ramach postępowania prowadzonego przez wojewódzką komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Mediacja może odbywać się również na etapie ustalania, czy doszło do zdarzenia medycznego, bowiem może być jej przedmiotem ustalenie tego, do jakiego faktycznie zdarzenia doszło i w jakim zakresie podmiot leczący uzna swoją odpowiedzialność. Jest także możliwość ugody bez zdefiniowania zakresu zdarzenia medycznego.

Ważne jest to, aby w ramach mediacji ustalić przede wszystkim oczekiwania pacjenta. Wytłumaczyć mu na czym polegał zabieg oraz ustalić czego konkretnie pacjent oczekuje od lekarza w związku z tym, że ma zastrzeżenia do jego pracy. Czasami wystarczą mu po prostu przeprosiny, czasem musi to być satysfakcja finansowa.

Należy także pamiętać, że zawarcie ugody może również być korzystne dla lekarza, zwłaszcza jeżeli wiadomo, że na skutek jego błędu doszło do zdarzenia medycznego. Zawarcie bowiem ugody w mediacji ma wpływ na postępowanie karne i dyscyplinarne przeciwko lekarzowi, a nawet może być tak, że do takiego postępowania nie dojdzie, bowiem pacjent usatysfakcjonowany ugodą nie złoży skargi.

Istotnym jest, żeby do mediacji doszło jak najszybciej, bowiem szybkie zawarcie ugody pozwoli na szybsze zakończenie sporu. A należy pamiętać, że pacjentowi zależy przede wszystkim na zdrowiu, stąd im szybciej dojdzie do ugody i zaspokojenia jego roszczeń, tym dla niego lepiej.

Bardzo ważna jest tu osoba mediatora. Mediatorami muszą być osoby, które przeszły odpowiednią formację i które będą rozumiały problem, a zwłaszcza hermetyczny język medycyny będą potrafiły „przełożyć" na język pacjenta. Poza tym oczywiście muszą być bardzo dobrymi mediatorami.Warto także poruszyć problem wynagradzania mediatorów. Musi ono być godne, jeżeli chcemy dobrej mediacji.

Postulujemy też wprowadzenie obowiązkowej próby mediacji zarówno w postępowaniu przed sądem, jak i komisją w sprawie zdarzeń medycznych. Nie chodzi o to, żeby mediacja była przymusowa (bo nie musi być), ale żeby obowiązkowa była podjęta próba jej przeprowadzenia.

Postulowana nowelizacja Ustawy o Prawach Pacjenta dotyczyłaby mediacji jako alternatywnej drogi do postępowania przed wojewódzkimi komisjami orzekającym.i Pacjent mógłby wybrać mediację a byłoby to wiążące dla podmiotu leczniczego."

adwokat Wojciech Celichowski

Z uchwały podzespołu Mediacja i arbitraż w sprawach związanych z roszczeniami pacjentów:

Nie chodzi o to, żeby mediacja była przymusowa (bo nie musi być), ale żeby obowiązkowa była podjęta próba jej przeprowadzenia – mediator wydaje protokół, że do ugody w ramach mediacji nie doszło (de lege ferenda). Nowelizacja Ustawy o Prawach Pacjenta dotyczyłaby kolejnego rozdziału tej ustawy dotyczącego mediacji jako alternatywnej drogi do postępowania przez Wojewódzkimi Komisjami orzekającymi władczo. Pacjent mógłby wybrać jednostronnie drogę takiej mediacji i byłaby to wiążące dla podmiotu leczniczego. Byłaby to mediacja obligatoryjna, oczywiście co do jej wszczęcia a nie obowiązku zawarcia ugody przed mediatorem. Przebieg odbywałby się według przepisów KPC z ewentualnymi zmianami uwzględniającymi specyfikę – np. już samo stworzenie mediacji obligatoryjnej.

Ustawodawca winien rozważyć zmianę Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez wprowadzenie możliwości mediacji na drugim etapie postępowania przed Wojewódzkimi Komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, gdy spór dotyczy tylko wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. Aktualne przepisy nie pozwalają na prowadzenie mediacji w ramach tego

postępowania.

W podzespole : MEDIACJA I ARBITRAŻ W SPRAWACH ZWIĄZANYCH Z ROSZCZENIAMI PACJENTÓW brali udział:

adwokat **Wojciech Celichowski** - przewodniczący podzespołu; dr hab. **Włodzimierz Głodowski**; adwokat **Maciej Loga**; adwokat **Piotr Ruszkiewicz**; adwokat **Anna Zagierska**; radca prawny **Agnieszka Michalak** ; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Ewa Blumczyńska** wizytator ds. cywilnych; dr **Tomasz Antoszek** Polskie Centrum Mediacji; **Mateusz Gierczak** Kancelaria Mediacyjna; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Piotr Marciniak** koordynator ds. mediacji; sędzia **Sebastian Przymuszała** wiceprezes Sądu Rejonowego Poznań – Stare Miasto w Poznaniu; sędzia Sądu Rejonowego Poznań - Stare Miasto w Poznaniu **Bartłomiej Przymusiński**; mediator **Agnieszka Lisek**; adwokat **Andrzej Reichelt** ; dr **Lesław Lenartowicz** dyrektor Centrum Medycznego HCP; dr n.med. **Stanisław Dzieciuchowicz**.

Lekarz też ma prawa

W uchwale zespołu Ochrona Praw Lekarzy czytamy m.in:

"Ograniczenie prawa pacjenta do prywatności oraz nałożenie na lekarzy obowiązku łamania tego prawa, poprzez ujawnienie tajemnicy lekarskiej nawet wbrew jednoznacznej woli zmarłego pacjenta nie znajduje uzasadnienia w treści w art. 31 ust. 3 Konstytucji i stanowi zbyt daleko idącą, nieuzasadnioną i nieproporcjonalną ingerencję ustawodawcy w sferę praw i wolności obywateli. Brak możliwości określenia przez pacjenta kręgu osób uprawnionych do dostępu do informacji objętych tajemnicą lekarską po jego śmierci oznacza zerwanie więzi zaufania łączącej pacjenta z lekarzem, która jest niezbędna dla prawidłowego leczenia.(...)

Zespół uznaje za stosowne przedstawić następujące wnioski ze swojej pracy:

*obecnie rośnie ilośćpostępowań, których przedmiotem rozpoznania jest popełnienie przez lekarza błędu w sztuce medycznej; wszczynane postępowania mają charakter karnoprawny, cywilnoprawny oraz dyscyplinarny;

* podstawą rozstrzygnięcia w sprawach o wyżej wymienionym charakterze są specjalistyczne opinie wydawane przez biegłego, zespół biegłych bądź instytut;

*często obserwowanym zjawiskiem jest wydanie w jednej sprawie kilku sprzecznych ze sobą opinii, na podstawie których organ orzekający chcąc rozstrzygnąć wyżej wymienione sprzeczności winien odwołać się do obowiązujących rekomendacji, zaleceń bądź wytycznych publikowanych przez towarzystwa medyczne skupiające specjalistów z danej dziedziny medycyny;

*postulować należy zapewnienie wysokiego poziomu merytorycznego biegłych opiniującychw sprawach o błędy w sztuce medycznej oraz

dostępności rekomendacji, zaleceń bądź wytycznych towarzystw medycznych, które są przez nie sporządzane i publikowane;

*postulować należy także przyznanie towarzystwom medycznym prawa do wyrażania opinii na temat osób chcących pełnić funkcję biegłego sądowego;

*obserwuje się wzrost agresji kierowanej przez pacjentów i ich rodziny wobec lekarzy tak w formie słownej, jak również w formie fizycznej w związku ze udzielaniem przez lekarzy świadczeń zdrowotnych

*istniejące obecnie instrumenty ochrony nietykalności cielesnej oraz godności lekarzy uznać należy jako niewystraczające;

*postulować należy przyznanie lekarzom ochrony jak dla funkcjonariusza publicznego poprzez zmianę przepisu art. 44 ustawy o zawodzie

adwokat Karolina Służewska – Woźnicka

lekarza i lekarza dentysty w ten sposób, że podczas lub w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lekarzowi przysługuje ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu ewentualnie że lekarzowi, w sytuacjach związanych bezpośrednio lub pośrednio z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, przysługuje ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu;

W skład zespołu Ochrona Praw Lekarzy wchodzili: adwokat **Karolina Służewska – Woźnicka** – przewodnicząca zespołu; sędzia Sądu Apelacyjnego w Poznaniu **Krzysztof Lewandowski** wizytator ds. karnych; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu; **Agata Adamczewska** zastępca Rzecznika Dyscyplinarnego SO w Poznaniu; **Maciej Maćkowiak** prokurator Prokuratury Regionalnej w Poznaniu; adwokat dr **Ewa Habryn - Chojnacka**; adwokat **Justyna Engelgardt**; prof. UAM dr hab. radca prawny **Jędrzej Skrzypczak**; **Walentyna Gliwińska** student medycyny; **Natalia Buzuk** student medycyny; **Joanna Błaszak** student medycyny; sędzia Sądu Apelacyjnego **Elżbieta Fijałkowska** w Poznaniu rzecznik prasowy; **Daria Kotyk** absolwentka Wydziału Prawa i Administracji UAM; **Ryszard Stawowy** notariusz; prof. zw. dr hab. **Robert Zawłocki** kierownik Zakładu Prawa Karnego Wydziału Prawa i Administracji UAM; prof. UAM dr hab. **Marcin Orlicki** adiunkt na UAM; dr n. med. **Krzysztof Kordel** prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej; dr n. med. **Barbara Ziołecka** zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej; prof. zw. dr hab. n.med. **Wojciech Służewski** kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM Poznań; prof. zw. dr hab. med. **Krzysztof Słowiński** kierownik Kliniki Chirurgii Urazowej Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej UM Poznań; prof. zw. dr hab. n.med. **Marek Spaczyński** kierownik Katedry Ginekologii, Położnictwa i Onkologii Ginekologicznej UM Poznań; prof. dr hab. n. med. **Witold Szyfter** kierownik Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej UM Poznań; prof. dr hab. n. med. **Tomasz Kotwicki** kierownik Kliniki Chorób Kręgosłupa i Ortopedii Dziecięcej; dr **Aleksandra Bagieńska - Masiota** adiunkt w Katedrze Prawa Prywatnego Wydz. Zam. SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego w Poznaniu; adwokat **Jakub Krupka**.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Dla kogo opieka zdrowotna?

Z uchwały zespołu Działalność Lecznicza Podmioty Lecznicze, pozespołu Prawne formy podejmowania i prowadzenia działalności gospodarczej:

Podkreślenia wymaga znaczenie sektora ochrony zdrowia dla współczesnego demokratycznego państwa. Prawidłowa regulacja prawna i organizacja strukturalna systemu opieki zdrowotnej stanowi jedno z największych wyzwań przed jakimi stoją rozwinięte społeczeństwa. Pogodzenie wielu czynników: demograficznych (starzejące się społeczeństwa), społecznych (rosnąca klasa średnia, prezentująca wyższe oczekiwania od państwa), technologicznych (postęp techniczny, przynoszący coraz nowsze i często bardziej kosztowne procedury oraz sprzęt medyczny) stanowi zadanie, zdawałoby się, niemożliwe do wykonania. Stąd w poszczególnych państwach świata różne podejście do organizacji systemu opieki zdrowotnej. Należy zauważyć, że systemy obowiązujące w rożnych państwach podlegają ciągłym modyfikacjom i reformom, co świadczy o nieustannym poszukiwaniu idealnego rozwiązania (przykładowo w Niemczech w 2003 r. wprowadzono tzw. współpłacenie przez pacjentów za świadczenia medyczne; system istotnie zmodyfikowany został następnie w 2007 r.; współpłacenie stosowane jest nadto np. w Czechach i Japonii).

