



Instytut Wymiaru Sprawiedliwości



**Ustawa o lekarzu sądowym:
analiza funkcjonowania, wnioski na przyszłość**

**dr hab. Błażej Kmiecik
Ewa Rejman**



Prawo podstawowe
Warszawa 2020

Spis treści

1. Uwagi wprowadzające	5
2. Cel oraz metoda analizy	6
3. Lekarze sądowi – stan obecny	7
4. Przykładowe regulacje w innych krajach europejskich	9
4.1. Wielka Brytania	9
4.2. Włochy	9
4.3. Niderlandy	10
4.4. Francja	11
5. Lekarze sądowi z perspektywy wybranych orzeczeń sądowych	11
5.1. Okoliczności losowe	11
5.2. Niedochowanie wymagań formalnych wzoru zaświadczenia	12
5.3. Weryfikacja rzetelności zaświadczenia wystawionego przez lekarza sądowego	13
5.4. Moment przedstawienia zaświadczenia od lekarza sądowego	14
5.4.1. Postępowanie cywilne	14
5.4.2. Postępowanie karne	14
5.5. Przedstawienie zaświadczenia wystawionego przez lekarza niebędącego lekarzem sądowym jako podstawa odroczenia rozprawy	15
5.6. Przedstawienie zaświadczenia lekarskiego niespełniającego wymogów	15
5.7. Przedstawienie zaświadczenia od lekarza sądowego a wniosek o przywrócenie terminu	16
5.8. Zaświadczenie o stanie zdrowia dla cudzoziemców przebywających poza granicami	16
5.9. Zaświadczenie od lekarza sądowego a status świadka koronnego	16
5.10. Zaświadczenie dla osób pozbawionych wolności	17
6. Lekarze sądowi – charakterystyka specjalizacji	19
7. Przyczyny kryzysu instytucji lekarza sądowego	21
7.1. Brak prestiżu funkcji lekarza sądowego	21
7.2. Brak dostatecznego wynagrodzenia lekarzy sądowych	24

4 USTAWA O LEKARZU SĄDOWYM: ANALIZA FUNKCJONOWANIA, WNIOSKI NA PRZYSZĘŁOŚĆ

8. Wnioski <i>pro futuro</i> oraz <i>de lege ferenda</i>	26
8.1. Zwiększenie liczebności ekspertów wykonujących działania lekarzy sądowych	26
8.2. Perspektywa pozytywna	29
8.3. Perspektywa negatywna	30
8.4. Dodatkowe propozycje zmian	30
9. Wnioski końcowe	32

1. Uwagi wprowadzające¹

Relacja istniejąca pomiędzy prawem i medycyną ma szczególne znaczenie. Rzeczywistości te wzajemnie się przenikają. Z jednej strony, w sposób nieustanny dostrzegamy coraz większe zainteresowanie świata medycznego zjawiskami prawnymi, w sposób bezpośredni odnoszące się np. do zasad wykonywania zawodu przez przedstawicieli zawodów medycznych². Z drugiej strony natomiast, widzimy coraz silniejsze zainteresowanie światem medycznym przedstawicieli zawodów prawniczych, dla których wiedza specjalistyczna, jaką prezentują eksperci zajmujący się tematem ochrony zdrowia, ma kluczowy charakter³. Ostatni z wymienionych elementów kieruje nas wprost do instytucji lekarza sądowego, a więc eksperta, który na mocy ustawy o lekarzu sądowym⁴ (dalej u.l.s.) powołany został do dokonywania oceny przypadków „dotyczących usprawiedliwiania niestawienia się z powodu choroby, na wezwanie lub zawiadomienie sądu lub organu prowadzącego” zarówno postępowanie karne, jak i postępowanie cywilne (por. art. 2 u.l.s.).

Wstępna analiza zadań, jakie zostały powierzone lekarzom sądowym, wskazuje na ich szczególny charakter. To przywołani eksperci wypowiadają się w kwestii możliwości uczestniczenia danej osoby w postępowaniu sądowym. Dokonana przez nich ocena stanu zdrowia wskazanego podmiotu działań procesowych stanowi trudny do przecenienia materiał pozwalający na usprawiedliwienie bądź też brak usprawiedliwienia absencji osoby wzywanej przez określony organ. W tym miejscu należy wskazać na drugą, tzn. medyczną perspektywę. Działanie lekarzy sądowych ogranicza się bowiem wyłącznie do dokonania diagnozy stanu zdrowia oraz wydania „zaświadczenia” potwierdzającego „zdolność albo niezdolność do stawienia się na wezwanie lub zawiadomienie organu uprawnionego”. Aktywność ta odnosi

¹ Jeden z fragmentów pracy powstał przy współdziałaniu dr. Michała Jankowskiego, dokonującego analiz w omawianym temacie.

² M. Skrzypek, *Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 4, s. 376–377; M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 3–4; P. Miller, *Konstruowanie tożsamości ratownika górskiego: analiza symboliczno-interakcjonistyczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2010, t. 6, nr 1, s. 17–18.

³ Szeroka analiza omawianego zagadnienia dotyczy zwłaszcza funkcji biegłego. Zob. B. Lewandowski (red.), *Biegły w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2016.

⁴ Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz.U. Nr 123, poz. 849 ze zm.).

się zatem do wskazanej w art. 2 ust. 1 (*in fine*) ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry⁵ (dalej: u.z.l.) działalności orzeczniczej wskazanych ekspertów.

2. Cel oraz metoda analizy

Zapoznając się z aktualną sytuacją dotyczącą przywołanej grupy ekspertów, dostrzec można pojawienie się rosnącego kryzysu w zakresie możliwości sprawnego korzystania z usług oferowanych przez lekarzy sądowych:

- a) na pierwszy plan wysuwa się brak dostatecznej liczby lekarzy sądowych;
- b) kolejny istotny obszar rozważań i analiz dotyczy braku we wskazanym gronie reprezentantów części specjalności medycznych, którzy na podstawie własnej wiedzy oraz doświadczenia klinicznego mogliby dokonać najtrafniejszej oceny sytuacji zdrowotnej badanej osoby, zgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej;
- c) jako następny element należy wskazać brak istnienia obecnie swoistej ścieżki naukowej przygotowującej już na etapie studiów przyszłych lekarzy sądowych do pełnienia wskazanej funkcji;
- d) ostatni kontekst analizy kieruje nas w stronę wzoru zaświadczenia potwierdzającego zdolność albo niezdolność do stawienia się uczestników postępowania z powodu choroby, na wezwanie lub zawiadomienie sądu, lub innego uprawnionego organu.

Poniżej podjęta zostanie próba ukazania przyczyn wskazanych powyżej problemów oraz wyzwań, przed którymi stoi instytucja lekarza sądowego. Jednocześnie przedstawione zostaną konkretne możliwości modyfikacji zmierzających w stronę pozytywnych zmian funkcjonowania omawianej instytucji. Tym samym celem poniższego opracowania jest zwrócenie uwagi na przyczynę problemu oraz możliwości jego skutecznego rozwiązania. Proponowane działania opierać się będą przede wszystkim na znanych naukach prawnym, w tym socjologii prawa, metodach badawczych: analizie dokumentów formalnych, w tym aktów prawnych oraz orzeczeń sądowych, analizie treści przekazów masowych, w tym zwłaszcza doniesień medialnych, analizie treści literatury przedmiotu oraz analizie materiałów informacyjnych dotyczących instytucji lekarza sądowego⁶.

⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.).

⁶ Na temat ww. metod zob. A. Bator (red.), *Wprowadzenie do nauk prawnych. Leksykon tematyczny*, Warszawa 2008, s. 24–25; M. Lisowska-Magdziarz, *Dyskurs – semiotyka – wspólnota interpretacyjna. W stronę modelu zintegrowanego instrumentarium badań nad zawartością mediów (zaproszenie do dyskusji)*, „Global Media Journal-Polish Edition” 2006, nr 1, s. 3; A. Podgórecki, *Socjologia prawa*, Warszawa 1962, s. 53; A. Pieniążek, M. Stefaniuk, *Socjologia prawa – zarys wykładu*, Kraków 2003, s. 135; zob. także N. Goodman, *Wstęp do socjologii*, Poznań 2001, s. 34–35.

3. Lekarze sądowi – stan obecny

Dokonując analizy możliwości skorzystania przez obywateli z usług lekarzy sądowych, przede wszystkim należy się odnieść do dostępnych publicznie informacji dotyczących omawianych ekspertów. Zagadnienie zdrowia – także w kontekście postępowania sądowego – ma nieuchronnie kluczowy charakter. Obecnie istnieje wręcz nieograniczona liczba źródeł informacji, jakie w omawianym kontekście dana osoba może uzyskać. Z całą pewnością głównym obszarem poszukiwań jest Internet, zapewniający łatwość oraz szybkość uzyskania konkretnych danych⁷. Chcąc dotrzeć do materiałów odnoszących się do działań, jakie podejmują lekarze sądowi, bez trudu natrafiamy na informacje, które prezentowane są w poszczególnych miastach na oficjalnych portalach internetowych sądów rejonowych, okręgowych oraz apelacyjnych⁸. Jak wskazano w art. 2 ust. 1 u.l.s., to prezes sądu okręgowego zawiera „umowę o wykonywanie czynności lekarza sądowego”. W znacznej większości z przeanalizowanych 20 serwisów internetowych polskich sądów okręgowych (SO) zastosowano zbliżoną do siebie metodykę prezentacji informacji:

- ogólne wyjaśnienie, kim jest lekarz sądowy;
- wskazanie podstaw prawnych jego działania oraz obecnie obowiązujących aktów normatywnych dotyczących przywołanego specjalisty, w tym zwłaszcza rozporządzeń;
- wzory dokumentów do wypełnienia;
- lista lekarzy sądowych wraz ze specjalizacją, jaką posiadają oraz aktualnym kontaktem;
- niejednokrotnie pojawiają się ogłoszenia dla ekspertów chcących pełnić podobną funkcję⁹.

Zapoznając się z listami lekarzy sądowych, dostrzec można wyraźną dysproporcję. Oto kilka przykładów¹⁰:

- w serwisie SO w Zielonej Górze wskazano nazwisko tylko 1 lekarza sądowego, z którym kontakt został czasowo ograniczony z racji sytuacji epidemiologicznej w kraju;
- w serwisie SO w Szczecinie wskazano nazwiska 7 lekarzy sądowych;
- w serwisie SO w Warszawie wskazano nazwiska 13 lekarzy sądowych;
- w serwisie SO w Kielcach wskazano nazwiska 31 lekarzy sądowych;
- w serwisie SO w Katowicach wskazano nazwiska 6 lekarzy sądowych;
- w serwisie SO w Lublinie wskazano nazwiska 28 lekarzy sądowych.

⁷ Szeroką analizę w tym obszarze proponuje A. Łaska-Formejster, która w ramach swojej pracy badawczej zdecydowała się przeanalizować sposób uzyskiwania przez pacjenta informacji w sieci, w tym informacji dotyczących posiadanych uprawnień. Zob. A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Łódź 2015, s. 22–24.

