

AUTOREFERAT

1. Imię i nazwisko.

Kamila Kocańda

2. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe.

- 1) magister prawa: Uniwersytet Warszawski - studia ukończone z wyróżnieniem, 2007, praca magisterska na temat: Klauzula generalna rozsądku i słuszności w kodeksie cywilnym holenderskim;
- 2) radca prawny: Okręgowa Izba Radców Prawnych w Warszawie oraz w Kielcach, 2011;
- 3) doktor nauk prawnych: Uczelnia Łazarskiego, 2016, tytuł rozprawy doktorskiej: Należyta staranność lekarza a kontraktowanie świadczeń zdrowotnych.

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych.

- 1) Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach - wykładowca prawa medycznego na kierunkach medycznych (współpraca) - od 2016 do nadal;
- 2) Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach - szpital udostępniony uczelni medycznej na cele kliniczne - radca prawny - od 2011 do nadal;
- 3) 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie - szpital udostępniony uczelni medycznej na cele kliniczne - radca prawny - od 2025 do nadal;
- 4) Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy - szpital udostępniony uczelni medycznej na cele kliniczne - radca prawny - od 2019 do 2025.

4. Omówienie osiągnięcia naukowego.

„Lexopatogenność: negatywny wpływ braku przepisów prawa lub niewłaściwej regulacji prawnej na zdrowie publiczne”.

Przedmiotowe osiągnięcie naukowe stanowi wynik prowadzonych przez kandydatkę badań, w ramach których dokonała ona identyfikacji kategorii Lexopatogenności. Kategoria ta obejmuje pojęcie dogmatyczne, służące do określenia przykładów braku przepisów prawa w odniesieniu do obszaru, który winien podlegać reglamentacji ustawodawcy, a taką reglamentacją objęty nie jest lub który charakteryzuje się niedostateczną jakością regulacji prawnej.

Obie postaci tego pojęcia rodzą negatywne konsekwencje w obszarze zdrowia publicznego, skutkując delegowaniem odpowiedzialności za określone postępowanie na jego wykonawcę, który niejako wyręcza w tym zakresie ustawodawcę z uwagi na brak normy prawnej, względem której mógłby się zastosować, chaosem systemowym, który uniemożliwia identyfikację obowiązującego reżimu prawnego, a wreszcie ryzykiem ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, pośrednio oddziałując na personel medyczny, który z uwagi na asekurancką postawę może ograniczać swoje działania do sytuacji prawnie nie budzących wątpliwości prawnych.

Zasadniczą metodą badawczą, stosowaną w pracach, składających się na cykl artykułów naukowych, była metoda dogmatyczna. Mając na względzie zasadność scharakteryzowania kategorii Lexopatogenności, konieczne było przeprowadzenie egzegezy prawa stanowionego obejmującego regulacje zawarte w wybranych aktach prawnych, które stanowiły przedmiot badania pod kątem jej identyfikacji. Ustalenie treści norm następowało z zastosowaniem wykładni literalnej, systemowej, celowościowej i funkcjonalnej. Zastosowana metoda umożliwiła wskazanie przykładów występowania tej kategorii w obszarze ochrony zdrowia.

Zdefiniowanie przypadków Lexopatogenności w systemie opieki zdrowotnej obejmuje także prace oryginalne, prowadzone w strukturze IMRAD, w ramach których wykazano, iż niewłaściwa regulacja prawna bądź jej brak w praktyce powodują dylematy prawne, które rozstrzygać muszą podmioty zobowiązane do stosowania prawa, w obliczu jego braku lub niespójności, „skazane” na podejmowanie decyzji skutkujących odpowiedzialnością prawną w braku pewności co do poprawności (zgodności z prawem) swego postępowania.

Tymczasem jak podkreśla w swym orzecznictwie Trybunał Konstytucyjny, naruszeniem Konstytucji jest stanowienie przepisów niejasnych, wieloznacznych, które nie pozwalają obywatelowi na przewidzenie konsekwencji prawnych jego zachowań, zaś należyta poprawność, precyzyjność i jasność przepisów prawnych ma szczególne znaczenie, gdy chodzi o ochronę konstytucyjnych wolności i praw człowieka i obywatela, zaś adresat normy prawnej musi wiedzieć, jakie jego zachowanie i z jakich przyczyn ma znaczenie prawne.

Łączna punktacja w pozycjach 1 do 5 poniżej w ramach cyklu powiązanych artykułów pt.: „Lexopatogenność: negatywny wpływ braku przepisów prawa lub niewłaściwej regulacji prawnej na zdrowie publiczne” - MEiN: 580, IF: 2.9.

- 1) **The profession of psycho-oncologist in Poland as an example of inadequate legal regulation in the area of health care, Kocańda K., Jabłoński M.J., Psychiatria Polska, 2023:1-12, <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/152857>, 100 pkt MEiN, 1.1 IF:**

mój wkład w powstanie w/w artykułu obejmował: identyfikację problemu prawnego, metodologię badań, dobór literatury, dokonanie analizy stanu prawnego oraz sformułowanie wniosków z nich wynikających; udział współautora obejmował nadzór nad tekstem oraz wkład w jego zawartość w aspekcie merytorycznym z uwagi na jego interdyscyplinarny charakter (specjalista psychiatrii, psychoonkolog).

- 2) **Opinion of representatives of the psycho-oncology community on the lack of coherent systemic solutions regarding the legal regulation of their profession, Kocańda K., Chrobot M., Samardakiewicz M., Jabłoński M. J., Oncology in Clinical Practice, DOI: 10.5603/OCP.2023.0031, 140 pkt MEiN, 0.3 IF:**

mój wkład w powstanie w/w artykułu obejmował: identyfikację problemu prawnego, metodologię badań, dobór literatury, dokonanie analizy stanu prawnego oraz sformułowanie wniosków z nich wynikających; udział współautorów obejmował nadzór nad tekstem oraz wkład w jego zawartość w aspekcie merytorycznym z uwagi na jego interdyscyplinarny charakter (doktor nauk o zdrowiu, psychoonkolog).

- 3) **Awaiting consent to cure, Kocańda K., Medical Studies 2022;38(1):14–21, 100 pkt MEiN, 0.4 IF:**

niniejsza praca stanowi w całości moje własne osiągnięcie.

- 4) **The internment of patients undergoing treatment for alcohol addiction as a result of a specific interpretation of the provisions of the Act on Upbringing in Sobriety and Counteracting Alcoholism, Kocańda K., Głuszek S., Łoś R., Matulińska B., Zwierzchowska – Łucka A., Zwierzchowski D., Psychiatria Polska, 2023:1-11, <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/155390>, 100 pkt MEiN, 1.1 IF:**

mój wkład w powstanie w/w artykułu obejmował: identyfikację problemu prawnego, metodologię badań, dobór literatury, dokonanie analizy stanu prawnego oraz sformułowanie wniosków z nich wynikających; udział współautorów obejmował nadzór nad tekstem oraz wkład w jego zawartość w aspekcie merytorycznym z uwagi na jego interdyscyplinarny charakter (specjalista psychiatrii, specjalista psychoterapii uzależnień), jak również udostępnienie źródeł powołanych w jego treści.

5) **Obligation Is Not a Compulsion—The Quality of the Law and the Effectiveness and Safety of Vaccination against COVID-19, Kocańda K., Zarębska-Michaluk D., Int. J. Environ. Res. Public Health 2022;19:14003, 140 pkt MEiN:**

mój wkład w powstanie w/w artykułu obejmował: identyfikację problemu prawnego, metodologię badań, dobór literatury, dokonanie analizy stanu prawnego oraz sformułowanie wniosków z nich wynikających; udział współautora obejmował nadzór nad tekstem oraz wkład w jego zawartość w aspekcie merytorycznym z uwagi na jego interdyscyplinarny charakter (specjalista chorób zakaźnych).

SZCZEGÓŁOWE OMÓWIENIE PRAC W RAMACH CYKLU.

Ad. 1 The profession of psycho-oncologist in Poland as an example of inadequate legal regulation in the area of health care

Przedmiotem badania był status prawny zawodu psychoonkologa, który w Polsce nie jest dostatecznie uregulowany prawnie. Aktualnie, według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, psychoonkolog to osoba z wyższym wykształceniem medycznym, tj. absolwent uczelni medycznej, np. lekarz czy pielęgniarka, którzy spełnili dodatkowy warunek ukończenia studiów podyplomowych z psychoonkologii. Pozostająca w mocy definicja legalna zawodu psychoonkologa jest niespójna z regulacją tego zawodu obowiązującą od 2018 r., a wynikającą z obwieszczeniu tego samego ministra w systemie Polskiej Ramy Kwalifikacji (PRK). PRK zawęża bowiem grono osób, mogących uzyskać kwalifikację z zakresu diagnostyki i pomocy psychoonkologicznej, wyłącznie do psychologów i lekarzy psychiatrów, ograniczając tym samym grupę osób uprawnionych do wykonywania zawodu psychoonkologa.

Celem opracowania była szczegółowa analiza poszczególnych obszarów regulacji w zawodzie psychoonkologa oraz zaprezentowanie aktualnego stanu prawnego tego zawodu w Polsce w kontekście wzajemnie sprzecznych regulacji odnoszących się do tej profesji. Na przykładzie zawodu psychoonkologa omówione zostały negatywne skutki braku lub niedostatecznej regulacji prawnej zagadnień z zakresu ochrony zdrowia, które stanowią swoisty delikt legislacyjny tego rodzaju zaniechania.

Na skutek braku koordynacji legislacyjnej stwierdzono swoisty „trynaryzm organizacyjno-prawny” w zakresie szkolenia, praktykowania oraz nabywania identyfikacji zawodowej psychoonkologów. Obejmuje on trzy kategorie osób, wykonujących tę profesję:

1. psychoonkologów certyfikowanych przez PTPO, nieuwzględnianych w żadnym z przepisów przez ustawodawcę; należą tu przedstawiciele różnych zawodów, zaangażowani w pracę z chorymi onkologicznie, którzy uzyskali certyfikat potwierdzający określone umiejętności oraz kwalifikacje zdefiniowane przez środowisko zawodowe jako wymagane do wykonywania tego zawodu,
2. psychoonkologów po studiach podyplomowych z psychoonkologii, którymi mogą być osoby z wyższym wykształceniem medycznym lub psychologicznym, w istocie nie zdefiniowani od strony zakresu uprawnień oraz odpowiedzialności i zasadniczo zróżnicowani w zależności od ich podstawowego wykształcenia,
3. psychoonkologów, którzy nabędą uprawnienia w ramach wdrażanej obecnie kwalifikacji rynkowej „Diagnoza i pomoc psychoonkologiczna osobom chorym onkologicznie, osobom po chorobie nowotworowej oraz ich rodzinom i otoczeniu”¹.

W wyniku identyfikacji powyższego stwierdzono, że ten specyficzny trynitaryzm doprowadził do masowego samoograniczenia się udziału psychoonkologów w systemie świadczeń gwarantowanych, co stanowi oczywisty skutek braku koordynacji legislacyjnej, linearności i kompatybilności w tworzeniu kolejnych przepisów. Obecna sytuacja, sankcjonując trzy równoległe tryby uzyskiwania uprawnień zawodowych, nie tworzy wzajemnych przełożeń między nimi i nie koordynuje ich współpracy. Dla płatnika świadczeń gwarantowanych (NFZ) psychoonkologiem jest nadal wyłącznie osoba po studiach podyplomowych z psychoonkologii, z systemowym pominięciem profesjonalistów certyfikowanych wcześniej przez PTPO, a na ten stan faktyczny nadbudowano jeszcze system PRK, jednocześnie przez 5 lat od jego wdrożenia nie rozpoczynając procedur certyfikacji w tym trybie.

Niespójna regulacja trybów uzyskiwania tytułu zawodowego psychoonkologa staje się jeszcze bardziej skomplikowana w odniesieniu do jednej z dwóch grup osób dedykowanych do uprawiania tego zawodu tj. psychologów, bowiem regulacja prawna tego zawodu jest również niepełna. Uchwalona w 2001, obowiązująca dopiero od 2006 r., ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, z uwagi na liczne wady prawne i legislacyjne, nie funkcjonuje, a jej nowelizacja nie jest możliwa, ponieważ wymagałoby to jej zmiany w całości. Organy samorządu zawodowego tej grupy nigdy nie zostały powołane na skutek niewykonania przez ministra właściwego do spraw pracy ustawowej dyspozycji w tym zakresie, która przewidywała powołanie, w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie, Komitetu Organizacyjnego Izby Psychologów, który miał zainicjować proces budowy struktur tego samorządu.

