

DR HAB. RAFAŁ KUBLAK, PROF. UCZ.

UNIWERSYTET ŁÓDZKI

ORCID: 0000-0002-2612-9529

DR HAB. ADAM BIAŁAS, PROF. UCZ.

UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

ORCID: 0000-0002-3501-167X

Konsultacja specjalistyczna udzielona przez lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego

DOI: 10.70537/ZBHYPJ89

S t r e s z c z e n i e

W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Jednakże, w codziennej praktyce zawodowej spotykać można sytuacje, w których opinii takiej udziela lekarz będący jeszcze w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego. W niniejszym opracowaniu omówiona jest problematyka tego rodzaju orzeczeń. W ramach badań zastosowano metodę formalno-dogmatyczną, a efektem jest zaproponowanie wykładni przepisów regulujących zasięganie, wydawanie oraz odpowiedzialność za opinię wydaną przez lekarza w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych. Według wykładni tej, konsultacji specjalistycznej co do zasady udzielać powinien lekarz specjalista. Dopuszcza się jednak sytuację, w której orzeczenie może sporządzić lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, musi on jednakże posiadać w tej kwestii pisemną pozytywną opinię kierownika specjalizacji lub kierownika stażu. Za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie,

dlatego powinien on zachować szczególny krytycyzm wobec wniosków płynących z konsultacji udzielonej przez lekarza nieposiadającego specjalizacji. Adnotacja, że konsultacji nie udziela lekarz specjalista, powinna się znajdować zarówno w dokumentacji wydanego orzeczenia, jak i o fakcie niezakończenia szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza konsultującego powinien być jednoznacznie powiadomiony pacjent. Warto także nadmienić, że powierzenie zadań lekarzowi nieposiadającemu niezbędnych umiejętności lub kwalifikacji, uznane może być za błąd organizacyjny i doprowadzić do odpowiedzialności, w tym karnej kierownika podmiotu lub danej jednostki organizacyjnej.

Słowa kluczowe: konsultacja lekarska, specjalizacja lekarska, prawo medyczne, prawo karne, prawo pracy

Wprowadzenie

Stały rozwój wiedzy medycznej i towarzyszący mu postęp technologiczny wymusza tendencje podziałowe dziedzin medycyny, prowadzące do tworzenia coraz węższych specjalności, a nawet podspecjalności. Niewątpliwie podnosi to poziom wiedzy merytorycznej lekarza wąsko specjalizującego się w danym obszarze nauk medycznych odnośnie do stanów lub jednostek chorobowych w nim zawartych. Z podnoszeniem wąskich kwalifikacji może wiązać się zwiększenie jakości świadczonych usług medycznych, a więc potencjalnie i bezpieczeństwo pacjenta. Opisane procesy wiążą się także z ograniczeniem zasobu wiedzy lekarza poza obszarem jego specjalizacji. Naturalne jest więc, że lekarz taki powinien w razie wystąpienia wątpliwości wykraczających poza zakres posiadanych umiejętności zawodowych, zasięgnąć opinii innego, bardziej doświadczonego lekarza.

Taki obowiązek na płaszczyźnie etycznej nakłada art. 10. Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej: KEL), który stanowi, że lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich, a także,

że jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się on zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

Podobną normę zawierają także przepisy prawa pozytywnego – art. 37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l.)¹ stanowi, że w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Ponadto możliwość uzyskania opinii innego lekarza lub konsylium lekarskiego stanowi prawo pacjenta, zadekretowane w art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p.)². Jego naruszenie może prowadzić do wielopłaszczyznowej odpowiedzialności pracownika medycznego (cywilnej, zawodowej i karnej).

Jednakże, w codziennej praktyce zawodowej spotykać można sytuacje, w których podobnej opinii udziela lekarz będący jeszcze w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego, a więc nieposiadający tytułu specjalisty w danej dziedzinie medycyny.

W niniejszym opracowaniu omówiona zostanie problematyka tego rodzaju opinii. Przedmiotem badań są przepisy prawa dotyczące uzyskiwania opinii innego lekarza w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, a także dotyczące odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza oraz zakresu obowiązków kierownika specjalizacji i kierownika stażu.