⁸ Wpisując frazę „lekarz sądowy”, w wyszukiwarce internetowej otrzymujemy m.in. informacje dotyczące lekarzy współpracujących z sądem, możliwości kontaktu z poszczególnymi medykami, wskazane są również ogólne informacje dotyczące lekarzy sądowych.

⁹ W ramach poszukiwania informacji uwaga została skupiona na sądach okręgowych większych ośrodków miejskich, najczęściej miast będących stolicami województw.

¹⁰ Stan analizy i daty dostępu do stron internetowych wymienionych w pracy na dzień 15 czerwca 2020 r.

Dokonując podstawowej analizy statystycznej w obszarze dostępności do omawianej grupy specjalistów, zauważyć należy istotną dysproporcję w liczbie lekarzy sądowych współpracujących z poszczególnymi SO. Z całą pewnością zróżnicowanie to powiązane jest z ogólną liczbą lekarzy pracujących w danym mieście bądź województwie. Istotną zmienną mogłaby być również wielkość danego miasta. Czynniki te jawią się jednak jako elementy dalekie od decydujących. Jako przykład może posłużyć lista lekarzy sądowych w SO w Krakowie, na której wymieniono 12 specjalistów. W znacznie mniejszym ośrodku miejskim, jakim jest Lublin, dostrzegamy już w podobnym wykazie ponad dwa razy więcej lekarzy sądowych (28). Co równie interesujące, w Kielcach wskazano, że z SO współpracuje 31 lekarzy sądowych. To właśnie w stolicy Województwa Świętokrzyskiego działania lekarza sądowego podejmuje najwięcej ekspertów, choć w porównaniu z latami ubiegłymi widać tendencję spadkową: w 2009 r. było 42 specjalistów¹¹. Ze zdziwieniem w tym kontekście dostrzec można, że zarówno w SO w Warszawie¹², jak i w SO w Przemyślu wskazano taką samą liczbę lekarzy sądowych (13). Pierwsze z miast jest stolicą kraju i blisko dwumilionową metropolią, w której przyszłych lekarzy kształcą obecnie trzy uczelnie. Drugie natomiast zamieszkuje nieco ponad 60 tys. mieszkańców. W Przemyślu nie ma ponadto medycznej uczelni posiadającej kierunek lekarski. Najbliższą placówką akademicką tego typu jest oddalony o blisko 100 km Uniwersytet Rzeszowski, który posiada Kolegium Nauk Medycznych, kształcące od 2015 r. przyszłych lekarzy (Uniwersytet ten nie wypromował jeszcze pierwszych absolwentów tego kierunku)¹³. Warto odnotować w tym miejscu, że SO w Rzeszowie wskazał jedynie dwóch współpracujących lekarzy sądowych.

Jak widać, dysproporcja związana z liczbą lekarzy w poszczególnych, większych, polskich ośrodkach miejskich jest znacząca. Trudno w sposób jednoznaczny dostrzec, jaka jest przyczyna podobnego zróżnicowania. Wskazane przykłady pokazują, że wielkość danego miasta nie ma znaczenia w odniesieniu do omawianego zjawiska zróżnicowania. Dostępność lekarzy może być czynnikiem mającym w tym kontekście istotne znaczenie. Mowa zwłaszcza o obecności w danym mieście/województwie ośrodka akademickiego kształcącego lekarzy. Założenie to jest niestety nie do obrony. W SO w Koszalinie zwrócono uwagę, że współpracę podjęło 6 lekarzy sądowych, a więc tyle samo, ile w Katowicach. Pierwsze ze wskazanych miast jest nie tylko znacznie mniejsze od wymienionej jako druga siedziby Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii, ale ponadto nie ma kształcącego lekarzy ośrodka akademickiego,

¹¹ Wykaz lekarzy sądowych uprawnionych do wystawiania zaświadczeń potwierdzających zdolność albo niezdolność do stawienia się na wezwanie lub zawiadomienie sądu lub organu prowadzącego postępowanie karne uczestników postępowania z powodu choroby dla obszaru właściwości Sądu Okręgowego w Kielcach, http://www.ora.kielce.pl/data/Pliki/39_Wykaz_lekarzy_s_dowych.pdf.

¹² Co interesujące, w internetowych materiałach sądów powszechnych na terenie Warszawy-Pragi nie przedstawiono listy omawianej tutaj grupy specjalistów: Zob. Biuletyn Informacji Publicznej Sąd Okręgowy Warszawa – Praga w Warszawie, <http://warszawapraga.so.gov.pl/pliki/file/lekarze%20s%C4%85dowi/2018/lekarze%20s%C4%85dowi%2018-01-2018.pdf>.

¹³ Kolegium Nauk Medycznych, Rys historyczny, Uniwersytet Rzeszowski, <https://www.ur.edu.pl/kolegia/kolegium-nauk-medycznych/kolegium/o-kolegium>.

choćby zbliżonego w swej formie do Śląskiego Uniwersytetu w Katowicach. Skala ww. zróżnicowania nie pozwala na znalezienie jednego, decydującego czynnika, który wpływa na liczbę lekarzy sądowych podejmujących w danym obszarze współpracę z poszczególnymi Sądami Okręgowymi.

4. Przykładowe regulacje w innych krajach europejskich

4.1. Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii uczestnik postępowania w celu usprawiedliwienia swojej nieobecności z powodu choroby przedstawia zaświadczenie od lekarza medycyny, nie musi być to jednak lekarz sądowy. Odpowiednie zaświadczenie stanowi przesłankę odroczenia rozprawy¹⁴.

Należy jednak podkreślić, że Sąd nie jest związany przedstawionym zaświadczeniem lekarskim w stopniu absolutnym. W przypadku uzasadnionych wątpliwości może wezwać lekarza do przedstawienia dodatkowego dowodu lub nawet nie wziąć zaświadczenia pod uwagę, jeśli uzna je za niewystarczające (R. v Ealing Magistrates Court Ex p. Burgess (2001) 165 J.P. 82). Może się tak stać w szczególności, gdy z natury schorzenia pozwanego lub oskarżonego wynika, że nie uniemożliwia ono dotarcia na rozprawę (np. w przypadku złamanej ręki), lub że choroba z dużym prawdopodobieństwem będzie utrzymywać się przez niemożliwy do zidentyfikowania czas (np. w wypadku depresji lub zaburzeń lękowych).

4.2. Włochy

We włoskim prawie szczególnie mocno podkreśla się obowiązek zeznawania w charakterze pozwanego lub świadka, jednakże nie zrównuje się go z obowiązkiem osobistego stawiennictwa niezależnie od okoliczności (art. 198 włoskiego kodeksu postępowania karnego i art. 250 włoskiego kodeksu postępowania cywilnego).

Zgodnie z prawem uczestnik postępowania może nie pojawić się przed sądem z „usprawiedliwionego” powodu. Dozwolone jest także niejako „samo-poświadczenie” przyczyny niemożności pojawienia się, ujęte w tzw. autocertyfikacie. Zaleca się jednak, aby były do niego dołączone dowody usprawiedliwiające nieobecność, w szczególności zaświadczenia od lekarza. Uczestnik postępowania powinien w miarę możliwości jak najszybciej poinformować sąd o swojej nieobecności. W uzasadnionych przypadkach sędzia może samodzielnie ocenić zasadność powodów podanych w autocertyfikacie i w razie uznania ich za nieprawdziwe

¹⁴ Criminal Practice Directions, CPD I General matters: 5C Issue of medical certificates. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2016/04/CPD-2015-consolidated-with-amendment-no-1.pdf>

(„uzyskane podstępem”) podjąć decyzję o wymierzeniu kary grzywny od 30 do 516 euro lub o karze pozbawienia wolności do 6 lat (art. 366 włoskiego kodeksu karnego).

Także włoskie orzecznictwo prezentuje dość liberalne podejście w kwestii absencji – zgodnie z nim w określonych sytuacjach powodem do usprawiedliwienia nieobecności przed sądem może być nawet zarezerwowana na długo wcześniej wycieczka¹⁵.

W procedurze karnej oskarżony, który chce wziąć udział w procesie, ale nie może z powodu „uzasadnionej przeszkody”, ma możliwość wnioskowania o odroczenie rozprawy. Jednakże sytuacja oskarżonego różni się zasadniczo od sytuacji świadka – przyczyna jego nieobecności musi być obiektywnie poważna. Przykładowo, za przyczynę można uznać poważne problemy zdrowotne, ale nie będą nią już obowiązki zawodowe (art. 420 ter włoskiego kodeksu postępowania karnego).

4.3. Niderlandy

W Niderlandach lekarzem wystawiającym zaświadczenie potwierdzające niemożność stawienia się w sądzie jest lekarz ogólny (*General Practitioner*).

W procedurze karnej w przypadku, w którym oskarżony nie może stawić się na rozprawie z powodu choroby i zwraca się z wnioskiem o zawieszenie postępowania, sędzia co do zasady powinien uwzględnić ten wniosek, umożliwiając mu tym samym aktywny udział w sprawie. Jednakże, w szczególnych okolicznościach, kiedy sąd uznałby, że przełożenie rozprawy uniemożliwi lub poważnie zagrozi rozstrzygnięciu sprawy w rozsądnym terminie, może rozstrzygnąć o prowadzeniu rozprawy pomimo nieobecności oskarżonego¹⁶.

Podkreśla się również, że z uwagi na to, iż fakt choroby wiąże się z wieloma ograniczeniami, ciężar dowodu w tym przypadku nie powinien być nadmierny¹⁷. W uzasadnionych przypadkach przesłanką przełożenia rozprawy może być nawet informacja telefoniczna o chorobie oskarżonego¹⁸. Odnosi się to w szczególności do sytuacji nagłych i niemożliwych do przewidzenia, w których jednocześnie nie powinno się odmawiać prawa do aktywnego uczestnictwa w procesie¹⁹.

¹⁵ G. Pappa, *Autocertificazione giustificazione assenza udienza tribunale*, La Legge per Tutti – Informazione e consulenza legale, https://www.laleggepertutti.it/272153_autocertificazione-giustificazione-assenza-udienza-tribunale.

¹⁶ Wyrok Sądu Najwyższego: HR 9 mei 2000, LJNAA5730, NJ 2002/466, <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:HR:2000:AA5730>.

¹⁷ Hoge Raad in HR 21 april 2009, LJNBH5171, NJ 2009/323, <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:HR:2009:BH5171>.

¹⁸ Wyrok Sądu Najwyższego: HR, 7 december 2010, ECLI:NL:HR:2010:BO0083, <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:HR:2010:BO0083>.

¹⁹ Wyrok Sądu Najwyższego: HR 12 mei 2015, ECLI:NL:HR:2015:123.

4.4. Francja

We Francji w procedurze cywilnej nie istnieje obowiązek osobistego stawiennictwa. Zasadą jest obowiązek stawienia się osobiście lub bycia reprezentowanym przez adwokata. W określonych przypadkach sąd może jednak uznać, że obecność samego adwokata nie jest wystarczająca i wymagać osobistego stawiennictwa uczestnika.