¹ Ta ostatnia ścieżka zawodowa ustanowiona w roku 2018 r. w praktyce przez lata nie funkcjonowała z uwagi na brak instytucji certyfikującej. Jest ona dedykowana dla jeszcze innej grupy zawodów podstawnych, tj. psychologów i specjalistów psychiatrii.

W konsekwencji, w świetle obowiązującej ustawy, w aktualnym stanie prawnym nie ma osób formalnie uprawnionych do wykonywania zawodu psychologa². Zawód psychologa nie został też zaliczony przez ustawodawcę ani do zawodów medycznych, ani do zawodów ochrony zdrowia a jedynie do kategorii specjalistów z dziedzin społecznych i religijnych, obok ekonomistów, archeologów, socjologów i filozofów. Również w aspekcie etycznym i dotyczącym tajemnicy zawodowej psychologów regulacja prawna jest niepełna. Relacja psychologa z klientem oparta jest na zaufaniu, a w czasie wykonywania przez niego zawodu udostępniane są informacje dotyczące życia prywatnego, często o najbardziej poufnym charakterze, a mimo tego ustawowa regulacja tajemnicy zawodowej nie obowiązuje, albowiem dotyczy wyłącznie osób wpisanych na listy psychologów, co prowadzi do wniosku, że osoby świadczące obecnie usługi psychologiczne nie są związane tajemnicą z mocy prawa, a powinność zachowania przez nie tajemnicy ma wymiar wyłącznie etyczny i wynika z branżowego kodeksu zawierającego normy deontologiczne.

Innymi słowy, przy braku przepisów dotyczących tajemnicy zawodowej psychologa, nie obowiązuje prawny standard jej przestrzegania, co nie daje właściwych gwarancji osobom korzystającym z usług psychoonkologa - psychologa. Z uwagi na bierność ustawodawcy, środowisko psychologów samo zadbało o stworzenie swego kanonu etycznego, dążąc do powiązania określonych standardów wykonywania zawodu z przynależnością do branżowego podmiotu zrzeszającego w skali kraju jego członków.

W świetle zaprezentowanych uwag w przedmiocie regulacji zawodu psychologa wskazano na istotne różnice, jakie charakteryzują sposób wykonywania przez psychoonkologa zawodu w zależności od tego, jaki będzie jego zawód podstawowy, a zwłaszcza szereg zagrożeń prawnych i organizacyjnych w kontekście traktowania zawodu psychoonkologa jako kolejnej specjalności czy kwalifikacji psychologicznej.

W odniesieniu do lekarzy jako najbardziej zastanawiające uznano ograniczenie w PRK prawa do nabywania kwalifikacji psychoonkologicznej wyłącznie do specjalistów psychiatrów, z pominięciem innych specjalistów, np. onkologów, hematologów, specjalistów medycyny paliatywnej, rehabilitacji medycznej, zdrowia publicznego, czy medycyny rodzinnej, czyli tych specjalizacji, których przedstawiciele wielokrotnie częściej niż psychiatrzy stykają się w swojej codziennej praktyce zawodowej z problemami pacjentów onkologicznych, oraz zupełne pominięcie prawa do nabywania tej specjalności przez pielęgniarki, w tym o specjalizacji onkologicznej.

² Aktualnie trwają prace nad uchwaleniem nowej ustawy o zawodzie psychologa: <https://sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1344>.

Opisany powyżej stan prawny określono jako przyczynę formalnego paradoksu, w konsekwencji którego regulacje prawne zawodu psychoonkologa, które z założenia miały zwiększyć dostępności do nowo utworzonego zawodu, w istocie tę dostępność ograniczyły. Innymi słowy, w sensie organizacyjno-prawnym regulacje te okazały się systemowo kontrproduktywne. Ponadto niezrozumiałe i podobnie kontrproduktywne było ograniczenie dostępu do zawodu psychoonkologa w PRK lekarzy innych niż psychiatria specjalności oraz pielęgniarek (w tym onkologicznych). Za delikt prawny i organizacyjny uznano systemowe nieskoordynowanie kolejnych przepisów organizujących zawód psychoonkologa oraz zupełne nieuwzględnienie w ich tworzeniu wcześniejszych, skutecznych i merytorycznych procedur certyfikacji specjalistów przez gremium eksperckie jakim jest Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne.

Wskazano, że w odniesieniu do regulacji najnowszych, tj. PRK, jest prawnie wątpliwe, czy kiedy już zostanie wyłoniony organ certyfikujący, to osoba, która zdobędzie kwalifikację rynkową "Diagnoza i pomoc psychoonkologiczna osobom chorym onkologicznie, osobom po chorobie nowotworowej oraz ich rodzinom i otoczeniu" będzie formalnie uprawniona do uczestnictwa w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych w systemie świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego? Przeprowadzenie niezwłocznej korekty legislacyjnej w tym zakresie stanowi warunek sine qua non ujednoczenia systemu kształcenia i pracy psychoonkologów.

Kolejną zasadniczą kwestią jest podjęcie przez ustawodawcę regulacji prawnych dotyczących zawodu psychologa. Braki w tym zakresie są rażące i przewlekłe, stojąc na przeszkodzie bezpiecznemu oraz zgodnemu z prawem wykonywaniu świadczeń psychoonkologicznych przez psychologów, którzy formalnie stanowią najliczniejszą grupę zawodową zainteresowaną zdobywaniem kwalifikacji psychoonkologicznych.

Sposób uregulowania w aktualnym stanie prawnym zawodu psychoonkologa w Polsce określono jako niewystarczający. Aktualny status prawny zawodu psychoonkologa uznano za wymagający pilnej oraz kompleksowej interwencji ustawodawcy, wskazując na konieczne, niezwłoczne kroki prawne w celu ujednoczenia obecnego, „trynitarnego” systemu szkolenia w psychoonkologii, z akcentem na produktywność a nie kontrproduktywność systemu, przekładającą się na zwiększenie dostępności usług psychoonkologicznych przy utrzymaniu najwyższej jakości kształcenia oraz zagwarantowaniu praw nabytych już wykształconych psychoonkologów.

Podkreślono, jak oczekiwana jest pilna inicjatywa legislacyjna w odniesieniu do zawodu psychologa w celu zapobieżenia potencjalnie ujemnym skutkom nakładania się braku tej regulacji na działania zawodowe psychologów - psychoonkologów. Zaproponowano otwarcie PRK dla szerszej grupy specjalistów lekarzy i pielęgniarek, nie ograniczając jej tylko do psychologów i psychiatrów, oraz zagwarantowanie nadzoru nad procedurami nieprzypadkowych, niekomercyjnych ośrodków certyfikujących, ze szczególnym uwzględnieniem Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego jak również poszukiwanie rozwiązania formalnego dla zintegrowania z systemem PRK (w trybie nadzwyczajnym) specjalistów, którzy już wcześniej uzyskali certyfikaty psychoonkologa/superwizora Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego lub zostali uprawionymi absolwentami studiów podyplomowych z psychoonkologii.

Ad. 2 Opinion of representatives of the psycho-oncology community on the lack of coherent systemic solutions regarding the legal regulation of their profession.

Konsekwencją omawianej wyżej publikacji było przeprowadzenie w środowisku zawodowym psychoonkologów badania na temat stanu ich tożsamości zawodowej w świetle aktualnych regulacji dotyczących prawnego statusu tej profesji. W badaniu wykorzystano anonimową ankietę własną pt. Ankieta dotycząca wybranych aspektów wykonywania zawodu psychoonkologa w kontekście zakresu oraz sposobu jego prawnej regulacji (dalej: POA) oraz (za zgodą autorki) ankietę Skala Satysfakcji z Pracy (dalej: SSP). Ankieta POA zawierała 12 pytań otwartych i zamkniętych, w których badacze indagowali ankietowanych o ich wykształcenie, kwalifikacje, w oparciu o które wykonują oni zawód psychoonkologa, ewentualny zamiar przystąpienia do procesu walidacji i certyfikacji w ramach Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (PRK), przekonania dotyczące charakteru zawodu psychoonkologa, preferencje dotyczące dostępu do tego zawodu dla poszczególnych kategorii zawodów podstawowych, jak również ocenę aktualnego stanu prawnego dotyczącą regulacji tego zawodu w obowiązujących przepisach.

Ankieta SSP składała się z 5 pytań na temat warunków oraz zadowolenia z wykonywanej pracy, ocena których dokonywana była przez ankietowanych przy użyciu skali od 1 do 7, przy czym 1 oznaczało: zdecydowanie się nie zgadzam, a 7 - zdecydowanie się zgadzam. Obie ankiety były ogólnodostępne, udostępniane poprzez darmowe narzędzie Google, wszyscy ankietowani wyrażali zgodę na udział w badaniu, która była warunkiem możliwości wypełnienia ankiety. Narzędzie udostępniano na różnych platformach i przesyłano do dedykowanych ośrodków onkologicznych i innych, w których udziela się świadczeń psychoonkologicznych, jednak z uwagi na okoliczność, że sama grupa zawodowa nie jest bardzo liczna, ostatecznie w prowadzonym w II półroczu 2022 roku badaniu wzięło udział 41 osób. Analiza danych miała charakter jakościowy.

Spośród biorących udział w badaniu 79,5% osób zadeklarowało, że posiada wyższe wykształcenie psychologiczne, niespełna 13% wyższe wykształcenie medyczne, zaś 7,7% zaznaczyło odpowiedź: wykształcenie inne, w kolejnej odpowiedzi precyzując, że jest absolwentem socjologii, pielęgniarstwa, pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej i zdrowia publicznego. Spośród wszystkich ankietowanych 64,9% oświadczyło, że zadania psychoonkologa wykonuje po ukończeniu studiów podyplomowych z psychoonkologii, zaś 35,1% wskazało, że uzyskało certyfikat psychoonkologa nadawany przez PTPO. Żadna z osób nie legitymowała się nabyciem kwalifikacji rynkowej "Diagnoza i pomoc psychoonkologiczna osobom chorym onkologicznie, osobom po chorobie nowotworowej oraz ich rodzinom i otoczeniu - Psychoonkolog", przewidzianej w ramach Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji w procesie walidacji i certyfikacji w ramach PRK, który to tryb został wprowadzony do systemu w grudniu 2018 roku.

Nie wszyscy ankietowani zadeklarowali, czy zamierzają przystąpić do procesu certyfikacji w celu uzyskania uprawnień w ramach Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji. W grupie niespełna 30% osób, które oświadczyły, że nie zamierzają tego zrealizować, jako przyczyny decyzji wskazano brak środków finansowych na pokrycie związanych z tym kosztów, okoliczność, iż certyfikat potwierdzi jedynie status quo, który istnieje (umiejętności), fakt posiadania studiów podyplomowych, który jest wystarczający do wykonywania zawodu w świetle Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym, posiadanie certyfikatu psychoonkologa wydanego przez PTPO, brak wiedzy, w jaki sposób do tego trybu przystąpić, argument, że tryb i procedura są poniżej kwalifikacji danej osoby, jak również, że nie jest to wymagane przez płatnika publicznego.

Taki sam procent respondentów, którzy zadeklarowali, że zamierzają przystąpić do ścieżki kształcenia w tym trybie, uzasadniło swą decyzję tym, iż kwalifikacja tego rodzaju będzie potwierdzeniem posiadanych umiejętności w Unii Europejskiej, jest to element zewnętrznej motywacji do ustawicznego rozwoju lub potwierdzenie poziomu wykwalifikowania, jak również tym, że w ten sposób uzupełni wiadomości w danej dziedzinie.

Udzielając odpowiedzi na pytanie otwarte o charakter zawodu psychoonkologa, aż 47,4% badanych odpowiedziało, że traktuje go jako specjalizację psychologiczną, zaś 42,1% pytanych określiło go jako trudny, interdyscyplinarny kierunek, wymagający swoistej wiedzy specjalistycznej. Niewielka część respondentów skłaniała się do zakwalifikowania tego zawodu jako typowo medycznego (5,3%).

Odpowiedzi twierdzącej na pytanie czy aktualny stan prawnej regulacji zawodu psychoonkologa w Polsce budzi w Pani / Panu niepokój co do przyszłości wykonywania tego zawodu w ramach systemu świadczeń gwarantowanych, udzieliło niewiele ponad 50% osób, natomiast około 20% wskazało, że powołany stan regulacji prawnej ujemnie wpływa na sposób wykonywania przez nie tego zawodu lub wypełnianie obowiązków psychoonkologa.

