

OPINIOWANIE O STANIE ZDROWIA OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI – WYBRANE ZAGADNIENIA NA TLE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZA

Uwagi wprowadzające

Niniejsza publikacja została sprowokowana dyskusją, jaka miała miejsce w związku z udziałem autorki w konferencji naukowej pt. „Zaburzenia psychiczne”, która odbyła się dnia 19 grudnia 2017 r. na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku². Został tam podniesiony problem coraz większej roszczeniowości pacjentów oraz obaw środowiska lekarskiego co do możliwości poniesienia odpowiedzialności z tytułu naruszenia dóbr osobistych za wydanie opinii lekarskiej. Warto tu zauważyć, że przedmiot opinii (sfera zdrowia psychicznego) ma skrajnie sensytywny charakter, co może powodować niejako *ex definitione* negatywne odczucia pacjenta, a tym samym uruchamiać próby pociągnięcia do odpowiedzialności autora opinii. Z drugiej strony niewydanie określonego typu orzeczenia (np. skierowania do szpitala psychiatrycznego) może być przyczyną wyrządzenia poważnej szkody przez pacjenta samemu sobie lub innym osobom, co także paradoksalnie może wiązać się z możliwością poniesienia odpowiedzialności odszkodowawczej.

-
- 1 Doktor nauk prawnych, Zakład Prawa Prywatnego Międzynarodowego, Katedra Prawa Cywilnego, Wydział Prawa UwB.
 - 2 Konferencja została zorganizowana przez studenckie koła naukowe działające na Wydziale Prawa UwB, m.in. przez Koło Naukowe Prawa Medycznego i Farmaceutycznego „Pro humanae vitae”.

Oprócz tego środowisko lekarskie wiąże swe obawy z możliwością poniesienia odpowiedzialności zawodowej³, zwłaszcza że Kodeks Etyki Lekarskiej⁴ w art. 52 ust. 2 stwierdza, że lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób⁵. W tym więc miejscu pojawia się problem nie tylko niezadowolonego z opinii pacjenta, ale i kolegi po fachu, który dotknięty wyrażonymi w niej zapatrywaniami może zawiadomić o przewinieniu zawodowym Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej⁶. Dodatkowo w prawie karnym przewiduje się surowe sankcje karne za wydanie nieprawdziwej opinii⁷, co powoduje zrozumiałe obawy osób wydających opinie, zwłaszcza lekarzy sądowych⁸. Kwestia odpo-

- 3 Zob. np. T. Zyss, *Problemy medyczne i etyczne przy opiniowaniu rentowym z zakresu psychiatrii*, PIM 2006, nr 3, s. 131; T. Malinowski, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza z tytułu wykonywanych czynności orzeczniczych oraz czynności opiniowania. Aspekty procesowe*, PiM 2004, nr 4, s. 76 i nast.
- 4 Zob. Kodeks Etyki Lekarskiej. Warszawa 2004, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, dalej w skrótach KEL.
- 5 W tym wypadku KEL przewiduje następującą procedurę: Wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza, powinno się przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej (art. 52 ust. 3). Wówczas nie stanowi to naruszenia zasad etyki lekarskiej (art. 52 ust. 4). Jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta, należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków (art. 52 ust. 5).
- 6 Bodaj najślawniejszą sprawą na tle art. 52 KEL była sprawa zakończona wyrokiem ETPCz z 16.12.2008 r. (skarga nr 53025/99, Frankowicz v. Polska), której przedmiotem była opinia wydana w ramach działalności gospodarczej lekarza ginekologa, krytyczna w stosunku do lekarza internisty. ETPCz stwierdził, że fakt ten nie pozbawia jej automatycznie szczerości lub obiektywności, a sądy lekarskie nie badały sprawy od strony merytorycznej. Zob. też wyrok TK z dnia 24.04.2008 r., SK 16/07, OTK-A 2008, nr 3, poz. 45 oraz komentarze: L. Boska, (w:) M. Safjan (red.), *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa 2011, s. 81; M. Zubik, *Głosa do wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r.*, SK 16/07, Przegląd Sejmowy 2008, nr 6, s. 238-240.
- 7 *Przestępstwo poświadczania nieprawdy z art. 271 § 1 ustawy z dnia 6.06.1997 r. - Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 1600 ze zm., dalej kk.) może być popełnione wyłącznie z winy umyślnej. Kwalifikowaną postacią tego przestępstwa stanowi poświadczanie nieprawdy w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej (art. 271 § 3 kk.)*. W wyroku SN z dnia 25.11.2004 r., WA 24/04, czytamy, że opinia nieprawdziwa to taka, w której zatajono lub przeinaczono stan faktyczny, ewentualnie taka, którą wydano osobie, co do której tożsamości i stanu zdrowia w określonym czasie lekarz nie mógł orzec (por. wyrok SN z 7.10.2011 r., III KK 29/11). W tezie tego ostatniego wyroku czytamy, że *wystawienie przez lekarza zaświadczenie o stanie zdrowia bez uprzedniego zbadania pacjenta stanowi przestępstwo poświadczania nieprawdy, w sytuacji kiedy w treści zaświadczenia poświadczono jego osobiste stawiennictwo*.
- 8 Obawy takie powoduje przede wszystkim treść przepisu art. 233 § 4 i 4a kk., które odnoszą się do odpowiedzialności biegłego sądowego, rzeczoznawcy lub tłumacza, jeśli przedstawią fałszywą opinię, ekspertyzę lub tłumaczenie mające służyć za dowód w postępowaniu

wiedzialności karnej pozostaje jednak poza granicami rozważań; w tym zakresie należy odesłać do istniejącej literatury przedmiotu⁹.

Niwelacja ryzyka ewentualnej odpowiedzialności wymaga od lekarza znajomości przepisów prawa odnoszących się do materii opiniowania o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi. Materia ta jest bardzo szeroka. Oprócz przepisów prawa medycznego dotyczących obowiązków lekarza jako leczącego pacjenta można wymienić także szereg innych aktów prawnych, które mają za zadanie regulować zasady wydawania orzeczeń lekarskich¹⁰. Wśród lekarzy psychiatrów szczególną bowiem rolę odgrywają tzw. lekarze sądowi wydający opinie co do możliwości stawienia się uczestnika postępowania z powodu choroby na wezwanie organu uprawnionego¹¹, biegli powoływani przez organy procesowe w związku z koniecznością ustalenia poczytalności i stanu zdrowia psychicznego podejrzanego/oskarżonego w postępowaniu karnym¹², lekarze wykonujący funkcje orzeczników w sprawach rentowych oraz w sprawach dotyczących określenia stopnia niepełnosprawności, rozpoznawanych przez właściwe organy pozasądowe¹³. Również dla

sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym z mocy ustawy. Przy tym czyn określony w art. 233 § 4 kk. może być wyrządzony wyłącznie z winy umyślnej, podczas gdy czyn z art. 233 § 4a z winy nieumyślnej, o ile w ten sposób doszło do narażenia na istotną szkodę interesu publicznego.