W procedurze karnej w przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności sąd może dalej procedować sprawę, lub – w zależności od swojego uznania – zdecydować się na odroczenie rozprawy. To drugie rozwiązanie przyjmuje się najczęściej wtedy, gdy potencjalna kara byłaby wyższa niż dwa lata pozbawienia wolności.

Nieobecność oskarżony powinien usprawiedliwić, przedstawiając odpowiednie zaświadczenie lekarskie potwierdzające jego niezdolność do przybycia na rozprawę. Wówczas sąd podejmuje decyzję o odroczeniu rozprawy. Dysponuje tu jednak marginesem uznania – w szczególnych okolicznościach może przeprowadzić rozprawę pomimo otrzymania zaświadczenia lekarskiego²⁰.

5. Lekarze sądowi z perspektywy wybranych orzeczeń sądowych

Wprowadzenie instytucji lekarza sądowego w założeniu miało na celu usprawnienie postępowań cywilnych i karnych poprzez ujednoczenie zasad usprawiedliwiania nieobecności i zarazem uwiarygodnienie zasadności przedstawianych zaświadczeń. Ustawodawca dążył również do zminimalizowania potencjalnych konfliktów pomiędzy organami sądowymi i prokuratorskimi a uczestnikami postępowania chcącymi usprawiedliwić nieobecność.

W praktyce pojawiły się jednak wątpliwości związane ze stosowaniem przepisów ustawy o lekarzu sądowym, które stały się przedmiotem orzeczeń sądowych. Poniżej zaprezentowane zostały te najbardziej znaczące.

5.1. Okoliczności losowe

Problem pojawia się w przypadku uczestnika postępowania, który przebywa za granicą i w związku z tym nie ma dostępu do lekarza sądowego. Co do zasady, nie poniesie on negatywnych konsekwencji swojego niestawiennictwa, pod warunkiem przedstawienia odpowiedniego zaświadczenia od lekarza miejscowego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia

²⁰ Za: https://justice.ooreka.fr/astuce/voir/679599/convocation-devant-le-tribunal?fbclid=IwARohwTh_EwfSVYxHzqIn6_yQieCLmoGbTDepxVyDqsF5fco7qh5HPMbaRcQ.

28 czerwca 2017 r., IV KK 468/16²¹). Zgodnie z wykładnią Sądu Najwyższego brak jest podstaw do uznania, że art. 117 §2a Kodeksu postępowania karnego²² (dalej: k.p.k.) wymagający usprawiedliwienia niestawiennictwa zaświadczeniem pochodzącym od lekarza sądowego, należy stosować bezwzględnie. Zgodnie z wykładnią celowościową regulacja ta miała za zadanie zdyscyplinowanie stron procesu „w celu zapobieżenia wykorzystywaniu przez nie powodów zdrowotnych do stosowania swoistej taktyki procesowej o znamionach obstrukcji”. W żadnym razie nie chodziło o automatyczną eliminację strony z aktywnego udziału w procesie.

Warunek usprawiedliwienia nieobecności oskarżonego na rozprawie poprzez przedłożenie sądowi zaświadczenia lekarskiego pochodzącego od lekarza sądowego aktualizuje się bowiem dopiero wówczas, gdy strona nie uprawdopodobni wystąpienia okoliczności niezależnych od oskarżonego, które uniemożliwiają usprawiedliwienie nieobecności zgodnie z wymogami stawianymi przez art. 117 § 2a k.p.k. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2017 r., IV KK 468/16).

Zgodnie z przytoczonym orzeczeniem Sądu Najwyższego choroba przechodzona za granicą powinna być zakwalifikowana jako okoliczność losowa dająca postawę do zastosowania raczej art. 117§ 2 k.p.k., który stanowi, że czynności nie przeprowadza się, jeżeli osoba uprawniona nie stawiała się, a brak dowodu, że została o niej powiadomiona, oraz jeżeli zachodzi uzasadnione przypuszczenie, że niestawiennictwo wynikło z powodu przeszkód żywiołowych lub innych wyjątkowych przyczyn, a także wtedy, gdy osoba ta usprawiedliwiła należycie niestawiennictwo i wnosi o nieprzeprowadzanie czynności bez jej obecności, chyba że ustawa stanowi inaczej.

5.2. Niedochowanie wymagań formalnych wzoru zaświadczenia

Przyjmuje się, że wzór zaświadczenia określony w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2008 r. w sprawie wzoru zaświadczenia wystawianego przez lekarza sądowego oraz wzoru rejestru wystawionych zaświadczeń²³ wydanym na podstawie delegacji ustawowej z art. 15 ust. 7 u.l.s. ma charakter techniczno-organizacyjny i zawiera normy adresowane do lekarza sądowego. W związku z tym ewentualne sankcje z powodu niedochowania wymogów formalnych mogą być skierowane wyłącznie przeciwko osobie wystawiającej zaświadczenie w niewłaściwej formie. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 2015 r., IV KK 56/15²⁴, nie mogą one dotyczyć pacjenta ani też wpływać na

²¹ OSNKW 2017, nr 12, poz. 68.

²² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (obecnie tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 30 ze zm.).

²³ Dz.U. Nr 14, poz. 86.

²⁴ OSNKW 2015, nr 11, poz. 92.

samą ważność wystawionego zaświadczenia w perspektywie regulacji procesowych, o ile tylko zaświadczenie takie zawiera informacje niezbędne do ustalenia, że niestawiennictwo danej osoby należy uznać za usprawiedliwione z uwagi na chorobę stwierdzoną przez lekarza sądowego – wynika to z nieobciążania strony kontrolą prawidłowości wykonywania przez lekarza sądowego obowiązków wyznaczonych mu przez wspomniane rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2008 r.

5.3. Weryfikacja rzetelności zaświadczenia wystawionego przez lekarza sądowego

Stanowisko lekarza sądowego w sprawie możliwości stawiennictwa osoby badanej na rozprawie – choć nie ma waloru decyzji wiążącej organy procesowe, to jednak stanowi kluczową przesłankę podejmowanej decyzji o usprawiedliwieniu bądź nieusprawiedliwieniu nieobecności, a więc o prowadzeniu bądź nieprowadzeniu dalszych czynności procesowych.

W związku z tym organ ma możliwość zbadania rzetelności wystawionego zaświadczenia. Należy tu jednak podkreślić, że podstawy takiego działania powinny być racjonalne i znajdować oparcie w konkretnych okolicznościach. Wątpliwości nie mogą być automatycznie rozstrzygane w sposób niekorzystny dla strony, ale powinny być przedmiotem weryfikacji procesowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2015 r., SDI 24/15²⁵).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego, nie negując prawa organu procesowego do badania rzetelności zaświadczenia wystawionego przez lekarza sądowego, nie próbuje się jednak dowolności w tym zakresie, zwłaszcza dokonywania przez wspomniany organ ocen odmiennych od treści tego zaświadczenia. Weryfikacja rzetelności zaświadczenia wystawionego przez lekarza sądowego wymaga wiedzy medycznej, zatem przemawia za zasięgnięciem opinii biegłych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 maja 2018 r., II KK 23/18²⁶).

Dodać należy, że zaświadczenie wydane przez lekarza sądowego stanowi dokument, który może być poddany ocenie po zamknięciu rozprawy w trybie przewidzianym w art. 224 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego²⁷ (dalej: k.p.c.), a w razie stwierdzenia na jego podstawie, że odmowa odroczenia rozprawy była nieuzasadniona – sąd otworzyłby zamkniętą rozprawę i kontynuował postępowanie, co pozwoliłoby zapobiec wydaniu orzeczenia w warunkach nieważności postępowania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2011 r., V CSK 302/10²⁸).

²⁵ LEX nr 1755915.

²⁶ LEX nr 2509590.

²⁷ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (obecnie tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 1575 ze zm.).

²⁸ OSNC-ZD 2012, nr A, poz. 14.

5.4. Moment przedstawienia zaświadczenia od lekarza sądowego

5.4.1. Postępowanie cywilne

Przyjmuje się, że art. 214¹ § 1 k.p.c. nie wymaga dla usprawiedliwienia nieobecności strony na rozprawie z powodu choroby jednoczesnego złożenia wniosku o odroczenie rozprawy i zaświadczenia lekarza sądowego. Dopuszczalne jest więc uzupełnienie uprawdopodobnionego wniosku o odroczenie rozprawy poprzez późniejsze przedłożenie zaświadczenia lekarza sądowego. Możliwość tę przyjmuje się przede wszystkim w przypadkach nagłych lub niespodziewanych, takich jak np. nieprzewidziany przebieg choroby czy pobyt w szpitalu (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 stycznia 2019 r., V ACa 1620/17²⁹).

5.4.2. Postępowanie karne

Co do zasady, zgodnie z art. 117 § 2a k.p.k. usprawiedliwienie niestawiennictwa na rozprawę z powodu choroby powinno każdorazowo następować na podstawie zaświadczenia wystawionego przez lekarza sądowego, co nie oznacza niedopuszczalności przedłożenia stosownego dokumentu w terminie późniejszym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 2017 r., II KK 237/17³⁰).

Przeprowadzenie rozprawy pod nieobecność oskarżonego spowodowaną obiektywnymi przyczynami natury zdrowotnej potwierdzonymi zaświadczeniem lekarskim wydanym przez lekarza sądowego *ex post*, i przeprowadzenie bez jego udziału podstawowych dowodów świadczących o sprawstwie oraz nieponowienie tych dowodów, stanowi rażąco naruszenie prawa oskarżonego do obrony, uzasadniające orzeczenie kasatoryjne w oparciu o przesłankę z art. 439 § 1 pkt 11 k.p.k. Decyzja sądu o przeprowadzeniu rozprawy pod nieobecność oskarżonego wyłącznie z powodu braku zaświadczenia wydanego przez lekarza sądowego na chwilę przeprowadzenia rozprawy, zwłaszcza gdy w inny sposób uprawdopodobniona zostanie niemożność stawienia się na rozprawę, nawet gdy jest formalnie poprawna, to stanowi skrajny formalizm i jako taka nie może być zaakceptowana (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 stycznia 2016 r., II AKa 248/15³¹).

²⁹ LEX nr 2668779.

³⁰ LEX nr 2337348.

³¹ LEX nr 2041784.

5.5. Przedstawienie zaświadczenia wystawionego przez lekarza niebędącego lekarzem sądowym jako podstawa odroczenia rozprawy

Uprawdopodobnienie przez stronę, niereprezentowaną przez profesjonalnego pełnomocnika faktu choroby uniemożliwiającej stawienie się do sądu zaświadczeniem lekarskim wystawionym przez lekarza niebędącego lekarzem sądowym, powinno w określonych sytuacjach stanowić przyczynę odroczenia rozprawy. Choć strona jest zobowiązana do przedstawienia zaświadczenia wystawionego przez lekarza sądowego, jednakże by Sąd mógł z niespełnienia tego obowiązku wyciągnąć negatywne konsekwencje, powinien w tym przypadku pouczyć ją o istnieniu tego obowiązku i skutkach jego nieprzestrzegania. W takiej sytuacji sąd wzywa stronę do przedstawienia zaświadczenia odpowiadającego wymogom art. 214¹ k.p.c. potwierdzającego niemożność stawienia się w sądzie i poucza zarówno o treści tego przepisu, jak i skutkach jego naruszenia w trybie art. 5 k.p.c.