Ponad połowa ankietowanych wskazała, że - w ich ocenie - dostęp do zawodu psychoonkologa winni mieć jedynie psycholodzy, 20% uznało, że zawód ten winien być otwarty dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, tożsama liczba, iż dostęp do niego należy umożliwić także osobom, wykonującym zawody takie jak filozof, teolog, socjolog, terapeuta zajęciowy czy pracownik socjalny. Najmniej respondentów uznało zawód ów za dedykowany psychiatrom, czyli jednej z dwóch kategorii zawodów, która aktualnie uprawnia do certyfikacji w trybie PRK. Spośród wszystkich osób, które wzięły udział w badaniu, 65,8% udzielało świadczeń jako psychoonkolog w oparciu o wymogi NFZ, w ramach umów na realizację świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Respondenci w swobodnych wypowiedziach podkreślali, że brak prawnej regulacji zawodu psychoonkologa wywołuje u nich frustrację i rodzi niepokój dotyczący wykorzystywania narzędzi do pracy w tym zawodzie przez osoby o niewystarczających kwalifikacjach. Ankietowani zwracali uwagę, że niespójność prawnych regulacji oraz długa ścieżka kształcenia mogą skutkować ograniczeniem dostępu do zawodu, co w konsekwencji spowoduje ograniczenie liczby wykonujących go osób. Badani zwracali uwagę na wątpliwości dotyczące prawnej możliwości posługiwania się tytułem zawodowym: psychoonkolog i bierność państwa w zakresie uporządkowania istniejącego stanu prawnego, a także chaos organizacyjny, stanowiący konsekwencję różnych ścieżek kształcenia.

Wskazując na różnice w wykonywaniu zawodu przez osoby o różnych zawodach podstawowych ankietowani podkreślali brak symetrii w zakresie kompetencji poszczególnych osób: w przypadku lekarzy, podkreślając brak wykształcenia psychologicznego, a w przypadku psychologów, na konieczność nabycia oraz uwzględnienia w procesie terapii wiedzy dotyczącej diagnozy i leczenia pacjenta onkologicznego. Konsekwencją powyższego była także odnotowywana przez udzielających odpowiedzi problematyka - z jednej strony: braku uprawnień psychoonkologów - psychologów do stosowania farmakoterapii, zaś z drugiej strony - w przypadku psychoonkologów nie będących psychologami - brak kierunkowego wykształcenia do świadczenia wsparcia psychologicznego (counselling), znajomości określonych technik wsparcia, posługiwania się narzędziami psychologicznymi, posiadania różnorodnych umiejętności miękkich.

Umiejscowienie psychoonkologów w systemie świadczeń gwarantowanych, w zależności od ich zawodu podstawowego, na co wskazywali ankietowani, przekładać się może na sposób świadczenia pomocy psychoonkologicznej i czas poświęcany odbiorcy takich świadczeń, wyrażający się w częstotliwości oraz długości trwania spotkań. Respondenci podkreślali różnice w podejściu do pacjenta - terapeutycznym (w przypadku psychoonkologów - psychologów) oraz medycznym (w przypadku psychoonkologów - psychiatrów).

W odpowiedziach dostrzegano istotną rolę wiedzy na temat psychologicznego funkcjonowania człowieka, zrozumienia podłoża zróżnicowanych sposobów reakcji na chorobę, umiejętność komunikacji z pacjentem i jego bliskimi, a także inne metody pracy terapeutycznej oraz stricte medycznej. W rezultacie psychoonkolog - psycholog, który stosuje podejście podmiotowe i zindywidualizowane, w inny sposób niż lekarz, prowadzi relację z osobą, wymagającą pomocy tego rodzaju, posiadając umiejętności pracy z relacją i w relacji, a także komunikacji.

Wskazując na oczekiwania dotyczące regulacji zawodu psychoonkologa w Polsce, ankietowani zwracali uwagę na konieczność uporządkowania aktualnej sytuacji prawnej w tym zawodzie, wyraźne dookreślenie zakresu obowiązków osób go wykonujących, mechanizmu merytorycznych oraz personalnych kwalifikacji do jego wykonywania. Proponowano stworzenie specjalizacji z psychoonkologii, na wzór specjalizacji z psychologii klinicznej, postulowano ograniczenie dostępu do tego zawodu jedynie dla psychologów lub stworzenie jednego, spójnego systemu nadawania uprawnień w tej dziedzinie. Zwracano uwagę na zasadność ujednoczenia oraz ułatwienia dostępu do tego zawodu oraz prawne usankcjonowanie kategorii osób, które mogą się tym tytułem zawodowym posługiwać, wskazując na brak prawnej przejrzystości zawodu psychoonkologa. Wreszcie postulowano wyraźne zaliczenie psychoonkologa do kategorii zawodów medycznych i podniesienie jego rangi do specjalizacji w ochronie zdrowia, w celu zapewnienia w systemie gwarancji jego lepszego finansowania.

Brak jednolitej regulacji zawodu psychoonkologa skutkuje niemożnością zakwalifikowania go jako zawodu medycznego z konsekwencjami dotyczącymi odpowiedzialności za szkody powstałe w toku jego wykonywania. Brak samorządu zawodowego powoduje, że nie ma organu, który stałby na straży określonego standardu usług psychoonkologicznych w ramach systemu świadczeń gwarantowanych oraz poza nim. W systemie nie ma także podmiotu, który byłby władny do pozbawienia psychoonkologa uprawnień w razie nienależytego wykonywania usług, jak również trybu, który znajdowałby w takiej sytuacji zastosowanie.

Pomimo tego, że nowe wyzwania dla tej interdyscyplinarnej aktywności dotyczą, w szczególności, wsparcia pacjentów i ich rodzin w obliczu nowych metod leczenia chorób nowotworowych, nie jest określony model ustawicznego kształcenia w tej dziedzinie.

Problemy dotyczące opieki psychoonkologicznej w różnych krajach są ściśle związane z organizacją systemu opieki zdrowotnej. W liczących się ośrodkach onkologicznych na świecie włączenie pomocy psychologicznej w zakres usług stanowi standard, co skutkuje poprawą jakości leczenia chorych, skutkującą podniesieniem jakości ich życia i umierania. W wyniku przeprowadzonych badań ujawniono, że niespójne rozwiązania systemowe ujemnie wpływają na decyzję w przedmiocie uzyskania formalnych kwalifikacji do wykonywania tego zawodu, co w konsekwencji przełożyć się może na liczbę osób, które uzyskają kompetencje do jego uprawiania. Liczba ta wpłynie wprost na dostęp do świadczonych przez nie usług, podczas gdy już dekadę temu wskazywano, że nie we wszystkich ośrodkach onkohematologii dziecięcej poziom opieki psychospołecznej jest równie satysfakcjonujący.

Przeprowadzone w środowisku psychoonkologów badanie ankietowe dotyczące ich tożsamości zawodowej dowiodło, iż w opinii przedstawicieli tej profesji, którzy wzięli udział w badaniu, brak spójnych regulacji prawnych tego zawodu skutkuje zarówno brakiem pewności osób go wykonujących, co do ich przyszłości w tym zawodzie, jak też stwarza ryzyko ograniczenia aktywności zawodowej w związku z niepewnością dotyczącą jego przyszłości w systemie. Przy uwzględnieniu, iż liczebność próby w ramach prowadzonych badań nie pozwala na sformułowanie generalnych wniosków w odniesieniu do całego środowiska zawodowego psychoonkologów, uprawnionym wydaje się przyjęcie pewnych założeń, płynących z uzyskanych danych.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, de lege lata obowiązuje chaos organizacyjny, który negatywnie wpływa nie tylko na sposób wykonywania przez psychoonkologów ich zawodu, ale także źle rokuje w zakresie dostępności do udzielanych przez nich świadczeń. Konieczne są kroki prawne w celu ujednoczenia obecnego, „trynitarnego” systemu szkolenia w psychoonkologii, na co zwraca się już uwagę w literaturze.

Zasadnym wydaje się podjęcie przez ustawodawcę interwencji, obejmującej modyfikację regulacji prawnej dotyczącej zawodu psychoonkologa, w szczególności poprzez ujednoczenie sposobu uzyskiwania uprawnień zawodowych w odniesieniu do aktualnego dostępu do zawodu, który obejmuje różne sposoby uzyskiwania kwalifikacji niezbędnych do jego uprawiania.

W tym zakresie pożądane wydaje się dokonanie wyboru jednego z trybów dostępu do zawodu, zarówno poprzez zdefiniowanie katalogu zawodów, których posiadanie uprawnień będzie do uzyskania uprawnień do wykonywania profesji psychoonkologa, jak również określenie ścieżki kształcenia w tym zawodzie, z uwzględnieniem różnic wynikających z kwalifikacji związanych z podstawowym wykształceniem przyszłych psychoonkologów. Ustawodawca winien przesądzić charakter zawodu psychoonkologa jako zawodu medycznego, stwarzając prawne gwarancje określonego standardu jego wykonywania zarówno na etapie kształcenia jak i jego uprawniania, uwzględniając postulaty części środowiska psychoonkologów, która wyraża obawy związane z aktualnym stanem jego prawnej regulacji.

Ad. 3 Awaiting consent to cure

Celem badań, które stały się podstawą niniejszej, oryginalnej pracy naukowej, była analiza przypadków, w których postępowanie medyczne zostało wstrzymane z uwagi na brak możliwości odebrania od pacjenta świadomej zgody. Zgromadzony materiał badawczy objął grupę 100 przypadków, które poddano analizie pod kątem przyczyny, która uzasadniała wniosek o wydanie zastępczej zgody na procedurę medyczną przez sąd opiekuńczy, czasu oczekiwania na wydanie przez ten sąd zgody lub zakończenia postępowania w inny sposób, w razie śmierci pacjenta tudzież wykonania zabiegu ze wskazań życiowych bez uzyskania zastępczej zgody. Czas oczekiwania na zgodę sądu w w/w przypadkach oceniano w ramach analizy statystycznej: średniej w okresie oraz zmian czasu oczekiwania w poszczególnych latach (analiza trendu).

Prowadzone badania wykazały, że zabieg przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG) stanowił ponad 30 % wszystkich przypadków, w których lekarze zwracali się do sądu o wydanie zastępczej zgody. Liczną, bowiem stanowiącą 34 % ogółu, grupę wniosków, wymagających uzyskania akceptacji przez sąd, były te, dotyczące umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub domu pomocy społecznej. Istotną grupą, wynoszącą 20 % wszystkich wniosków, w przedmiocie których personel medyczny występował do sądu o wyrażenie zastępczej zgody, były procedury w dziedzinie ortopedii, obejmujące zabiegi operacyjne obarczone dużym ryzykiem operacyjnym, których niewykonanie skutkowało dla pacjenta trwałym kalectwem. Nie w każdym wszakże przypadku wykonanie zabiegu musiało nastąpić natychmiast, albowiem zwłoka, spowodowana oczekiwaniem na uzyskanie zgody zastępczej, groziłaby istotnym uszczerbkiem na zdrowiu. W wielu sytuacjach istniała możliwość odroczenia zbiegu o pewien czas, który pozwalał na wszczęcie procedury uzyskania zgody zastępczej, jednakowoż nie będąc nieograniczonym, ale obejmując skończony okres, np. kilku dni.

Jednocześnie lekarze nie traktowali tego rodzaju przypadków medycznych jako stanów na tyle nagłych, że w ich ocenie uzasadniały one całkowite zaniechanie procedury sądowej, wskazując na różnicę względem np. konieczności amputacji kończyny wskutek wypadku, co następuje w wyniku przekazania pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego, w warunkach tzw. ostro dyżurowych.

Zabiegi takie jak: tracheotomia, gastroscopia czy echokardiografia przezprzełykowa stanowiły 12 wniosków. Tracheotomia w przypadkach nienagłych wykonywana była jako przygotowanie anestezyjologiczne przed zabiegiem, podczas którego przez dłuższy czas należało kontrolować oddychanie, np. w czasie zabiegów neurochirurgicznych czaszki, szyi, klatki piersiowej. We wnioskach wskazywano zatem na jej pomocniczy, względem zasadniczo planowanej procedury medycznej, charakter, wyodrębniając ją, wszakże, jako oddzielną procedurę, obarczoną własnym ryzykiem. Diagnostyka endoskopowa służyła z kolei weryfikacji lub poszukiwania innych diagnoz w procesie terapeutycznym, implikując sprawność postępowania diagnostycznego, jednak nie mając charakteru nagłego.