W wielu państwach większość obywateli zga-

prof. UAM dr hab. Eryk Kosiński

dza się, że należy objąć publiczną opieką zdrowotną wszystkich mieszkańców, że należy zagwarantować nieograniczony dostęp do opieki zdrowotnej dla wszystkich bez wyjątku, w tym dostęp do drogich procedur, jednocześnie nie zgadzając się na ponoszenie kosztów związanych z realizacją takiej polityki zdrowotnej państwa (tak przykładowo w Stanach Zjednoczonych).

(...)Należałoby nadto rozważyć ujednolicenie form prawnych prowadzenia działalności leczniczej (obecnie około 20, biorąc pod uwagę różne formy podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej w Polsce, art. 4. ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Być może należałoby wprowadzić znacznie węższą reglamentację form organizacyjno-prawnych prowadzenia działalności leczniczej, ograniczając te formy wyłącznie do „spółek misji publicznej" (pozostawiając szczególne formy wykonywania praktyki zawodowej przez lekarzy i pielęgniarki).

Zwrócić uwagę można, że podobna reforma miała miejsce w Wielkiej Brytanii za premier Margaret Thatcher w 1990 r. (National Health Service and Community Care Act 1990). Państwowe szpitale zostały skomunalizowane, i prowadzone w formie samorządowych, niekomercyjnych (nonprofit), trustów (National Health Service trusts, hospital trusts, określane też acute trusts) z wieloosobowymi zarządami (board of directors).

Aktualnie w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej funkcjonuje obligatoryjnie rada społeczna, jako ciało opiniująco-doradcze dla kierownika zakładu jak i dla podmiotu tworzącego (art. 48 i n. ustawy o działalności leczniczej). Skład tego organu określa podmiot tworzący. Co do zasady składy rad są konsekwencją pewnych ustaleń politycznych, czyli de facto pozamerytorycznych. Osoby wchodzące w skład rady nie ponoszą odpowiedzialności z tytułu pełnionych obowiązków oraz nie pobierają wynagrodzenia z tytułu członkostwa w radzie. W praktyce przy takim statusie trudno jest często przeprowadzić posiedzenie rady z uwagi na brak wymaganego quorum. Nadto charakter prawny działań rady nie daje uzasadnienia do trwania przy tym rozwiązaniu skoro i tak pełną odpowiedzialność ponosi kierownik zakładu – dyrektor. Z praktycznego punktu widzenia trudno odeprzeć zarzut dużej fasadowości tego gremium.

Zagadnienie deficytu lekarzy i pielęgniarek w sektorze ochrony zdrowia. Członkowie Zespołu jednogłośnie zwracają uwagę na brak odpowiedniej, wymaganej ilości pielęgniarek i lekarzy w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Wskazuje się konieczność zwiększenie liczby rezydentur i specjalizacji oraz konieczność zobligowania (wprowadzenia prawnego obowiązku) do pracy w kraju przez np. okres 6 lat od ukończenia specjalizacji (rezydentury). Wskazuje się konieczność naboru lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek i pielęgniarzy z innych krajów jak np. Ukraina, Litwa, Białoruś, oraz zapewnienia tym specjalistom odpowiedniego dokształcenia, z jednoczesnym zobowiązaniem do pracy w Polsce przez okres np. 6-10 lat.

Zagadnienie wynagrodzeń lekarzy. Należy zwrócić uwagę na brak górnych limitów wynagrodzenia lekarzy w placówkach publicznych, „dziką" konkurencję między szpitalami publicznymi o personel, pełną dowolność w gromadzeniu etatów w publicznych jednostkach ze stratą dla jakości pracy szpitali – to podstawowa patologia systemu ochrony zdrowia, w dużym stopniu napędzana deficytem kadr medycznych z jednej strony, zaś z drugiej strony dążeniem do utrzymania zbyt dużej ilości podmiotów leczniczych w sektorze ochrony zdrowia. Pełna weryfikacja stanu zatrudnienia rozwiązuje systemowo zagadnienie, które szpitale się utrzymują a które nie z powodu braku wymaganych obsad kadrowych. Jednocześnie podejmowane są próby legislacyjne ustalania poziomu minimalnego wynagrodzenia niższego i średniego personelu medycznego bez adekwatnego zwiększenia nakładów na ten cel, co automatycznie obciąża podmioty lecznicze.

Podzespół: **Prawne formy podejmowania i prowadzenia działalności leczniczej obradował w składzie:**

prof. UAM dr hab. radca prawny **Eryk Kosiński** – przewodniczący całego zespołu i podzespołu; dr Igor Nestoruk adiunkt Wydziału Prawa i Administracji UAM; mgr **Katarzyna Arciszewska** doktorantka Wydziału Prawa i Administracji UAM; mgr **Grzegorz Budziszewski** doktorant Wydziału Prawa i Administracji UAM; adwokat dr **Patryk Filipiak**; prof. zw. dr hab. **Bożena Popowska** sędzia Naczelnego Sądu Administracyjnego w stanie spoczynku; prof. zw. n. med. dr hab. **Julian Malicki** dyrektor Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Poznaniu;

Błażej Gorczyński wiceprezes Zarządu Pleszewskiego Centrum Medycznego; dr hab. **Katarzyna Kokocińska** prodziekan Wydziału Prawa i Administracji UAM, Katedra Publicznego Prawa Gospodarczego; dr **Piotr Lissoń** Katedra Publicznego Prawa Gospodarczego; prof. UAM dr hab. **Małgorzata Materniak** – Pawłowska prodziekan Wydziału Prawa i Administracji UAM; radca prawny **Agnieszka Pachciarz** b. wiceminister zdrowia, b. prezes NFZ; **Magdalena Pietrusik - Adamska** dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urząd Miejski w Poznaniu; **Jędrzej Solarski** zastępca Prezydenta Miasta Poznania; **Krzysztof Bestwina** dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie; dr **Michał Strzelbicki** Wydział Prawa i Administracji UAM; dr **Mirella Śmigielska** główna księgowa Wojewódzkie Centrum Onkologii w Poznaniu; dr **Anna Trela** Wydział Prawa i Administracji UAM; **Maciej Celichowski** notariusz; sędzia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu **Walentyna Długaszewska**; dr n. med. **Aldona Pietrysiak**; dr n.med. **Krzysztof Tuszyński**; dr **Lesław Lenartowicz** - dyrektor Centrum Medycznego HCP w Poznaniu; **Leszek Sobieski** - dyrektor wojewódzkiego Szpitala w Koninie; dr **Andrzej Cisło**; mgr ksiądz **Adam Borysik**.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Opodatkowanie usług lekarskich

W uchwale podzespołu „Aspekty podatkowe i ubezpieczenia społecznego działalności leczniczej oraz procedura kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia" czytamy m.in:

Sędzia Naczelnego Sądu Administracyjnego Maciej Jaśniewicz

Zwolnienia usług medycznych z podatku od towarów i usług są częstym przedmiotem sporów prowadzonych między podatnikami a organami podatkowymi. Problem zwolnienia w zakresie usług medycznych wiąże się głównie z tym, że nie ma wprost określonej, czy zdefiniowanej listy świadczeń, których dotyczyłaby ta preferencja. Celem objęcia usług medycznych zwolnieniem podatkowym jest ułatwienie dostępu do nich i unikanie nadmiernych kosztów, które obciążają pacjentów jako ostatecznych konsumentów. Brak zwolnienia określonych

usług medycznych bezpośrednio wpływa na ich cenę, co w konsekwencji ma przełożenie na cały system ochrony zdrowia.

Zespół proponuje alternatywne rozwiązania legislacyjne:

1. Wyłączenie stosowania niektórych przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego na etapie rozpoznawania środków odwoławczych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, lub

Podzespół: Aspekty podatkowe i ubezpieczenia społecznego działalności leczniczej działał w składzie:

sędzia Naczelnego Sądu Administracyjnego **Maciej Jaśniewicz** -przewodniczący zespołu; radca prawny **Małgorzata Plura**; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Beata Kotyk**; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Łukasz Ruszkiewicz** przewodniczący Wydziału VIII Ubezpieczeń Społecznych; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Maciej Nawrocki**; sędzia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu **Katarzyna Wolna – Kubicka**;sędzia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu **Katarzyna Nikodem**; sędzia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnegow Poznaniu

prof. UAM dr hab. **Dominik Mączyński**; sędzia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu **Waldemar Inerowicz**; mgr **Artur Paszkowski** naczelnik Wydziału Organizacyjno - Prawnego NFZ; sędzia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu Małgorzata Bejgerowska; radca prawny **Anna Piotrowska – Musioł**.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Zmiany są poprostu niezbędne

Podzespół „Restrukturyzacja podmiotów leczniczych", przyjął uchwałę w której czytamy m.in:

W trakcie prac podzespołu zajmującego się zagadnieniami restrukturyzacji podmiotów leczniczych w ramach przygotowań do IV Kongresu Prawników Wielkopolski przyjęto następujące założenia.

a) Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej („SPZOZ") posiadają zdolność restrukturyzacyjną. W konsekwencji dopuszczalne jest prowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego wobec SPZOZ, pod warunkiem zajścia podstaw otwarcia postępowania (m.in. niewypłacalność lub zagrożenie niewypłacalnością).

b) Postępowania restrukturyzacyjne jako narzędzia sądowej restrukturyzacji mogą być rozwiązaniem problemu niewypłacalności, zarówno w ujęciu płynnościowym, jak i zadłużeniowym, pozwalającym na alokację ryzyka finansowego prowadzenia działalności leczniczej z samych SPZOZ oraz podmiotów tworzących w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na wierzycieli. Taka alokacja jest korzystna bowiem wprowadzi przejrzyste i racjonalne ekonomiczne mechanizmy oceny ryzyka na rynku właściwym.