Naruszenie powyższych przepisów prowadzi do pozbawienia pozwanego możliwości obrony praw w rozumieniu art. 379 pkt 5 k.p.c., skutkującym nieważnością postępowania i uzasadnia rozstrzygnięcie w oparciu o art. 386 § 2 k.p.c. (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 2015 r., I CZ 107/14³²).

5.6. Przedstawienie zaświadczenia lekarskiego niespełniającego wymogów

Przedstawienie zaświadczenia lekarskiego niespełniającego wymogów wymaga każdorazowo analizy wszystkich istotnych okoliczności sprawy. Egzekwowanie od uczestników postępowania należytego usprawiedliwiania niestawiennictwa nie może być bowiem bezrefleksyjne. W niektórych przypadkach nawet niespełniające wymogów zaświadczenie lekarskie jasno wskazuje, że z uwagi na charakter schorzenia zainteresowany rzeczywiście nie był w stanie stawić się na rozprawę (posiedzenie), jak też, że moment zaistnienia niedyspozycji mógł mu utrudnić skontaktowanie się z lekarzem sądowym. W takim wypadku słuszne będzie zaniechanie prowadzenia czynności i wezwanie danej osoby do niezwłocznego dostarczenia prawidłowego zaświadczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r., IV KK 114/16³³).

³² LEX nr 1645252.

³³ LEX nr 2046079.

5.7. Przedstawienie zaświadczenia od lekarza sądowego a wniosek o przywrócenie terminu

Przepisy ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym „stosuje się w przypadkach dotyczących usprawiedliwiania niestawiennictwa z powodu choroby, na wezwanie lub zawiadomienie sądu lub organu prowadzącego postępowanie [...] stron, ich przedstawicieli ustawowych, pełnomocników, świadków, oskarżonych, obrońców i innych uczestników postępowania” (art. 1 ust. 2u.l.s.) – treść przywoływanego przepisu jest więc jednoznaczna.

W konsekwencji, brak jest podstaw, by stosować go również do potwierdzenia przyczyn wskazujących istnienie przeszkód w dokonaniu czynności procesowych, w tym złożenia w terminie wniosku o sporządzenie na piśmie i doręczenie uzasadnienia wyroku, a więc w tych przypadkach zaświadczenie wydawane przez lekarza sądowego nie jest wymagane (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2010 r., IV KZ 3/10³⁴).

Obowiązek przedstawienia zaświadczenia lekarza sądowego dotyczy wyłącznie usprawiedliwienia niestawiennictwa na wezwanie lub zawiadomienie sądu (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2008 r., III CZ 37/08³⁵).

5.8. Zaświadczenie o stanie zdrowia dla cudzoziemców przebywających poza granicami

Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym nie przewiduje specjalnego trybu wystawiania zaświadczenia o stanie zdrowia dla cudzoziemców przebywających poza granicami, co czyni wątpliwym możliwość realizacji wymogu określonego w art. 11 tej ustawy (osobiste zbadanie uczestnika postępowania).

W tym wypadku wydaje się jednak, że istnieje możliwość skorzystania z uregulowania przewidzianego w art. 12 ust. 4 u.l.s., i wydanie zaświadczenia przez lekarza sądowego na podstawie udostępnionej mu dokumentacji lekarskiej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2010 r., V KK 376/09³⁶).

5.9. Zaświadczenie od lekarza sądowego a status świadka koronnego

Osoba posiadająca status świadka koronnego podlega zarówno wielu uwarunkowaniom, jak i obowiązkom, łączącym się z tego typu sytuacją procesową, np. koniecznością uczestnictwa w wielu procesach karnych powodujących znaczne obciążenie psychiczne, co ma wpływ na zindywidualizowaną ocenę sytuacji przez sąd.

³⁴ OSNwSK 2010, nr 1, poz. 619.

³⁵ OSNC-ZD 2010, nr A, poz. 5.

³⁶ LEX nr 590304.

Przedłożenie przez takiego świadka zaświadczenia lekarskiego spełniającego wszystkie wymagania przewidziane przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2008 r. w sprawie wzoru zaświadczenia wystawianego przez lekarza sądowego oraz wzoru rejestru wystawionych zaświadczeń jest niemożliwe, gdyż doprowadziłoby do dekonspiracji okoliczności chronionych, takich jak nowe nazwisko świadka i jego adres (por. postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 16 maja 2012 r., II AKz 296/12³⁷).

5.10. Zaświadczenie dla osób pozbawionych wolności

Zgodnie z art. 1 ust. 3 u.l.s. jej przepisów nie stosuje się do osób pozbawionych wolności, których usprawiedliwianie niestawiennictwa z powodu choroby regulują odrębne przepisy.

Kompetencje lekarza sądowego w stosunku do osób pozbawionych wolności należą do podmiotu, o którym mowa w art. 115 § 4 Kodeksu karnego wykonawczego³⁸ („Świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności”). Zaświadczenie potwierdzające zdolność albo niezdolność stawienia osoby pozbawionej wolności wystawia więc wyznaczony przez kierownika podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności lekarz zatrudniony lub lekarz pełniący służbę w tym zakładzie, na podstawie pisemnego wezwania lub zawiadomienia sądu lub organu prowadzącego postępowanie karne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 stycznia 2012 r., II KK 206/11³⁹).

Określony w przytoczonym przepisie tryb usprawiedliwiania niestawiennictwa tych osób dotyczy zarówno postępowania karnego, jak i postępowania cywilnego.

Warto zaznaczyć, że do usprawiedliwienia nieobecności nie jest wystarczające stwierdzenie choroby u pozbawionego wolności, ale konieczne jest również ustalenie, iż z jej powodu nie może on wziąć udziału w czynności procesowej. Takie usprawiedliwienie uniemożliwia przeprowadzenie tej czynności tylko wtedy, gdy obecność osoby pozbawionej wolności była obowiązkowa lub osoba ta wносиła o dopuszczenie do czynności, będąc uprawnioną do wzięcia w niej udziału⁴⁰.

³⁷ LEX nr 1220222.

³⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (obecnie tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 523 ze zm.).

³⁹ OSNKW 2012, nr 6, poz. 56.

⁴⁰ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2017, LEX/el. 2011.

Tabela 1. Wykaz specjalizacji lekarzy sądowych wykonujących swoje zadania w największych miastach wojewódzkich.

Specjalizacja	Medycyna pracy	Choroby wewnętrzne/ medycyna rodzinna	Psychiatria	Ginekologia- położnictwo	Chirurgia	Stomatologia	Neurologia	Inne	SUMA
Rzeszów			2						2
Olsztyn		2		1					3
Zielona Góra	1								1
Jelenia Góra		3				1	2		6
Kielce		28			1			3	31
Katowice		3	1	2					6
Warszawa	1	9			1	1		1	13
Przemysł		7			6				13
Toruń		3						1	4
Łódź		20		1	5			1	27
Koszalin		5						1	6
Gdańsk		13	1	1	4		2		21
Szczecin		3		3		1			7
Lublin	1	16	1	1	5	2	1	1	28
Poznań	1	6	2	1	4		2	4	20
Bydgoszcz		1	1		1	1			4
Kraków		9			1			2	12
Wrocław		5			1	1			7
Białystok		6		3	1	1	1	1	13
Częstochowa		3			2		1	1	7
Ogółem	4	142	8	13	31	8	9	16	231

6. Lekarze sądowi – charakterystyka specjalizacji

Zapoznając się z materiałami z poszczególnych miast, dostrzec można również konkretne trendy dotyczące specjalizacji reprezentowanych przez poszczególnych lekarzy sądowych. Warto zatrzymać się nad tym zagadnieniem, dokonując stosownej analizy⁴¹.

Analiza dokumentów przedstawionych przez Sądy Okręgowe 20 największych miast w Polsce ukazuje następujący stan faktyczny odnoszący się przede wszystkim do posiadanej przez lekarzy sądowych specjalizacji. Łącznie doliczyć się można 231 lekarzy sądowych, z czego ponad 50% to specjaliści chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej (61,47%). Najczęściej to jednak ich przedstawiciele pracują w Poradniach Opieki Zdrowotnej, a podmiotami ich interwencji są częstokroć osoby wymagające wsparcia w zakresie „medycyny ogólnej”: taki termin pada w omawianych dokumentach. W gronie tym znaleźli się również: pediatrzy, kardiologowie oraz alergologowie, którzy często łączą wskazane profesje medyczne z pracą internisty. Drugą najliczniejszą grupę stanowią chirurdzy (są wśród nich ortopedzi, neurochirurdzy, największą grupę stanowią chirurdzy ogólni) – jest ich 32 (13%). W badanych wykazach dostrzec można również 8 stomatologów i 8 psychiatrów (3,4%) oraz 9 neurologów (3,8%), a także 10 ginekologów-położników (4,3%). Jest także 4 reprezentantów medycyny pracy (1,7%). Analizując omawiane dokumenty, natrafiamy na 16 innych ekspertów. Reprezentują oni takie specjalizacje, jak: okulistyka, anestezjologia, gastroenterologia, onkologia kliniczna, otolaryngologia, patomorfologia, medycyna sądowa, choroby zakaźne, organizacja ochrony zdrowia (7%)⁴².

Dokonując oceny ukazanej powyżej sytuacji, ponownie zauważamy wyraźną dysproporcję. Ponad połowa lekarzy sądowych specjalizuje się w szeroko pojętej internie. Nieco ponad 1/3 ekspertów to chirurdzy. Z całą pewnością niewystarczająca jest liczba psychiatrów, którzy mają możliwość rzeczywistej i profesjonalnej oceny stanu zdrowia psychicznego uczestnika postępowania. Mowa tutaj oczywiście nie o zagadnieniu poczytalności, ale możliwości uczestniczenia w dalszym, np. sądowym, postępowaniu.

Podsumowując tę część analizy, należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:

- a) Mając na względzie wskazaną już dysproporcję liczbową w zakresie reprezentacji w gronie lekarzy sądowych poszczególnych specjalizacji, trudno uznać wskazaną sytuację w swej istocie za niepokojącą. W gronie tych lekarzy ponad połowa z nich zajmuje się najczęściej występującymi w praktyce medycznej schorzeniami dotyczącymi szeroko pojętej interny.

⁴¹ Materiały w tabeli, analiza własna.

⁴² Wyniki te korelują z wnioskami, jakie nasuwają się w związku z oceną najczęściej wybieranych specjalizacji przez lekarzy. Por. *Zapotrzebowanie na kadry medyczne, Analiza obecnej sytuacji, model planowania kadr medycznych*, Fundacja im. Lesława A. Pagi, s. 8, https://paga.org.pl/wp-content/uploads/2020/01/raport_wersja_final.pdf.