- 9 Zagadnienie odpowiedzialności karnej biegłych omawiają z powołaniem się na obszerną literaturę przedmiotu i orzecznictwo m.in. J. Hanc, A. Skowron, *Przebiegły biegły. O fałszywej opinii biegłego w procesie karnym słów klika*, PiM 2017, nr 3, s. 42-77.
- 10 Przepisy te szczegółowo są omawiane w pracach poświęconych orzecznictwu lekarskiemu z zakresu psychiatrii, zob. np. K. Cioch, P. Mierzejewski, *Opinia biegłych psychiatrów w procesie karnym w świetle kodeksu postępowania karnego*, WPP 1999, nr 3-4; A. Zieliński, *Teoretyczne i praktyczne aspekty dowodu z opinii psychiatrycznej w postępowaniu cywilnym*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, t. 9 (supl. 1); J. Heitzman, *Biegły psychiatra wobec dowodów o wątpliwej wiarygodności*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, t. 9 (supl. 1); T. Widła, *Kompetencje sędziego a kompetencje biegłego psychiatry (psychologa) w postępowaniu spadkowym (testamentowym)*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, t. 9 (supl. 1); T. Zyss, *Orzecznictwo rentowe ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii*, Kraków 2006; D. Hajdukiewicz, *Opinia sądowo-psychiatryczna po sześciu latach obowiązywania kodeksów karnych z 1997 r.*, PiM 2004, nr 4, s. 34-44.
- 11 Zob. ustawę z dnia 15.06.2007 r. o lekarzu sądowym, Dz.U. Nr 123, poz. 849 ze zm.
- 12 Zob. art. 202 i nast. ustawy z dnia 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 1987 ze zm. (dalej w skrócie kpk.) oraz rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24.01.2005 r. w sprawie biegłych sądowych, Dz.U. Nr 15, poz. 133 ze zm.
- 13 Zob. art. 14 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 1270 oraz rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 14.12.2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, Dz.U. Nr 273, poz. 2711 ze zm., a także regulację ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 517 ze zm.

celów postępowania cywilnego, czy w przedmiocie stwierdzenia nieważności testamentu, ubezwłasnowolnienia, ewentualnie w sprawach o ustalenie nieważności czynności prawnej biegli lekarze z zakresu psychiatrii są nieodzowni¹⁴.

W wymienionych powyżej sytuacjach lekarz psychiatra posiada szczególny status prawny: lekarza sądowego, biegłego, orzecznika oraz tzw. lekarza urzędowego. Zobowiązany jest realizować wyżej wymienione funkcje w zgodzie z obowiązującymi przepisami prawa. W razie wydania opinii czy orzeczeń niekorzystnych z punktu widzenia pacjenta lub jego adwersarza, prawo gwarantuje stronie niezadowolonej możliwość odwołania się od orzeczenia sądu lub innego organu, ewentualnie sformułowania zarzutów wobec opinii, domagania się powołania innego biegłego itp. Jak się wskazuje, zarówno proces karny, jak i cywilny, a także innego rodzaju postępowania pozasądowe powinny stanowić forum dla swobodnego prezentowania stanowisk wymienionych wyżej ekspertów, bez obawy pociągnięcia ich do odpowiedzialności cywilnej za „słowo”¹⁵. Nie oznacza to, że nie powinny być napiętnowane sytuacje rażącego niedbalstwa, tj. wydania opinii nierzetelnej, w której lekarz wykazuje się oczywistym brakiem znajomości terminologii medycznej, posługuje się niewłaściwie fachowymi pojęciami, gdy opinia jest sprzeczna z ustalonymi faktami, aktualnym stanem wiedzy w danej dziedzinie, ewentualnie gdy oparta jest na wyraźnie błędnej metodzie badawczej¹⁶. Kwestia ewentualnej odpowiedzialności tego typu ekspertów pozostaje jednak poza granicami rozważań¹⁷.

Przedmiotem zainteresowania w niniejszej publikacji będzie sytuacja prawna lekarzy wydających opinię lekarską o stanie zdrowia osoby

14 Zob. art. 278 i nast. ustawy z dnia 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 1360 ze zm. (dalej w skrócie kpc.).

15 Kwestia ewentualnej odpowiedzialności cywilnej oraz jej podstawy w stosunku do biegłych jest przedmiotem sporu, zob. Ł. Jędruszek, *Status biegłego sądowego*, Temidium 2014, nr 2 (77), https://www.temidium.pl/artykul/odpowiedzialnosc_cywilna_bieglego_sadowego-270.html [dostęp: 7.11.2018].

16 Na temat specyficznych problemów w zakresie opiniowania w sprawach cywilnych zob. P. Kowalski, *Opiniowanie w sprawach cywilnych jako nowy wymiar problemów stojących przed biegłymi*, PiM 2004, nr 4, s. 70-75.

17 Problematyka ta miała zostać uregulowana w ustawie o biegłych sądowych, zob. projekt ustawy: https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k9/komisje/2017/kpcpp/materialy/129/infornacja_b13.pdf projekt ustawy o biegłych. Ustawa do tej pory nie została uchwalona. Aktem prawnym dedykowanym biegłym sądowym jest rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24.01.2005 r. w sprawie biegłych sądowych, Dz.U. Nr 15, poz. 133.

z zaburzeniami psychicznymi nie dla celów prowadzonego postępowania sądowego czy pozasądowego, lecz ze względu na potrzebę przeprowadzenia diagnostyki lub leczenia pacjenta w związku z regulacjami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁸. Przedmiotem rozważań będą też ogólne zasady dotyczące wydawania opinii określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁹. Są to niewątpliwie akty prawne o charakterze podstawowym z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarza, w tym zawodu lekarza psychiatry.

Obowiązki prawne lekarza wydającego opinię, orzeczenie lub skierowanie dotyczące stanu zdrowia psychicznego

W pierwszej kolejności wyjaśnienia wymaga, na czym polega tytułowa czynność w postaci wydawania opinii lekarskich. Zgodnie z art. 2 ust. 1 u.z.l. wykonywanie zawodu lekarza przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

W związku z powyższym przysznaje się lekarzom uprawnienie do wydawania różnego rodzaju orzeczeń, które funkcjonują pod postacią: zaświadczeń, skierowań, zwolnień, a także recept. Niewątpliwie wystawienie tego typu dokumentu²⁰ wiąże się z wydaniem opinii, w której

18 Tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm. Dalej w skrócie u.o.z.p.

19 Tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 618 ze zm. Dalej w skrócie u.z.l.

20 Dokumentem – zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego – jest każdy nośnik informacji umożliwiający zapoznanie się z jej treścią. Cechą dokumentu jest więc nie tylko jego intelektualna zawartość, ale i nośnik. Treść informacji musi bowiem zostać odpowiednio utrwalona w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią (zob. art. 77³ ustawy z dnia 24.04.1964 r. – Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 1025 ze zm., dalej kc.). Dokumenty dzieli się na urzędowe i prywatne. Wystawcą dokumentu urzędowego może być wyłącznie powołany do tego organ władzy publicznej lub inny organ państwowy w zakresie swego działania i w przewidzianej przepisami szczególnymi formie (art. 244 kpc.). Dokumenty te stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone. Ponadto można uznać za dokument urzędowy także taki dokument, który został wydany przez inny podmiot niż organ władzy publicznej lub państwowej w zakresie zleconych im przez ustawę spraw z dziedziny administracji publicznej (art. 244 § 2 kpc.). Orzeczenia lekarskie wydawane w formie de-

orzeka się o stanie zdrowia pacjenta. Dlatego, pomimo zróżnicowanego nazewnictwa stosowanego w ustawodawstwie polskim, nie powinno ulegać wątpliwości, że dokumenty te są dowodem na wykonywanie czynności związanych ogólnie z opiniowaniem lekarskim²¹. Przy tym ich wydawanie jest uznawane przez ustawodawcę polskiego za udzielanie świadczeń zdrowotnych²².

Ogólną normę prawną dotyczącą problematyki opiniowania zawiera przepis art. 42 ust.1 u.z.l., zgodnie z którym lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby. Podstawową więc regułą orzekania, obowiązującą wszystkich lekarzy bez względu na specjalizację, jest zasada osobistej styczności z pacjentem (fizycznej lub za pośrednictwem wymienionych systemów) oraz zapoznanie się z jego dokumentacją medyczną. Wyjątkiem od powyższej zasady jest uregulowanie zawarte w ustępie drugim cytowanego przepisu, zgodnie z którym lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Ustawodawca, wprowadzając powyższy wyjątek, kierował się potrzebą ułatwienia dostępu do recept oraz zleceń tym osobom, które mają trudności z przyjazdem do lekarza. Lekarz na podstawie dokumentacji

czyżby administracyjnej wydawane przez uprawnione do tego organy są dokumentami urzędowymi. W postanowieniu WSA w Warszawie z dnia 21.03.2012 r. (II SA/Wa 2555/11) sąd ten przyjął, że komisje lekarskie, działające w sprawach funkcjonariuszy czy kandydatów do służb mundurowych, są organami administracji publicznej i swe rozstrzygnięcia podejmują w formie decyzji administracyjnych, nazywanych orzeczeniami. Tego waloru są pozbawione inne opinie lekarskie, zaświadczenia czy zwolnienia, np. zaświadczenia wystawione przez lekarza kierującego na badania lekarskie dla celów emerytalno-rentowych nie są dokumentami urzędowymi (tak SN w wyroku z 13.01.1999 r., II UKN 411/98).