Sędzia Sądu Okręgowego w Warszawie dr hab. Anna Hrycaj

c) Obecne mechanizmy ustanowione mocą ustawy o działalności leczniczej (por. m.in. art. 53a, art. 59 oraz art. 61) nie zapewniają rozwiązań adekwatnych do skali problemu zadłużenia SPZOZ. W szczególności, nie wprowadzają one mechanizmów redukcji zadłużenia na mocy porozumienia z wierzycielami, ani narzędzi naprawy przedsiębiorstwa SPZOZ.

d) De lege lata, brak szczególnych przepisów ustawy – Prawo restrukturyzacyjne dotyczących restrukturyzacji SPZOZ sprawia, że restrukturyzacja sądowa może być prowadzona bez uwzględnienia specyfiki działalności leczniczej prowadzonej w ramach SPZOZ. Cele, dla realizacji których możliwe jest utworzenie SPZOZ zostały wskazane w art. 50a ustawy o działalności leczniczej i polegają one na zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli RP oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej. Dodatkowo, celem działalności SPZOZ nie jest w pierwszym rzędzie wygenerowanie zysku, który miałby być dzielony pomiędzy właścicieli. Otwarcie postępowania restrukturyzacyjnego na podstawie przepisów ogólnych właściwych dla przedsiębiorców mogłoby przynieść niekorzystne efekty, które nie uwzględniają specyfiki SPZOZ.

e) Pozycja prawna podmiotu tworzącego wobec SPZOZ, określona zarówno na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej, jak i na podstawie wiodącej praktyki obrotu prawnego, powinna być uwzględniona w regulacjach dotyczących restrukturyzacji.

Postulaty zmian legislacyjnych

Mając na uwadze powyższe założenia Podzespół przyjął następujące postulaty zmian legislacyjnych.

a) Należy stworzyć przepisy o odrębnym postępowaniu restrukturyzacyjnym wobec SPZOZ, które byłyby przepisami szczególnymi wobec przepisów o postępowaniu wobec przedsiębiorców. Do rozważenia jest wprowadzenie regulacji szczególnych dotyczących podmiotów leczniczych prowadzących działalność jako przedsiębiorca w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej.

b) Celem postępowania restrukturyzacyjnego wobec SPZOZ powinna być restrukturyzacja zadłużenia. Cel ten powinien być określony normatywnie. Cel w postaci uniknięcia ogłoszenia upadłości, wobec braku zdolności upadłościowej SPZOZ powinien być wyłączony wobec SPZOZ. Brak zdolności upadłościowej SPZOZ powinien być utrzymany.

c) Prawo do złożenia wniosku o otwarcie postępowania restrukturyzacyjnego, w tym sanacyjnego, powinno przysługiwać wyłącznie dłużnikowi (SPZOZ) lub Podmiotowi Tworzącemu,

d) Postępowania restrukturyzacyjna powinno mieć charakter obligatoryjny przed likwidacją SPZOZ, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 udl.

e) Koniecznym jest wprowadzenie realnych sankcji za naruszenie przez Podmiot Tworzący obowiązków, o których mowa w art. 59 udl.

f) Otwarcie postępowania restrukturyzacyjnego wobec SPZOZ (zatwierdzenie układu w postępowaniu o zatwierdzenie układu) wymaga wyrażania zgody przez podmiot tworzący.

g) W radzie wierzycieli obligatoryjnym członkiem powinien być organ tworzący.

h) W postępowaniu restrukturyzacyjnym należy zapewnić właściwy udział rady społecznej, o której mowa w art. 48 ustawy o działalności leczniczej oraz „czynnika pracowniczego".

i) Należy wprowadzić czasowy zakaz wypowiadania umowy z NFZ w sytuacji tymczasowego braku spełniania wymogów przez SPZOZ określonych w umowie z NFZ, chyba że brak spełniania wymogów grozi bezpośrednio interesowi pacjentów.

j) należy wprowadzić możliwość czasowego ograniczenia realizacji określonych świadczeń w ramach NFZ (jest to de facto zmniejszenie dostępności świadczeń dlatego NFZ neguje taką możliwość),

k) szybka ścieżka sądowa w ramach kwestii spornych w zakresie rozliczeń (nadwykonania) na linii świadczeniodawca (SPZOZ) – Płatnik (NFZ).

l) wprowadzenie w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych expressis verbis zmian stwarzających możliwość swobodnego renegocjowania umowy (jak i jej zakończenia) zawartych w ramach PZP – rozszerzenie art. 144 PZP.

m) Propozycje układowe są składane wyłącznie przez dłużnika oraz przez podmiot tworzący.

n) Przesłanki odebrania zarządu własnego w SPZOZ powinny uwzględniać specyfikę działalności leczniczej.

o) Brak pełnego i bieżącego pokrywania kosztów postępowania oraz działalności nie powinien stanowić podstawy umorzenia postępowania.

W skład podzespołu "Restrukturyzacja podmiotów leczniczych" wchodzili:

sędzia Sądu Okręgowego w Warszawie dr hab. **Anna Hrycaj** -przewodnicząca zespołu; dr **Małgorzata Gałązka - Sobotka** dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelnia Łazarskiego; adwokat dr **Patryk Filipiak;** adwokat dr **Marcin**

Wojcieszak; radca prawny **Agnieszka Pachciarz**; sędzia Sądu Rejonowego Poznań Stare Miasto w Poznaniu **Przemysław Nowacki** przewodniczący XI Wydziału Gospodarczego do Spraw Upadłościowych i Restrukturyzacyjnych.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Cyfryzacja dokumentacji lekarskiej

"Z uwagi na istotną rolę dokumentacji medycznej w systemie opieki zdrowotnej i pilną potrzebę jej ujednolicenia, w pracach Zespołu, któremu miałem zaszczyt przewodniczyć, nie ograniczyliśmy się do rozważania zagadnień związanych tylko z dokumentacją tworzoną przez lekarzy, tj. dokumentacja lekarska ale zajęliśmy się zagadnieniem szerszym, dokumentacją medyczną.

W pierwszej kolejności Zespół dokonał krytycznego przeglądu obowiązujących przepisów prawnych, regulujących wszystkie kwestie związane z dokumentacją medyczną a następnie przedstawił swoje wnioski, których celem miałaby być poprawa istniejącego stanu prawnego.

Brak legalnej definicji dokumentacji medycznej oraz rozproszenie przepisów prawnych dotyczących dokumentacji, w ocenie członków Zespołu, powoduje nieznajomość wśród personelu medycznego stosownych przepisów, co z kolei skutkuje licznymi błędami w tworzeniu dokumentacji medycznej. Ocenia się, że prawie 100 procent dokumentacji medycznej zawiera błędy! Poprawność i staranność w prowadzeniu omawianej dokumentacji niesie korzyści nie tylko dla pacjentów ale także dla podmiotów leczniczych. Członkowie Zespołu, wybitni profesjonaliści, z którymi miałem przyjemność pracować przed Kongresem, postulowali zatem aby stworzyć kompleksowe uregulowania dotyczące dokumentacji medycznej w jednym akcie normatywnym rangi ustawowej, który uwzględniałby tworzenie dokumentacji w formie elektronicznej i to w centralnym repozytorium (postulat de lege ferenda zgłoszony przez Zespół), którego stworzenie i obsługa nie obciążałaby nadmiernie podmiotów medycznych. Akt ten oczywiście winien zawierać definicję pojęcia „dokumentacja medyczna".

W trakcie prac Zespołu podkreślano, że wprowadzenie wspólnego medycznego systemu informatycznego zapewni prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej oraz jej wymianę z innymi podmiotami ochrony zdrowia, a to z kolei umożliwi tym podmiotom zlecanie badań, rejestrację, zmiany terminu bądź odwołania wizyty itp., w trybie on-line. Wreszcie centralne repozytorium umożliwi udostępnienie pełnej elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentom.

Przy zapisie cyfrowym możnaby korzystać ze słowników kodów opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia, gdzie każdej jednostce chorobowej, stanowi klinicznemu, objawowi, przypisano unikalny kod pięcioznakowy wraz z nazwą choroby oraz definicją opisową. Podobne słowniki i kody paskowe występują przy zabiegach, procedurach terapeutycznych, diagnostycznych oraz lekach.

Przedstawione przez Zespół propozycje wyeliminowałyby, a przynajmniej zniwelowały, obecnie powstające wątpliwości jakie dokumenty stanowią dokumentację medyczną, błędy i nieczytelność wpisów oraz trudności w identyfikacji osób dokonujących wpisów w dokumentacji medycznej. Po szczegóły odsyłam do opracowania załączonego do materiałów z Kongresu, na stronie internetowej Sądu Apelacyjnego.

W uchwale zespołu Dokumentacja Lekarska czytamy m.in:

Dokumentacja lekarska jako wynik obowiązku dokumentowania procesu udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczy między innymi lekarzy oraz lekarzy dentystów. Ustawodawstwo nie posługuje się pojęciem dokumentacji lekarskiej jako dokumentacji odrębnej od ogólnego pojęcia „dokumentacja medyczna". Z uwagi na istotną rolę dokumentacji medycznej w systemie opieki zdrowotnej i potrzebę ujednolicenia dokumentacji medycznej tworzonej przez różne podmioty zajmujące się udzielaniem świadczeń leczniczych, zespół zajął się uregulowaniami dotyczącymi dokumentacji medycznej tworzonej przez wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych, nie ograniczając się do dokumentacji tworzonej przez lekarzy.

Dostęp do dokumentacji medycznej.

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej określa art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Na jego podstawie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną przede wszystkim:

1) pacjentowi lub

2) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

3) bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;

2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;

3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;

4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;

6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;

7) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;

Radca prawny Leszek Binkowski

8) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

9) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;

10) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;

11) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;

12) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;

13) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.

Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwia-

jących identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy. (...)

Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga raportowania zdarzeń według opracowanego przez siebie słownika, który stanowią świadczenia zdefiniowane jako grupy kosztowe którym przypisano zryczałtowane wartości rozliczenia finansowego. NFZ kładzie duży nacisk na optymalizację wydatków poprzez stosowanie ograniczeń możliwości sprawozdania świadczenia. W tym celu tworzone są różne podsystemy informatyczne, które nie tylko zwiększają ilość pracy związanej ze sprawozdawaniem działalności leczniczej, ale również zamazują obraz faktycznej sytuacji epidemiologiczno-zdrowotnej.

Należy w pełni poprzeć planowane zmiany w zakresie formy prowadzenia dokumentacji medycznej i prowadzeniu jej wyłącznie w postaci elektronicznej. Wprowadzenie takiego rozwiązania niewątpliwie będzie miało wpływ na stopień skuteczności i efektywności procesów zarządzania w szpitalach. Poziom skuteczności tych procesów jest w wysokim stopniu uzależniony od możliwości zautomatyzowanego tworzenia, przetwarzania i współdzielenia danych.

Planowaną pełną cyfryzację dokumentacji medycznej należy ocenić pozytywnie również z punktu widzenia osób ubiegających się o świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń społecznych, odszkodowań od firm ubezpieczeniowych czy osób dochodzących roszczeń w procesach sądowych dotyczących błędów w sztuce lekarskiej. W tych postępowaniach dokumentacja medyczna stanowi istotny – a czasem najważniejszy – dowód w sprawie. Z praktyki wynika, iż często jest ona niepełna lub nieczytelna albo wręcz zaginęła w bliżej nieokreślonych okolicznościach. Powoduje to trudności dowodowe dla osób dochodzących konkretnych roszczeń oraz trudności dla biegłych sądowych przy ocenie np. poprawności postępowania danych osób wykonujących świadczenia medyczne.