- b) Ponad 30% specjalistów z omawianej grupy dotyka z kolei problemów wprost kierujących nas w stronę praktyki zabiegowej.
- c) W grupie tej znaczącą jest liczba ginekologów-położników szczególnie istotnych w sprawach dotyczących postępowań sądowych, w których biorą udział kobiety.
- d) Jako niewystarczającą można uznać reprezentację psychiatrów, którzy mogliby dokonać stosownej oceny stanu zdrowia psychicznego danej osoby, pod kątem jej ewentualnej usprawiedliwionej nieobecności w trakcie działań przewidzianych w stosownym postępowaniu. Wniosek ten – choć słuszny – warto uzupełnić o istotne spostrzeżenie. Obowiązująca w Polsce od 1994r. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego⁴³ wskazuje w art. 21, że każdy lekarz ma możliwość dokonania badania psychiatrycznego pacjenta. Przywołany tutaj akt prawny przewiduje podobne działania w związku z ewentualną koniecznością podjęcia interwencji wobec osoby doświadczającej zaburzeń psychicznych. Działając w myśl zasady *Qui licet quod est plus utique quod est minus*, można dojść do przekonania, że np. specjalista chorób wewnętrznych ma kompetencje do oceny, czy np. pacjent doświadczający zaburzeń nastroju może być uczestnikiem działań procesowych. Warto tutaj także przypomnieć, że ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zwłaszcza w kontekście zgody na zabieg, umożliwi każdemu lekarzowi posiadającemu stosowne kompetencje (w tym przypadku chirurgiczne) ocenę kondycji psychicznej pacjenta pod kątem możliwości wyrażenia przez niego niebudzącej wątpliwości akceptacji⁴⁴. Oczywiście jest, że działania takie (o charakterze diagnostycznym) podejmowane są w sytuacjach niecierpiących zwłoki. Bazując na powyższym, można dojść do wniosku, że badanie psychiatryczne przeprowadzone przez nie psychiatrę w ramach czynności podejmowanych przez lekarza sądowego powinno być również potraktowane jako wyjątkowe. Pamiętać jednak należy, że każdy lekarz musiał przed otrzymaniem dyplomu zdobyć kompetencje w zakresie psychiatrycznego badania pacjenta⁴⁵.

Dokonując oceny obecnej sytuacji pod kątem zabezpieczenia wymiaru sprawiedliwości w dostateczną liczbę lekarzy sądowych, dostrzec trzeba inne, wskazane już wcześniej niepokojące zjawisko, tj. niewystarczającą w wielu miejscach Polski liczbę ekspertów. Zdążają się bowiem sytuacje, że w dużych miastach umowy z lokalnym SO podpisało zaledwie kilku lekarzy. Próbuując ustalić przyczynę tego zjawiska, konieczne jest zwrócenie uwagi na kilka elementów, które jawią się jako jego bezpośrednia przyczyna.

⁴³ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 685).

⁴⁴ Zob. szerzej na temat zgody pacjenta – K. Baron, *Zgoda pacjenta*, „Prokuratura i Prawo” 2010, nr 9, 2010, s. 42–43; Ł. Sokołowski, K. Różański, *Zgoda pacjenta jako kontratyp cywilnoprawnej odpowiedzialności deliktowej lekarza*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2012, nr 2, s. 191–192; S. Pużyński, *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne i prawne*, Warszawa 2015, s. 36.

⁴⁵ Standardy kształcenia dla kierunku studiów: Kierunek Lekarski, Jednolite studia magisterskie, http://www.rgnisw.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013_05/2bc697c11e142d4eaae83b154d37cc8e.pdf oraz B. Kmieciak [w:] *Regulacje prawne w systemie ochrony zdrowia psychicznego*, red. B. Kmieciak, Warszawa 2019, s. 15.

7. Przyczyny kryzysu instytucji lekarza sądowego

Niedostateczną liczbę lekarzy sądowych współpracujących z wymiarem sprawiedliwości uznać trzeba z całą pewnością za objaw kryzysu. Jak zwrócono bowiem uwagę, w Polsce są obecne miejsca, w których to jest nie tylko niedostateczna liczba omawianych specjalistów, ale również natrafiamy na miasta, w których jest ich zdecydowanie za mało. Są ponadto ośrodki miejskie, w których spotykamy wyłącznie lekarzy określonej specjalności (np. internistów), którzy nie mają kompetencji, by wypowiedzieć się np. w kwestiach chirurgicznych. Dokonanie pogłębionego badania omawianego zagadnienia nie jest łatwe. Już bowiem w tym miejscu trzeba wskazać, że instytucja lekarza sądowego nie jest aktywnością uznawaną w jakiegokolwiek mierze za prestiżową. Brak jest pogłębionych analiz omawianego zagadnienia. Nie spotykamy również odrębnych badań naukowych dotyczących wskazanej profesji prawno-medycznej. Z całą jednak pewnością widzimy kilka istotnych elementów, które mogą się przyczyniać do istnienia omawianego kryzysu. Dla jasności przekazu warto przedstawić następujące uwagi w formie odrębnych podpunktów.

7.1. Brak prestiżu funkcji lekarza sądowego

Poszukując informacji dotyczących instytucji lekarza sądowego, dostrzegamy kilka istotnych aspektów. Przede wszystkim należy wskazać, że jest to obszar badawczy, który nie spotkał się jak dotąd z szerszym zainteresowaniem ze strony doktryny oraz judykatury. Jak dotąd wydany został jeden komentarz do ustawy o lekarzu sądowym⁴⁶. Próżno jednak szukać ożywionej dyskusji naukowej w tym obszarze. Brak również wyspecjalizowanych ośrodków, katedr lub zakładów, które zajmowałyby się na uczelniach wyższych wskazanym obszarem. Na polskich uniwersytetach medycznych natrafiamy na jednostki zajmujące się problematyką orzeczeń oraz zagadnieniem opiniowania. Konteksty te dotyczą jednak problemów orzekania o niepełnosprawności bądź zdolności do pracy, odnoszą się również do wątku opiniowania medyczno-sądowego wprost związanego z rolą biegłego.

Beata Tobiasz-Adamczyk zwraca uwagę na kilka istotnych elementów wprost związanych z pojawieniem się chęci bądź też niechęci do wykonywania danego zawodu. Są nimi:

- możliwości podnoszenia kwalifikacji, awansu zawodowego, rozwoju zawodowego (kariery);
- pozycja społeczna, jaką daje wykonywanie tej pracy;
- korzystne warunki socjalne;
- prestiż społeczny, jakim odznacza się instytucja medyczna;

⁴⁶ K. Flaga-Gieruszyńska, A. Klich, *Ustawa o lekarzu sądowym. Komentarz*, Warszawa 2013.

- zakres kontaktów międzyludzkich w środowisku pracy;
- czas pracy;
- wynagrodzenie⁴⁷.

Pierwsze trzy elementy w zasadzie są trudne do skojarzenia z funkcją, jaką przyjmuje na siebie lekarz sądowy. Zadanie lekarza sądowego jawi się jako proste w swym charakterze (zwłaszcza w kontekście innych, złożonych działań medycznych). Specjalista ten nie spotyka się ze skomplikowanymi problemami natury klinicznej. Zadaniem lekarza sądowego jest udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące możliwości usprawiedliwienia nieobecności danej osoby w trakcie danego postępowania formalnego prowadzonego w szczególności przez sąd. Przed specjalistą wykonującym podobne działanie nie zostają postawione żadne wielowątkowe wyzwania natury merytorycznej. Nie musi odwoływać się on do medycznej literatury przedmiotu bądź skomplikowanych procedur znanych z doświadczenia klinicznego. Rzadko zapewne konieczne jest również skonsultowanie danego przypadku z innym specjalistą. Dzieje się tak natomiast w momencie, w którym swoją rolę zaczyna wypełniać biegły. Znane są sprawy, które wywołały ożywione dyskusje wśród klinicystów odnoszące się np. do problemu czytelności sprawcy⁴⁸. Z całą pewnością działania lekarza sądowego oraz biegłego łączą się ze sobą w tym sensie, że odnoszą się do szeroko pojętych działań nieterapeutycznych, do których realizacji powołany został lekarz. Jak wskazuje E. Zielińska, działania owego specjalisty mają w tym względzie charakter władczy „w tym sensie, że albo kreują określoną sytuację prawną (np. akt zgonu), albo stwarzają dla ich adresatów określone prawa (np. orzeczenia dotyczące stanu zdrowia)”⁴⁹. Realizacja zadań lekarza sądowego nie wiąże się jednak w tym kontekście z pojawieniem się szczególnego uprzywilejowania pod-

⁴⁷ Uwagi dostrzeżone [w:] J. Wójcik, *Lekarz Zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*, Katowice 2018, s. 58.

⁴⁸ Przykładem może być głośna sprawa A. Breivika, który w 2011r. dopuścił się masowego morderstwa blisko 80 osób. Tomasz Szafranski, cytując Lars Siersbak Nilsson z Psychiatric Centre Hvidovre Uniwersytetu w Kopenhadze, stwierdził, iż postawienie ostatecznej diagnozy ww. osoby ukazało istotny kryzys psychiatrii. T. Szafranski przypomniał, że „pierwszy zespół biegłych wydał opinię stwierdzającą, że Breivik cierpi na schizofrenię paranoidalną. Jednakże 13 stycznia 2012, w atmosferze nacisku opinii publicznej, Sąd Rejonowy w Oslo zlecił kolejną opinię. Drugi zespół medycznych ekspertów orzekł w niej, że nie stwierdza u Breivika objawów psychotycznych. Ich zdaniem Breivik cierpi na narcystyczne zaburzenia osobowości z cechami antisocjalnymi i nie był w chwili popełniania zarzucanych mu czynów osobą nieporozumiałą” – T. Szafranski, *Breivik i kryzys psychiatrii*, „Psychiatria” 2014, nr 7, s.9.

⁴⁹ E. Zielińska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, LEX 2014, komentarz do art. 2 u.z.l., teza 11. W publikacji tej wskazano również inne podstawy podejmowania przez lekarza działań orzeczniczych. Wykonywanie zawodu lekarza może polegać na wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Wydawanie opinii ma np. związek z występowaniem lekarza przed sądami w charakterze biegłego (art. 193 k.p.k., art. 278 k.p.c.), z udzieleniem konsultacji medycznej na prośbę innego lekarza lub pacjenta (np. w trybie art. 33 ust. 2, art. 34 ust. 7, art. 35 u.z.l.). Uprawnienie lub obowiązek lekarza w zakresie wydawania orzeczeń lekarskich może wynikać z komentowanej ustawy i polegać na orzekaniu o stanie zdrowia pacjenta w związku z prowadzonym leczeniem (art. 42 u.z.l.) lub o zdolności osób podlegających kwalifikacji wojskowej do czynnej służby wojskowej (art. 49 u.z.l.). Ustawa uprawnia też lekarza do stwierdzenia zgonu (art. 43 u.z.l.). Obowiązek wydawania orzeczeń może również wynikać z innych przepisów (zob. E. Zielińska w: *Ustawa o zawodach lekarza...*, komentarz do art. 42 u.z.l.). Na przykład o orzekaniu o niezdolności do pracy na potrzeby Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 53 ze zm.).

miotu świadczącego wskazane usługi. Z całą pewnością lekarz postawiony zostaje w tym miejscu w pozycji władzy. Nadużycie jednak tej władzy wiązać się może z pojawieniem się odpowiedzialności po stronie lekarza. To bowiem po jego stronie należy podjęcie działań, które w pełni będą korelować z nałożonymi na niego zobowiązaniami formalnymi⁵⁰. Warto także pamiętać, że wykonywanie funkcji lekarza sądowego nie wiąże się z żadnymi dodatkowymi profitami formalnymi i pozaformalnymi:

- osoba ta nie wkracza w żadną rolę zawodową, która wiązałaby się z pojawieniem się awansu, lub też nakreśleniem nowej ścieżki zawodowej,
- zdobyte doświadczenie nie jest w żadnej mierze istotne dla dalszej pracy klinicznej,
- lekarz sądowy nie występuje publicznie z podobną afiliacją, nie jest ona dla niego źródłem jakiegokolwiek prestiżu lub uznania.