- 21 Posiłkując się wykładnią językową, opinia – to orzeczenie specjalisty na jakiś temat (zob. hasło „opinia” Słownik języka polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/opinia.html>, [dostęp 14.11.2018]). Pojęcia: „opinia” i „orzeczenie” są więc traktowane w sensie językowym synonimicznie. Z uwagi na to, że określenie „orzeczenie” w naszym porządku prawnym odnosi się do wyroków i postanowień sądowych, często zamiast określenia „orzeczenie lekarskie” spotyka się określenie „świadcstwo lekarskie”. Znamiennie dla kwestii językowych są zmiany legislacyjne na tle art. 30 u.o.z.p. Ustawodawca kolejno posługiwał się pojęciami: opinii, świadectwa, obecnie orzeczeniem lekarskim.
- 22 Por. art. art 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.

medycznej może jedynie kontynuować leczenie, nie może jednak przepisać nowego leku²³.

Zasada osobistej styczności lekarza z pacjentem doznaje spektakularnego wzmocnienia na gruncie art. 11 u.o.z.p. Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię na ten temat lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Powyższy przepis interpretowany jest w literaturze przedmiotu jako ten, który ma zabezpieczyć interesy pacjenta z zaburzeniami psychicznymi²⁴. Przepis ten dotyczy orzeczeń, opinii i skierowań, których przedmiot jest przez ustawodawcę ściśle określony; chodzi mianowicie jedynie o te mające za przedmiot stan zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi. Na gruncie przepisów u.o.z.p. są to trzy kategorie osób: chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne), upośledzone umysłowo²⁵ oraz wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, przy czym w tym ostatnim przypadku osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (art. 3 pkt 1 u.o.z.p.).

Jak wynika z wykładni literalnej, podmiotem uprawnionym do wydania wymienionych dokumentów jest nie tylko lekarz psychiatra, ale także lekarz podstawowej opieki zdrowotnej czy lekarz pogotowia ratunkowego²⁶. To zaś sprawia, że kluczowym zagadnieniem staje się przeprowadzenie badania, które zmierza do ustalenia, jaki jest aktualny stan zdrowia psychicznego badanego. Tego typu badanie obejmuje wywiad

- 23 Ustawodawca precyzuje, że w przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia, ewentualnie wydruk recepty elektronicznej mogą być przekazane: przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do ich odbioru; osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że mogą być one odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób (art. 42 ust. 3 u.z.1.).
- 24 P. Gałęcki, K. Bobińska, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2016, s. 98.
- 25 Nazewnictwo stosowane w ustawie jest przestarzałe, obecnie postuluje się, aby osoby takie zaliczać do grupy osób: niepełnosprawnych intelektualnie.
- 26 Wskazuje na to posługiwanie się pojęciem: „lekarz”, nie zaś pojęciem: „lekarz psychiatra”.

podmiotowy (tzw. autoanamnezę), polegający na przeprowadzeniu rozmowy z pacjentem, obserwacji jego zachowań oraz wywiad przedmiotowy, czyli dane zewnętrzne uzyskane od jego rodziny czy innych osób, np. współmieszkańców²⁷. Warunkiem dobrze przeprowadzonego badania jest więc nawiązanie współpracy z pacjentem, co w przypadku niektórych zaburzeń może być szczególnie utrudnione.

Opisane wyżej cechy badania wskazują, że jego prawidłowe wykonanie jest możliwe tylko i wyłącznie na skutek osobistej, fizycznej styczności z pacjentem, co oznacza, że wprowadzony przez ustawodawcę w art. 42 ust. 1 u.z.l. sposób przeprowadzenia badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności nie ma zastosowania w przypadkach określonych w art. 11 u.o.z.p., tj. wówczas gdy lekarz przeprowadza badanie w celu wydania opinii, orzeczenia lub skierowania²⁸.

Ustawodawca wyznaczył okres ważności skierowań do innego lekarza, psychologa albo podmiotu leczniczego. Termin ważności: 14 dni ma zabezpieczyć interes pacjenta, który upatrywać należy w zapewnieniu aktualności badania, poprzedzającego wydanie skierowania. Niewątpliwie największą w praktyce rolę odgrywają skierowania do podmiotu leczniczego, tj. szpitala psychiatrycznego. W tym kontekście wskazuje się, że brak ustalenia granic czasowych ważności skierowania mógłby skutkować sytuacją pomówienia danej osoby o taki stan zdrowia psychicznego, który sugeruje lekarzowi hospitalizację psychiatryczną²⁹. Kwestia ta, ze względu na ewentualną odpowiedzialność cywilną lekarza, jak się wydaje, wymaga rozwinięcia.

Na gruncie obowiązujących regulacji dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁰ zasada ograniczonej czasowo ważności skierowania została bardzo mocno osłabiona. Na podstawie art. 11 ust. 2 u.o.z.p. 14-dniowy okres waż-

27 Zob. szerzej T. Sroka, *Ochrona zdrowia psychicznego*, (w:) red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, *System Prawa Medycznego*, t. 2, *Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018, s. 446-450.

28 Zasadę osobistego badania pacjenta i zapoznania się z jego dokumentacją medyczną odnajdujemy także w art. 11 cytowanej ustawy o lekarzu sądowym.

29 Tak P. Galecki, K. Bobińska, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, op. cit., s. 98.

30 Chodzi o ustawę z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm. Dalej w skrócie u.ś.o.z.

ności skierowania ulega bowiem przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, jeśli pacjent zostanie wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczeń. O ewentualnym przyspieszeniu hospitalizacji (z przyczyn leżących po stronie pacjenta) decyduje świadczeniodawca wpisujący na listę oczekujących³¹.

Następnie przepis art. 58 u.s.o.z. wyraźnie wskazuje, że świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Prawo do leczenia w warunkach szpitalnych może być zrealizowane przy łącznym spełnieniu dwóch warunków: po pierwsze na skutek podjęcia przez udzielającego świadczeń zdrowotnych lekarza decyzji medycznej o zasadności kontynuacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego w warunkach szpitalnych, po drugie, aby prawo świadczeniobiorcy mogło być zrealizowane, musi zaistnieć obiektywny brak możliwości osiągnięcia celu leczenia w warunkach ambulatoryjnych³². Nie bez znaczenia jest także treść art. 12 u.o.z.p., z którego wynika, że przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego należy brać pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dążyć do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy. Umieszczenie chorego w szpitalu psychiatrycznym uznaje się obecnie za uciążliwą metodę leczenia, ponieważ hospitalizacja pacjenta powoduje zerwanie więzi z jego środowiskiem domowym i zawodowym, a także stygmatyzuje go jako osobę hospitali-

31 Zgodnie z rozporządzeniem MZ z 26.09.2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 200, poz. 1661, świadczeniodawca kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Listy oczekujących nie dotyczą tzw. przypadków nagłych. Biorąc pod uwagę dynamikę w zakresie zmiany stanu zdrowia psychicznego, uregulowania te nie nadają się do praktycznej realizacji w warunkach psychiatrycznej opieki szpitalnej. Jeśli dany przypadek jest stabilny, to zwykle nadaje się do opieki ambulatoryjnej; jeśli zaś pilny, to istnieje realne niebezpieczeństwo, że przekształci się w przypadek nagły, co do którego nie można stosować regulacji prawnych dotyczących tzw. kolejki medycznej.