W ramach badań zastosowano metodę formalno-dogmatyczną, a efektem jest zaproponowanie wykładni przepisów regulujących zasięganie, wydawanie oraz odpowiedzialność za opinię wydaną przez lekarza w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych.

¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1287).

² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

Wybrane aspekty szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w Polsce

Odpowiedzią na tendencje lekarzy do specjalizowania się w poszczególnych obszarach wiedzy medycznej było opracowanie ram prawnych uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie medycyny, a wtórnie – stale ewoluującego systemu szkolenia specjalizacyjnego i weryfikacji wiedzy zdobytej w trakcie szkolenia. Szkolenie specjalizacyjne jest jedną z form spełniania obowiązku doskonalenia zawodowego określonego w art. 18 u.z.l.

Od dnia 1 października 2014 roku obowiązuje tzw. modułowy system specjalizacji. Zgodnie z art. 16 ust. 2 u.z.l. oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków³, zakłada on ukończenie najpierw modułu podstawowego, odpowiadającego podstawowemu zakresowi wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny lub wspólnego dla pokrewnych dziedzin medycyny (w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, otorynolaryngologii, patomorfologii albo pediatrii), a następnie modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne po ukończeniu określonego modułu podstawowego. Dla przykładu – uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej wymaga ukończenia modułu podstawowego w zakresie chirurgii ogólnej, natomiast uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie audiologii i foniatrii – ukończenia modułu podstawowego w zakresie otorynolaryngologii. Prawodawca przewidział także enumeratywną listę specjalizacji, uzyskiwanych przez kształcenie w module jednolitym, np. w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej bądź dermatologii i wenerologii.

W kontekście problematyki będącej przedmiotem rozważań niniejszego opracowania, omówić należy wybrane aspekty przebiegu szkolenia specjalizacyjnego oraz rolę kierownika specjalizacji i kierownika stażu. Przepisy dotyczące tych zagadnień zawarte są w art. 16m u.z.l. Według nich,

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. poz. 975).

lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu, zwanego dalej „kierownikiem specjalizacji”.

Funkcję kierownika specjalizacji może pełnić lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny będącej przedmiotem szkolenia specjalizacyjnego, a w uzasadnionych przypadkach w pokrewnej dziedzinie medycyny. Podobnie, lekarz odbywa staż kierunkowy pod kierunkiem lekarza posiadającego II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny wyznaczonego przez kierownika jednostki realizującej staż kierunkowy, który wyraził zgodę na pełnienie tej funkcji, zwanego dalej „kierownikiem stażu”. Zgodnie z art. 16m ust. 7 u.z.l., kierownik specjalizacji sprawuje nadzór nad realizacją programu specjalizacji przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. W ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji m.in. ustala, za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), szczegółowy plan szkolenia specjalizacyjnego; weryfikuje roczny plan szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z aktualizacją programu, o której mowa w art. 16f ust. 4 u.z.l., w zakresie w jakim nie został on zrealizowany przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne; wystawia opinię zawodową, w tym dotyczącą uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole; wnioskuje odpowiednio do wojewody, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych o przerwanie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza, który nie realizuje programu specjalizacji lub, w razie potrzeby, wnioskuje o przedłużenie czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego; potwierdza, za pomocą SMK, zrealizowanie rocznych planów szkolenia specjalizacyjnego oraz całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji. Kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne monitoruje z kolei zgodność odbywanego przez lekarza w tym podmiocie szkolenia specjalizacyjnego z zakresem programu specjalizacji w danej dziedzinie medycyny. Nato-