W sześciu przypadkach, a zatem z częstotliwością jeden raz na rok w badanym okresie, lekarze występowali o wyrażenie przez sąd zgody na usunięcie u pacjenta guza mózgu, które nie było wykonywane w warunkach pilnych, uzasadnionych, np. pęknięciem naczyń mózgowych. Niemniej jednak długotrwałe oczekiwanie na uzyskanie zgody zastępczej w tego rodzaju przypadkach obarczone było dla pacjenta ryzykiem zdrowotnym, zaś uzależnienie długości jego pobytu od dopełnienia procedury zgody zastępczej w istotny sposób wpływało także na ekonomiczny aspekt hospitalizacji chorego, którego czas pobytu w podmiocie leczniczym generował koszty, konsumujące wartość przedstawianej do rozliczenia z płatnikiem procedury medycznej.

Pięciokrotnie szpital zwracał się w rzeczonym okresie o zgodę na implantację stymulatora, rozrusznika serca. W trzech przypadkach wnioskował o akceptację transfuzji krwi, a w dwóch na zabieg cięcia cesarskiego. W tej grupie nielicznych wniosków, o progu bagatelności 5 i mniej w skali kilku lat, jedynie wniosek w przedmiocie operacji zaćmy wydawał się spełniać warunki proceduralne zabiegu, którego wykonanie mogło być odroczone w czasie do momentu dopełnienia prawem przepisanych formalności i zrealizowania procedury sądowej w sposób przewidziany przez przepisy postępowania, a obejmujący zarówno etap rozprawy, wyznaczenia kuratora do reprezentowania interesów pacjenta, którego wniosek dotyczy, powołanie biegłego, który posiada wiedzę ekspercką, celem dokonania merytorycznej oceny zasadności wniosku podmiotu leczniczego, zwłaszcza w kontekście ryzyk, które niesie ze sobą proponowany zabieg, jak i ewentualnych skutków jego zaniechania.

Katalog przyczyn zdrowotnych, które uzasadniały wniosek o wydanie przez sąd zastępczej zgody na zabieg operacyjny lub o podwyższonym ryzyku z uwagi na brak możliwości podjęcia decyzji i wyrażenia woli przez pacjenta samodzielnie, był bardzo różnorodny. Kategoria, obejmująca mnogie schorzenia oraz brak kontaktu z pacjentem, mające podłoże o różnym charakterze, obejmował 1/5 wniosków. W obu przypadkach skutek niezdolności do wyrażenia woli w sposób prawnie skuteczny uniemożliwił podjęcie decyzji przez samego pacjenta. Liczną grupę okoliczności zdrowotnych, uzasadniających wniosek o wydanie zastępczej zgody przez sąd, stanowiły skutki schorzeń z zakresu neurologii i neurochirurgii, obejmując, w szczególności, urazowe lub pierwotne choroby dotyczące ośrodkowego układu nerwowego. Około 15 % stanów chorobowych pacjentów związanych było z urazami, powstałymi na skutek wypadków, których przebieg w ujemny sposób wpłynął na zdolność chorego do samostanowienia. Nieznacznie liczniejszą grupę stanowią schorzenia o podłożu internistycznym – kardiologicznym (17%). Zaledwie 6 % przypadków, uzasadniających wystąpienie do sądu z wnioskiem o zgodę zastępczą, stanowiły choroby psychiczne.

W procesie uzyskania zastępczej zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego lub o podwyższonym ryzyku czas odgrywa istotną rolę. W 32 spośród analizowanych przypadków sąd zezwalał na wykonanie obarczonej ryzykiem procedury medycznej tego samego dnia. 22 razy dochodziło do śmierci pacjenta przed podjęciem przez sąd decyzji, co skutkowało umorzeniem postępowania w sprawie, a zatem nie następowało wydanie przez organ sądowy decyzji, albowiem stawało się to bezprzedmiotowe w związku ze śmiercią chorego.

W okresie kilku lat, w których prowadzone były badania, 11 razy lekarze rezygnowali z oczekiwania na zgodę sądu przed jej uzyskaniem lub przed śmiercią pacjenta, uznając, że dalsza zwłoka, spowodowana czasem koniecznym do uzyskania zgody, grozić mogła pacjentowi kalectwem lub śmiercią i decydowali się na wykonanie zabiegu bez niej. Z kolei w 13% przypadków czas oczekiwania na decyzję sądu wynosił dwa dni. W okresie od dwóch dni do jednego miesiąca sąd podejmował decyzję w przedmiocie wyrażenia zastępczej zgody na zabieg 16 razy. W szczęściu przypadkach czas oczekiwania wynosił powyżej 1 miesiąca, nie dłużej jednak niż 3. W jednym przypadku szpital zmuszony był czekać na decyzję sądu w sprawie aż 110 dni.

Względem analizowanych przypadków wykazano, że czas oczekiwania na zastępczą zgodę sądu wydłużył się w latach 2015-2017 względem lat 2012-2014. W ponad 1/3 przypadków (32 na 100), w których szpital wystąpił o zgodę zastępczą, bądź doszło do wykonania zabiegu bez oczekiwania na jej uzyskanie, bądź pacjent zmarł przed wydaniem przez sąd tej zgody.

W analizowanych przypadkach lekarze, wnosząc o zgodę, argumentowali, że, z medycznego punktu widzenia, nie są w stanie zakwalifikować rzeczonego zabiegu jako wymagającego natychmiastowego wykonania, a stanowi on zabieg o podwyższonym ryzyku, zaś pacjenci, których ma dotyczyć, nie są w stanie wyrazić zgody na jego wykonanie samodzielnie. Z kolei oczekiwanie na wydanie przez sąd zgody w trybie prawem przepisany, biorąc pod uwagę tryb postępowania w sprawach tego rodzaju, było trudne do zaakceptowania z uwagi na stan zdrowia pacjenta, albowiem oczekiwanie na zgodę zastępczą mogło trwać od kilku dni do kilku tygodni, co było niewskazane w procesie terapeutycznym. Wniosek o wydanie zastępczej zgody stanowił w tym przypadku konieczność uzasadnioną, przede wszystkim, niewystarczającą regulacją prawną, jako że w tego typu przypadkach, które okazały się częste w praktyce, nie zachodziła żadna z dwóch rozłącznych przesłanek: ani nie był to zabieg typowo z tzw. w praktyce "wskazań życiowych", jednak jednocześnie nie było możliwe prowadzenie długotrwałej procedury uzyskania zastępczej zgody z przyczyn medycznych, choć nie będących nagłymi. Wystąpienie do sądu służyło próbie dochowania prawem przewidzianej procedury przy założeniu, że tego rodzaju wniosek stanowi jedynie konieczną formalność, albowiem zabieg i tak wymaga wykonania w terminie wynikającym ze stanu zdrowia pacjenta, a nie w trybie procedowania przez sąd.

Analiza wskazań do uzyskania decyzji sądu doprowadziła do wniosku, że konieczność wystąpienia o wydanie zastępczej zgody aktualizuje się w różnych przypadkach zdrowotnych, jak również, że liczne są przyczyny niemożności wyrażenia przez pacjenta zgody, spełniającej wymagania ustawodawcy. Istotnym czynnikiem, determinującym postępowanie lekarzy, jest współistnienie innych chorób, względem zasadniczej jednostki chorobowej, która stanowiła przyczynę wystąpienia do sądu. Dodatkowe schorzenia w istotny sposób determinowały postępowanie medyczne, skutkując koniecznością wdrożenia procedury przed sądem opiekuńczym.

Jeżeli lekarz, z medycznego punktu widzenia, może czekać, nie ma przeszkód, by zwrócić się do sądu opiekuńczego o wydanie zgody zastępczej, godząc się na prowadzenie przez tenże sąd postępowania dowodowego na okoliczność zasadności danej procedury medycznej, powołanie biegłego, wyznaczenie kuratora, który w postępowaniu reprezentować będzie interesy chorego. Problem powstaje jednak, gdy lekarz czekać kilku tygodni nie może, ale jednocześnie procedura medyczna, którą zamierza wykonać, nie jest na tyle pilna, że zwłoka w jej wykonaniu skutkować będzie w krótkim czasie niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Nie oznacza to jednak, że pacjentowi nie grozi niebezpieczeństwo, a jedynie, że nie jest ono na tyle gwałtowne i rychłe, iż w świetle obowiązujących przepisów upoważnia to lekarza do wykonania procedur medycznych bez uprzedniej zgody a przy zastosowaniu instytucji zgody następczej.

Prowadzone badania wskazały na istnienie w przepisach luki. Prawo nie reguluje sposobu postępowania w przypadkach, które były przedmiotem badań. Ustawodawca upoważnia lekarzy do samodzielnego decydowania o wykonaniu zabiegu o podwyższonym ryzyku w sytuacji, gdy zwłoka, spowodowana procedurą uzyskania zgody zastępczej, groziłaby pacjentowi poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Alternatywnie – gdy oczekiwanie na zgodę sądu z medycznego punktu widzenia jest możliwe, zastosowanie znajduje procedura uzyskania zastępczej zgody sądu opiekuńczego.

Przeprowadzone analizy dowiodły, że oczekiwanie na zgodę zastępczą odbywa się w warunkach, w których rezygnacja z trwającego w czasie procedowania przed sądem opiekuńczym obciąża lekarza, który może albo odroczyć wskazany medycznie zabieg w chwili, w której nie jest on jeszcze pilny, albo wykonać bez wymaganej zgody zastępczej zabieg, który nie jest w danej chwili ratującym życie. W obu przypadkach jest to ciężar, który nie powinien spoczywać na barkach lekarza, albowiem decyzje o takiej wadze gatunkowej winny znajdować oparcie w wyraźnej dyspozycji ustawowej, a nie być wynikiem wyłącznie określonej wykładni, jako że ujemnie wpływa to na pewność prawa, mogąc skutkować konsekwencjami prawnymi przy dokonywaniu oceny postępowania lekarza.

W rzeczywistości szpitalnej konieczność wystąpienia do sądu o wydanie zastępczej zgody na niezbędną, wszakże nie nagłą, procedurę medyczną, występuje stosunkowo często i negatywnie wpływa na proces leczenia. Lekarz może nie występować do sądu, kwalifikując daną procedurę jako niemożliwą do odroczenia z uwagi na zagrożenie uszczerbkiem lub rozstrojem zdrowia, jednak tego rodzaju kwalifikacja z medycznego punktu widzenia może stanowić nadużycie i w kategoriach sztuki lekarskiej nie będzie mogła się utrzymać. W sytuacji, gdy lekarz wykonuje zabieg operacyjny albo stosuje metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta bez zastępczej zgody, ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. Pomimo jednak uregulowania przez ustawodawcę trybu procedowania bez zgody zastępczej, praktyka postępowania która wyraża się, przede wszystkim, w czasie jego trwania. Wystąpienie do sądu w przepisany prawem trybie często wiąże się ze zbyt długim oczekiwaniem na zastępczą zgodę, co stanowi dla pacjenta ryzyko i również może obciążać lekarza pod względem prawnym oraz etycznym. Konieczna w tym zakresie wydaje się zatem ingerencja ustawodawcy, który musi uznać zasadność prawnej reglamentacji rozwiązywania omawianego dylematu.

Ad. 4 The internment of patients undergoing treatment for alcohol addiction as a result of a specific interpretation of the provisions of the Act on Upbringing in Sobriety and Counteracting Alcoholism

Na tle obowiązku uzyskania zgody na podjęcie leczenia przez osobę, wobec której wydano postanowienie sądu zawierające zobowiązanie w tym zakresie, dochodzi do rozbieżności w stosowaniu przepisów prawa. W części podmiotów leczniczych wiąże się to z przymusową kontynuacją leczenia odwykowego przez pacjenta w szpitalu, wypis którego uzależnia się od wydania w tym przedmiocie postanowienia przez sąd a nie od zgody samego pacjenta. W powołanym artykule wykazano, iż określona praktyka stosowania prawa, umniejszająca rolę zgody pacjenta w procesie terapeutycznym, ma ujemne konsekwencje dla skuteczności prowadzonej terapii.

W oparciu o dane za lata 2010-2020, pozyskane ze specjalistycznego podmiotu leczniczego w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, dokonano analizy przypadków zastosowanego wobec pacjentów tego szpitala trybów leczenia odwykowego. Ocenie poddano informacje na temat liczby pacjentów leczących się odwykowo w tym okresie w tym podmiocie leczniczym, porównując liczbę leczonych w oparciu o ich własną zgodę oraz skierowanych do leczenia na mocy postanowienia sądu.