32 Tak K. Urban, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej – funkcja pomocnicza Państwa*, (w:) B. Kmiecik (red.), *Prawo-psychiatria-społeczeństwo*, Katowice 2016, s. 59.

zwaną psychiatrycznie³³. W związku z tym lekarz powinien rozważyć, czy i jakie względy przemawiają za hospitalizacją psychiatryczną.

Przytoczone przepisy wskazują, że skierowanie do szpitala nie ma charakteru wiążącego dla lekarza szpitala psychiatrycznego i podlega ono jego merytorycznej weryfikacji. Potwierdzenie tego odnajdujemy także w przepisie art. 22 ust. 1 u.o.z.p., który wyraźnie stanowi, że przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania, jeśli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia. Co więcej, w nagłych przypadkach, w szczególności przy braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, o którym tu mowa wyłącznie na podstawie decyzji lekarza szpitala psychiatrycznego (art. 22 ust. 1a u.o.z.o.p.). Nie ma więc wątpliwości, że to na wyznaczonym lekarzu szpitala psychiatrycznego ciąży obowiązek zbadania przesłanek klinicznych, które determinować będą zasadność przyjęcia pacjenta do szpitala. Wyrazem tej decyzji powinny być odpowiednie wpisy w dokumentacji medycznej. W związku z tym należy podzielić pogląd o braku mocy wiążącej pierwotnej decyzji terapeutycznej, jaką jest samo skierowanie do szpitala psychiatrycznego³⁴.

W opisywanym przypadku skierowanie do szpitala psychiatrycznego podlega niejako podwójnej weryfikacji: w perspektywie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz w związku z zasadami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Jednakże nawet w sytuacji skierowania pacjenta do placówki medycznej, która nie ma zawartej umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lekarz wystawiający skierowanie może czuć się od strony prawnej bezpiecznie, ponieważ ewentualny błąd w zakresie diagnozy obciążą i tak lekarza szpitala psychiatrycznego, zobowiązanego przestrzegać omówione wyżej przepisy u.o.z.p. W tej sytuacji zawarte w skierowaniu ewentualne „pomówienie o taki stan zdrowia psychicznego, któ-

33 Na temat zasady najmniejszej uciążliwości zob. B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 168; T. Sroka, *Ochrona zdrowia psychicznego*, op. cit., s. 440.

34 Zob. K. Urban, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej – funkcja pomocnicza państwa*, op. cit., s. 60-61.

ry sugeruje lekarzowi hospitalizację psychiatryczną” nie ma większego znaczenia prawnego. Po pierwsze, lekarz kierujący opiniował o stanie zdrowia pacjenta w określonym czasie i okolicznościach, na podstawie których mógł uznać za celowe skierowanie do szpitala psychiatrycznego, po drugie, ewentualne przyjęcie/nieprzyjęcie do szpitala pacjenta nie jest uzależnione tylko od ważności skierowania.

Na marginesie należy podkreślić, że lekarz szpitala psychiatrycznego, decydując o hospitalizacji pacjenta, ma obowiązek przekonania pacjenta do celowości pobytu w szpitalu i uzyskanie na ten pobyt jego zgody (por. art. 22 ust. 1 w zw. z art. 3 pkt 4 u.o.z.p.³⁵). Zasadą jest bowiem uzyskanie zgody na hospitalizację pacjenta³⁶. Kluczowa w tym miejscu staje się kwestia nawiązania prawidłowej komunikacji z pacjentem, a także dokonania odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej pacjenta³⁷. Jak się wydaje, jest to najlepszy sposób zapewnienia lekarzowi bezpieczeństwa prawnego w przypadku ewentualnego sporu z pacjentem. Inne uwarunkowania prawne zaistnieją w razie konieczności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta³⁸.

- 35 Zgodnie z art. 3 pkt 4 u.o.z.p. zgoda jest definiowana, jako akt swobodnie wyrażony przez osobę z zaburzeniami psychicznymi, niezależny od jej stanu zdrowia psychicznego, pod warunkiem, że osoba ta jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechań.
- 36 W niniejszym opracowaniu ze względu na klarowność wyводу pomijam podmiotowe uwarunkowania wyrażenia zgody na badanie oraz hospitalizację pacjenta. Co do zasady pacjent, który ukończył 18 lat i nie jest ubezwłasnowolniony, wyraża zgodę samodzielnie. Za pacjenta małoletniego do lat 16, ubezwłasnowolnionego całkowicie, zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy, tj. rodzic, wykonujący władzę rodzicielską, opiekun prawny ustanowiony dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub małoletniego, niepodlegającego władzy rodzicielskiej. W tym ostatnim przypadku opiekun ma obowiązek uzyskać zgodę sądu opiekuńczego, jeśli małoletni ma zostać poddany hospitalizacji psychiatrycznej. W przypadku ukończenia przez małoletniego 16. roku życia wymagana jest zgoda równoległa małoletniego oraz wymienionych wyżej podmiotów prawa: rodzica lub opiekuna. Podobnie w przypadku ubezwłasnowolnionego całkowicie zdolnego do wyrażenia zgody. Ponadto w przypadkach określonych w u.o.z.p. wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego (zob. art. 22 ust. 2 i ust. 4).
- 37 Na temat warunków prawnie skutecznej zgody pacjenta psychiatrycznego zob. szerzej B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, op. cit., s. 137 i nast.
- 38 Tzw. przymusowa hospitalizacja w trybie nagłym wymaga spełnienia przesłanek określonych bądź w art. 23 u.o.z.p. (w stosunku do osób chorych psychicznie), bądź w art. 24 u.o.z.p. (w stosunku do osób niezdiagnozowanych jako chorych psychicznie), które z powodu w przypadku pierwszym – choroby, w drugim – zaburzeń psychicznych zagrażają bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. W przypadku zastosowania trybu nagłego lekarz szpitala psychiatrycznego wyznaczony do przyjęcia pacjenta ma obowiązek go zbadać i zasięgnąć w miarę możliwości opinii drugiego lekarza albo psychologa. Opinie lekarskie (ewentualnie lekarsko-psychologiczne) mają w tym wypadku postać odpo-

Następną istotną kwestią – z punktu widzenia oceny prawidłowości orzekania o stanie zdrowia psychicznego – jest problematyka przeprowadzenia badania bez zgody pacjenta. Zwraca uwagę fakt, że ustawodawca na tle art. 11 u.o.z.p. w ogóle nie odnosi się do tej kwestii, niejako zakłada, że pacjent na badanie zgodę wyraża. Tymczasem mogą zaistnieć sytuacje, gdy orzeczenie, opinia lub skierowanie powinny zostać wydane, pacjent zaś zgodę swej odmawia.

W razie braku zgody pacjenta zastosowanie znajduje art. 21 u.o.z.p. Zgodnie z tym przepisem badanie bez zgody jest możliwe wyłącznie wtedy, gdy z powodu zaburzeń psychicznych badany zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, ewentualnie stan badanego pozwala przyjąć, że nie ma on zdolności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych³⁹. Przymusowe badanie psychiatryczne wymaga bezwzględnie stwierdzenia istnienia tych przesłanek⁴⁰. Co więcej, należy o nich poinformować pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego przed przystąpieniem do badania (por. art. 21 ust. 2 *in fine* u.o.z.p.). Procedura jest zatem dość skomplikowana. Jak się wskazuje w literaturze, w wypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, które są zdolne do wyrażenia zgody w rozumieniu art. 3 pkt 4 u.o.z.p., ale odmówiły zgody, lekarz dwukrotnie realizuje obowiązek informacyjny⁴¹. Najpierw, przed odebraniem oświadczenia o zgodzie na badanie, lekarz informuje stosownie do wymogów art. 3 pkt 4 u.o.z.p., tj. o pro-

wiedniej notatki w dokumentacji medycznej pacjenta. Niewątpliwie powinny się w niej znaleźć okoliczności uzasadniające przyjęcie pacjenta w trybie nagłym, bez zgody pacjenta. Co więcej, lekarz jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować o jego prawach. Zatwierdzenia przyjęcia dokonuje ordynator w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia, zawiadomiony zostaje także sąd opiekuńczy (art. 23 ust. 3 i 4 u.o.z.p.), który wydaje ostateczną decyzję dotyczącą przymusowej hospitalizacji pacjenta. Różnica pomiędzy przepisami art. 23 i 24 u.o.z.p. tkwi przede wszystkim w tym, że pacjent przyjęty na podstawie art. 23 u.o.z.p. może być leczony zgodnie z art. 33 u.o.z.p. do czasu ustąpienia przesłanek przyjęcia bez zgody, o tyle osoba przyjęta na podstawie art. 24 u.o.z.p. jest już tylko obserwowana (obserwacja może trwać nie dłużej niż 10 dni). Zob. szerzej A. Wilkowska-Płóciennik, *Przesłanki przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym*, PiM 2004, nr 4, s. 23 i nast.