miał lekarz kierujący stażem kierunkowym konsultuje i ocenia proponowane i wykonywane przez lekarza badania diagnostyczne i ich interpretacje, rozpoznania choroby, sposoby leczenia, rokowania i zalecenia dla pacjenta; prowadzi nadzór nad wykonywaniem przez lekarza zabiegów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych objętych programem specjalizacji do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania; a także uczestniczy w wykonywanym przez lekarza zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma, w myśl art. 160a u.z.l., obowiązek realizowania szkolenia specjalizacyjnego, w tym w szczególności pełnienia dyżurów medycznych, zgodnie z programem specjalizacji, utrzymywania stałej współpracy z kierownikiem specjalizacji, a także udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod nadzorem kierownika specjalizacji lub innego lekarza specjalisty właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych do czasu wydania opinii przez kierownika specjalizacji o możliwości samodzielnego udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma prawo do udzielania samodzielnie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji lub kierownika stażu. Ustawodawca określił listę możliwych świadczeń, zaliczając do nich samodzielne stosowanie metod diagnostycznych i leczniczych, wydawanie zleceń lekarskich, wydawanie skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, prowadzenie dokumentacji medycznej, udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, zlecanie wykonania czynności pielęgnacyjnych, stwierdzanie zgonu, wystawianie recept, **wydawanie orzeczeń lekarskich** oraz pełnienie dyżurów medycznych. Warto zauważyć, że lista ta, poprzez użycie przez ustawodawcę frazy „w tym”, nie ma charakteru zamkniętego. Podkreślić należy przede wszystkim formę planowanego usamodzielniania się lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, a zatem potwierdzenia możliwości samodzielnego wykonywania wspomnianych procedur. Ustawodawca wyraź-

nie zastrzega, że musi być to pozytywna opinia o charakterze pisemnym, sporządzona przez kierownika specjalizacji lub kierownika stażu.

Do różnic w charakterze pracy i zakresie odpowiedzialności lekarza specjalisty oraz lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego odnosi się orzecznictwo – Sąd Okręgowy w Białymstoku w wyroku z 31.05.2010 r., uznał, że większa jest odpowiedzialność zawodowa lekarza specjalisty aniżeli lekarza rezydenta (jedna z form realizacji szkolenia specjalizacyjnego). Lekarz specjalista samodzielnie wykonuje specjalistyczne świadczenia zdrowotne i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność. Rezydent zaś świadczy pracę pod kierownictwem lekarza posiadającego specjalizację⁴.

Uprawnienie do udzielania konsultacji specjalistycznej w świetle obowiązujących przepisów

Cytowany wcześniej art. 37 u.z.l. wyraźnie określa, że opinia, zwana powszechnie także konsultacją specjalistyczną, powinna być zasięgnięta u „właściwego lekarza specjalisty”. Lekarzem specjalistą jest lekarz, który uzyskał tytuł specjalisty, czyli, zgodnie z art. 16 u.z.l., odbył szkolenie specjalizacyjne oraz złożył Państwowy Egzamin Specjalizacyjny, albo uzyskał za granicą tytuł specjalisty, który uznano za równoważny. Ustawodawca, w określeniu lekarza specjalisty w tym przepisie użył także funktora „właściwy”. Zgodnie z definicją zawartą w Wielkim Słowniku Języka Polskiego, słowo „właściwy” oznacza „taki, jaki być powinien, spełniający konieczne warunki, odpowiedni, stosowny, należyty”, „charakterystyczny dla kogoś lub czegoś”, ale także „uprawniony do działania, kompetentny”⁵. Taka konstrukcja językowa wskazuje, że adresatem jest wyłącznie lekarz o konkretnej specjalizacji adekwatnej do potrzeb zdrowotnych pacjenta, a więc, dla przykładu, konsultacji okulistycznej nie może w takiej sytuacji udzielić specjalista chorób wewnętrznych. Kwestią sporną pozostaje obszar interferencji specjalizacji szerokich z wąskimi – np. specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych i specjalisty chorób płuc. Wtedy,

⁴ Wyrok SO w Białymstoku z 31.05.2010 r., sygn. akt: V Pa 56/10, LEX nr 1294041.

⁵ S. Dubisz (red.), Wielki Słownik Języka Polskiego PWN, Warszawa 2018, t. 5, „u-ż”, s. 305.