Wnioski końcowe i rekomendacje

Ilość i rozproszenie przepisów prawnych dotyczących dokumentacji medycznej powoduje ich nieznajomość wśród personelu medycznego, co z kolei skutkuje licznymi błędami w tworzeniu dokumentacji medycznej. Poprawność i staranność w jej prowadzeniu niesie korzyści nie tylko dla pacjentów, ich dalszego leczenia i możliwości dochodzenia roszczeń z ubezpieczeń społecznych czy też w procesach cywilnych, ale także niesie korzyści dla podmiotów leczniczych i personelu medycznego w sprawach rozpatrywanych we wszystkich trybach w odniesieniu do odpowiedzialności za szeroko rozumiany błąd medyczny.

Należałoby zatem stworzyć kompleksowe uregulowania dotyczące dokumentacji medycznej w jednym akcie normatywnym rangi ustawowej, który uwzględniałby tworzenie dokumentacji w formie elektronicznej w centralnym repozytorium (postulat de lege ferenda).

U podstaw systemu informatycznego stać powinny standardy postępowania medycznego, których realizację opisuje się w dokumentacji medycznej. W dokumentacji medycznej umieszcza się informacje o rozpoznaniu choroby pacjenta, leki podawane w związku z leczeniem rozpoznanej choroby, zabiegach operacyjnych wykonanych podczas leczenia itp. Wszystkie te informacje są skatalogowane w uniwersalnych słownikach przyjętych na całym świecie w systemach informatycznych oraz standardach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Zespół proponuje zatem następujący plan założeń do ustawy o dokumentacji medycznej:

§ zdefiniowanie pojęcia „dokumentacja medyczna",

§ zdefiniowanie zakresu dokumentacji medycznej, czyli z jakich dokumentów ma się składać (jakie dokumenty powinny być w wersji elektronicznej), z uwzględnieniem dokumentów związanych z dokumentacją medyczną nie będących jednak dokumentacją medyczną, opisaniem ich w repozytorium dokumentacji elektronicznej ze wskazaniem miejsca przechowywania dokumentu dodatkowego,

§ określenie, że dokumentację medyczną prowadzi podmiot w systemie informatycznym udostępnionym przez Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia, dokumentacja zatem jest przechowywana i przetwarzana w domenie publicznej,

§ zapewnienie przez Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia aplikacji dla osób uprawnionych do dokonywania wpisów do dokumentacji medycznej lub dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą,

§ określenie zasad dostępu do dokumentacji medycznej – komu z mocy ustawy, a komu na podstawie decyzji i czyjej, czyja zgoda wymagana do udzielenia dostępu,

§ określenie podmiotów tworzących dokumentację medyczną, tj. podmiotów mających prawo dokonywania wpisów,

§ określenie sposobu autoryzacji wpisów (np. podpis elektroniczny, w tym podpis utworzony na podstawie wewnętrznego sytemu logowania),

§ określenie okresu przechowywania elektronicznej dokumentacji medycznej.

Przedstawione propozycje wyeliminowałyby, a przynajmniej zniwelowały, obecnie powstające wątpliwości jakie dokumenty stanowią dokumentację medyczną, błędy i nieczytelność wpisów oraz trudności w identyfikacji osób dokonujących wpisów w dokumentacji medycznej.

Z uwagi na trudności techniczne, środowiska lekarskie postulują przedłużenie możliwości prowadzenia dokumentacji medycznej w formie papierowej.

W skład zespołu DOKUMENTACJA LEKARSKA wchodzili:

radca prawny **Leszek Binkowski** – przewodniczący zespołu; prof. dr hab. **Leszek Romanowski**; dr n. med. **Przemysław Daroszewski** dyrektor Szpitala MSWiA w Poznaniu; **Rafał Piotr Janiszewski** Kancelaria Doradcza; radca prawny **Katarzyna Bor**; radca prawny **Szymon Rajski**; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu; **Tomasz Borowczak** zastępca przewodniczącego III Wydziału Karnego; sędzia Sądu Okręgowego w Poznaniu **Agata Adamczewska** zastępca Rzecznika Dyscyplinarnego SO w Poznaniu; **Natasza Wojtczak** prokurator Prokuratury Rejonowej Poznań - Grunwald w Poznaniu del. do Prokuratury Okręgowej w Poznaniu; radca prawny **Lucyna Łuczak** - Noworolnik;sędzia Sądu Apelacyjnego w Poznaniu **Karol Ratajczak** wizytator ds. cywilnych; dr **Andrzej Cisło**; dr n.med. **Bartosz Urbański**.

Korpus wybitnych fachowców

Zespół Biegli sądowi z dziedziny medycyny przyjął uchwałę, w której czytamy m.in:

Lekarze medycyny zajmują bardzo ważne miejsce wśród biegłych sądowych. Mają do nich zastosowanie ogólne przepisy ustrojowe dotyczące biegłych sądowych(...) W aktualnym stanie prawnym brak uregulowania statusu biegłych sądowych w akcie prawnym rangi ustawowej. Istnieje niewątpliwie potrzeba takiego uregulowania, co wynika z wielu czynników i znajduje odzwierciedlenie w kolejno pojawiających się projektach założeń do projektów ustawy o biegłych sądowych oraz projektach ustaw o biegłych sądowych.

Potrzeba ustawowego uregulowania wynika min. z wagi pozycji biegłych sądowych w postępowaniach sądowych i przygotowawczych, do której nie przystaje regulacja rangi rozporządzenia. Konieczne jest ustanowienie regulacji daleko bardziej szczegółowych od aktualnie obowiązujących, jak też ich uzupełnienie, przede wszystkim o regulacje dotyczące statusu specjalistycznych jednostek organizacyjnych (instytutów naukowych bądź naukowo – badawczych) wydających opinie równoważne z opiniami biegłych.

Projekty założeń i ustaw stawiają jednolicie wymóg posiadania teoretycznych wiadomości specjalnych w dziedzinie biegłości, jak i posiadania odpowiedniego doświadczenia zawodowego także odniesionego do dziedziny i specjalności, w której kandydat chce zostać ustanowiony biegłym sądowym. Postuluje się nie krótsze, niż trzyletnie doświadczenie zawodowe, jakkolwiek formułowano także postulat doświadczenia nie krótszego, niż pięcioletnie. W pierwszych projektach stawiano nacisk także na posiadanie uprawnień do wykonywania zawodu w dziedzinie biegłości. Weryfikując te wymogi w odniesieniu do lekarzy medycyny należy jednoznacznie stwierdzić, że od lekarza jako kandydata na biegłego sądowego należy wymagać posiadania przede wszystkim prawa wykonywania zawodu – odpowiednio zawodu lekarza albo lekarza dentysty.

Nie wdając się w szczegóły, uzyskanie prawa

wykonywania zawodu lekarza w Polsce wymaga między innymi posiadania dyplomu lekarza bądź lekarza dentysty wydanych przez polską szkołę wyższą albo wykazania odpowiednimi dokumentami posiadania formalnych kwalifikacji lekarza bądź lekarza dentysty, to jest ukończenia kształcenia spełniającego minimalne wymogi określone w przepisach Unii Europejskiej albo uznania za równorzędny w RP dyplomu lekarza bądź lekarza dentysty uzyskanego w państwie spoza UE. Chodzi więc o ukończenie wyższych studiów lekarskich.

Sędzia Andrzej Daczyński, wiceprezes Sądu Apelacyjnego w Poznaniu

Po drugie wymogiem uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza jest ukończenie stażu podyplomowego lub uznanie odbycia stażu za granicą, regulowane w art.15 UZL.

Po trzecie konieczne jest złożenie z wynikiem pozytywnym Lekarskiego Egzaminu Końcowego (Lekarsko – Dentystycznego Egzaminu Końcowego). Kwestie egzaminu reguluje przede wszystkim art.14a-14e UZL oraz akty wykonawcze.

Należy zgodzić się z poglądem, że uzyskanie prawa do wykonywania zawodu lekarza nie wystarczy do ustanowienia biegłym sądowym. Nie świadczy bowiem o posiadaniu teoretycznych i praktycznych wiadomości specjalnych z danej dziedziny na odpowiednio wysokim poziomie wymaganym od biegłego. Proces kształcenia lekarzy obejmuje specjalizacje i dalsze doskonalenie zawodowe. Szkolenie specjalizacyjne jest jedną z form doskonalenia zawodowego lekarza. Zasady specjalizacji lekarskich podlegały w ostatnim czasie wielu zmianom. (....)

W części projektów założeń i ustaw nie formułowano wobec kandydata na biegłego sądowego wymogu ukończenia określonego wieku. Konieczność posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych warunkowała ukończenie przez niego 18 lat. Jasne jest, że wobec braku doświadczenia zawodowego, a najczęściej także wobec braku dostatecznej wiedzy teoretycznej nie sposób twierdzić, że biegłym sądowym ustanowić można osobę w tak młodym wieku. W części projektów wprowadzono jednak wymóg ukończenia określonego wieku. Kandydat powinien skończyć przynajmniej 25 lat (podobnie, jak w aktualnym stanie prawnym), ale formułowano także wiek lat 30. Wydaje się, że to drugie rozwiązanie jest lepsze, bo zapobiega składaniu wniosków przez osoby, które siłą rzeczy nie nabyły dostatecznego doświadczenia zawodowego w dziedzinie biegłości. A zauważyć trzeba, że w projektach formułowano postulat, aby kandydat miał przynajmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe, a w niektórych projektach pięcioletnie. W praktyce prezesa Sądu Okręgowego w Poznaniu nie zdarzyła się sytuacja, aby kandydat na biegłego miał więcej, niż 70 lat. Należałoby postulować, aby po przekroczeniu określonego wieku np. 70 lat kandydat bądź biegły sądowy w trakcie kadencji albo wnioskujący o ustanowienie na kolejną kadencję przedstawiali zaświadczenie o stanie zdrowia, z którego wynikałoby, że fizycznie i psychicznie są w stanie podołać obowiązkom biegłego sądowego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNOPRAWNA BIEGŁEGO SĄDOWEGO ZA SPORZĄDZENIE OPINII.

Prezentowane w doktrynie poglądy na temat odpowiedzialności biegłego w związku z wydaną opinią są rozbieżne. Zwolennicy poglądu o braku odpowiedzialności biegłego wskazują, że rolą biegłego sądowego jest wyrażenie opinii co do części materiału dowodowego stanowiącego przedmiot opiniowania, a obowiązkiem sądu orzekającego jest zatem wydanie merytorycznego rozstrzygnięcia, co skutkuje wyłączeniem odpowiedzialności biegłego za skutki wydanego przez organ procesowy rozstrzygnięcia. Kluczowe dla oceny odpowiedzialności biegłego wobec tego wydaje się rozstrzygnięcie, jaki stosunek prawny łączy biegłego z organem procesowym. T. Widła wskazuje, że opiniowanie nie jest pozostawaniem w stosunku cywilnoprawnym, o czym stanowi także to, iż jedna ze stron (organ procesowy) ma pozycję władczą względem drugiej (biegłego), co przeczy charakterowi stosunku cywilnoprawnego, w którym istotna jest cecha równorzędności stron. Relacja sąd – biegły wykazuje cechy nadrzędności sądu i podległości biegłego, ponieważ zadanie biegłego jest jednostronnie wyznaczone przez sąd, niewypełnienie lub nienależyte wypełnienie tego obowiązku sankcjonowane jest zaś normami prawa procesowego (art. 287 KPC), a nie zaś prawa cywilnego materialnego. Dlatego też, w ocenie T. Widły, biegły sądowy nie może ponosić odpowiedzialności cywilnej względem organu procesowego w związku z przedstawionym przez niego rezultatem opiniowania.