- 39 Uznaje się, że człowiek nie jest wówczas zdolny do samodzielnej egzystencji. Szerzej J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2009, s. 122.
- 40 Odnotować należy dwa stanowiska: jedno zakładające rygorystyczną wykładnię przedstawionych okoliczności dotyczących badania bez zgody pacjenta (T. Sroka, *Ochrona zdrowia psychicznego*, *op. cit.*, s. 448) oraz drugie, stanowiące, że wykładnia tych przesłanek nie powinna być zbyt rygorystyczna ze względu na uwarunkowania i cel tego badania (B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, *op. cit.*, s. 196-197).
- 41 T. Sroka, *Ochrona zdrowia psychicznego*, *op. cit.*, s. 449.

ponowanych czynnościach diagnostycznych oraz dających się przewidzieć skutkach tych działań, następnie w przypadku odmowy – zgodnie z treścią art. 21 ust. 2 u.o.z.p. – o wskazanych wyżej przyczynach przeprowadzenia badania bez zgody⁴². Ocenę stanu pacjenta kwalifikującą się do przeprowadzenia tego typu badania powinien dokonać lekarz psychiatra; dopiero w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz. Celem przymusowego badania psychiatrycznego nie jest dokonanie pełnej diagnozy, ale rozstrzygnięcie o pilnych działaniach, które powinny być podjęte względem osoby badanej, w szczególności co do potrzeby bezwłocznego przewiezienia do szpitala⁴³. Świadczy o tym treść art. 21 ust. 3 u.o.z.p., który zezwala na przewiezienie badanego do szpitala i to z zastosowaniem przymusu bezpośredniego (art. 18 u.o.z.p.). Opisana wyżej potrzeba przeprowadzania badania wymaga dużej dbałości ze strony lekarza w zakresie przestrzegania określonej wyżej procedury postępowania. W razie jej naruszenia istnieje możliwość dochodzenia sądowej ochrony dobra osobistego (wolności) naruszonego na skutek bezpodstawnego wykonania badania z zastosowaniem przymusu bezpośredniego.

Wydania orzeczenia o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi wymaga także tzw. tryb wnioskowy przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (art. 29 u.o.z.p.). Przepis ten umożliwi hospitalizację za zgodą sądu opiekuńczego, jeśli zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia⁴⁴, a także jeśli osoba chora psychicznie jest niezdolna do zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie szpitalne przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Zgodnie z treścią przepisu art. 30 u.o.z.p., do wniosku kierowanego do sądu opiekuńczego dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegó-

42 *Ibidem*.

43 Tak B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, op. cit., s. 194-195.

44 W postanowieniu SN z dnia 25.11.2016 r., V CSK 295/16, sąd stwierdził, że przez pojęcie znacznego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego należy rozumieć doprowadzenie się przez osobę chorą psychicznie, na skutek niepodejmowania leczenia, do stanu uniemożliwiającego jej funkcjonowanie w rodzinie, w miejscu zamieszkania lub w pracy. Takie rozumienie tego pojęcia pozwala ograniczyć hospitalizację przymusową tylko do tych osób, dla których jest ona niezbędna. Nie należy bowiem ułatwiać jej stosowania wobec osób chorych psychicznie, które zachowują się w sposób nawet rażąco odbiegający od wymagań społecznych, ale mogą funkcjonować bez większych trudności w rodzinie, miejscu zamieszkania i pracy.

łowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym (nie jest to jednak skierowanie do szpitala). Zauważmy, że w tym wypadku kompetencję do wydania tego typu orzeczenia przyznano wyłącznie lekarzowi psychiatrze. Tego typu orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie podmiotów uprawnionych do zgłoszenia wniosku, o których mówi art. 29 ust. 2 i 3 u.o.z.p., tj. na wniosek małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę, ewentualnie w stosunku do osoby objętej oparciem społecznym – organu do spraw pomocy społecznej.

Analiza tej regulacji wskazuje, że po pierwsze: lekarz psychiatra nie może wydać orzeczenia, jeśli zwrócą się do niego podmioty nieuprawnione, po drugie: lekarz ten powinien odmówić wydania orzeczenia, jeśli uzna, że żądanie jest z punktu widzenia wskazanych wyżej przesłanek nieuzasadnione, w szczególności powinien odmówić wydania orzeczenia, jeśli ma ono służyć innym celom niż lecznicze⁴⁵.

W wyroku z dnia 16.04.2009 r.⁴⁶ SN uznał, że w sprawach dotyczących przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 29 u.o.z.p. orzeczenie lekarskie powinno być poprzedzone badaniem psychiatrycznym. Badanie to wymaga osobistej styczności z pacjentem. Jak się podkreśla, nie jest możliwe jego przeprowadzenie tylko na podstawie wyjaśnień członków rodziny, ewentualnie na podstawie dokumentacji medycznej⁴⁷. Jeżeli osoba, która ma być poddana badaniu psychiatrycznemu, nie wyraża na nie zgody, lekarz powinien ten fakt odnotować w wydanym orzeczeniu. Przeprowadzenie badania z zastosowaniem przymusu jest możliwe tylko w sytuacjach określonych w art. 29 u.o.z.p. To zaś oznacza, że w niektórych przypadkach (braku współpracy pacjenta) wartość tego badania będzie co najmniej dyskusyjna⁴⁸. O ile jednak

45 Wniosek uprawnionych podmiotów powinien zostać złożony w okresie ważności takiego orzeczenia lekarskiego, tj. w przeciągu 14 dni od daty jego wystawienia (art. 30 ust. 2 u.o.z.p.). Sankcją w tym wypadku stanowi zwrot wniosku przez sąd opiekuńczy.

46 Sygn. I CSK 402/08.

47 I. Wrześniewska-Wal, *Wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego – nowelizacja ustawy*, PiM 2011, nr 1, s. 113.

48 W postanowieniu SN z dnia 22.06.2018 r., II CSK 22/18, Legalis czytamy, że sąd nie może poprzestać na aprobacie dla konkluzji postawionej przez biegłego, według której nieprzyjęcie do szpitala prowadzić będzie do znacznego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Na sądzie spoczywa powinność ustalenia, jakie dotychczasowe zachowania i z jakich powodów uzasadniają stwierdzenie, że brak leczenia w warunkach zamkniętych prowadzić będzie do pogorszenia stanu zdrowia, na czym pogorszenie to może polegać, i dlaczego w ocenie sądu ma ono charakter „znacznego”.

podmiot uprawniony skieruje wniosek o hospitalizację psychiatryczną na podstawie art. 29 u.o.z.p., to na mocy art. 30 ust. 3 u.o.z.p. sąd może zarządzić badanie pacjenta, jeśli uzna, że treść wniosku uprawdopodobnia konieczność leczenia szpitalnego. Jeśli pacjent - pomimo zarządzenia sądu – nie stawia się na badanie, zastosowanie znajduje cytowany art. 21 u.o.z.p. Wówczas wracamy do punktu wyjścia – nie ma możliwości przeprowadzenia przymusowego badania psychiatrycznego, o ile zachowanie osoby chorej psychicznie nie spełnia warunków, o których mowa w ustępie pierwszym tego przepisu.