Przedmiotem analizy były dane dotyczące ogólnej liczby leczonych odwykowo w powołanym przedziale czasowym z wyodrębnieniem dwóch kategorii chorych: tych, którzy odbywali leczenie w oparciu o zgodę własną oraz takich, co do których postanowienie o przymusowym leczeniu wydał sąd.

W praktyce orzeczniczej sądów jednego z województw przyjmuje się, że prawomocne postanowienie sądu zastępuje zgodę na przyjęcie do szpitala i leczenie. Po przyjęciu pacjenta do szpitala w oparciu o orzeczonego wobec niego obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, nie może on samowolnie go opuszczać, a jego zwolnienie możliwe jest dopiero na podstawie decyzji kierownika podmiotu leczniczego, powziętej w oparciu o postanowienie właściwego sądu. Do osoby uzależnionej od alkoholu, która zdaje sobie sprawę z problemu i chce z nim walczyć, podejmując leczenie dobrowolne, przepisy omawianej ustawy w ogóle nie mają zastosowania.

Natomiast przepisy ustawy, przewidujące możliwość zobowiązania pacjenta do leczenia i egzekwowania tego zobowiązania w okresie trwałości postanowienia sądu, mają zastosowanie właśnie do osób, które negują potrzebę podjęcia terapii, podczas gdy uznano, że dotyczy ich obowiązek leczenia odwykowego.

Wedle stanowiska sądów w jednym z województw, kierownik podmiotu lecznictwa stacjonarnego nie może samodzielnie podejmować decyzji w przedmiocie zmiany rodzaju leczenia odwykowego bądź o ustaniu leczenia i wypisania pacjenta ze szpitala. Co za tym idzie, każda osoba uzależniona, która zgłosi się samodzielnie lub zostanie doprowadzona na leczenie odwykowe w związku z wydanym wobec niej postanowieniem o zobowiązaniu do podjęcia leczenia, jest przyjmowana do szpitala na leczenie, a może go opuścić dopiero w momencie doręczenia wydanego przez sąd orzeczenia o ustaniu obowiązku leczenia lub zmiany sposobu leczenia na tryb ambulatoryjny. Zdaniem stosujących tego rodzaju wykładnię, znajduje to swoje uzasadnienie w celu ustawy czy społecznym oczekiwaniu co do skutków przez nią wywołanych. Nie rodzi bowiem w tym zakresie żadnych wątpliwości cel, dla którego omawiany środek, w postaci zobowiązania do podjęcia leczenia, został wprowadzony. Jest nim, przede wszystkim, ochrona zdrowia samej osoby uzależnionej od alkoholu oraz ochrona praw i wolności innych osób (w szczególności bliskich osoby chorej) oraz porządku publicznego. Tym samym ratio legis ustawy, a także zastosowane w niej środki prawne, np. w postaci zakazu opuszczania podmiotu leczniczego lub przymusowe doprowadzenie do podmiotu leczniczego, skłania do przychylenia się do stanowiska, iż postanowienie sądu zastępuje zgodę na podjęcie leczenia.

Przeprowadzone badania wykazały, iż około 10% postanowień o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu nie jest realizowanych z uwagi na upływ terminu dwóch lat istnienia zobowiązania. Natomiast wśród osób zobowiązanych do podjęcia leczenia rokrocznie ponad połowa ze zobowiązanych była przymusowo doprowadzana na leczenie. Powyższe dowiodło, iż większość osób, wobec których wydano postanowienie o zobowiązaniu do podjęcia leczenia, nie jest skłonna do jego dobrowolnego podjęcia. Tym samym w sytuacji przyjęcia poglądu, iż niezależnie od postanowienia sądu, zobowiązany musiałby wyrazić zgodę na leczenie, większość postanowień byłoby niewykonalnych, bez możliwości zastosowania sankcji lub wdrożenia egzekucji. W związku z tym nie osiągnięty zostałby cel ustawy, jakim jest ochrona zdrowia samej osoby uzależnionej od alkoholu oraz ochrona praw i wolności innych osób (w szczególności bliskich osoby chorej) oraz porządku publicznego.

Mając na względzie rezultaty wykładni literalnej oraz systemowej przepisów, które regulują zasady wyrażania zgody na czynności medyczne, należy przyjąć, że prawna możliwość egzekwowania nałożonego przez sąd obowiązku leczenia odwykowego po stwierdzeniu w prawem przepisany trybie, iż zachodzą medyczne oraz społeczne przesłanki jego orzeczenia, może prawnie oraz faktycznie dotyczyć jedynie etapu przyjęcia do stacjonarnego lub niestacjonarnego ośrodka leczenia odwykowego. Niewątpliwie samodzielne podjęcie leczenia rokuje znacznie lepsze rezultaty, niż leczenie przymusowe, którego potrzebę uczestnik postępowania neguje.

Przeprowadzona analiza wykazała, że pomimo tego, iż określone przepisy wydają się nie budzić wątpliwości w praktyce, ich określona wykładnia prowadzi do osiągnięcia celów sprzecznych w założeniami ustawowymi, które obejmują dobrowolność leczenia, ograniczając tryb przymusu jedynie do etapu jego wszczęcia, obejmującego wykonanie sądowo nałożonego zobowiązania. Wolicjonalny element zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyklucza możliwość jego przymusowej realizacji w odniesieniu do analizowanych w prezentowanej pracy przypadków, stanowiąc przyczynę przeciw skuteczności stosowanej wykładni przepisów prawa, prowadząc jednocześnie do naruszenia praw pacjenta do wyrażenia zgody na realizację procedur medycznych, poprzez uzależnienie ich dyskontynuacji, obejmujące uwarunkowanie opuszczenia szpitala po leczeniu odwykowym przez pacjenta, od postanowienia sądu. Tak zidentyfikowana, niewłaściwa wykładni prawa została określona jako wymagająca zmiany w praktyce.

Ad. 5 Obligation Is Not a Compulsion—The Quality of the Law and the Effectiveness and Safety of Vaccination against COVID-19

W przedmiotowym artykule dokonano analizy oraz oceny jakości regulacji prawnych dotyczących szczepień ochronnych przeciwko SARS-CoV-2 w Polsce. Pierwotnie wykonywanie tego rodzaju szczepień w Polsce nie miało podstawy normatywnej, ponieważ kolejność ich realizacji określona była w Narodowym Programie Szczepień, który miał rangę uchwały, a więc dokumentu wewnętrznego, Rady Ministrów.

31 grudnia 2020 r. oficjalnie wprowadzono do porządku prawnego metodę zapobiegania COVID-19, polegającą na wykonywaniu szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie zakaźnej, względem określonych osób, przy użyciu szczepionki, ale dopiero w połowie stycznia kolejność wykonywania szczepień usankcjonowano w randze rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Wielomiesięczne oczekiwanie na pojawienie się szczepionki nie doprowadziło do należytego przygotowania ustawodawstwa pod względem prawnym. Już na tym etapie należało poddać pod wątpliwość określenie kręgu uprawnionych do szczepienia w regulacji, która mimo solennej nazwy, odwołującej się do Programu Szczepień w wymiarze narodowym, nie miała mocy powszechnie obowiązującej.

Od 1.03.2022 r. obowiązywał w Polsce obowiązek szczepień przeciwko COVID-19 dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Obowiązek ten dotyczył zarówno lekarzy, pielęgniarek, techników medycznych, jak i pracowników technicznych, administracyjnych, sprzątających w podmiocie leczniczym, a zatem wykonujących czynności zawodowe w tym podmiocie. Rozporządzenie wskazywało jedynie, iż wyłączone z obowiązku szczepień na COVID-19 są osoby, które mają przeciwwskazania do szczepienia w zakresie stanu ich zdrowia. We wprowadzonych przepisach brak było sankcji za niewypełnienie obowiązku szczepień. Jak podkreślało Ministerstwo Zdrowia, to do pracodawcy należała decyzja, jeśli chodzi o postępowanie z niezaszczepionym pracownikiem wykonującym zawód medyczny.

Brak było także zapisów w przedmiocie obowiązku przedstawienia pracodawcy zaświadczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do szczepień. W tym przypadku także do pracodawcy należała decyzja, czy wystarczające jest przedłożenie oświadczenia, czy będzie wymagać od pracownika stosownego zaświadczenia lekarskiego. Pracodawcy nie mieli wiedzy, jak postępować względem osób, co do których obowiązek szczepienia został wprowadzony, ale nie jest on przymusem.

Ustawodawca wydawał się cedować na obywateli, będących pracodawcami indywidualnymi lub instytucjonalnymi, ciężar związany z egzekwowaniem społecznej odpowiedzialności względem nakazu, który miał wymiar prawny ale nie był bezwzględny. Nawet w obliczu okoliczności, że obowiązek nie jest przymusem, zasadne wydawało się wyraźne określenie rodzaju instrumentów, które mogłyby być stosowane w obrocie w świetle prawa, by nie pozostawiać pola do dyskusji, co jest, a co nie jest dozwolone w świetle obowiązku, który nie jest przymusem, ale ma wymiar prawny.

Już na etapie wprowadzania kryteriów kolejności szczepień przeciwko koronawirusowi brak było podstawy prawnej do ich wykonywania w określonym schemacie, jako że Narodowy Program Szczepień nie stanowił źródła powszechnie obowiązującego prawa, następnie zaś, na co wskazywał także Rzecznik Praw Obywatelskich, nie było podstaw, aby implementować tę kolejność w drodze rozporządzenia, albowiem ustawa dawała taką możliwość tylko w przypadku szczepień obowiązkowych, a szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 dla populacji nimi nie są, natomiast dla personelu podmiotów leczniczych stały się od 01.03.2022 roku.

Z dostępnych danych wynika, że na przestrzeni ostatnich lat znacznie wzrosła w Polsce liczba przypadków uchyleń od szczepień obowiązkowych, w 2010 roku odnotowano 3437 uchylających się, a w 2020 roku – ponad 50 tysięcy takich osób. Orzecznictwo sądowe w Polsce wskazuje, że związek pomiędzy szczepieniami ochronnymi, a ochroną zdrowia społeczeństwa jest oczywisty, przede wszystkim chronione powinny być w ten sposób osoby narażone na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych.

Konstytucyjne prawo decydowania o swoim życiu osobistym nie ma charakteru absolutnego i doznaje stosownych ograniczeń, także ze względu na ochronę zdrowia. Dotarcie szczepionki do wszystkich potrzebujących należy rozumieć nie tylko w kategoriach dystrybucji preparatu w krajach uboższych, ale także w znaczeniu odpowiedzialnego prowadzenia polityki zdrowotnej w państwach bardziej zamożnych.

W doniesieniach podkreślano wagę i rolę przekazywania uzasadnionych naukowo informacji na temat szczepionek. Po wybuchu pandemii grypy A (H1N1) w 2009 roku podkreślano istotne znaczenie edukacji dotyczącej bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek w czasie jakiegokolwiek przyszłej pandemii. Taka zaistniała w roku 2020.

Wydaje się zasadne, by tym razem wyciągnąć dalej idące wnioski, albowiem trwająca nadal pandemia zapewne nie będzie ostatnią, jednak może okazać się kluczowa dla wypracowania skutecznych mechanizmów walki z zagrożeniem biologicznym tergo rodzaju nie tylko w wymiarze epidemiologicznym ale także prawnym.

Jakość stanowionego w okresie pandemii prawa ujemnie wpływała na możliwość jego stosowania w sposób pewny oraz egzekwowania określonych obowiązków od adresatów norm prawnych.

Dość wskazać, że tak istotne zagadnienia, jak choćby sposób organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. szpitali tymczasowych, nie były niemal w ogóle uregulowane, co rodziło obowiązek podmiotów leczniczych określania standardu udzielania świadczeń zdrowotnych we własnym zakresie, w braku jakiegokolwiek punktu odniesienia dla przypadków klinicznych, który mógłby stanowić wzór dla określenia optymalnego sposobu organizacji tych świadczeń.

Wydawane w dużej liczbie akty prawne, niejednokrotnie bez *vacatio legis*, pomimo uzasadnienia dynamiczną sytuacją pandemiczną, często nie były w stanie sprostać oczekiwaniu ich adresatów pod kątem ich wyczerpującego lub nie budzącego wątpliwości charakteru, przez co ciężar ich określonej wykładni, stanowiącej rezultat niedostatków legislacyjnych, stanowił dla ich adresatów nieuzasadniony ciężar, mogący rodzić prawne reperkusje.