zgodność wykonanej procedury z art. 37 u.z.l. zależy od intencji lekarza wnioskującego, popartej analizą całokształtu kontekstu klinicznego – jeśli zwraca się on o opinię lekarza chorób wewnętrznych, czyli o tzw. konsultację internistyczną – właściwym adresatem jest specjalista chorób wewnętrznych, jednakże, jeżeli celem jest uzyskanie konsultacji w zakresie chorób płuc – adresatem jest specjalista w dziedzinie chorób płuc, niezależnie od stopnia interferencji treści merytorycznych tych dziedzin medycyny. Potwierdzeniem tego stanowiska są programy specjalizacji tych dziedzin, które zgodnie z art. 16f u.z.l. opracowane są przez zespół ekspertów, redagowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i zatwierdzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia, a które zawierają m.in. listę uzyskanych kompetencji zawodowych. Zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, celem szkolenia specjalizacyjnego w ramach modułu specjalistycznego w zakresie chorób wewnętrznych jest uzyskanie szczególnych kwalifikacji w dziedzinie chorób wewnętrznych umożliwiających zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną m.in. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej oraz – właśnie – udzielanie konsultacji lekarskich w dziedzinie chorób wewnętrznych lekarzom innych specjalności⁶. W programie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc odnaleźć można natomiast wylistowaną kompetencję zawodową, określoną jako „udzielanie konsultacyjnych porad pulmonologicznych lekarzom innych specjalności”⁷. Specjaliści ci nie powinni być więc traktowani wymiennie – tj. w przypadku, gdy lekarz zwraca się o opinię specjalisty chorób płuc lub taki wpis znalazł się na skierowaniu na konsultację specjalistyczną – adresatem takiego skierowania jest wyłącznie specjalista chorób płuc.

Podobne rozważania dotyczące uprawnień zawodowych nie dotyczą wnioskującego lekarza. Może być nim każdy lekarz – zarówno lekarz nieposiadający specjalizacji bądź też w trakcie szkolenia specjalizacyjnego,

⁶ Por. *Program specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych*, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/akredytacja2018/0705-program-1.pdf>, [dostęp: 23.09.2024.]

⁷ Por. *Program specjalizacji w dziedzinie chorób płuc*, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/0739-program-1-1.pdf>, [dostęp: 23.09.2024.]

jak i sam specjalista. Warto zaznaczyć, że specjalista może wnioskować o konsultację specjalistę w innej dziedzinie medycyny, ale także, jeśli zachodzi taka potrzeba, w tej samej specjalności⁸. Zgodnie z art. 37 u.z.l., jak i art. 6 u.p.p., lekarz może zwrócić się o taką konsultację zarówno z inicjatywy własnej, jak i na wniosek pacjenta. Jednakże, w myśl z art. 6 ust. 4 u.p.p., lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, zasięgnięcia opinii innego lekarza lub zwołania konsylium lekarskiego jest bezzasadne, biorąc pod uwagę z jednej strony stan pacjenta, z drugiej zaś aktualną wiedzę medyczną. Rzeczone żądanie oraz ewentualną odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej, oraz objaśnić pacjentowi motywów decyzji odmownej podjętej przez lekarza (ten aspekt ma istotne znaczenie zarówno w kontekście poszanowania godności pacjenta i jego podmiotowego traktowania, jak i służy niwelowaniu sporów między lekarzem i pacjentem. Chory, dowiedziawszy się bowiem od lekarza o obiektywnych przyczynach odmowy, może zaaprobować takie stanowisko, co pozytywnie wpłynie na dalsze jego relacje z tym lekarzem).

Warto podkreślić, że lekarz może zasięgnąć konsultacji specjalistycznej na każdym etapie opieki nad pacjentem, o czym świadczy wymienienie przez ustawodawcę zarówno wątpliwości mogących pojawić się na etapie procesu diagnostycznego, jak i wdrażania procedur terapeutycznych.

Art. 37 u.z.l. wyraźnie wskazuje na „właściwego lekarza specjalistę”, z kolei art. 6 u.p.p. ma charakter ogólny i nie określa potrzeby posiadania przez lekarza konsultującego specjalizacji. Jak wobec tego odnieść się do problematyki udzielania konsultacji przez lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego? Z punktu widzenia dydaktyki, wydawanie opinii dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz podejmowanie decyzji odnośnie do terapii są niewątpliwie kluczowym elementem szkolenia przyszłego specjalisty. Trzeba jednak te walory szkoleniowe wyważyć odpowiednio w kontekście zarówno chronienia dobra, jakim jest życie i zdrowie pacjenta, jak i ryzyka w kontekście odpowiedzialności prawnej (cywilnej, zawodowej i karnej).

⁸ Por. R. Kubiak, *Lekarski obowiązek konsultacyjny*, „Medycyna Praktyczna”, nr 6 (2019), s. 125-130.