Warto też podkreślić, że tryb określony w art. 29 u.o.z.p. ma zastosowanie wyłącznie do osób zdiagnozowanych jako chore psychicznie⁴⁹. W przypadku więc innych osób z zaburzeniami psychicznymi, które nie wyrażają zgody na leczenie, pomimo wypełnienia przesłanek behawioralnych określonych w tym przepisie (np. dotkniętych anoreksją, bulimią), problematyczna staje się kwestia ich hospitalizacji w tym trybie⁵⁰. Lekarz psychiatra znajduje się wówczas w szczególnie trudnym położeniu. Powinien odmówić wydania orzeczenia, pomimo że zauważa konieczność objęcia hospitalizacją pacjenta, który nie wyraża zgody na badanie i leczenie⁵¹.

Przesłanki i podstawy odpowiedzialności cywilnej lekarza związane z nieprawidłowościami w zakresie opiniowania

Jak wynika z przeprowadzonych rozważań, czynność zwana opiniowaniem wymaga spełnienia określonych prawem warunków, które

- 49 Zob. postanowienie SN z dnia 06.08.2014, V CSK 145/14, Legalis, w którego uzasadnieniu sąd stwierdził, że możliwość występowania zaburzeń psychicznych oraz pogorszenia stanu psychicznego nie wystarczy, by orzec o umieszczeniu uczestniczki bez jej zgody w szpitalu psychiatrycznym. Konieczne jest ustalenie, że uczestniczka jest chora psychicznie i że bez podjęcia przymusowego leczenia pogorszenie jej zdrowia psychicznego będzie znaczne.
- 50 Zob. szerzej E. Świdarska, E. Twarowska, *Problematyka poszanowania autonomii osób chorych na anoreksję*, PiM 2017, nr 2, s. 94 i nast.; B. Kmiecik, *Przepis na granicy, czyli współczesne wyzwanie w obszarze ochrony praw pacjenta szpitala psychiatrycznego*, PiM 2016, nr 4, s. 64 i nast.
- 51 Sytuacja ta tym bardziej jest dramatyczna, że należy oczekiwać takiego rozwoju wydarzeń, które będą umożliwiały zastosowanie trybu nagłego, przewidzianego w art. 24 u.o.z.o.p., a zatem sytuacji, gdy osoba z powodu zaburzeń psychicznych zagrażać będzie bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

będą decydować o uznaniu prawidłowości postępowania lekarza. Analiza przypadków wydawania opinii, orzeczeń, skierowań w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi wskazuje, że po pierwsze lekarzowi można postawić zarzut wydania opinii nierzetelnej, tj. opinii wydanej na podstawie niepełnej dokumentacji medycznej, bez osobistego zbadania pacjenta, w razie zastosowania złej metody badania pacjenta, niezastosowania żadnej metody bądź niepoświęcenia należytej uwagi i odpowiedniej ilości czasu w trakcie badania.

Ponadto wydawane opinie powinny być zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy (prawdziwe), w szczególności nie mogą być to opinie celowo spreparowane na potrzeby konkretnej osoby (np. żony pacjenta, która zamierza umieścić męża w związku ze sprawą rozwodową w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 29 u.o.z.p.). Orzeczenie wydane w trybie art. 30 powinno spełniać warunki podmiotowe i przedmiotowe, tj. być wydane na żądanie uprawnionego podmiotu oraz opisywać szczegółowo stan kliniczny pacjenta, uzasadniający jego hospitalizację na podstawie przesłanek określonych w art. 29 u.o.z.p.

W stosunku do każdego lekarza zastosowanie znajduje przepis art. 4 u.z.l., który wymaga wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, w zgodzie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przedstawione wyżej kryteria prawidłowości wykonania zawodu należy odnieść także do czynności opiniowania.

Tytułem przykładu: Okręgowy Sąd Lekarski rozpoznawał sprawę lekarza, który na prośbę rodziny, nie widząc pacjenta, wystawił skierowanie do szpitala psychiatrycznego. Zostało ono wydane bez badania pacjenta, w związku z tym lekarz nie miał możliwości oceny stanu psychicznego pacjenta. Co więcej, w celu nadania większego znaczenia skierowaniu posłużył się pieczętą lekarza sądowego⁵².

Niewątpliwie w opisywanym stanie faktycznym doszło do naruszenia zasad opiniowania, w szczególności zasady osobistej styczności z pacjentem, którego czynność ta dotyczyła. W ten sposób doszło do na-

52 OSL we Wrocławiu z dnia 28.11.2014 r., Wu 42/14. Podaje za I. Wrześniewską-Wal, *Należyta staranność lekarza w praktyce sądów lekarskich. Analiza orzecznictwa i badania własne*, (w:) A. Górski, E. Sarnacka (red.), *Zagadnienia prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 275.

ruszenia kryterium należytej staranności oraz zasad etyki zawodowej, o których stanowi przywołany art. 4 u.z.l. Powstaje pytanie, czy wykazanie tego jest wystarczające dla pociągnięcia lekarza do cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej.

Przypisanie odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego⁵³ wymaga przedstawienia określonej sekwencji zdarzeń: po pierwsze postępowania, z którym poszkodowany pacjent łączy odpowiedzialność, następnie szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tym postępowaniem a szkodą. W przypadku indywidualnej odpowiedzialności lekarza, a zatem oparcia jej na art. 415 kc., konieczne staje się także wykazanie winy, przez którą rozumie się ujemną ocenę zachowania sprawcy szkody. W prawie cywilnym w odniesieniu do odpowiedzialności profesjonisty operujemy dla przyjęcia nieprawidłowości zachowania kryterium należytej staranności, ocenianej zgodnie z zawodowym charakterem wykonywanej działalności gospodarczej lub zawodowej (art. 355 § 2 kc.). Można zatem twierdzić, że występuje daleko idąca zbieżność pomiędzy semantyką stosowaną na gruncie kc. i u.z.l. Przez należyłą staranność rozumie się zgodność postępowania z prawidłami właściwego działania wynikającymi z wiedzy profesjonalnej⁵⁴. Standard postępowania lekarza został dla celów odpowiedzialności zobiektywizowany, co oznacza, że porównuje się określone zachowania do wzorca postępowania tzw. idealnego lekarza. Wzorzec ten jest określony regułami wiedzy fachowej charakterystycznej dla danej specjalności, a także, co w niniejszym przypadku ma znaczenie drugorzędne, poziomem wyposażenia danej placówki medycznej, w której świadczy lekarz (chodzi o dostępność środków i metod, o której stanowi art. 4 u.z.l.)⁵⁵.

- 53 Jeśli pacjenta łączy z lekarzem umowa podobna do umowy zlecenia (art. 750 kc.), której przedmiotem jest badanie, a następnie wydanie opinii, orzeczenia czy skierowania, jest możliwe przyjęcie odpowiedzialności z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (art. 471 kc.). Wówczas pacjent ma wybór w zakresie podstaw dochodzenia odpowiedzialności (art. 443 kc.). Przedmiotem odpowiedzialności nie może być jednak wydanie opinii czy orzeczenia o określonej treści, ponieważ byłoby to sprzeczne z zasadami prowadzenia działalności lekarskiej, w tym wydawania opinii zgodnie z zasadami określonymi w art. 4 u.z.l.
- 54 Zob. w szczególności B. Lewaszkiewicz-Patrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, PiM 1999, nr 1; M. Boratyńska, *Odpowiedzialność cywilna w zespole medycznym z udziałem pielęgniarek*, (w:) A. Górski, E. Sarnacka (red.), *Zagadnienia prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 16.
- 55 M. Boratyńska, *Odpowiedzialność cywilna w zespole medycznym z udziałem pielęgniarek*, op. cit., s. 16.

W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi standard ten wyznaczają także obowiązujące przepisy u.o.z.p., co ma znaczenie z punktu widzenia wykazania obiektywnego elementu winy, tj. bezprawności.