Wydaje się przez to, że ustawodawca winien skorygować model procedowania w tego rodzaju sytuacjach, uwzględniając dynamikę procesów zachodzących w obrocie oraz wyposażając adresatów norm prawnych w instrumenty działania, które pozwolą na skuteczne oraz jednoznaczne ich stosowanie w praktyce.

PODSUMOWANIE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO

Istnieją dwa rodzaje zepsucia: jedno, kiedy lud nie przestrzega praw; drugie, kiedy same prawa przynoszą z sobą zepsucie. To zło jest nieuleczalne, bo tkwi w samym lekarstwie³. To nawiązujące do prawa medycznego stwierdzenie Monteskiusza zachowuje aktualność na gruncie obowiązujących regulacji, których niedoskonałości, polegające na niedostatecznej regulacji lub jej braku, niosą ze sobą szkodliwe skutki dla podmiotów, których praw lub obowiązków one dotyczą. Oczekiwanie przestrzegania przepisów prawa winno dotyczyć regulacji, które nie pozostawiają nadmiernego pola do różnorodnej ich wykładni, są wyczerpujące oraz spójne.

W przytoczonych jako osiągnięcie naukowe artykułach naukowych wykazano, że zaniechania ustawodawcy, dotyczące określonych obszarów w dziedzinie prawa medycznego, wywołują negatywne skutki względem adresatów norm prawnych oraz odbiorców usług zdrowotnych. Negatywne konsekwencje prawnych zaniechań ustawodawcy przekładają się na różnorokie aspekty, począwszy od norm ustrojowych, dotyczących określonych zawodów, mających zastosowanie w ochronie zdrowia, przez regulacje, których przedmiotem są zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, skończywszy na sposobie dokonywania wykładni prawa, która obejmuje rozbieżne jego interpretacje, z uwagi na określony sposób redakcji przepisów prawa. Lexopatogenność jest zjawiskiem niepożądanym i jej identyfikacja winna skutkować każdorazową interwencją racjonalnego ustawodawcy.

W doktrynie prawa zauważa się, że wpływ moralności jest dostrzegalny również w obszarze konsekwencji obowiązywania prawa w stosunku do członków społeczeństwa, którzy świadomie przestrzegają norm prawnych, a moralność pełni swoją funkcję także w obszarze reguł związanych z działalnością władz w sferze publicznej, jako że u podstaw każdej normy sankcjonowanej leżą przyjęte przez ustawodawcę założenia aksjologiczne oparte na przyjmowanym systemie etycznym, zaś u podstaw każdej normy sankcjonowanej leżą przyjęte przez ustawodawcę założenia aksjologiczne oparte na przyjmowanym systemie etycznym. Biorąc pod uwagę, iż w obszarze ochrony zdrowia przedmiotem dóbr chronionych prawem są najwyżej cenne w społeczeństwie wartości, takie jak życie i zdrowie ludzkie, jednoznacznie scharakteryzowana jako negatywna kategoria Lexopatogenności służyć ma do identyfikowania obszarów wymagających prawnej interwencji ustawodawcy, który powinien urzeczywistniać, mające aksjologiczne uzasadnienie, paradygmat bezpieczeństwa prawnego jako formalnej gwarancji ochrony najwyższych dóbr przysługujących człowiekowi.

³ Montesquieu (tłum.: Tadeusz Boy-Żeleński), O duchu praw, wyd.: wolnelektury.pl, str. 47.

INNE PRZYKŁADY LEXOPATOGENNOŚCI

W ramach swojej pracy zawodowej jako radcy prawnego, wykonywanej z uwzględnieniem aspektu naukowego, Wnioskodawczyni brała udział w zidentyfikowaniu oraz usuwaniu negatywnych skutków innych przykładów niewłaściwych regulacji prawnych w systemie ochrony zdrowia.

- 1) Naukowe uzasadnienie konieczności dokonania określonych zmian w systemie prawa, które znalazło wyraz w opracowaniu projektu zmian przepisów dla środowiska specjalistów psychoterapii uzależnień.**

W 2022 r., na skutek określonych zmian w prawie, psychoterapia uzależnień stała się specjalizacją w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. W ustawie o niektórych zawodach medycznych, którego celem było uregulowanie warunków i zasad wykonywania zawodów medycznych, dotychczas nieobjętych regulacjami ustawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód medyczny oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób, zawód ten nie został ujęty.

Pomimo tego, że uregulowaniu w sposób jednolity podlegać będzie dotychczas dualistyczny tryb kształcenia w tym zawodzie, co pozwoli zapewnić określony standard oraz wysoką jakość tego kształcenia, zasady wykonywania zawodu przez specjalistów psychoterapii uzależnień przez osoby o różnych zawodach podstawowych, nie były usankcjonowane na poziomie powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Z tych względów to na normach deontologicznych oparty został standard wykonywania tego zawodu, będącego specjalizacją mającą zastosowanie w ochronie zdrowia i uprawianego przez przedstawicieli różnorodnych zawodów podstawowych.

W dziedzinie specjalizacji w ochronie zdrowia, jaką jest psychoterapia uzależnień, kierunki studiów, po których ukończeniu można przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego, są różnorodne, obejmując kierunek lekarski, pielęgniarstwa, położnictwa, pracy socjalnej, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, socjologii, resocjalizacji, zdrowia publicznego oraz nauk o rodzinie. Zawody podstawowe, które stanowią pierwszy etap w kształceniu w ramach specjalizacji z psychoterapii uzależnień, są bardzo różne, co wpływa na sposób wykonywania zawodu specjalisty psychoterapii uzależnień przez poszczególne osoby.

W przypadku zawodów lekarza, pielęgniarki i położnej, określony standard wykonywania tych profesji stanowi pochodną istnienia prawnej regulacji tych zawodów w randze ustawy oraz funkcjonowania samorządu zawodowego, przynależność do którego jest obowiązkowa, a celem którego jest, m.in., sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, zaś przynależność do niego jest dla osób wykonujących dany zawód obowiązkowa. Istnienie prawnych ram realizacji zawodów podstawowych jedynie pośrednio przekłada się na określone gwarancje przy wykonywaniu pracy specjalisty psychoterapii uzależnień.

Zawody takie jak pracownik socjalny, pedagog, socjolog, absolwent resocjalizacji, nauk o zdrowiu czy nauk o rodzinie, nie tylko nie są zawodami medycznymi, ale w ramach klasyfikacji zawodów na potrzeby rynku pracy zaliczone są do kategorii takich jak, odpowiednio: pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej, specjaliści nauczania i wychowania gdzie indziej niesklasyfikowani, archeolodzy, socjolodzy i specjaliści dziedzin pokrewnych czy specjaliści do spraw społecznych. Nie przesądzając o nieprzydatności wykształcenia tego rodzaju do wykonywania zawodu psychoterapeuty uzależnień, należy wskazać, że zawody te nie są ustawowo przystosowane do specyfiki leczenia uzależnień, które w ramach opieki psychiatrycznej stanowi rodzaj działalności leczniczej, a zatem aktywności podlegającej szczególnej regulacji, której przedmiotem są najcenniejsze dobra osobiste człowieka. Powyższe skutkowało brakiem prawnych regulacji dotyczących newralgicznych i kluczowych obszarów aktywności zawodowej w zawodzie specjalisty psychoterapii uzależnień, jak chociażby kwestia tajemnicy zawodowej czy standard monitorowania procesu terapeutycznego w ramach superwizji.

Przed ujednoczeniem standardu leczenia uzależnień w aspekcie instytucjonalnym w ramach Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz kształcenia, w zakresie czego prace nadal trwają, normy deontologiczne obowiązywały w określonym czasie zarówno psychoterapeutów uzależnienia od alkoholu, jak i psychoterapeutów uzależnienia od narkotyków, jako że tak Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, jak i Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii, stworzyły własne kodeksy etyki zawodowej. Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień - projekt wspólny, mając obowiązywać w stanie prawnym po dokonaniu instytucjonalnego połączenia podmiotów właściwych w dziedzinie leczenia uzależnień, dotyczyć miał wszystkich osób wykonujących zawód specjalisty psychoterapii uzależnień. Z racji jednak braku norm prawnych dotyczących zasad wykonywania tego zawodu, moc obowiązująca kodeksu norm deontologicznych ma jedynie wymiar powinności etycznej a nie normy rangi prawnej.

Ponieważ w zawodzie specjalisty psychoterapii uzależnień nie funkcjonował samorząd zawodowy, nie obowiązywała ustawa, która określałaby standard prawny realizacji tego zawodu, a przestrzeganie i egzekwowanie norm etycznych, które określają zasady jego wykonywania, ma charakter dobrowolny dla wykonujących ten zawód. Jeżeli specjalista psychoterapii uzależnień nie stosuje norm deontologicznych zawartych w kodeksie etyki, może podlegać odpowiedzialności dyscyplinarnej tylko wówczas, gdy wyrazi zgodę na zastosowanie wobec niego sankcji dyscyplinarnych w związku z nieprzestrzeganiem dobrowolnie przyjętych przez niego norm etycznych.

Z uwagi z kolei na okoliczność, iż zawód specjalisty psychoterapii uzależnień miał charakter specjalizacji osoby, która posiada określony zawód podstawowy, pojawiało się pytanie o relację między standardem wykonywania zawodu podstawowego i jej wpływem na wykonywanie zawodu w ramach specjalizacji. Osoba, będąca absolwentem zdrowia publicznego czy nauk o rodzinie nie posiada jakichkolwiek wytycznych dotyczących zasad wykonywania zawodu specjalisty psychoterapii uzależnień z racji posiadania określonego zawodu podstawowego, a zatem brak jakiegokolwiek punktu odniesienia, który stanowiłby gwarancję należytego standardu wykonywania zawodu choćby przez odpowiednie stosowanie norm dotyczących zasad wykonywania zawodu podstawowego.

Stan ten był o tyle niepożądany, iż zawarte w kodeksie etycznym normy deontologiczne określały zasady jego wykonywania, które powinny mieć walor prawny, a przez to moc powszechnie obowiązującą i gwarancję skutecznego egzekwowania w trybie prawem przepisanych. Brak takich regulacji rzutował bowiem istotnie na sytuację pacjenta - klienta specjalisty psychoterapii uzależnień, który jest odbiorcą jego usług, a którego gwarancje mogą różnić się w zależności od tego, jaki zawód podstawowy wykonuje. Nawet przy założeniu, że jednolity standard kształcenia zapewni określoną jakość w ramach samej specjalizacji, sposób wykonywania poszczególnych obowiązków zawodowych, dotyczący w szczególności tajemnicy zawodowej czy monitorowania procesu terapeutycznego w ramach superwizji, nie był prawnie dookreślony.

W przypadku zawodów medycznych, które posiadają odrębną regulację prawną, obejmującą także samorząd zawodowy, reguły ich wykonywania wynikają z przepisów właściwej ustawy, która nie tylko przewiduje, że wykonywanie zawodu obligatoryjnie wiąże się z przynależnością do tego samorządu, ale także wyczerpująco określa zasady jego wykonywania, w tym w zakresie najbardziej newralgicznych obszarów, jak kwestia tajemnicy zawodowej. Wówczas czytelne zasady postępowania mogą być stosowane wprost, dając poczucie prawnej pewności postępowania w konkretnych przypadkach, natomiast na wypadek ich nieprzestrzegania, mogą być egzekwowane przez organy samorządu zawodowego lub aparat państwa.

Ustawa o niektórych zawodach medycznych uregulowała kwestie odnoszące się zasad wykonywania tych zawodów oraz odpowiedzialności zawodowej osób je wykonujących, przewidując, że podlegają one odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu medycznego, określając jednocześnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej dany zawód medyczny. W ustawie tej nie ujęto jednak zawodu specjalisty psychoterapii uzależnień, choć postulaty, które stanowią podstawę jej wprowadzenia, dotyczące prawnego uregulowania zasad wykonywania zawodu i odpowiedzialności zawodowej, odnoszą się także do tego zawodu.

Z uwagi na brak ustawowych regulacji kwestii tajemnicy zawodowej nie jest określone, jak zachować się ma specjalista psychoterapii uzależnień w obliczu konieczności składania zeznań w postępowaniu karnym, cywilnym, czy w ramach działań podejmowanych w wyniku stosowania ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Poszczególne przepisy prawa inaczej regulują sytuację prawną osoby, zobowiązanej do zachowania tajemnicy zawodowej, w zależności od pełnionej przez nią roli procesowej, choćby świadka czy biegłego, odnosząc się wprost do tych zawodów, które posiadają ugruntowany prawnie status (np. lekarza), będąc regulowane ustawami zawodowymi. Nie jest zatem oczywiste, czy zasady dotyczące zakazów dowodowych, możliwość powoływania się na tajemnicę zawodową, czy inne gwarancje procesowe, znajdują zastosowanie do specjalisty psychoterapii uzależnień, a jeśli tak, to czy wprost czy odpowiednio.