Wskazany wątek prestiżu odwołuje nas ponownie do kluczowych kontekstów wykonywania zawodu przez lekarza, na które zwróciła uwagę B. Tobiasz-Adamczyk. Z całą pewnością osoby wykonujące omawiany zawód medyczny są niejako „przyzwyczajone” do jego prestiżowego charakteru: jest on związany m.in. z koniecznością odbycia długich, trudnych oraz wymagających studiów oraz szkoleń⁵¹. Analizy prowadzone przez badaczy społecznych wskazują, że zawód lekarza przez większą część drugiej połowy XX wiekucieszył się w Polsce nieustannym prestiżem⁵². W polskich badaniach z zakresu socjologii medycyny to właśnie profesja lekarska spotyka się z najczęstszym zainteresowaniem. Analizy prowadzone w szeroko rozumianej grupie zawodów medycznych wskazują, że to lekarze spotykają się w niej z największym uznaniem (w ostatnich latach zbliżyli się do nich w liczbie pozytywnych ocen także fizjoterapeuci). Jako interesujące należy w tym miejscu zauważyć, iż źródłem prestiżu zawodowego jest doświadczenie uznania ze strony pacjentów⁵³. Warto jednak w tym miejscu dodać, że prestiż ten wskazywany jest w wynikach badań jako element, o który korporacja zawodowa powinna się troszczyć w sposób szczególny. Przedstawiany jest on jako jeden z elementów wzmacniających środowisko medyków. Ponadto, na co zwraca uwagę D. Byczkowska, prestiż zawodu lekarza wiąże się ściśle z trudnością zdobycia wykształcenia medycznego. Im trudniej je zdobyć, tym bardziej prestiżowa profesja⁵⁴. Nie można jednak w tym miejscu zapomnieć, że wysoka społeczna ocena zawodu lekarza wynika również z dostrzegania przez badanych jego misji. Zawód lekarza nadal bywa uznawany za przeznaczony dla ludzi doświadczających powołania do pełnienia pięknej roli⁵⁵. Reasumując zatem powyższe rozwa-

⁵⁰ Wyrok SN z dnia 11 czerwca 2015 r., IV KK 56/15, OSNKW 2015, nr 11, poz. 92.

⁵¹ Por. H. Domański, Z. Sawiński, K.M. Słomczyński, *Prestiż zawodów w obliczu zmian społecznych: 1958–2008*, „Studia Socjologiczne” 2010, nr 4, s. 58.

⁵² H. Domański, Z. Sawiński, K.M. Słomczyński, *Prestiż...*, s. 85.

⁵³ E. Janus, K. Filar-Mierzwa, *Prestiż wybranych zawodów medycznych w opinii reprezentantów tych zawodów*, „Medycyna Pracy” 2019, nr 5, s. 590 i 593.

⁵⁴ D. Byczkowska, *Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2006, nr 2, s. 107.

⁵⁵ K.M. Wyrzykowska, K. Zawadzka, *Wybrańcy czy ofiary losu? Kilka uwag o prestiżu zawodowym osób wykonujących profesje muzyczne w Polsce*, „Pogranicze. Studia społeczne” 2018, t. 34, s. 156. Kryterium powołania

zania, trzeba podkreślić, że specjalistyczny charakter profesji lekarskiej wpływa na wysoki poziom jego prestiżu.

Wskazane przez B. Tobiasz-Adamczyk kryteria wpływające na chęć wykonywania zawodu przez lekarza odnoszą się również do takich zjawisk, jak: forma i zakres kontaktów w pracy, czas pracy oraz wynagrodzenie (któremu warto poświęcić nieco więcej miejsca). Spostrzeżenia te aktualnie można odnieść do determinantów szczęścia lekarzy. Zapoznając się z wynikami badań, które były przeprowadzone w 2017r., możemy dostrzec, że najistotniejszymi dla lekarzy są: rozwój personalny, wynagrodzenie oraz pomoc innym i uznanie⁵⁶. Bez trudu można zauważyć, że żadnego z tych kryteriów nie da się przypisać osobom wykonującym zadania lekarza sądowego. Jak wskazano, jego działania nie są dla niego źródłem istotnej wiedzy, nie mają związku z pojawieniem się konkretnych komunikatów zwrotnych wskazujących na wysoki poziom udzielonej pomocy, nie pozwalają również dojść do wniosku, że przyjęta funkcja ma np. szczególne uznanie w środowisku lekarskim.

7.2. Brak dostatecznego wynagrodzenia lekarzy sądowych

Kryzys w funkcjonowaniu instytucji lekarza sądowego wprost powiązany jest z kwestią sposobu, a przede wszystkim ustalonego poziomu wynagradzania tych lekarzy⁵⁷. Negatywne konteksty wynagrodzenia lekarzy za podejmowane przez nich funkcje orzecznicze to wątek, który rozpoznany jest od pewnego czasu również w kontekście wypełniania swojej roli przez biegłych oraz przez lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

W pierwszym przypadku wskazuje się przede wszystkim na – często ogromną – dysproporcję pomiędzy nakładem pracy włożonym przez biegłego w danej sprawie a uzyskanym przez niego w wyniku powyższych działań zarobkiem⁵⁸. Podobną sytuację obserwujemy w ZUS, który w swoich serwisach internetowych regularnie informuje o licznych wakatach na stanowiskach lekarzy orzeczników. Co interesujące, we wskazanym urzędzie proponuje się lekarzom dogodne warunki pracy, w tym ruchomy czas pracy, podnoszenie kwalifikacji

dostrzeżone zostało również w gronie nauczycieli, którzy w 2013r. wyprzedzili w prestiżu zawodowego lekarza Zob. D. Walczak, *Prestiż zawodu nauczyciela w percepcji różnych aktorów życia szkoły*, „Studia z Teorii Wychowania” 2016, t.7, s. 99 oraz A. Cybulska, *Prestiż zawodów*, Warszawa 2013, s. 2.

⁵⁶ Dokument: *Lekarze w badaniach opinii społecznej 2017*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018, s. 2 i 6.

⁵⁷ Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog): *myślę, że wszystkie wymienione przez Panią czynniki mają wpływ na postawy zawodowe lekarzy. Oczywiście najważniejsza wydaje się być relacja z pacjentami, jednak satysfakcja z pracy również jest ważna, bez niej nawet najlepsze relacje z pacjentami tracą znaczenie. Zarobki również mają znaczenie, żeby lekarze mogli mieć satysfakcję z pracy zawodowej powinni dostawać godziwe wynagrodzenie za swój trud [...] cyt. J. Wójcik, *Lekarz...*, s. 100.*

⁵⁸ M. Stelmach, *Zaliczka nie rozwiąże problemu braku biegłych lekarzy sądowych*, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/zdrowie/biegli-lekarze-sadowi-zaliczka-nie-rozwiaze-problemu-ich-braku,419377.html>. Zob. też. P. Rojek-Socha, *Biegli nadal problemem sądów – konieczne zmiany*, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/biegli-sadowi-w-polsce-sa-niekompetentni-potrzeba-reformy-tej,351678.html>.

oraz wynagrodzenie w wysokości średnio 9000zł brutto. Jak jednak zaznaczają znawcy materii, niedobory personalne w gronie lekarzy orzeczników wynikają z dwóch czynników:

1. ogólnej, małej liczby lekarzy w Polsce;
2. niskiej pensji proponowanej przez ZUS⁵⁹.

Porównanie opisanej rzeczywistości z warunkami współpracy, jakie proponuje się lekarzom sądowym, skłania do sformułowania wniosku wskazującego, że niskie zarobki, jakie proponuje się im w ramach współpracy z wymiarem sprawiedliwości stanowią jeden z głównych czynników wpływających na niskie zainteresowanie tą funkcją. W art. 18 u.l.s. przedstawione zostały ogólne zasady wynagradzania lekarzy sądowych. Skonstruowana została również delegacja ustawowa do rozporządzenia ukazującego przywołaną materię w sposób dokładniejszy. Podstawowa historyczno- prawna analiza wydanych dotąd aktów wykonawczych zwraca uwagę na brak istotnych, pozytywnych zmian dotyczących wynagradzania lekarzy sądowych. Po pierwsze trzeba przypomnieć, że w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 stycznia 2008 r. w sprawie wynagrodzenia przysługującego lekarzowi sądowemu i trybu finansowania tego wynagrodzenia oraz zwrotu kosztów dojazdu, a także wzoru zestawienia wystawionych zaświadczeń⁶⁰ w § 2 zwrócono uwagę, że lekarzowi przysługuje za wydanie zaświadczenia wynagrodzenie w wysokości 80 zł. Na podstawie nowelizacji wspomnianego rozporządzenia⁶¹ kwota ta została zmieniona na 100 zł. Trzeba także dodać, że zarówno przepisy ustawowe, jak i akty wykonawcze formułują konkretne zasady uzyskania tego wynagrodzenia, a także otrzymania zwrotu dodatkowo poniesionych kosztów. Nie jest to zatem wynagrodzenie, które „towarzyszy” pensji, którą lekarz uzyskuje, pracując w poradni lub szpitalu.

Analizując dostępne publicznie dokumenty, w tym listy lekarzy sądowych, trudno w sposób jednoznaczny odpowiedzieć na pytanie: kiedy lekarz sądowy wykonuje swoją funkcję. W dokumentach tych wskazywane są adresy poradni lekarskich. Nie wiadomo jednak, czy lekarz realizuje swoje sądowe zadania w trakcie pracy w poradni, czy też po jej zakończeniu. Odpowiedź na to pytanie jest istotna z perspektywy uzyskanego dochodu przez medyka.

Mając na względzie powyższe spostrzeżenia, trzeba zaznaczyć, że od ośmiu lat kwota wynagrodzenia lekarzy sądowych nie była waloryzowana. Ponadto jej wysokość prawdopodobnie nie stanowi ani zachęty do działania, ani konkurencji w stosunku do aktywności podejmowanych w ramach np. realizacji zadań lekarza specjalisty.