Wystawienie skierowania bez osobistego zbadania pacjenta – w świetle zaprezentowanych standardów prawnych – jest niewątpliwie zdarzeniem o charakterze bezprawnym. Można też twierdzić, że wina lekarza zostanie wykazana. Od osoby zajmującej się zawodowo orzekaniem (przypomnijmy, że lekarz był biegłym sądowym) można oczekiwać dobrej znajomości zasad opiniowania. Zestawienie postępowania tego lekarza z wzorcem należytej staranności w tego typu sprawach będzie skutkowało wypełnieniem elementu subiektywnego winy w postaci postawienia zarzutu nieprawidłowości zachowania (tzw. zarzucalności).

Następnie wykazania wymaga, że opisane naganne postępowanie lekarza pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą pacjenta. Jak sama nazwa wskazuje, odpowiedzialność odszkodowawcza w prawie cywilnym wymaga wykazania szkody w postaci uszczerbku w dobrach prawnie chronionych. Szkada ta może mieć zarówno charakter majątkowy, jak i niemajątkowy (krzywdy). W związku z opisywanym stanem faktycznym pacjent musiałby wykazać, że na skutek wystawienia tego typu skierowania doszło do powstania uszczerbku. Ponieważ ze stanu faktycznego nie wynika, jakie były dalsze konsekwencje wystawienia skierowania, można jedynie domniemywać, że ewentualny uszczerbek miałby charakter tzw. interesu idealnego⁵⁶. Interes tego typu musi mieć jednak charakter dobra osobistego, aby można było wdrożyć ochronę prawną, o której mowa w art. 24 czy 448 kc.⁵⁷ W szczególności nie stanowi o naruszeniu dobra osobistego sytuacja, gdy ktoś twierdzi, że doznał cierpienia psychicznego tylko z powodu nieprawidłowe-

56 Interes idealny utożsamiany jest z osobistymi przeżyciami uprawnionych ze względu na naruszenie ważnych dla nich wartości. Zob. szerzej T. Grzeszczak, *Dobro osobiste jako dobro zindywidualizowane*, (w:) P. Kostański, P. Podrecki, T. Targosz (red.), *Experientia docet. Księga jubileuszowa oferowana Pani Profesor Elżbiecie Traple*, Warszawa 2017, s. 876.

57 Przepis art. 24 kc. przewiduje w razie bezprawnego naruszenia dobra osobistego środki ochrony niemajątkowej (np. przeproszenie), podczas gdy przepis art. 448 kc. pozwala na formułowanie roszczenia o zasądzenie odpowiedniej sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia oraz roszczenia o zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Zob. szerzej M. Wałachowska, (w:) M. Habdas, M. Fras (red.), *Kodeks cywilny. t. III. Zobowiązania. Cześć ogólna (art. 353-534)*, Warszawa 2018, s. 716-720.

go zachowania innej osoby. Takie subiektywne ujęcie dobra osobistego zostało odrzucone, a w doktrynie prawa cywilnego przeważały poglądy, zgodnie z którymi samo oświadczenie powoda, że czuje się skrzywdzony zachowaniem pozwanego, nie wystarczy dla stwierdzenia naruszenia dobra osobistego⁵⁸. Konieczne jest zatem poddanie danego przypadku naruszenia ocenie dokonywanej przez pryzmat obiektywnego testu odczuć „uczciwego, rozsądnego oraz przeciętnego człowieka”, aby dać odpór roszczeniom osób nadwrażliwych czy pieniaczy⁵⁹.

W orzecznictwie SN przyjęto, że dobra osobiste powinny być ujmowane w kategoriach obiektywnych, jako wartości niemajątkowe, ściśle związane z człowiekiem, decydujące o jego bycie, pozycji w społeczeństwie, będące wyrazem odrębności fizycznej i psychicznej oraz możliwości twórczych. Muszą to być wartości powszechnie uznane w społeczeństwie i akceptowane przez system prawny. Dobra osobiste są wartościami nierozzerwalnie związanymi z człowiekiem, stanowiące o jego walorach, co wskazuje na ich bezwzględny charakter, towarzyszą przez całe życie, niezależnie od sytuacji, w jakiej on znajduje się w danej chwili⁶⁰.

Odnosząc powyższe rozważania do ewentualnego uszczerbku pacjenta powstałego z wyniku wydania skierowania bez osobistego jego zbadania, pojawia się problem identyfikacji naruszonego dobra. W szczególności powód powinien wykazać, że doszło do naruszenia jego zindywidualizowanego, osobistego interesu. Być może ewentualny uszczerbek należałoby ocenić w kategoriach naruszenia godności osobistej, ponieważ brak badania i wydanie skierowania do szpitala psychiatrycznego tylko na podstawie prośby rodziny sugeruje przedmiotowy sposób potraktowania pacjenta. Następnie wykazania wymaga, że negatywne odczucia powoda mają charakter zobiektywizowany, gdyż są wynikiem naruszenia określonej w przepisach u.o.z.p. zasady postępowania, nakazującej respekt dla autonomii i godności pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. To oznaczałoby, że interes powoda jest ważny i doniosły społecznie, a zatem zasługujący na ochronę.

58 Por. zestawienie poglądów doktryny prawa cywilnego dokonane przez: T. Grzeszczak, *Dobro osobiste jako dobro zindywidualizowane*, op. cit., s. 877-881.

59 *Ibidem*.

60 Tak SN w wyroku z dnia z 6.05.2010 r., II CSK 640/09, OSNC 2011, nr 1, poz. 4.

Na marginesie należy wskazać, że naruszenia innych dóbr osobistych dopatrywał się sąd w sprawie rozpatrywanej przez Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyrokiem z dnia 30.12.2013 r.⁶¹ gdzie uznano, że wydanie osobie nieuprawnionej zaświadczenia lekarskiego zawierające dane objęte tajemnicą lekarską w sytuacji, gdy nie zachodziły okoliczności uzasadniające zwolnienie z tej tajemnicy określone w art. 40 ust. 2 u.z.l.⁶² w zw. z art. 29 i 30 u.o.z.p., stanowi o naruszeniu dóbr osobistych pacjenta w postaci prawa do prywatności oraz prawa do pozostawania w tajemnicy danych wynikających z historii choroby⁶³.

W innej płaszczyźnie należy rozważyć kwestię dochodzenia sądowej ochrony dóbr osobistych w razie wydania opinii, ewentualnie orzeczenia, których treść – zdaniem powoda – wskazuje na naruszenie jego czci⁶⁴. Zgodnie z art. 24 kc. ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. Wykazanie zatem zgodnego z prawem postępowania przez lekarza psychiatrę (tj. wydania opinii na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zgodnie z zasadami obowiązującymi w tego typu sprawach) obala domniemanie bezprawności określone w wyżej zacytowanym przepisie, a tym samym uwalnia od odpowiedzialności. Ochrona dobra osobistego przysługuje nie w każdym przypadku jego naruszenia (zagrożenia), ale tylko w takich okolicznościach, gdy można postawić sprawcy zarzut zachowania niezgodnego z prawem lub zasadami słuszności (bezprawność)⁶⁵. Ostrożność w zakresie formułowania twierdzeń dotyczących zdrowia psychicznego jest szczególnie wskazana. W tym przypadku istotne staje się wzięcie odpowiedzialności za język, którym lekarz posługuje się w wydawanych opiniach i orzeczeniach. Nie ulega wątpliwości, że zakazane jest używanie

61 Sygn. I ACa 596/13, Legalis.

62 Przepis ten stanowi o zwolnieniu z tajemnicy, gdy tak stanowią inne przepisy prawa.

63 W niniejszej sprawie sąd przyjął, że doszło do zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm. Dalej w skrócie u.p.p.

64 W orzecznictwie przyjmuje się także, że godność osobista jest jednym z aspektów szerszego pojęcia, jakim jest cześć człowieka.