W braku wyraźnych przepisów dotyczących tajemnicy zawodowej istnieje nie tylko ryzyko związane naruszeniem dóbr osobistych osoby, której dane nie zostały należycie chronione, ale jednocześnie w grę wchodzić może ryzyko karalnego nieujawnienia informacji, które z mocy prawa powinny podlegać zgłoszeniu właściwym organom, przede wszystkim dlatego, że są relewantne z punktu widzenia ewentualnego zagrożenia życia lub zdrowia samego pacjenta czy innych osób.

W rezultacie braku w przepisach prawa skutkowałą koniecznością samodzielnego podejmowania przez specjalistę psychoterapii uzależnień decyzji *ad hoc* w konkretnej sprawie, zarówno co do tego, czy w danym przypadku ujawnić tajemnicę, a jeśli tak, to w jakim zakresie.

Innym obszarem, który wydaje się równie istotnym z punktu widzenia standardu wykonywania zawodu, a jednocześnie nie był dostatecznie uregulowany prawnie, jest obszar monitorowania procesu psychoterapii uzależnień.

Na mocy rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wprowadzono definicję superwizji psychoterapii, określając jej cele, jak również kwalifikacje superwizora oraz aplikanta. Instytucja ta odnosi się wszakże do superwizji psychoterapii w ogólności, stąd pojawia się pytanie o zakres jej zastosowania do psychoterapii uzależnień. Sam kształt regulacji nie wydaje się także optymalny, albowiem ustawodawca przez superwizora rozumie psychoterapeutę z co najmniej 7-letnim doświadczeniem w prowadzeniu psychoterapii, posiadającego certyfikat superwizora (...) wydawany przez towarzystwa lub stowarzyszenia zrzeszające psychoterapeutów wydające certyfikaty psychoterapeuty i superwizora psychoterapii. Przepis stanowi zatem, że certyfikat posiada ten, kto otrzymał go od podmiotu, który wydaje certyfikat, nie odnosząc się jednocześnie do formalnej ścieżki jego wydawania.

Superwizja jest zatem obecnie zdefiniowana w powołanym rozporządzeniu oraz w ramach standardów akredytacyjnych w dziedzinie leczenia uzależnień, zaś jej umiejscowienie także w innych aktach prawnych, w kontekście wzajemnej relacji powołanych definicji i regulacji, wydaje się być niespójne. Ustawodawca nie wyartykułował w sposób wystarczający prawnego wymogu realizacji superwizji w toku wykonywania zawodu, albowiem regularne poddawanie się superwizji nie jest adresowane wprost jako wymóg prawny względem osób wykonujących ten zawód. Przepisy rozporządzeń koszykowych oraz innych aktów prawnych dotyczących standardu wykonania świadczeń gwarantowanych uwzględniają superwizję tylko w nielicznych zakresach świadczeń. W żadnym przepisie prawnym nie jest ona natomiast wymogiem formalnym w ramach aktywności zawodowej poza systemem świadczeń gwarantowanych.

Ustawodawca nie zdecydował się na ujęcie zawodu psychoterapeuty uzależnień w katalogu zawodów medycznych, zawartym w ustawie o niektórych zawodach medycznych, przez co nie doszło do uregulowania zasad wykonywania tego zawodu na poziomie ustawowym. Ten stan rzeczy spowodował, że normy etyczne pełnią rolę zastępczą względem norm prawnych, których brak ujemnie wpływa na standard wykonywania danego zawodu. Po pierwsze dlatego, że z uwagi na brak samorządu zawodowego, nie ma prawnego obowiązku przestrzegania norm etycznych, a zatem ich stosowanie jest dobrowolne i nie musi obowiązywać wszystkich w równym stopniu. Po drugie dlatego, że normy deontologiczne regulują materię, która winna być uregulowana na poziomie ustawowym. Jako przykład należy tu wskazać mające kardynalne znaczenie kwestie tajemnicy zawodowej oraz szczególnie istotne z punktu widzenia jakości wykonywania zawodu wymogi dotyczące monitorowania procesu terapii w ramach superwizji.

Wydaje się zatem, że w zakresie sposobu wykonywania zawodu przez specjalistę psychoterapii uzależnień, prawna regulacja określonego standardu zawodowego, w szczególności w obszarze kluczowych elementów, jak kwestia tajemnicy zawodowej czy monitorowania procesu kształcenia, jest pożądana i konieczna, albowiem w jej braku ciężar sposobu postępowania w konkretnych sytuacjach, których przedmiotem są żywotne interesy odbiorców usług specjalisty psychoterapii uzależnień, spoczywa wyłącznie na nim. Jednocześnie normy etyczne nie wydają się wystarczające z punktu widzenia formalnego aspektu takiej regulacji, z uwagi na brak samorządu zawodowego i stanowiącą jego konsekwencję dobrowolności ich stosowania oraz ograniczonych możliwości ich egzekwowania.

W związku z naukową identyfikacją problemu niewystarczającej regulacji w zawodzie specjalisty psychoterapii uzależnień, opracowano projekt zmian w obowiązujących przepisach prawa, które mają na celu usankcjonowanie superwizji szkoleniowej oraz klinicznej w procesie kształcenia oraz wykonywania zawodu specjalisty psychoterapii uzależnień. Powyższe znalazło odzwierciedlenie w pracach, polegających na przygotowaniu, w porozumieniu z przedstawicielami środowiska zawodowego oraz pod merytorycznym nadzorem Konsultant Krajowej w dziedzinie psychoterapii uzależnień, projektu nowelizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, obejmującej wprowadzenie do porządku prawnego definicji legalnych superwizji psychoterapii uzależnień, superwizora psychoterapii uzależnień, aplikanta w procesie superwizji psychoterapii uzależnień oraz stworzenie w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego prawnych standardów tej formy monitorowania procesu kształcenia oraz wykonywania zawodu psychoterapeuty uzależnień poprzez premiowanie świadczeniodawców zapewniających superwizję w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w określonym przez Ministra Zdrowia na etapie wymogów prawnych oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych wymiarze.

Obecnie, pod kierownictwem dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, doktor Bogusławy Bukowskiej stworzono projekt ustawy o zawodzie specjalisty psychoterapii uzależnień, który został przekazany Ministerstwu Zdrowia⁴.

⁴ <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Kto-nas-wyleczy-z-alkoholizmu-Publiczne-placowki-wciaz-traca-specjalistow,276205,16.html> – dostęp na 11.11.2025 roku.

2) Naukowe uzasadnienie zainicjowanej korekty luki prawnej w finansowaniu leczenia psychiatrycznego dzieci.

Leczenie ambulatoryjne małego dziecka, który z uwagi na jego stan zdrowia psychicznego, w ocenie lekarza, wymaga hospitalizacji, stanowi zagrożenie dla niego samego i otoczenia, nie gwarantuje właściwej obserwacji, farmakoterapii, konsultacji specjalistycznych oraz innych elementów procesu terapeutycznego, które mogą być zrealizowane wyłącznie w warunkach szpitalnych. W obowiązującym do 01.01.2022 roku koszyku świadczeń gwarantowanych ustawodawca nie przewidywał dla wszystkich świadczeniodawców możliwości hospitalizacji w warunkach stacjonarnych (całodobowych) świadczeniobiorców, którzy w chwili pobytu w szpitalu nie podlegali obowiązkowi szkolnemu.

Należyta staranność w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych odnosi się nie tylko do ich jakości, ale także organizacyjnego aspektu ich realizacji, co obejmuje właściwe warunki ich udzielania. Brak zapewnienia tego rodzaju świadczeń, odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, może skutkować szkodą, za którą odpowiedzialność ponieść może podmiot leczniczy. To zaniechanie legislacyjne, stanowiące naruszenie prawa do ochrony zdrowia pacjentów małych dzieci i ograniczające im dostęp do świadczeń zdrowotnych, po niemal dekadzie zostało usunięte przez ustawodawcę przy udziale świadczeniodawcy, w strukturach którego Wnioskodawczyni wykonuje zawód radcy prawnego oraz w wyniku naukowej analizy przedmiotowej problematyki.

Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.), załącznik nr 1, l.p. 2, wykaz świadczeń gwarantowanych regulował świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży obejmujące diagnostykę i leczenie dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia. W poprzednim stanie prawnym regulacja prawnej możliwości rozliczenia hospitalizacji dzieci w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego także warunkowana była posiadaniem przez tę kategorię świadczeniobiorców statusu ucznia (Dz. U. poz. 1386 z późn. zm.).

W myśl przepisu art. 35 ustawy Prawo oświatowe (ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r., t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 910 z późn. zm.), obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat, oraz trwa do ukończenia szkoły podstawowej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18. roku życia.

Leczenie ambulatoryjne małego dziecka, który z uwagi na jego stan zdrowia psychicznego, w ocenie lekarza, wymaga hospitalizacji, stanowi zagrożenie dla niego samego i otoczenia, nie gwarantuje właściwej obserwacji, farmakoterapii, konsultacji specjalistycznych oraz innych elementów procesu terapeutycznego, które mogą być zrealizowane wyłącznie w warunkach szpitalnych. Leczenie najmłodszych dzieci z zaburzeniami psychicznymi w warunkach oddziałów pediatrycznych ogólnych wydaje się być oczywiście sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną, nie gwarantując im dostępności do specjalistycznej opieki lekarzy w dziedzinie psychiatrii dziecięcej, w warunkach dostosowanych do leczenia pacjentów o schorzeniach psychicznych, z narażeniem innych, przebywających w danym oddziale chorych.

Minister Zdrowia 14 sierpnia 2019 r. wydał Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019, poz. 1640), w ramach którego wskazano 3 poziomy referencyjne realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży, przewidując, że świadczeniodawca, który wykonuje przedmiotowe świadczenia, udziela ich przez 7 dni w tygodniu dzieciom poniżej 7 roku życia, dzieciom i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki i kształcącym się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, jednak nie później niż do ukończenia 21 roku życia.

Paragraf 3 ust. 2 i 3 cytowanego rozporządzenia przewidywał, iż świadczeniodawca, spełniający określone wymagania rozporządzenia koszykowego, winien podpisać stosowne aneksy do umów z płatnikiem świadczeń gwarantowanych po to, by móc realizować produkty rozliczeniowe przewidziane w tym rozporządzeniu, a zatem także te, które obejmowały leczenie szpitalne dzieci innych niż objęte obowiązkiem szkolnym. W przypadku jednak niepodpisania zmiany umowy, o której mowa, świadczenia opieki zdrowotnej będą udzielane na dotychczasowych zasadach. Dlatego świadczeniodawcy, którzy nie spełniali warunków zakwalifikowania do określonego w rozporządzeniu poziomu referencyjności, nie mogli z dobrodziejstwa przewidzianego jego nowelizacją skorzystać. Przedmiotowy akt prawny wygaś z dniem 30 listopada 2019 roku.

W jednym z województw, w 2019 r., Narodowy Fundusz Zdrowia zakwestionował możliwość sfinansowania hospitalizacji dzieci poniżej 7 roku życia z uwagi na kryterium braku podlegania obowiązkowi szkolnemu. W prowadzonej w sprawie korespondencji Rzecznik Prawa Dziecka wskazał, że tylko w 2019 r. wystąpiło 55 tego rodzaju przypadków, z czego w poszczególnych województwach: dolnośląskim: 4, kujawsko-pomorskim – 12, lubelskim – 2, lubuskim – 4, łódzkim – 7, mazowieckim – 1, opolskim – 1, podkarpackim – 1, pomorskim – 1, śląskim – 1, świętokrzyskim – 4, wielkopolskim – 8, zachodniopomorskim – 7.