Zgodnie z cytowanym wcześniej art. 160a u.z.l., lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego ma obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod nadzorem kierownika specjalizacji lub innego lekarza specjalisty właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych do czasu wydania opinii przez kierownika specjalizacji o możliwości samodzielnego udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych. Także lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma prawo do udzielania samodzielnie świadczeń zdrowotnych, ale wyłącznie po uzyskaniu pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji lub kierownika stażu. Pośród listy procedur, zawartej w cytowanym artykule, ustawodawca ujął m.in. wydawanie orzeczeń lekarskich. Termin „orzeczenie” nie posiada definicji legalnej. Zgodnie z Wielkim Słownikiem Języka Polskiego oznacza ono opinię w jakiejś sprawie, rozstrzygnięcie lub decyzję⁹. Działania lekarza w zakresie wydawania orzeczeń mają charakter władczy, kreują określoną sytuację prawną albo kreują określone prawa. Można wyróżnić orzeczenia wydawane na żądanie instytucji publicznych lub osób prywatnych, orzeczenia o charakterze formalnym oraz materialnym, tj. postawienie diagnozy lekarskiej w postępowaniu terapeutycznym¹⁰. W art. 37 u.z.l. ustawodawca używa słowa „opinia”, które także definicji legalnej nie posiada, a Wielki Słownik Języka Polskiego określa go jako „przekonanie o czymś, pogląd na coś”, „informacja, orzeczenie (ustne lub na piśmie) [...], ocena, referencje”¹¹. W ujęciu semantycznym terminy te mają zatem zbliżone znaczenie (choć orzeczenie pełni nieco inną funkcję wynikającą z uprawnień administracyjnych lekarza, to u jego merytorycznych podstaw leży ocena, stanowiąca również rdzeń opinii). W takim znaczeniu można dostrzec niespójność między art. 37 u.z.l. stanowiącym o powinności zasięgnięcia opinii właściwego lekarza specjalisty i art. 160a u.z.l., dającym prawo lekarzowi w trakcie szkolenia specjalizacyjnego do wydawania orzeczeń lekarskich po uzyskaniu pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji lub kierownika stażu. Uzasadnione

⁹ S. Dubisz (red.), *Wielki Słownik Języka Polskiego*, Warszawa 2018, t. 3, „o-q”, s. 287.

¹⁰ M. Malczewska, *Pojęcie i rodzaje czynności medycznych* [w:] R. Kubiak, L. Kubicki (red.), *System Prawa Medycznego. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, t.1, Warszawa, 2018, s. 803.

¹¹ S. Dubisz (red.), *Wielki Słownik Języka Polskiego*, Warszawa 2018, t. 3, „o-q”, s. 255.

wydaje się zastosowanie merytorycznej reguły kolizyjnej, a więc uznać normę stanowiącą o udzielaniu konsultacji przez lekarza specjalistę za regułę ogólną, natomiast prawo do wydawania przez lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego orzeczeń lekarskich po uzyskaniu pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji lub kierownika stażu, za wyjątek uchylający. Skoro zatem lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego może wydawać orzeczenia, które w sensie prawnym mają dalej posunięte znaczenie i u ich podstaw leży ocena sytuacji zdrowotnej pacjenta, to również można przyjąć, że jest kompetentny do wydania opinii, która nie ma mocy wiążącej. W takim ujęciu lekarz – specjalizant mógłby być równocześnie konsultantem w rozumieniu art. 37 u.z.l., pod warunkiem uprzednio uzyskanej pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji lub kierownika stażu. Przeciw takiej interpretacji *prima facie* można przedstawić kontrargument wynikający z wykładni językowej i celowościowej. Mianowicie, można przyjąć, że intencją ustawodawcy w art. 37 u.z.l. było skierowanie pacjenta do lekarza-konsultanta posiadającego odpowiednio szeroko wiedzę i bogate doświadczenie, które zostało stwierdzone tytułem specjalisty. W ocenie ustawodawcy tylko taka osoba ma adekwatne kompetencje do rozwiązania wątpliwości diagnostyczno-terapeutycznych, które powziął lekarz zwracający się o konsultację. Bez wątpienia z punktu widzenia dóbr pacjenta uzyskanie opinii takiego fachowca jest kluczowe. Jednakże specjalizanci, którzy uzyskali pozytywną opinię swego kierownika specjalizacji, mogą również uchodzić za dostatecznie kompetentnych do ferowania takich opinii. Poza tym warto zwrócić uwagę na odpowiednik omawianego przepisu, kreujący prawo pacjenta do uzyskania konsultacji, zadekretowane w art. 6 ust. 3 u.p.p.. Jak wspomniano, ta regulacja nie wymaga posiadania przez konsultanta tytułu specjalisty. Każdy więc lekarz, w tym specjalizant, może być uprawniony do przeprowadzenia konsultacji. Wykładnia systemowa potwierdza zatem dopuszczalność wyrażania opinii konsultacyjnych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Być może rozbieżności w tych przepisach są wynikiem wprowadzenia ich nierównoległe, w wyniku kolejnych nowelizacji ustaw. Niekoherencja ta wynika więc z braku systemowego spojrzenia ustawodawcy na to zagadnienie. Nie zmienia to jednak faktu, że mimo