W orzecznictwie powszechny jest jednak pogląd odmienny kwalifikujący stosunek łączący biegłego z organem procesowym jako stosunek cywilnoprawny. Szeroka analiza tego zagadnienia została przedstawiona w związku z wykładnią przepisów podatkowych i kwalifikacją czynności wykonywanych przez biegłego w postępowaniu sądowym jako wykonywanych w ramach działalności gospodarczej.

Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 12 czerwca 2008r. mając na względzie regulacje prawne dotyczące ustanowienia biegłego sądowego uznał, że biegły odpowiada osobiście za wykonane przez siebie czynności, mimo że do wykonania ich zobowiązał go sąd. Sam fakt, że wydanie opinii zleca sąd, nie oznacza, że on przejmuje odpowiedzialność wobec osób trzecich.

Biegły przy sporządzeniu opinii korzysta z samodzielności wyrażającej się w tym, że nikt nie może mieć wpływu na jej treść. Biegły odpowiada osobiście za wykonane przez siebie czynności niezależnie od tego, czy do określonych działań zobowiązał go sąd, czy też inny organ. W wyniku zlecenia wydania opinii nie dochodzi do przeniesienia odpowiedzialności za wynik działania biegłego sądowego na sąd lub inny organ. Wpis na listę biegłych sądowych wskazuje na zamiar wykonywania czynności biegłego w sposób częstotliwy.

W konsekwencji zachodzą podstawy do przyjęcia, że biegły sądowy ponosi odpowiedzialność deliktową wobec osób trzecich za szkodę spowodowaną wydaniem nieprawdziwej (nierzetelnej) opinii w postępowaniu sądowym. Co więcej odpowiedzialność jest niezależna od przewidzianej w art. 4171 § 2 KC odpowiedzialności Skarbu Państwa za szkodę, którą spowodował prawomocny wyrok, wydany z wykorzystaniem wadliwej opinii sądowej, uznany za niezgodny z prawem. Stanowisko takie znalazło potwierdzenie w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2015r., sygn. akt V CSK 479/14, w którym stwierdzono, że biegły odpowiada za sporządzenie opinii niezgodnej ze stanem faktycznym.(...)

Podkreślić należy, że na odpowiedzialność cywilną biegłego nie ma wpływu prawidłowość prawomocnego orzeczenia wydanego z wykorzystaniem zakwestionowanej opinii. Brak jest bowiem podstaw do przyjęcia, że prawomocny wyrok, a także dokonana w postępowaniu, w którym został on wydany, ocena dowodu z podważanej opinii, ekskulpują biegłego. Stwierdzenie wadliwości opinii z reguły wymagać będzie wiadomości specjalnych, a zatem przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego.Należy rozważyć uregulowanie odpowiedzialności cywilnej biegłego wprost w ustawie o biegłych sądowych, tym bardziej, że sama zasada tej odpowiedzialności wywoływała jednak w doktrynie prawa pewne wątpliwości.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA BIEGŁEGO SĄDOWEGO ZA SPORZĄDZENIE FAŁSZYWEJ OPINII:

Odpowiedzialność karną biegłego za przedstawienie mającej stanowić dowód w postępowaniu sądowym fałszywej opinii przewiduje art. 233 § 4 KK., zgodnie z którym kto, jako biegły, rzeczoznawca lub tłumacz, przedstawia fałszywą opinię, ekspertyzę lub tłumaczenie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy podlega karze pozbawienia od roku do lat 10-ciu. Natomiast w myśl art.233§4a KK, jeżeli sprawca czynu działa nieumyślnie, narażając na istotną szkodę interes publiczny, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech. Regulacja ta nieznana przed wejściem w życie obecnie obowiązującego

kodeksu karnego została - jak podkreśla się w literaturze - wprowadzona z powodu zdarzających się coraz częściej wypadków wydawania fałszywych opinii mających służyć za dowód w postępowaniu sądowym. Przyjmuje się, że kwestia fałszywej opinii występuje wówczas, gdy ocena wyrażona w opinii pozostaje w wyraźnej sprzeczności z rzeczywistym stanem rzeczy, z aktualnym stanem wiedzy w dziedzinie, której opinia dotyczy, lub została oparta na wyraźnie błędnej metodzie badawczej. Opinia mija się z prawdą, jeżeli biegły podaje w niej nieprawdziwe fakty, wyciąga z faktów wnioski wyraźnie niezgodne z kryteriami uznawanymi za niewątpliwe w dziedzinie, której opinia dotyczy, lub nie zamiesza w opinii istotnych wniosków wynikających z przeprowadzonych badań.

Dokonując jednak bliższej analizy opisanego powyżej art. 233§4 KK i art.233§4a KK należy ocenić, że przepis ten będzie wywoływał w praktyce znaczne kontrowersje. Jego wprowadzenie do porządku prawnego może prowadzić do unikania wydawania opinii, 47 ekspertyz czy tłumaczeń przez biegłych, rzeczoznawców i tłumaczy, tym bardziej, iż jak wiadomo z praktyki aktualne stawki wynagradzania biegłych nie mogą raczej zrównoważyć dyskomfortu wynikającego z zagrożenia sankcją karną przewidzianą w analizowanym przepisie. Nasuwa się zatem konkluzja, by stosować ścisłą interpretację znamion tego czynu, zwłaszcza w odniesieniu do "istotności" szkody w interesie publicznym, bowiem ucierpieć na tym może cały wymiar sprawiedliwości, a cel któremu miało przyświecać wprowadzenie tych zapisów w postaci przyspieszenia procesu, nie zostanie osiągnięty. Jednocześnie nasuwa się również wniosek, aby zarówno organy ścigania jak i organy wymiaru sprawiedliwości w szerszej mierze, aniżeli dotychczas, współpracowały z biegłymi w zakresie wydania opinii i że taka bliska współpraca powinna stać się stosowaną praktyką. Taka współpraca może zapobiec wydawaniu opinii, które mogłyby zostać uznane za fałszywe, chociażby w kontekście art. 233§4a KK Współpraca ta mogłaby przebiegać na całym etapie procesu wydawania opinii, zarówno w zakresie tworzenia pytań do biegłego, jak i zlecanych czynności.

UBEZPIECZENIE BIEGŁEGO SĄDOWEGO OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ W ZWIĄZKU ZE SPORZĄDZONĄ OPINIĄ. Wobec powszechności poglądu o odpowiedzialności majątkowej biegłego za wydaną opinię zasadne jest rozważenie wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia od

odpowiedzialności cywilnej dla osób fizycznych wykonujących czynności biegłego, jak i ubezpieczenia instytucji specjalistycznych wykonujących opinie dla organów wymiaru sprawiedliwości. Mając jednak na uwadze zasadnicze rozbieżności w powołanych wyżej definicjach legalnych oraz fakt, że nie wszyscy lekarze wykonujący obowiązki biegłych sądowych są podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, uzasadniony jest postulat interwencji legislacyjnej w tym zakresie i objęcia biegłych obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, a w zakresie biegłych lekarzy wskazane byłoby nadto jednoznaczne uregulowanie zakresu ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej na podstawie art. 25 ustawy o działalności leczniczej oraz objęcia tym ubezpieczeniem lekarzy – biegłych sądowych.

W zespole kongresowym BIEGLI SĄDOWI Z DZIEDZINY MEDYCYNY brali udział:

sędzia sądu apelacyjnego **Andrzej Daczyński** – przewodniczący zespołu wiceprezes Sądu Apelacyjnego w Poznaniu; sędzia sądu okręgowego **Marcin Miczke** wiceprezes Sądu Okręgowego w Poznaniu; **Mariusz Orlicki** prokurator Prokuratury Regionalnej w Poznaniu; adwokat **Magdalena Czuszke**; adwokat **Tomasz Krawczyk**; adwokat **Maria Gutowsk -Ibbs**; radca prawny **Andrzej Pieścik**;

sędzia Sądu Apelacyjnego w Poznaniu **Izabela Halik**;dr n.med. **Krzysztof Kordel**; dr n.med. **Krzysztof Tuszyński**; mgr ksiądz **Adam Borysik**.

Pełen tekst uchwały na stronie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu.

Już są fundamenty nowego sądu apelacyjnego

W kwietniu 2017 roku sędzia Krzysztof Józefowicz wmuruje kamień węgielny w fundamenty nowego gmachu sądu apelacyjnego w Poznaniu przy ulicy Hejmowskiego. Nie jest to już pusty plac budowy, jak jeszcze rok temu. Jak widać na fotografiach praca wr. Przypominamy jak nowy sąd powstawał:

W dniu 23 grudnia 2013 r. rozstrzygnięty został konkurs na opracowanie koncepcji urbanistyczno – architektonicznej budynku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu przy ul. Solnej i Kościuszki. Zwycięzca konkursu zostało Przedsiębiorstwo ARI Sp z o.o. z Poznania.

Niespełna półtora roku potem 9 lipca 2015 roku wydana została decyzja administracyjna – pozwolenie na budowę nowej siedziby Sądu Apelacyjnego w Poznaniu, a już 15 lipca 2016 r. rozstrzygnięty został przetarg na zadanie pod nazwą „Budowa budynku dla Sądu Apelacyjnego w Poznaniu przy ul. St. Hejmowskiego 3". Zwycięzcą przetargu zostało Konsorcjum ALSTAL GRUPA BUDOWLANA Sp. z o.o. Sp. K., z siedzibą Jacewo 76, 88-100 Inowrocław, - LIDER Konsorcjum, AGB2 Sp. z o.o., z siedzibą Jacewo 76, 88-100 Inowrocław, - PARTNER Konsorcjum z ceną ofertową brutto 36 607 524,85 zł.

Umowa ze zwycięzcą przetargu została zawarta w dniu 12 września 2016 r., przekazanie placu budowy nastąpiło w dniu 19 września 2016 r.

PODSTAWOWE PARAMETRY TECHNICZNE BUDYNKU:

Powierzchnia zabudowy 1.807,79 m2 Powierzchnia całkowita netto budynku 7.121,22 m2 Powierzchnia całkowita brutto budynku 8.519,19 m2 Kubatura części podziemnej 8.351,95 m3 Kubatura części nadziemnej 25.023,94 m3 Kubatura razem 33.375,89 m3 Ilość kondygnacji nadziemnych 4 Ilość kondygnacji podziemnych 1

FUNKCJA

Budynek mieścić będzie: pomieszczenia biurowe, sale rozpraw wraz z pokojami narad i pomieszczeniami dla świadków, sale konferencyjne, archiwa, pomieszczenia użytkowe związane z obsługą petentów (Punkt Obsługi Interesanta, biuro podawcze, kasę, czytelnię akt), Strefę Policji wraz z pomieszczeniami dla zatrzymanych, pomieszczenia socjalne, magazynowe i techniczne wraz z wbudowaną stacją transformatorową i węzłem cieplnym oraz parking dla samochodów osobowych zlokalizowany na kondygnacji podziemnej budynku.