Stany nagłe w psychiatrii to stany znacznego zakłócenia funkcjonowania chorych, które charakteryzują się wystąpieniem zachowania niezwyklego, niedostosowanego społecznie, niezrozumiałego dla otoczenia. Skutki takiego zachowania są trudne do przewidzenia, istnieje też możliwość, że człowiek w tym stanie może stanowić zagrożenie dla siebie lub innych. W literaturze wskazuje się na specyfikę tej dziedziny medycyny, określając, że do stanów nagłych zagrażających bezpośrednio życiu należą: tendencje samobójcze, zachowanie niebezpieczne dla otoczenia, zachowanie zdeorganizowane. Do innych ostrych stanów psychiatrycznych wymagających szybkiej interwencji należą: ostry lęk, ostre zaburzenia psychotyczne, ostre pobudzenie, ostre zaburzenia nerwicowe, ostra depresja, ostra mania, ostre zaburzenia wywołane substancjami psychoaktywnymi. W orzecznictwie sądowym podkreśla się z kolei, że wyjątkowo nie można odmówić prawa do żądania przez świadczeniodawcę wynagrodzenia przewidzianego w art. 19 ust. 4 zdanie drugie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za udzielone świadczenie osobie przewlekle chorej, w sytuacji, w której osoba ta trafiła do tego świadczeniodawcy w czasie, gdy zachodziła konieczność natychmiastowego jego udzielenia.

Należyta staranność w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych odnosi się nie tylko do ich jakości, ale także organizacyjnego aspektu ich realizacji, co obejmuje właściwe warunki ich udzielania. Brak zapewnienia tego rodzaju świadczeń, odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej oraz należycie starannych, może skutkować szkodą, za którą odpowiedzialność ponieść może świadczeniodawca. Tymczasem standardy organizacyjne płatnika nie wymagały od szpitala psychiatrycznego, który nie spełniał wymogu określonego poziomu referencyjności, zapewnienia warunków leczenia psychiatrycznego dzieci poniżej 7. roku życia w warunkach szpitalnych, przez co w przypadku wielu świadczeniodawców wykluczały możliwość rozliczenia tego rodzaju pobytów.

Powołana regulacja prawna rozporządzenia koszykowego w dziedzinie psychiatrii, zmieniona ze skutkiem od dnia 01.01.2022 r. (Dz. U. z 2021 r., poz. 2400), tworzyła w systemie świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego istotną lukę, wykluczając z koszyka tych świadczeń hospitalizacje pacjentów małoletnich nieobjętych obowiązkiem szkolnym.

Artykuł 68 ust. 3 Konstytucji RP stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom (...). Tymczasem przedmiotowa luka w systemie opieki zdrowotnej skutkowałą w istocie całkowitym pozbawieniem tychże opieki medycznej zgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej, niezbędnej z uwagi na ich stan zdrowia oraz adekwatnej do charakteru schorzenia.

Konwencja o Prawach Dziecka (Dz. U. z 1991 r., nrr 120, poz. 526 z późn. zm.) definiuje "dziecko" jako każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono wcześniej pełnoletność. Dystynkcja dzieci w kontekście ich prawa do określonych świadczeń medycznych według kryterium obowiązku szkolnego wydawała się w świetle powyższego całkowicie niezrozumiała. Opierała się bowiem na założeniu, że poniżej 7 roku życia dziecko nie zapadnie na taką chorobę psychiczną lub nie znajdzie się w takim stanie psychicznym, które skutkować będą zasadnością hospitalizacji. Ewentualnie, że preferowaną formą leczenia dzieci w tym wieku jest leczenie otwarte lub oddziały pediatryczne ogólne, co nie gwarantuje ani bezpieczeństwa, ani kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych. Konwencja zobowiązuje do zapewnienia dzieciom dostępu do pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, uwzględniając przy tym potrzeby rozwojowe dzieci oraz zwracając się w szczególności do dzieci dotkniętych trudną sytuacją życiową.

Decydujące znaczenie w ocenie sposobu leczenia pacjenta ma lekarz, który winien decydować o zasadności bądź nie jego hospitalizacji z uwagi na względy medyczne. Wszelkie argumenty natury finansowej, systemowej czy organizacyjnej mają charakter posiłkowy i nie powinny być decydujące. Umieszczenie pacjentów tej kategorii w szpitalach ogólnych - pediatrycznych, w istocie stanowi ograniczenie im dostępu do aktualnej wiedzy medycznej, natomiast leczenie ambulatoryjne stwarza zagrożenie dla otoczenia lub ich samych. Wszystkie hospitalizacje pacjentów małoletnich, niezależnie od podlegania przez nich obowiązkowi szkolnemu, są zasadne z medycznego punktu widzenia i nie powinny podlegać ocenie o charakterze administracyjnym. Z uwagi na powyższe, pilna oraz oczywista była konieczność właściwej zmiany obowiązujących regulacji prawnych, które nie tylko ograniczały najmłodszym pacjentom dostępność do świadczeń zdrowotnych, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną oraz należytą starannością, do których ci uprawnieni są z mocy obowiązujących przepisów prawa, ale także stały w rażącej sprzeczności z paradygmatem dobra pacjenta.

5. Prawno-naukowy aspekt realizacji badań naukowych w dyscyplinie nauk o zdrowiu.

W ramach pracy w zespołach badawczych, realizujących badania naukowe z udziałem ludzi oraz eksperymenty medyczne, pozostawałam odpowiedzialna za zgodne z prawem oraz standardami etycznymi zredagowanie formularzy zgód na udział w badaniach, w tym informacji dla ich uczestników. Tego rodzaju aktywność skutkowałą prawnonaukowym udziałem w realizacji projektów badawczych, w wyniku których odebrano oświadczenia woli w przedmiocie zgody na udział w nim od kilkuset osób, zaś wyniki tych badań zostały opublikowane, w szczególności, w czasopiśmie *Journal of Clinical Medicine* (2024 oraz 2025), które podlegały uwzględnieniu w moim dorobku naukowym.

6. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

1) Udział w pracach ustawodawczych nad tworzeniem Instytutu badawczego.

Zostałam włączona do odpowiedzialnego za utworzenie Instytutu badawczego gremium, powołanego na mocy Zarządzenia Nr 1/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 stycznia 2025 r. w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia postępowania przygotowawczego, w celu oceny potrzeby oraz warunków utworzenia Małopolskiego Wojskowego Instytutu Medycznego w Krakowie (Dz. Urz. Min. Obr. Nar. poz. 12). W oparciu o opracowany przez wyżej wymieniony Zespół raport, rozpoczęły się prace, prowadzące do utworzenia powołanego Instytutu badawczego, w których aktywnie uczestniczę, z powodzeniem łącząc swoje doświadczenie naukowe z pracą zawodową i wykorzystując je w toku wykonywania zawodu radcy prawnego, aktywnie włączając się naukową i badawczą działalność 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Krakowie, który przekształcany jest w Instytut badawczy.

2) Doradztwo na rzecz grup zawodowych w ochronie zdrowia w zakresie prawnej regulacji zawodów medycznych.

Aktywnie wspieram grupy zawodowe takie jak: specjaliści psychoterapii uzależnień, superwizorzy psychoterapii uzależnień oraz psychoonkolodzy w ich staraniach dotyczących właściwej regulacji prawnej ich zawodów, które pozostają niedostatecznie prawnie usankcjonowane. Wsparcie, o którym mowa, obejmuje udział w spotkaniach, w tym na szczeblu ministerialnym, podczas konferencji naukowych oraz spotkań grup roboczych. W procesie prawnej analizy obszarów, wymagających uregulowania lub korekty, wykorzystuję wiedzę naukową, badając przedmiotowe zagadnienia w aspekcie doktrynalnym i przeprowadzając ich analizę dogmatyczną w ramach publikacji naukowych oraz podczas wystąpień na konferencjach, jak również sporządzając ekspertyzy dla podmiotów ze sfery administracji publicznej na temat zasadności określonych zmian w zakresie przedmiotowych zagadnień.

3) Doświadczenie zawodowe z uwzględnieniem aspektu naukowego.

W toku działalności zawodowej w charakterze radcy prawnego, zidentyfikowałam szereg przypadków braku regulacji prawnych lub niedostatecznej regulacji prawnej, które stanowiły podstawę do opracowań naukowych, składających się na mój dorobek. To właśnie w toku pracy zawodowej powstał neologizm: lexopatogenność.

Pozostając w przekonaniu, że praca naukowa jest tym cenniejsza, gdy znajduje odzwierciedlenie w praktyce, skupiłam się na identyfikowaniu w systemie ochrony zdrowia obszarów, które wskutek czynników lexopatogennych mają ujemny wpływ na zdrowie publiczne, skutkując ograniczeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych lub negatywnie wpływając na ich jakość.

W 14-letniej pracy w charakterze radcy prawnego zajmowałam się dotychczas obsługą szpitali wieloprofilowych, wśród nich utrzymującego się od lat w pierwszej dziesiątce największych szpitali w Polsce pod względem liczby hospitalizowanych rocznie pacjentów; szpitala specjalistycznego, realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień; szpitali powiatowych; podmiotów leczniczych z innych rodzajów / zakresów dział. lecz.: POZ, AOS, REH, programy lekowe; kompleksową obsługą pod względem prawnym w procesie rejestracji oraz zmian w RPWDL podmiotów wykonujących działalność leczniczą różnych kategorii, w tym o nietypowym podmiocie założycielskim (PAN); połączeniem przez przejęcie innego podmiotu leczniczego w rodzaju leczenie szpitalne o specjalistycznym profilu (pediatria); organizacją od postaw procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w dobie pandemii, w tym w szpitalu "jednoimiennym" oraz „tymczasowym”; udziałem w procesie organizacji projektowanych programów zdrowotnych; realizacją od strony prawnej inwestycji w ochronie zdrowia, w tym, m.in., budową „obiektów ochrony zdrowia”; nadzorem prawnym nad formami zatrudnienia personelu medycznego (kontrakt, umowa o pracę), jak również w aspekcie zatrudniania i pomocy w procesie uzyskiwania prawa wykonywania zawodu dla obcokrajowców; procesami sądowymi o tzw. nadwykonania (max. wartość przedmiotu sporu: 7 mln złotych); licznymi sprawami o tzw. błędy medyczne (max. wartość przedmiotu sporu: 4 mln złotych); sporami w zakresie odpowiedzialności kontraktowej dotyczące umów z NFZ.

7. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę.

- 1) Wykładowca prawa medycznego w ramach Studiów MBA z organizacji, prowadzenia oraz zarządzania niekomercyjnymi badaniami klinicznymi: 2024 – nadal: Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach;
- 2) uczestnictwo w tworzeniu oraz uruchomieniu przez dwie publiczne uczelnie z terenu województwa świętokrzyskiego wspólnych studiów na kierunku „inżynieria biomedyczna”: Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach oraz Politechnika Świętokrzyska;
- 3) wykłady z prawa medycznego na kierunkach medycznych, także w języku angielskim dla wydziału lekarskiego - English Division 2021-2023: Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach;

- 4) zajęcia dodatkowe dla kół naukowych Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach w sekcjach: ginekologicznej oraz psychiatrycznej: 2022;
- 5) wolontaryjne zajęcia z prawa dla uczniów Liceum Ogólnokształcącego im. św. Jadwigi Królowej w Kielcach, przygotowujące do olimpiady z wiedzy o prawie: 2019-2020;
- 6) wolontariat w Caritas Diecezji Kieleckiej – udzielanie darmowych porad prawnych na rzecz potrzebujących: 2019-2020;
- 7) zajęcia w ramach kursu dotyczącego ordynacji leków przez pielęgniarki i położne - 2019: organizatorzy kształcenia na ternie województwa świętokrzyskiego.
- 8) Przewodnicząca Rady Nadzorczej spółki celowej Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach - Meduniv sp. z o.o. - od 2019 do nadal;
- 9) wieloletnia członkini Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

8. Inne informacje, ważne z punktu widzenia kariery zawodowej Wnioskodawczynie.

- 1) Bogate doświadczenie zawodowe:
 - 2019 – nadal: dydaktyka na kierunkach medycznych oraz nauk o zdrowiu w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach
 - 2025: 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie
 - 2011 – nadal: Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach: radca prawny – koordynator w Zespole Radców Prawnych
 - 2019 – 2025: Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy: radca prawny
 - 2020 Uzdrowisko Busko Zdrój SA: radca prawny
 - 2019 Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach: radca prawny
 - 2016 Centrum Medyczne Dentifem sp. z o.o.: radca prawny
 - 2016 UJK w Kielcach: wykładowca
 - 2016 – 2019 Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Św.: radca prawny
 - 2015 Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie: radca prawny
- 2) Biegła znajomość zawodowa języka angielskiego:
 - angielski – certyfikaty: ILEC (International Legal English Certificate by Cambridge), BEC higher (Business English Certificate - level higher), CAE (Certificate in Advanced English), FCE (First Certificate in English);
 - hiszpański – podstawowy.
- 3) Ekonomia i zarządzanie samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej – kurs Studium Prawa Europejskiego, Warszawa 2009.