iz lekarz może zwrócić się o konsultację do specjalizanta, to jej zakres powinien być adekwatny do poziomu wykształcenia i doświadczenia takiego konsultanta i mieścić się w granicach jego faktycznych kompetencji. Lekarz zwracający się o konsultację do specjalizanta powinien więc miarkować swe oczekiwania (które naturalnie mogą być progresywne wraz ze wzrostem zaawansowania edukacyjnego specjalizanta) i niebezkrtycznie przyjmować uzyskany rezultat opiniodawczy, o czym będzie mowa w dalszej części wywodu.

Omówienia wymaga także dyskusyjny punkt w treści programu modułu podstawowego z zakresu chorób wewnętrznych, zgodnie z którym zrealizowanie modułu podstawowego ma zapewniać „wydawanie specjalistycznych orzeczeń lekarskich”¹². Twierdzenie to sugeruje automatyczne nadanie uprawnień do udzielania konsultacji specjalistycznych w dziedzinie chorób wewnętrznych lekarzom, którzy ukończyli moduł podstawowy w tej dziedzinie, podczas gdy ukończenie odpowiedniego modułu podstawowego nie skutkuje nadaniem uprawnień lekarza specjalisty w tej dziedzinie medycyny. Zasadne wydaje się zatem uznanie możliwości udzielania takiej konsultacji jedynie przez lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chorób wewnętrznych, którzy zgodnie z art. 160a ust. 2 pkt 1 u.z.l. uzyskali w tej kwestii pisemną pozytywną opinię kierownika specjalizacji lub kierownika stażu. W pozostałych przypadkach punkt ten, zgodnie z założeniami hierarchicznej reguły kolizyjnej, ulega derogacji. Podkreślić należy także, że tożsama dyspozycja nie została zawarta w obowiązujących programach pozostałych modułów podstawowych.

Odpowiedzialność lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego za wydane orzeczenia/opinie

Za podstawę odpowiedzialności lekarza za wydawanie orzeczeń można uznać wymóg zgodności czynności lekarskich z aktualną wiedzą medycz-

¹² *Cele szkolenia specjalizacyjnego*, podrozdział 1, strona 2., rozdział 1. *Cele ogólne*, punkt 7. [w:] *Program modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych*, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/0739-program-1-1.pdf>, [dostęp: 23.09.2024.]

na, zawarty w art. 4 u.z.l., stanowiącym, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Należy także podkreślić, że orzeczenie takie jest dokumentem w myśl art. 115 § 14 Kodeksu karnego (dalej: K.k.)¹³, spełniając kryteria przedmiotu lub innego zapisanego nośnika informacji, z którym jest związane określone prawo, albo który ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne. Zatem, zaznaczyć należy, że w przypadku poświadczenia nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne, lekarz ponosi odpowiedzialność karną na mocy art. 271 § 1 K.k. Przestępstwo to zagrożone jest karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Rodzajowym przedmiotem ochrony tego przepisu jest wiarygodność dokumentów, a indywidualnym – zaufanie pokrzywdzonego oraz ogółu obywateli do wiarygodności dokumentów¹⁴⁻¹⁵. Poświadczenie nieprawdy w tym przypadku dotyczyć może stwierdzenia okoliczności nieistniejących lub przeinaczających, lub też zatajeniu prawdy, którą stwierdzić należało¹⁶. Musi ono dotyczyć faktów i okoliczności poddających się weryfikacji¹⁷. Podstawowy typ tego występku można popełnić tylko umyślnie, zarówno z zamiarem bezpośrednim, jak i zamiarem ewentualnym¹⁸. Ważne jest także podkreślenie, że dokument, którym można poświadczyć nieprawdę w rozumieniu art. 271 § 1 K.k., musi stwierdzać (potwierdzać) stan istniejący, zaświadczać coś, co już wystąpiło, istnieje itp. Co do zasady nie będzie takim dokumentem „opinia lekarska”, która podejrzewa istnienie u innej osoby określonej choroby¹⁹.