Zakres robót dotyczący przedmiotu zamówienia obejmuje:

1. Roboty budowlane w zakresie konstrukcji, architektury, aranżacji wnętrz, wyposażenia oraz informacji wizualnej. 2. Roboty instalacji sanitarnych w tym instalacje wodno-kanalizacyjne, wentylacja, ogrzewanie, klimatyzacja i węzeł cieplny. 3. Roboty instalacji elektrycznych w tym instalacje wewnętrzne, stacja transformatorowa, oświetlenie awaryjno – ewakuacyjne oraz centralny zasilacz bezprzerwowy UPS. 4. Roboty instalacji telekomunikacyjnych i elektrycznych nn w tym m.in. systemy kontroli dostępu, rejestracji czasu pracy, sygnalizacji włamania i napadu, nadzoru wizyjnego, okablowanie strukturalne LAN i system alarmu pożarowego. 5. Przygotowanie i zagospodarowanie terenu wraz z wykonaniem przyłączy, w tym m.in. mała architektura, zieleń wraz z nasadzeniami zamiennymi, drogi, oświetlenie zewnętrzne i ogrodzenie terenu. Wartość szacunkowa przedmiotu zamówienia wynosi 40 616 667,85 zł netto.

Wizualizacje nowej siedziby Sądu Apelacyjnego w Poznaniu

Jak zginął „Kapela”?

Ksiądz Józef Tischner, znakomity polski filozof mawiał: „są trzy prawdy, święta prawda, prawda i g....prawda”. Nie wiadomo do której kategorii zaliczyć ustalenia niektórych prokuratur i prokuratorów. Zdaje się, że obserwujemy in statu nascendi narodziny czwartej prawdy: prawdy prokuratorskiej. 23 lata temu poznańska prokuratura umorzyła sprawę śmierci Romana K. nie dopatrując się w zgonie byłego policjanta, ochroniarza udziału osób trzecich. Człowiek zdecydował się na samobójstwo. Po latach zaczyna się kwestionować decyzję prokuratury opartą o żmudne i wielokierunkowe śledztwo ,w tym opinie wybitnych poznańskich patologów.

Oto w ramach śledztwa prowadzonego przez Wydział V do spraw Przestępczości Zorganizowanej Prokuratury Apelacyjnej w Krakowie, mającego wyjaśnić tajemnicze zaginięcie 1 września 1992 roku poznańskiego dziennikarza Jarosława Ziętary (zakończonego oskarżeniem b. senatora Aleksandra Gawronika o zlecenie uprowadzenia i zamordowania dziennikarza) wrócono do wyjaśnienia niektórych wątków śledztwa prowadzonego w latach 90. w tym i zgonu Romana K.

Teraz znowu prokurator wierzy święcie w słowa wyjątkowo ohydnego bandyty, „Baryły” którego poznański sąd skazał na dożywocie za zamordowanie w bestialski sposób policjanta. Dziwi, że redaktor Krzysztof Kaźmierczak, który opublikował książkę o śmierci J. Ziętary w jednym z wywiadów podsumowuje: – „Baryła” to całkiem sympatyczny człowiek. Ma charakter i wrażliwość, której trudno spodziewać się od gangstera skazanego za zabójstwo.”

Wracając do śmierci Romana K. Do tragicznego postrzału doszło po północy 24 października 1993 roku. Jego bezpośrednim świadkiem była Lidia D. którą odwiedził w nocy, w jej mieszkaniu. Według części świadków była jego kochanką, inni i ona sama temu zaprzeczają. Lidia D. zeznała (w całej sprawie od początku do końca jest tylko świadkiem), że na jej oczach Roman K. wyjął pistolet i strzelił sobie w skroń. Był pijany. Lidia D mówiła podczas przesłuchania: „ Cały czas dręczy mnie pytanie, dlaczego to zrobił, i dlaczego u mnie w domu”.Z zawodu jest pielęgniarka. Zaczęła mu więc natychmiast ratować życie.

Zwolennicy spiskowej teorii dziejów mówią o celowym przemieszczeniu ciała, o tym, że ruszano broń, że ktoś telefonował z telefonu rannego wówczas Romana K. Wszystko wyjaśnia prokuratorskie postępowanie. To jeden z członków ekipy pogotowia ratunkowego zatelefonował z jego telefonu do szzpitala, aby przygotowano się do operacji. Kiedy ratuje się życie nikt nie myśli o zabezpieczeniu śladów krymianalistycznych. Podnosi się fakt braku śladów prochu w okolicy postrzału. Sami biegli powołani przez krakowską prokuraturę twierdzą,że prawdopodobnie mogły być zmyte podczas przygotowywania pacjenta do m,operacji. Poza tym nie ma pewności, że był to strzal z tak zwanego przyłożenia. Pamiętajmy, że na oczach kobiety zatrzelił się człowiek. Była pielęgniarką i ratowała mu życie. Nie myślała nawet o zabezpieczaniu śladów kryminalistycznych. To tylko na filmch kryminalnych świadek ma fotograficzną pamięć i potrafi opisac każdą sekunde swojego postępowania. Kiedy goli się głowę człowieka mając mu otworzyć czaszkę nikt nie myśli o pobieraniu czy zabezpieczniu śladów prochu. Kobieta pamięta,że Roman K. do sieboe strzelił. Była w szkou. Strzelił z lewej, czy z prawej ręki. Czy ma to jakiekolwiek znaczenie. Pistolet to wyjątkowo niebezpieczne narzędzie. Można z niego strzelać i prawą, i lewą ręką. Nie ma znaczenia czy jest sie mańkutem, czyb tez nie, tym bardziej, gdyu jest sie w stanie upojenia alkoholowego. Roman K. mógł w każdej pozycji do siebie strzelić i byłby to zawsze strzał śmiertelny.

„Nie ma dowodów o charakterze kryminalistycznym, które podważyłyby wersję samobójczą z własnej ręki, ale jednak bardzo mało prawdopodobne jest, aby zdarzenie przebiegało w taki sposób, jak to opisała Lidia D.” Wokół otworu wlotowewgo nie było śladów otarcia i drobin prochu. Być moze zostały zmyte podczas ratownia życia Romana K. piszą biegli powołani przez prokuraturę z Krakowa. Jak zatem zastrzelono „Kapelę”. Tego biegli nie wiedzą, nie chcą wróżyć z fusów. A może jednak wszystko przebiegało tak, jak mówił naoczny świadek samobójstwa. Nie ma jakichkolwiek dowodów,że kobieta kłamała.

Według lekarzy było to nietypowe samobójstwo. „ Wlot postrzału znajdował się w górnej części prawej okolicy skroniowej i biegł w lewo lekkoskośnie w górę i wychodził na zewnątrz, w okolicy lewej skroni . Wokól rany wlotowej nie opisano żadnych śladów wskazujących na postrzał czego należałoby się spodziewać przy postrzale z własnej ręki.

Dla postrzałów samobojczych – podkreślają lekarze - typowe jest wręcz przystawienie lufy do skroni i oddanie strzału z tzw. przyłożenia. Nieco nietypowe jak na samobójstweo jest także lokalizacja miejsca postrzału. W przypadku u skroni rana wlotowa zlokalizowana jest zazwyczaj znacznie niżej, to znaczy przed małżowiną uszną, a nie powyżej ucha. Zmniejsza to prawdopodobieństwo postrzału samobójczego, ale go mnie wyklucza całkowicie. „ W tym przypadku z dużym prawdopodobieństwem trzeba stwierdzić, że Roman K. strzelając do siebie nie miał zamiaru pozbawić się życia”.

Dlaczego Roman K. popełnił samobójstwo. Policja i prokuratura ustaliły przebieg ostatniego dnia jego życia. Nieomal minuta po minucie ustalono gdzie był i co robił. Przyjrzano się wszystkim jego rozmowom telefonicznym prowadzonych z jego komórki. Zbadano dokładnie życie osobiste. Nie ustalono nic, co by nie nakazywało umorzenia postępowania karnego z powodu samobójczej śmierci.

Czy rzeczywiście strzelił do siebie, bo nie mógł żyć ze świadomością, że porwał Jarosława Ziętarę. Na to pytanie może odpowiedzieć tylko wróżka. Skoro jednak prokuratara twierdzi,że te hipoteza ma coś na rzeczy i powołuje się na zeznania świadkow koronnych, to już zupełnie inna sprawa, nad którą nie można przejść do porządku dziennego. Przed sądem można badać tylko fakty, a nie hipotezy, przypuszczenia i fantasmagorie.

Media informują, że uprowadzenia i mordu dopuścili się zatrudnieni tam wówczas pracownicy ochrony „Elektromisu” (byli policjanci) i podkreślają, że dowodem spisku jest fakt niewyjaśnionych śmierci ochroniarzy. Dwóch zginęło w wypadkach drogowych, trzeci popełnił samobójstwo, które miało zostać upozorowane. Nikomu jednak nie postawiono, jak dotąd, zarzutu spreparowania wypadków drogowych i upozorowania samobójczej śmierci Romana K. ps. „Kapela”

Według krakowskiej prokuratury ochroniarze „Elektromisu” Mirosław R. i Roman K. mieli porwać Jarosława Ziętarę. Tuż po tym, gdy jeszcze trwały poszukiwania dziennikarza, Roman K. popełnił samobójstwo. Oto cytat z „Gazety Wyborczej” : „Historia była tajemnicza: były antyterrorysta przyszedł do znajomej, usiadł na tapczanie, a gdy kobieta wyszła do kuchni, miał wyciągnąć pistolet i strzelić sobie w głowę. Jeden ze świadków, kolega zmarlego twierdzi,ze Roman K. był praworęczny, a w chwili śmierci pistolet miał trzymać w lewej ręce. Wtedy śledczych to nie zainteresowało - wykluczyli udział osób trzecich. Wątpić zaczęła w to dopiero krakowska prokuratura, która po latach podjęła ponownie śledztwo w sprawie dziennikarza. „

Czy rzeczywiście policja i sądowi lekarze byli tak nieudolni,że nie dostrzegli iż rzekome samobójstwo to tak naprawdę morderstwo popełniomne z zimną krwią. W ten sposób można podważyć każdą opinię biegłych. W Polsce świadek koronny nie może mówić, co chce, ale to tylko teoria. W rzeczywistości nawet największe brednie są brane za dobrą ra monetę. Ciekawe czy amereykański sędzia Arlander Keys wydałby ochroniarzy „Elektromisu” gdyby tym udało się zbiec do USA.

Ochroniarz Mirosław R. pseudonim „Ryba” jeden z podejrzanych w sprawie o uprowadzenie Jarosława Ziętary zarzuca mediom manipulację. „Ryba” oskarżył dziennikarza „Głosu Wielkopolskiego” Krzysztofa Kaźmierczaka o zniesławienie. Chodzi o informacje podane w artykule dotyczącymśmierci - Romana K. „Kapeli”. Tekst ukazał się w maju tego roku. K. Kaźmierczak pisze, że oficjalna wersja mówi o tym, że Roman K., prawdopodobnie zamieszany w porwanie Ziętary, popełnił samobójstwo, strzelając sobie w lewą skroń. Jednak według zgromadzonych materiałów dowodowych, przedstawionych również w artykule Krzysztofa Kaźmierczaka, mogło ono zostać upozorowane. Dziennikarz „Głosu Wielkopolskiego” wskazywał, że mógł brać w tym udział właśnie były ochroniarz Elektromisu, Mirosław R.