65 Wśród okoliczności uchylających bezprawność znajdujemy działanie w ochronie uzasadnionego interesu społecznego lub nawet interesu indywidualnego, godnego ochrony, zob. szerzej: A. Cisek, P. Machnikowski, (w:) E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2013, wyd. 5, s. 65; P. Sobolewski, (w:) K. Osajda (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. I, Warszawa 2013, s. 412-413.

zwrotów obrażających jakąkolwiek osobę, ponieważ niestosowne w danych okolicznościach sformułowania mogą stanowić o naruszeniu czci. Odnosząc się do problematyki zawarcia w opinii krytyki postępowania leczniczego innego lekarza, ewentualnie biegłego sądowego wydającego uprzednią opinię, warto zauważyć, że jeśli krytyka podjęta została w sposób rzetelny i rzeczowy i ma celu ochronę uzasadnionego interesu prywatnego, a także publicznego, to zdaniem Sądu Najwyższego wyłącza to bezprawność naruszenia dobra osobistego⁶⁶. Posiłkując się orzecznictwem ukształtowanym w sprawach dotyczących naruszenia dóbr osobistych poprzez tzw. krytykę prasową, wskazać jednocześnie należy, że działanie w obronie uzasadnionego społecznie interesu nie będzie wystarczające dla wyłączenia bezprawności, jeśli wypowiedzi będą o wyraźnie obraźliwym charakterze⁶⁷. Można więc przyjąć, że wyrażanie krytycznych, ale prawdziwych i wyważonych opinii jest prawnie dozwolone.

Na koniec pozostaje najbardziej problematyczna kwestia poniesienia odpowiedzialności z tytułu naruszenia dobra osobistego w postaci wolności w razie stwierdzenia bezpodstawności wykonania przymusowego badania, a następnie hospitalizacji psychiatrycznej. Dotychczasowe orzecznictwo SN wskazuje, że podmiotem odpowiedzialnym w takim wypadku jest szpital psychiatryczny za zatrudnionego w nim lekarza⁶⁸. Przy tym sporna jest w tym wypadku zarówno podstawa odpowiedzialności⁶⁹, jak i roszczenia⁷⁰. Dodatkowo podnosi się, że dyskusyjne jest

66 Tak SN w odniesieniu do krytyki prasowej w wyroku z 13.06.1997 r., I CKN 208/97, Legalis.

67 Zob. wyrok SN z 16.04.1999 r., II CKN 279/98, Legalis.

68 Zob. zwłaszcza wyrok SN z dnia 19.11.2015 r., IV CSK 792/14, Legalis; wyrok SN z dnia 9.07.2015 r., I CSK 524/15, Legalis.

69 Część doktryny upatruje odpowiedzialność szpitala w art. 417 kc., wskazując, że w tym wypadku mamy do czynienia z wykonywaniem władztwa publicznego, tak J. Ciechorski, *Odpowiedzialność szpitala psychiatrycznego za działania władcze na podstawie art. 417 kc.*, PiM 2015, nr 2, s. 151 i nast. Inni uznają, że szpital działa wyłącznie w sferze *dominium*, co oznacza, że wystarczające jest przyjęcie odpowiedzialności na podstawie ogólnych reguł zawartych w art. 415, 416, 430 kc., tak Z. Banaszczyk, *O odpowiedzialności za szkody wyrządzone pacjentom szpitali psychiatrycznych*, PiM 2015, nr 4, s. 47 i nast. Zob. też zestawienie poglądów innych przedstawicieli doktryny prawa oraz orzecznictwa dokonane przez S. Rovers, *Między dominium a imperium – o podstawie odpowiedzialności szpitala psychiatrycznego*, MoP 2018, nr 3.

70 Początkowo wskazywano na art. 448 kc., następnie uznano, że właściwszą podstawą jest art. 445 § 2 kc., co dodatkowo wskazuje na skomplikowaną mozaikę przepisów, dotyczącą dochodzenia roszczeń tytułem zadośćuczynienia w polskim systemie prawnym. Można dodać, że niewykluczone jest także zasądzenie zadośćuczynienia z tytułu naruszenia prawa do wyrażenia zgody na podstawie art. 4 u.p.p.

przyjmowanie przez sądy cywilne w sprawach odszkodowawczych niejako a priori bezprawności zachowania szpitala w razie orzeczenia przez sąd opiekuńczy o braku podstaw do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym⁷¹.

Ponieważ przedmiotem rozważań w niniejszej publikacji jest odpowiedzialność samego lekarza za naruszenie dóbr osobistych pacjenta, nie zaś szpitala psychiatrycznego, warto zauważyć, że spór dotyczący podstawy odpowiedzialności za bezpodstawne wykonanie przymusowego badania znacząco traci na ostrości. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w świetle art. 417 kc. odpowiedzialność w sferze imperium dotyczyć może wyłącznie osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych opisanych w art. 33¹ kc. Na podstawie tego przepisu nie może ponosić odpowiedzialności osoba fizyczna⁷².

W przypadku bezpodstawnego naruszenia wolności podstawą prawną odpowiedzialności lekarza nadal będzie cytowany art. 415 kc., zaś podstawą dochodzonego roszczenia art. 445 § 2 kc. Trudno bowiem nie przyznać racji SN, że pozbawienie wolności jest samoistną podstawą przyznania zadośćuczynienia, która ma stanowić formę rekompensaty za negatywne przeżycia psychiczne wiążące się z samym faktem bezpodstawnego pozbawienia wolności, opisywane jako głęboki dyskomfort psychiczny, poczucie utraty autonomii, uczucie bezradności, osamotnienia, niepokoju o sprawy osobiste. Jest to krzywda niezależna od uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia. Jeżeli zaś ujemne przeżycia związane z faktem pozbawienia wolności wpłynęły na pogorszenie stanu zdrowia, poszkodowanemu przysługiwałoby także roszczenie z art. 445 § 1 kc.⁷³

71 Zagadnienie to szeroko omawia z powołaniem się na orzecznictwo B. Janiszewska, *O skutkach stwierdzenia bezpodstawności hospitalizacji psychiatrycznej*, MoP 2016, nr 23; zob. także B. Janiszewska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, *O odszkodowawczych aspektach przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej*, PiM 2016, nr 2, s. 29 i nast.

72 W przypadku zarządzenia przymusowego badania psychiatrycznego nie w warunkach szpitala psychiatrycznego, odpowiedzialność może ponieść podmiot leczniczy, w którym zatrudniony jest lekarz wykonujący to badanie, zwłaszcza że zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego w tej sytuacji ocenia w terminie 3 dni kierownik podmiotu leczniczego, w którym ten lekarz pracuje (zob. art. 18 ust. 10 pkt 1 u.o.z.p.).

73 Tak w uzasadnieniu wyroku SN z 19.11.2015 r., IV CSK 792/14.

Wnioski

Podejmowane przez lekarzy czynności diagnostyczne mające na celu wydanie opinii, orzeczenia czy skierowania o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi mają nierazdko postać swoistej walki pacjenta z lekarzem. Pacjent psychiatryczny często bowiem nie widzi albo nie chce dostrzec swoich problemów psychicznych, a w konsekwencji sprzeciwia się podejmowanym wobec niego działaniom, uważając, że są skierowane przeciwko niemu. Stąd już niedaleko do sformułowania zarzutów o naruszenie dobra osobistego.

Jak pokazały przeprowadzone rozważania, obowiązujący system ochrony dóbr osobistych stara się wyważyć opisany tu dylemat i zabezpieczyć zarówno sytuację prawną lekarza, jak i pacjenta. Warto jeszcze raz podkreślić, że ochrona dobra osobistego – w myśl art. 24 kc. – przysługuje nie w każdym przypadku jego naruszenia, ale tylko w takich okolicznościach, gdy można postawić sprawcy zarzut zachowania niezgodnego z prawem lub zasadami słuszności. To zaś oznacza, że spełnienie przesłanek określonych w cytowanych przepisach dotyczących zasad opiniowania, orzekania i wydawania skierowań powinno skutkować bezpieczeństwem prawnym osób zajmujących się tymi czynnościami.