⁵⁹ Zob. wypowiedź T. Laskowskiego w P. Szewioła, *Orzecznicy pilnie potrzebni. ZUS stara się łątać dziury jak może*, „Gazeta Prawna” z dnia 31 października 2019 r., <https://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/1437540,brakuje-lekarzy-orzecznikow-zus.html>.

⁶⁰ Dz.U. Nr 14, poz. 85.

⁶¹ Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 listopada 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wynagrodzenia przysługującego lekarzowi sądowemu i trybu finansowania tego wynagrodzenia oraz zwrotu kosztów dojazdu, a także wzoru zestawienia wystawionych zaświadczeń (Dz.U. poz. 1317).

8. Wnioski *pro futuro* oraz *de lege ferenda*⁶²

8.1. Zwiększenie liczebności ekspertów wykonujących działania lekarzy sądowych

Celem ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym jest zapewnienie większej kontroli nad zaświadczeniami lekarskimi usprawiedliwiającymi nieobecność na rozprawie albo stwierdzającymi niemożność uczestniczenia w innych czynnościach postępowania, jak również doprowadzenie do uwzględniania w praktyce sytuacji, w których chora osoba nie może wprawdzie wykonywać pracy, a pomimo to mogłaby stawić się na rozprawie lub uczestniczyć w czynności procesowej. Jest to ważne wobec konieczności zapewniania sprawności postępowań, w tym zwłaszcza przeciwdziałania ich przewlekłości. Cel ten został w sposób wyraźny dostrzeżony w judykaturze. Jak wskazano w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2015 r., SDI 24/15⁶³: „Stanowisko lekarza sądowego co do możliwości stawiennictwa badanej osoby na rozprawie nie ma wprawdzie waloru decyzji wiążącej organy procesowe, ale stanowi podstawową przesłankę podejmowanej decyzji o usprawiedliwieniu bądź nieusprawiedliwieniu nieobecności, a tym samym o prowadzeniu bądź nieprowadzeniu dalszych czynności procesowych. Organ procesowy ma prawo zbadać rzetelność wystawionego zaświadczenia. Jednakże podstawy do powzięcia wątpliwości co do tej rzetelności powinny być racjonalne i uzasadnione konkretnymi okolicznościami”.

Warto zauważyć, że w poprzednim stanie prawnym (por. rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 czerwca 2003 r. w sprawie warunków i trybu usprawiedliwiania niestawiennictwa oskarżonych, świadków i innych uczestników postępowania karnego z powodu choroby oraz sposobu wyznaczania lekarzy uprawnionych do wystawiania zaświadczeń potwierdzających niemożność stawienia się na wezwanie lub zawiadomienie organu prowadzącego postępowanie⁶⁴, dalej rozporządzenie w sprawie usprawiedliwiania niestawiennictwa albo r.s.u.n.) osiągnięcie tych celów było również możliwe. Lekarze uprawnieni, wymienieni w § 2 ust. 1 r.s.u.n, wydawali zaświadczenia na specjalnym formularzu (załącznik do rozporządzenia w sprawie usprawiedliwiania niestawiennictwa), po okazaniu wezwania lub zawiadomienia organu postępowania, a tym samym zdawali sobie sprawę z celu zaświadczenia, tj. usprawiedliwienia nieuczestniczenia w czynności, co mogło nie być tożsame z niezdolnością do wykonywania pracy. Lekarz wydający zaświadczenie po przeprowadzeniu badania wpisywał treść wydanego orzeczenia do dokumentacji medycznej osoby badanej (§ 4 r.s.u.n.).

Tym samym różnica pomiędzy „lekarzem uprawnionym” a „lekarzem sądowym” polega – w istocie rzeczy – na obowiązku tego ostatniego prowadzenia rejestru wydanych zaświadczeń, co ułatwia ich kontrolę. Wydaje się, że pozostałe różnice (w tym zwłaszcza wymagania

⁶² Prezentowana część powstała przy współudziale dr Michała Jankowskiego.

⁶³ LEX nr 1755915.

⁶⁴ Dz.U. Nr 110, poz. 1049.

określone w art. 5 ust. 1 u.l.s.) mają charakter tylko formalny, jeśli zaś nie, w każdym razie nie mają fundamentalnego znaczenia.

Co do rejestru, o którym jest mowa w ustawie o lekarzu sądowym i który ma znaczenie przy stwierdzeniu, że zaświadczenie zostało istotnie wystawione przez osobę uprawnioną (elementarna kontrola eliminująca fałszerstwa), należy zauważyć, że nie jest on niezbędny, gdyż można wykorzystać elektroniczny system ZUS⁶⁵, po jego stosownym zmodyfikowaniu – włączeniu do tego systemu zaświadczeń na formularzach określonych w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości oraz stworzeniu dostępu do systemu ZUS dla sądów i innych organów postępowania.

Zaświadczenie „sądowe” powinno mieć odrębną formę, a mianowicie być wystawiane na druku takim samym lub podobnym do określonego w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2008 r. w sprawie wzoru zaświadczenia wystawianego przez lekarza sądowego oraz wzoru rejestru wystawionych zaświadczeń albo przynajmniej na druku (obecnie nieobowiązującym) określonym w załączniku do rozporządzenia w sprawie usprawiedliwiania niestawiennictwa. Należy dodać, że lekarz ma wtedy świadomość możliwości skontrolowania wydanego zaświadczenia także przez biegłego sądowego.

Największym problemem jest obecnie brak wystarczającej liczby lekarzy sądowych, w tym zwłaszcza lekarzy specjalistów. Wydaje się, że kwestii tej nie można rozwiązać bez podwyższenia stawki wynagrodzenia za wydawane zaświadczenie, co jawi się jako trudne. Nie ma jednak innych bodźców, które skłaniałyby lekarzy do wykonywania obowiązków lekarza sądowego, choćby dlatego, że funkcja ta ani nie jest prestiżowa, ani nie przyczynia się do rozwoju kariery zawodowej lekarza. Jednakże nie ma chyba przeciwwskazań, by zaświadczenia „sądowe” mogli wystawiać wszyscy lekarze, którzy byli dawniej uprawnieni na podstawie rozporządzenia w sprawie usprawiedliwiania niestawiennictwa – byle tylko działali w reżimie zaświadczeń, o którym mowa we wspomnianym rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2008 r. Takie rozwiązanie nie byłoby gorsze, gdyż i tak nie ma żadnych powodów, by przypuszczać, że lekarz niemający formalnego statusu lekarza sądowego będzie wydawał zaświadczenia pochopniej niż ten, któremu przyznano taki status. Ewentualne szkolenia lekarzy sądowych niewiele by tu zmieniły. Trudno sobie mianowicie wyobrazić szkolenie medyczne, które dodawałoby coś istotnego w omawianym kontekście do wiedzy medycznej lekarza. Także informowanie o naturze czynności niewiele by wniosło. Każdy może sobie bowiem łatwo wyobrazić, na czym polega np. udział w rozprawie albo

⁶⁵ Por. ustawa z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1128); ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 870); ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 1925).

składanie zeznań w prokuraturze i z jakim wysiłkiem dla osoby chorej może się to wiązać (np. poza samą czynnością dojazd, oczekiwanie na korytarzu). W tej sytuacji można, jak się wydaje, wybrać jedną z opisanych poniżej możliwości.

Postulat radykalny

Uchylenie, z zachowaniem jednak przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2008 r. w sprawie wzoru zaświadczenia wystawianego przez lekarza sądowego oraz wzoru rejestru wystawionych zaświadczeń, pozostałej części ustawy o lekarzu sądowym i tym samym powrót do poprzedniego stanu prawnego (znów jednak z zachowaniem wspomnianego rozporządzenia). Postulowane jest zwiększenie liczby ekspertów wydających omawiane zaświadczenia na potrzeby stosownego postępowania. Pojawia się na nowo instytucja „lekarza uprawnionego”, którym może być *de facto* każdy lekarz posiadający specjalizację w danej dziedzinie medycyny. Istotne jest, by medyk ten stosował się do procedur zapisanych w ustawie o lekarzu sądowym, a także by wypełniał formalne zobowiązania przewidziane w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2008 r. Istotne jest również, by kontrola wydawania zaświadczeń uwzględniała posiadaną przez lekarza specjalizację. W innym przypadku może dojść do zaskakujących zdarzeń, w wyniku których brak możliwości obecności danej osoby na posiedzeniu sądowym z powodów kardiologicznych stwierdza lekarz specjalizujący się w chirurgii twarzowo-szczękowej.

Postulat ostrożniejszy, pierwszy wariant

Uchwalenie ustawy o treści identycznej z zawartą w ustawie z dnia 29 lutego 2008 r. o zmianie ustawy o lekarzu sądowym⁶⁶, ze zmianą terminu obowiązywania tego „tymczasowego” rozwiązania uwzględniającą – poza kwestiami budżetowymi – także faktyczny stan epidemii COVID-19 (ogólne zaostrzenie problemu z dostępnością lekarzy).

Postulat ostrożniejszy, drugi wariant

Można także rozważyć wprowadzenie takiego rozwiązania na stałe, mając na uwadze przyszłą możliwość stopniowego ograniczania jego zastosowania. Ponieważ jednak obciążałoby ono dodatkowo lekarzy (choć chyba nieznacznie), wymaga to konsultacji lub uzgodnienia z organizacjami samorządu zawodowego lekarzy (w tym z Naczelną Izbą Lekarską). Przyjęcie takiego systemu rozwiązałoby problem z dostępnością lekarzy sądowych, w tym specjalistów (oczywiście poza kwestią dostępności świadczeń lekarskich w ogóle), nie eliminując instytucji

⁶⁶ Dz.U. Nr 51, poz. 293.

lekarza sądowego jako takiej, co umożliwiłoby stopniowe zwiększanie liczby takich lekarzy w miarę pojawiania się stosownych możliwości finansowych.

8.2. Perspektywa pozytywna

Komentując wskazaną propozycję, warto dostrzec, że w polskim orzecznictwie zauważamy w pewnym sensie dopust podobnego rozwiązania. W wspomnianym już wcześniej wyroku Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2017r., IV KK 468/16, zwrócono uwagę na sytuację, w której nie jest możliwe uzyskanie zaświadczenia lekarza sądowego przez osobę biorącą udział w określonym postępowaniu. Jednocześnie dodano, że bez trudu dostrzec można zdarzenia, które z perspektywy oceny obiektywnej uniemożliwiają uzyskanie podobnego dokumentu: może to być m.in. przebywanie uczestnika postępowania sądowego poza granicami kraju (stan zdrowia uczestnika może mu uniemożliwiać powrót do ojczyzny). Jak zaznaczono:

SN zwrócił uwagę, że sąd odwoławczy przeprowadził rozprawę, mimo że obrońca oskarżonego domagał się jej odroczenia, z powołaniem na skan zaświadczenia lekarskiego oskarżonego wystawionego przez lekarza z Niemiec. [...] Zdaniem SN wniosek obrońcy o odroczenie rozprawy odwoławczej zasługiwał na uwzględnienie. Skoro oskarżony przebywał w terminie rozprawy za granicą, to nie mógł on uzyskać zaświadczenia lekarskiego pochodzącego od lekarza sądowego, a jedynie od «zwykłego» miejscowego lekarza. Kopia przedstawionego zagranicznego dokumentu potwierdzała zarówno pobyt oskarżonego za granicą jak i okoliczności uzasadniające odroczenie rozprawy⁶⁷.