Według obrońcy „Ryby” - mecenas Patrycji Leśkiwicz - artykuł o śmierci Romana K. oparty jest na nieprawdziwych informacjach oraz pomówieniach. Z kolei Krzysztof Kaźmierczak wskazuje, że podobne informacje przekazywali także inni dziennikarze, a oskarżony został tylko on.

W sprawie porwania i zamordowania Jarosława Ziętary wciąż trwa proces. Poczekajmy na wyrok. Może on rozjaśni mroki śmierci młodego dziennikarza i rozpędzi mgłę tajemnic nad jej wszystkimi okolicznościami przed i po zaginięciu dziennikarza.

A może testament notarialny.....

Polski system prawny przewiduje dwa sposoby dziedziczenia, a mianowicie dziedziczenie ustawowe oraz testamentowe. Księga czwarta ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny została zatytułowana przez ustawodawcę jako „Spadki". Fragment tej ustawy wyjaśnia czym jest testament, kto i w jaki okolicznościach może taki dokument sporządzić, jakie są jego formy, a ponadto, co można w jego treści zawrzeć tak, aby zapisy te były skuteczne i wywoływały odpowiednie skutki prawne.

Testament sporządza się celem rozrządzenia swoim majątkiem na wypadek śmierci. Testator sporządza dokument ten wyłącznie osobiście, a zatem nie może ustanowić pełnomocnika do tej czynności. Osoba decydująca się na spisanie testamentu musi posiada pełną zdolność do czynności prawnych, czyli musi być pełnoletnia i nie może być ubezwłasnowolniona częściowo lub całkowicie. Każdy testament może być w dowolnym momencie zmieniony lub odwołany. Nie ma zatem przeszkód prawnych do sporządzenia kolejnego testamentu, niemniej jednak należy pamiętać, że napisanie nowego jeżeli nie odwołało się poprzedniego, może w następstwie budzić wątpliwości interpretacyjne dla sądu lub notariusza w zakresie wypełnienia ostatniej woli spadkodawcy. Najbezpieczniejszym rozwiązaniem dla testatora jest odwołanie wszystkich swoich poprzednich testamentów przed sporządzeniem nowego.

W polskim systemie prawnym ustawodawca wyróżnia kilka form testamentu. Najbardziej popularnymi są: testament własnoręczny, tzw. „testament holograficzny" oraz testament, któremu testator pragnie nadać formę aktu notarialnego, tzw. „testament notarialny". Obie formy są oczywiście dopuszczalne przez prawo, mają taką samą moc i wywierają takie same skutki prawne.

Testament holograficzny spadkodawca musi sporządzić własnoręcznie, podpisać i opatrzyć go datą. Zgodnie z przepisami ustawy brak daty nie pociąga za sobą nieważności takiego testamentu, jeżeli jej brak nie wywołuje wątpliwości, co do zdolności spadkodawcy do sporządzenia testamentu, co do treści testamentu lub co do wzajemnego stosunku kilku testamentów. W praktyce wiele osób przed sporządzeniem testamentu własnoręcznego nie sięga do przepisów ustawy, ani nie konsultuje jego treści z prawnikiem co powoduje, że w dokumencie tym pojawiają się różnego rodzaju błędy. W efekcie wola testatora nie może zostać ani przez sąd, ani przez notariusza przeprowadzającego postępowanie spadkowe uwzględniona, albowiem błędy redakcyjne czynią testament ten nieważnym. Należy w tym miejscu zastanowić się, dlaczego sporządzenie testamentu w formie aktu notarialnego, w obecności profesjonalisty jakim jest notariusz, jest korzystniejsze dla testatora.

Testament notarialny ma moc prawną dokumentu urzędowego. Forma ta uważana jest za najbardziej bezpieczną i najtrudniejszą do obalenia, przede wszystkim z uwagi na charakter dokumentu oraz na udział w czynności notariusza, jako osoby wykonującej zawód zaufania publicznego. Przed przystąpieniem do sporządzenia testamentu testator powinien umówić się z rejentem na spotkanie celem omówienia jego treści. Zadaniem notariusza jest uwzględnienie ostatniej woli spadkodawcy. W trakcie tej rozmowy notariusz musi ponadto wytłumaczyć osobie sporządzającej testament, jakie są skutki prawne takiego dokumentu oraz co można, a czego nie można w nim zapisać. Obecność rejenta daje testatorowi dodatkowo poczucie bezpieczeństwa. W razie jakichkolwiek wątpliwości testatora

Aplikant notarialny Michał Tomaszkiewicz

notariusz powinien doradzić mu oraz wyjaśnić treść niezrozumiałych często pojęć czy zwrotów zawartych w przepisach ustawy.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lutego 1991 roku Prawo o notariacie, notariusz sporządzający akt notarialny zobowiązany jest potwierdzić tożsamość osoby stawającej do aktu. Tym samym sprawdza tożsamość testatora i upewnia się jaka jest jego rzeczywista wola. Wyłącza to na przyszłość wątpliwości dotyczące osoby, która testament sporządziła jak i jego zapisów. Obecność notariusza przy spisywaniu testamentu gwarantuje jego poprawność redakcyjną oraz skuteczność pod względem prawnym. W testamentach własnoręcznych wkradają się błędy, które wynikają po prostu z niewiedzy osoby sporządzającej akt ostatniej woli. Podczas redagowania testamentu notariusz czuwa nad należytym zabezpieczeniem interesów oraz ostatniej woli spadkodawcy. Testator redagując treść testamentu może skorzystać z różnego rodzaju instytucji, które przewiduje ustawa, tj. podstawienie, przyrost, zapis zwykły, zapis windykacyjny czy polecenie, które dla przeciętnego testatora mogą być zupełnie niezrozumiałe. Niejednokrotnie dochodzi do sytuacji, w której spadkodawca chce jeden konkretny składnik swojego majątku zapisać tylko jednej konkretnej osobie. Aby móc skutecznie tego dokonać powinien on posłużyć się instytucją tzw. „zapisu windykacyjnego". Zapis ten jest relatywnie młodą instytucją w naszym systemie prawnym, która funkcjonuje dopiero od drugiej połowy 2011 roku. Aby móc ją skutecznie zastosować testator musi udać się do kancelarii notarialnej i sporządzić testament w formie aktu notarialnego, ponieważ wymaga tego od niego ustawodawca. W treści testamentu spadkodawca może również zobowiązać spadkobiercę ustawowego lub testamentowego do spełnienia określonego świadczenia majątkowego na rzecz określonej osoby – jest to tzw. „zapis zwykły". Nie wymaga on formy aktu notarialnego niemniej jednak redakcja takiego zobowiązania może okazać się dość skomplikowania dla zwykłego laika.

Należy również wspomnieć o systemie, który został wprowadzony 5 października 2011 roku przez Krajową Radę Notarialną, a mianowicie o Notarialnym Rejestrze Testamentów (NORT). Celem prowadzenia tego rejestru jest zmniejszenie ryzyka, że testament pozostanie po śmierci spadkodawcy nieujawniony lub będzie odnaleziony z opóźnieniem. Zarejestrowanie testamentu w NORT jest dla testatora fakultatywne i nieodpłatne. Rejestracji dokonuje rejent na wyraźny wniosek testatora zawarty w samym testamencie lub w odrębnym protokole. Rejestr nie zawiera żadnej informacji o treści testamentu, zwłaszcza danych osobowych spadkobierców. Potwierdza on jedynie, że określony spadkodawca zarejestrował jakiś testament lub testamenty i w jakiej kancelarii (kancelariach) można te dokumenty lub ich wypisy otrzymać.

26 listopada 2016 roku w siedzibie Wielkopolskiej Izby Rzemieślniczej w Poznaniu odbyła się już VII edycja Dnia Otwartego Notariatu pod hasłem „Porozmawiaj z notariuszem o… testamencie notarialnym". Organizatorem tego wydarzenia była Krajowa Rada Notarialna we współpracy z poszczególnymi izbami notarialnym. W tym roku Poznaniacy mieli okazję porozmawiać z notariuszami na temat testamentów oraz zasad i mechanizmów dziedziczenia.

Dzień Otwarty Notariatu organizowany jest corocznie przez samorząd notarialny, od 2010 rokum, zawsze w ostatnią sobotę listopada. Jest to z pewnością jedno z ważniejszych wydarzeń inicjowanych przez ten samorząd. Dotychczas obywatele mieli między innymi okazję porozmawiać z rejentami o spadkach i dziedziczeniu, bezpieczeństwie majątku rodziny, nieruchomościach i księgach wieczystych, o przekazaniu majątku w rodzinie, natomiast w tym roku rozmowy skoncentrowały się na testamencie notarialnym. Organizowany jest przez samorząd notarialny po to, by lepiej informować obywateli o możliwościach prawnych im przysługujących. Decydując się na testament sporządzony w formie aktu notarialnego, w obecności profesjonalisty jakim jest notariusz, testator ma gwarancję, że notariusz wykaże się należytą starannością w celu zagwarantowania realizacji jego ostatniej woli.

Aplikant notarialny Michał Tomaszkiewicz

Licealiści w sali rozpraw

Na inicjatywę SSP IUSTITIA w Poznaniu, które zorganizowało 15 marca Dzień Edukacji Prawnej, odpowiedziały poznańskie licea ogólnokształcące nr 2., 5. i 12. Siedzba Sądu Rejonowego Poznań Nowe Miasto- Wilda mieści się w sądzie okręgowym przy Alejach Marcinkowskiego w Poznaniu i uczniowie, którzy tutaj brali udzial w niecodziennych zajęciach, przeżyli miłą niespodziankę, albowiem sędzia Monika Frąckowiak, cywilistka,zaprosiła uczniów do sali 100. Jest to historyczna sala, nota bene największa w poznańskich sądach, w której odbywały się procesy uczestników Czerwca'56. Uczniowie "piątki" z klasy 2H "europejskiej" do sądu przybyli pod wodzą mauczycielki Ewy Pelc. Wysłuchali referatu, okraszonego specjalnymi slajdami, które ilustrowały tezę, że sądy są integralną częścią polskiego systemu społeczno-polityczno -prawnego. Autorzy najbardziej intrygujących pytań dostali od sędzi okolicznościowey kubek SSP IUSTITIA.

W sądzie przy ulicy Młyńskiej w Poznaniu, siedzibie Sądu Rejonowego Poznan Stare Miasto, w reprezentacyjnej sali nr 1, największej w tym sądzie, uczniowie(także z LO nr 5) z klasy 2D Dziennikarsko - Prawnej, których przywiołła do sądu nauczycielka Alina Siudzińska, powitała sędzia Małgorzata Grzegorczyk - Pomin. Licealiści wysluchali sędziowskiego wystąpienia, zwiedzili sąd, w tym przyjazne pokoje przesłuchań dla nieletnich i uzyskali odpowiedzi na nurtujące ich pytania. Część z nich wzięła także udział w sądowej rozprawie.

15 marca 2017r. będzie Dniem Edukacji Prawnej. Stowarzyszenie Sędziów Polskich Iustitia postanowiło zorganizować 15 marca 2017r. Dzień Edukacji Prawnej. Chcemy, aby powyższe wydarzenie miało charakter cykliczny i promowało wszelkie działania Stowarzyszenia związane z szeroko pojętą edukacją prawną. Planujemy w tym konkretnym dniu przeprowadzenie zajęć na terenie szkół ponadpodstawowych, zaproszenie uczniów do uczestnictwa w rozprawach oraz organizację konkursów i gier o charakterze edukacyjnym. Głównym założeniem projektu jest promowanie aktywności oddziałów i członków Stowarzyszenia na polu edukacji prawnej. Ustanowienie Dnia Edukacji Prawnej ma na celu zarówno podsumowanie podjętych już działań w sferze edukacji, jak i włączenie do tych działań oddziałów, które do te pory nie angażowały się w podobne przedsięwzięcia.

Sędzia M. Frąckowiak odpowiadała na wszystkie pytania.

Uczniowie słuchali jej z zainteresowaniem

Tylko troje licealistów zasiadło w ławie prokuratorskiej.

Aż nie chce się wierzyć, że sala sądu przy ulicy Młyńskiej, w której zasiedli licealiści liczy ponad 100 lat.

Proces i ukrzyżowanie Jezusa

Na życzenie czytelników "poprawnego" przypominamy ostatnią rozmowę naszego magazynu ze zmarłym przed czterema laty adwokatem Eugeniuszem Michałkiem o procesie i symbolice ukrzyżowania oraz zmartwychwstania Jezusa Chrystusa

-Czy zapis czterech Ewangelii o ujęciu i postawieniu zarzutów Jezusowi można uznać za wiarygodny? Żadna z Ewangelii nie podaje na przykład roku, w którym ukrzyżowano Jezusa...

-Wszystkie cztery Ewangelie powstały w drugiej połowie I wieku, kiedy to naoczni świadkowie życia i nauczania Jezusa już w znaczącej liczbie nie żyli. Ich relacje o życiu i czynach Jezusa przekazywane były ustnie, potem je dopiero spisano. Ten materiał zebrali ewangeliści i poddali autorskiemu opracowaniu.

-Trudno odnosić wydarzenia sprzed dwóch tysięcy lat do współczesności, ale spróbujmy. Czy zatrzymanie Zbawiciela w Ogrójcu nastąpiło według wszelkich prawideł. Doszło tam chyba do przepychanek, jeden z apostołów obciął ucho słudze arcykapłana. Czy rozpoznanie „podejrzanego" było prawidłowe. Wszyscy twierdzili przecież, że Go nie znają. Piotr zaparł się nawet trzy razy.

-Opis procesu Jezusa znajdujemy we wszystkich czterech Ewangeliach, każdy ewangelista kładzie jednak akcent na inny wymiar tego wydarzenia. Od wielu stuleci proces Jezusa z Nazaretu stanowi przedmiot ekscytujących sporów uczonych, którzy usiłują wyinterpretować z czterech Ewangelii Nowego Testamentu rzeczywisty przebieg wydarzeń. Z całkowita pewnością z naukowego punktu widzenia dzisiaj wiemy zatem tylko to, że Jezus został skazany na śmierć przez rzymskiego gubernatora Judei około 30 roku naszej ery. Pomimo, że Judea znajdowała się pod okupacją rzymską, większością miast zarządzała starszyzna żydowska, stąd też proces Jezusa był przedmiotem sądowego rozpoznania Sanhedrynu. Pretekstem do aresztowania Jezusa było jego zachowanie w Jerozolimie w okresie tygodnia poprzedzającego Święto Paschy. Rozentuzjazmowany tłum wyznawców Jezusa zaniepokoił władze Świątyni Jerozolimskiej, które były odpowiedzialne za utrzymanie spokoju w Jerozolimie. Zachowanie zatem Jezusa i jego zwolenników nie tylko podważało autorytet Sanhedrynu, ale mogło też wywołać reakcję Rzymian.

-Czy śledztwo i proces odbyły się w zgodzie z ówczesną procedurą?

-Po zatrzymaniu Jezusa w Ogrodzie Oliwnym z doprowadzeniem do domu arcykapłana Annasza rozpoczął się proces religijny przed Sanhedrynem. Jezus został oskarżony o przestępstwo natury religijnej. W procesie prowadzonym przez Sanhedryn według przepisów zawartych w Księdze Liczb i Księdze Powtórzonego Prawa Starego Testamentu: po pierwsze nikt nie mógł być skazany bez świadectwa dwóch lub trzech postronnych świadków; po drugie sprawy karne nie mogły być rozpoznawane w nocy; po trzecie wyrok śmierci nie mógł być ogłoszony w tym samym dniu, w którym odbywał się proces. W procesie Jezusa przed Sanhedrynem, według Ewangelii św. Marka, trzeba stwierdzić, iż zeznania świadków nie były zgodne z sobą, a ich twierdzenia odnosiły się do zdarzeń wcześniejszych od tych, które były przedmiotem oskarżenia. Członkowie Sanhedrynu musieli uzyskać zatem dowód inny, bo zeznania świadków „ posypały się oskarżycielom". Stąd też przesłuchujący Kajfasz zapragnął zmusić Jezusa, aby stał się świadkiem przeciwko sobie. Zadał mu pytanie: „ Czy ty jesteś Mesjasz, Syn Boga Błogosławionego?" Jezus odparł : „Jam jest". Arcykapłan zawołał; „Bluźnierstwo. Na co nam jeszcze świadkowie". To potwierdzenie Jezusa jest bluźnierstwem, na które czeka Sanhedryn. Sędziowie orzekają: „winien jest śmierci". Analizując opisany powyżej stan faktyczny można stwierdzić, iż w pewnym sensie przedmiotem procesu Jezusa przed Sanhedrynem była tożsamość oskarżonego, który uważał siebie za Boga, a Żydzi uważali Go za bluźniercę - właśnie dlatego, że przypisywał sobie boskie prerogatywy, że ma władzę nad Świątynią i szabatem. Gdybyśmy zatem dokonywali rzetelności tego postępowania, to ocena byłaby krytyczna. Ten proces był nierzetelny proceduralnie i materialno- prawnie. W swoisty sposób zmuszono Jezusa do samooskarżenia, wbrew zasadzie nemo se ipse accusare tenetur. Wydano wyrok pomimo braku zeznań dwóch świadków, wydano wyrok pospiesznie, procedowano nadto w nocy.

-Po procesie religijnym Jezusa doprowadzono do namiestnika Rzymu...

-Aby uzyskać zatwierdzenie swojego bezprawnego wyroku przez Pilata – prokuratora Judei, Kajfasz zmienia materialno – prawną treść stawianego Jezusowi zarzutu z bluźnierstwa na sugestię, że Jezus przygotowuje powstanie zbrojne przeciwko Rzymowi, to jest zbrodnię zdrady stanu. Postępowanie przed Piłatem według współczesnych standardów, w najmniejszym stopniu nie przystaje do pojęcia procesu. Oto mamy bowiem zmienioną treść zarzutu, brak jest jakichkolwiek dowodów uzasadniających zarzut, brak jest instancji odwoławczej.

-Według prawa rzymskiego skazany na ukrzyżowanie nigdy nie przenosił całego krzyża,

Adwokat Eugeniusz Michałek

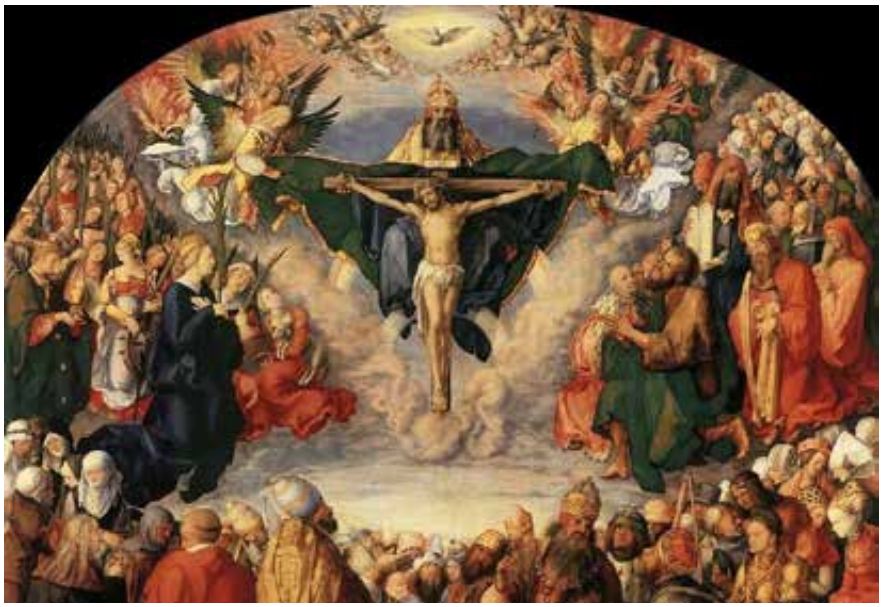
wbrew zwyczajowej wierze i w przeciwieństwie do wielu nowożytnych odtworzeń drogi Jezusa na Golgotę. Zamiast tego, dźwigana była tylko poprzeczna belka, podczas gdy prostopadła była osadzona trwale w miejscu, które było używane do dalszych egzekucji. Czy w przypadku Jezusa mamy do czynienia z odstępstwem od reguły?

-Czy niósł w drodze na Golgotę cały krzyż, czy tylko poprzeczna belkę, nie wiem. Według tradycji tylko poprzeczną belkę. Cały krzyż byłby zbyt ciężki. Trzeba dodać, że tortury, jakimi poddano Jezusa były częścią wymierzonej mu kary. I tak biczowanie miało osłabić skazańca, aby skrócić jego agonię na krzyżu. Temu samemu służyło łamanie nóg skazanego, co powodowało obsunięcie się ciała na krzyżu, utrudnienie oddychania i uduszenie ofiary, a w konsekwencji tego – szybką śmierć.

-Czym dla nas współczesnych jest proces i śmierć Jezusa Chrystusa?

- Jest nie tylko wydarzeniem historycznym,ale poprzez Zmartwychwstanie jest też – dla ludzi wierzących - niezwykłym, emocjonalnym przeżywaniem, stale aktualnym, zawsze żywym. Kreującym istotę Człowieczeństwa.

Eugeniusz Maria Michałek zmarł w sobotę 29 czerwca 2013 roku w wieku 68 lat. Był filologiem klasycznym i adwokatem. Znawcą i pasjonatem prawa oraz świata antycznego.



Willa URBANO

Poznań, ul. Sucha 5a

- 16 mieszkań z balkonami i ogródkami
- Realizacja planowana na lata 2017 - 2018

61 221 25 21

www.urbania.pl