Konkludując, należy zauważyć, że opinia wyrażona przez Sąd Najwyższy bezsprzecznie zrównuje w omawianej sprawie zaświadczenie wystawione przez lekarza sądowego oraz podobny dokument, który został wydany przez innego „zwykłego” lekarza⁶⁸.

⁶⁷ Wyrok SN z dnia 28.06.2017 r., IV KK 468/16, LEX nr 2350668.

⁶⁸ Wyrok SN z dnia 28.06.2017 r., IV KK 468/16: „Na podstawie z art. 117 § 2a k.p.k. usprawiedliwienie niestawiennictwa z powodu choroby oskarżonych, świadków, obrońców, pełnomocników i innych uczestników postępowania, których obecność była obowiązkowa lub którzy wnosili o dopuszczenie do czynności, będąc uprawnionymi do wzięcia w niej udziału, wymaga przedstawienia zaświadczenia potwierdzającego niemożność stawienia się na wezwanie lub zawiadomienie organu prowadzącego postępowanie, wystawionego przez lekarza sądowego. [...] SN podkreślił, że brak jest podstaw do uznania, że przytoczony przepis należy stosować bezwzględnie. W orzecznictwie zauważa się, że regulacja ta ma na celu dyscyplinowanie stron procesu w celu zapobieżenia wykorzystywania przez nie powodów zdrowotnych do stosowania swoistej taktyki procesowej o znamionach obstrukcji. Nie można jednak w oparciu o art. 117 § 2 k.p.k. «eliminować» strony z aktywnego udziału w procesie, bez uprzedniego podjęcia próby oceny przyczyn, dla których strona nie przedłożyła zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez lekarza sądowego”. Cyt. za: A. Partyk, *Strona chorująca za granicą nie ma „dojścia” do lekarza sądowego*, LEX/el. 2017.

8.3. Perspektywa negatywna

Analizując możliwości zmiany w zakresie zwiększenia liczebności lekarzy sądowych/lekarzy wykonujących czynności lekarzy sądowych, konieczne jest zwrócenie uwagi na potencjalne niebezpieczeństwa związane z wprowadzeniem podobnych rozwiązań. Konieczne jest również odniesienie się do konkretnych zdarzeń oraz sytuacji, które ukazują możliwe zaistnienie podobnego scenariusza.

Warto w tym miejscu wspomnieć o apelu polskich lekarzy rodzinnych z listopada 2019 r. Dotyczy on stanu, w wyniku którego lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zostali zobowiązani na mocy art. 133 § 2bk.p.k. do wystawiania zaświadczeń dotyczących braku możliwości osobistego odbioru przesyłek pocztowych przez osobę udzielającą pełnomocnictwa pocztowego. Jak zaznaczano, w owym czasie „Obowiązek wystawiania omawianych zaświadczeń – jeśli w ogóle uznać ich istnienie za konieczne – powinien spocząć nie na lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej, lecz na lekarzach sądowych!”. Autorzy apelu, krytykując ww. zmiany, dodawali: „Po pierwsze, wobec licznych obowiązków spoczywających na lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej, obciążenie ich koniecznością wystawiania kolejnych zaświadczeń stanowić będzie dodatkowy obowiązek biurokratyczny, który jeszcze bardziej zmniejszy czas, jaki lekarze poz będą mogli poświęcić swoim pacjentom. Po drugie, **brak jest również wypracowanych kryteriów medycznych, które pozwalają ocenić, która choroba uniemożliwia stawiennictwo na poczcie celem odebrania przesyłki**”⁶⁹.

Wskazany przykład może sugerować, że istotne poszerzenie grona lekarzy realizujących zadania lekarza sądowego spotkać się może ze sprzeciwem wprost związanym z m.in. sposobem rozliczania podobnych świadczeń. Przeszkoda ta wydaje się jednak stosunkowo prosta do pokonania. Konieczne w tym celu byłoby z pewnością stworzenie nowego rodzaju świadczenia medycznego w postaci wydania zaświadczenia dotyczącego czasowego (wynikającego ze stanu zdrowia) braku możliwości udziału w np. posiedzeniu sądowym. Świadczenie to mogłoby być odrębnie kontraktowane przez NFZ.

8.4. Dodatkowe propozycje zmian

Wśród innych propozycji zmian można wskazać:

- zmiany Kodeksu Etyki Lekarskiej⁷⁰. Wskazany tutaj wewnątrz korporacyjny akt normatywny nie jest powszechnie obowiązującym prawem Rzeczypospolitej Polskiej

⁶⁹ A. Pochręst-Motyczyńska, *Lekarze rodinni do ministra: To lekarz sądowy powinien wystawiać zaświadczenia*, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/zdrowie/obowiazek-wystawiania-zaswiadczen-lekarskich-stwierdzajacych,496005.html>.

⁷⁰ Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy), Warszawa 2004.

(por. art. 87 Konstytucji RP)⁷¹ Jest to jednocześnie jeden z najistotniejszych zbiorów norm określających standardy sposobów postępowania lekarzy⁷². Wszelkie zmiany w nim wprowadzane wymagają inicjatywy, akceptacji oraz działań samorządu zawodowego lekarzy. Warte jednak jest na tym etapie zasugerowanie modyfikacji, która byłaby uzupełnieniem działań podejmowanych przez polskich medyków. Mowa tutaj o zobowiązaniu lekarzy do działań podejmowanych *pro bono* na rzecz społeczeństwa w postaci np. liczbowo wyznaczonych przez samorząd godzin realizowanych w formie wsparcia merytorycznego wymiaru sprawiedliwości. Działania te mogą być realizowane w postaci znanej w środowisku prawniczym, które także na terenie Polski coraz większą wagę przywiązuje do realizacji działań nakierowanych na poprawę sytuacji społecznej określonej grupy osób⁷³;

- wprowadzenie specjalizacji orzeczniczej. Jest to propozycja, której realizacja wymaga szeregu działań ustawowych oraz interwencji resortowych. Trwająca od dłuższego czasu w Polsce dyskusja dotycząca zasad działań orzeczniczych podejmowanych przez lekarzy sugeruje jednak podjęcie dyskusji dotyczącej stworzenia nowej specjalizacji, w ramach której lekarz byłby kompleksowo przygotowany do podejmowania nielecniczych interwencji lekarskich w postaci wydawania opinii, zaświadczeń, stanowisk itd. Podobnie jak specjalista medycyny sądowej współdziała z szeroko rozumianym wymiarem sprawiedliwości oraz organami ścigania, tak też wskazani lekarze – „specjaliści orzecznictwa” mogliby stanowić wsparcie dla instytucji administracji publicznej. Ponadto nowa specjalizacja mogłaby być w sposób odrębny oraz konkurencyjny rozliczana finansowo przez m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia.

⁷¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

⁷² Por. art. 4 u.z.l.

⁷³ Por. P. Skórzyński, *Status etyki prawniczej*, Warszawa 2010, s. 96–97.

9. Wnioski końcowe

Analiza realizacji zadań oraz celów wskazanych w ustawie o lekarzu sądowym wskazuje, że znajdujemy się aktualnie w sytuacji narastającego kryzysu związanego z praktycznymi możliwościami korzystania z działań oferowanych przez lekarzy sądowych:

- wskazanych specjalistów jest za mało,
- występuje silna dysproporcja w zakresie możliwości skorzystania z ich usług w poszczególnych regionach Polski,
- obserwuje się tendencję spadkową w zakresie napływu nowych ekspertów chcących podjąć się działań w tym zakresie.

Nie ulega wątpliwości, że lekarze sądowi będą w najbliższym czasie częściej wyznaczani do działań podejmowanych przez wymiar sprawiedliwości – spowodowane jest to aktualną sytuacją epidemiologiczną, która będzie mieć przełożenie na możliwości udziału w postępowaniu poszczególnych osób. Kryzys ten nie jest spowodowany wyłącznie niskim poziomem wynagrodzenia oferowanego za podobne działania orzecznicze. Jego źródło wynika bowiem również ze specyfiki funkcji lekarza, która nie gwarantuje rozwoju oraz prestiżu zawodowego. Instytucja ta jak dotąd nie spotkała się z szerszym zainteresowaniem medycznej literatury przedmiotu, doktryny prawniczej oraz orzecznictwa. Także prawnoporównawcze analizy uświadamiają, że badanie działań lekarzy oceniających zasadność usprawiedliwiania nieobecności danej osoby w trakcie postępowania sądowego nie cieszy się szerszym zainteresowaniem. Z analiz prowadzonych w tym zakresie przez M. Jankowskiego wynika, że nie otrzymamy większej liczby informacji, poszukując danych zagranicznych na temat omawianej instytucji, używając zwrotów: physician, doctor, medical examiner, court appointed medical examiner, non-appearance, court attendance, evading justice, efficiency of criminal/civil proceedings i podobnych kombinacji słów.

Reasumując:

- konieczne jest rozważenie możliwości zwiększenia liczby lekarzy sądowych przez opisane wcześniej „otwarcie” wskazanej funkcji;
- konieczna jest zmiana sposobu finansowania tych specjalistów;
- nie ma konieczności wprowadzenia nowych przedmiotów np. na kierunkach medycznych dotyczących omawianej funkcji: każdy lekarz ma kompetencje do oceny stanu zdrowia danej osoby, bazując przede wszystkim na posiadanych umiejętnościach klinicznych przewidzianych dla ekspertów w danej specjalizacji (studenci oraz osoby odbywające specjalizację mają zajęcia z zasad orzecznictwa oraz z prawa medycznego);
- niezbędne wydaje się uzupełnienie obowiązującego wzoru zaświadczenia wystawianego przez lekarza sądowego; obecne przepisy wymagają wpisania jedynie kodu choroby zgodnego z klasyfikacją ICD-10. Wydaje się, że ze względu na wagę, jaką posiada transparentność postawy uczestnika postępowania sądowego, konieczne jest dodanie

w tym zakresie również krótkiego opisu stanu danej osoby dokonanego przez uprawnionego lekarza. Działania te w żadnej mierze nie będą naruszać zapisów art. 40 u.z.l. dotyczących tajemnicy zawodowej⁷⁴.

⁷⁴ Modyfikacja o podobnym charakterze miała miejsce po 2010r. w przypadku przepisów dotyczących zasad stosowania przymusu bezpośredniego w systemie ochrony zdrowia psychicznego. Wcześniej konieczne było ogólne wpisanie stanu np. unieruchamianego pacjenta. Następnie zmieniono podobne zapisy, zobowiązując lekarza do dokładnego opisu stanu zdrowia pacjenta oraz jego zachowania przed podjęciem działań o charakterze przymusowym. Zob. B. Kmieciak, *Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku – analiza socjologiczno-prawna*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, nr 11, s. 32.