¹³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.).

¹⁴ Postanowienie SN z 14.01.2009 r., sygn. akt: II KK 164/08, OSNwSK 2009, nr 1, poz. 152.

¹⁵ A. Herzog, *Przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów* [w:] Stefański, R.A. (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 5, Warszawa 2020, s. 1749.

¹⁶ Ibidem, s. 1750.

¹⁷ Wyrok SN z 7.12.2001 r., sygn. akt: IV KKN 563/97, OSNKW 2002, nr 3-4, poz. 17.

¹⁸ A. Herzog, *Przestępstwa przeciwko...*, s. 1752.

¹⁹ Postanowienie SN z 14.01.2009 r., sygn. akt: II KK 164/08, OSNwSK 2009, nr 1, poz. 152. Zagadnienie to jest jednak bardziej skomplikowane ze względu na konstrukcję opinii. Składa się ona bowiem z części faktograficznej, opisującej dane dotyczące przeprowadzonych czynności medycznych, podmiotów, które je wykonały i osób, które były im poddane, oraz części ocennej, w której opiniujący

Ważnym pytaniem w kontekście odpowiedzialności za opinię lekarską jest jej sama moc wiążąca. Problematykę tę podejmuje wyłącznie art. 54 KEL, który stanowi, że opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie. Zatem, wprowadzając tę normę, uznano, że konsultacja lekarska ma jedynie charakter rady, a lekarz prowadzący leczenie może się na niej oprzeć w podejmowaniu dalszych kroków diagnostyczno-leczniczych, jednakże za całość postępowania odpowiada on. Przepis ten nakazuje ocenę wniosków poczynionych przez lekarza konsultującego, a w przypadku obarczenia tej opinii możliwym do dostrzeżenia przez lekarza prowadzącego błędem, nie pozwala na bezkrytyczne podążanie za zaleceniami lekarza konsultującego i nie wyłącza odpowiedzialności z lekarza prowadzącego leczenie. Norma ta wydaje się szczególnie ważna w przypadku udzielenia konsultacji przez lekarza nieposiadającego specjalizacji. Lekarz prowadzący musi bowiem ocenić czy taka opinia jest dla niego wystarczająca, czy nie ma do niej zastrzeżeń merytorycznych i czy zalecenia w niej zawarte, według jego wiedzy, można zastosować w dalszym postępowaniu diagnostyczno-leczniczym. Nie wyklucza to oczywiście odpowiedzialności za błąd medyczny, jaka zachodzi w przypadku jego popełnienia przez lekarza konsultującego. Ze względu na ograniczone ramy prezentowanego artykułu, w kwestii problematyki błędu medycznego autorzy niniejszego opracowania odsyłają do opracowań dedykowanych temu zagadnieniu.

Kolejnym ważnym zagadnieniem jest sama zasadność wykonania przez lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego konsultacji. Zgodnie z omawianą wcześniej tezą, opinia lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego

formuluje swoje spostrzeżenia i wnioski. W tym drugim fragmencie, z powodu na jego subiektywny charakter, nie jest możliwe przeprowadzenie testu prawdy i fałszu, niezbędnego dla ustaleń czy doszło do poświadczenia nieprawdy, penalizowanego w art. 271 K.k. Natomiast nie ma przeszkód, by zabieg taki przeprowadzić odnośnie do części faktograficznej. Jeśli opiniujący zamieści w nim dane niezgodne ze stanem faktycznym, *eo ipso* poświadczy nieprawdę, a tym samym może ponieść odpowiedzialność za wspomniany występki. W tym duchu wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 grudnia 2001 r. (sygn. akt: IV KKN 563/97, OSNKW 2002/3-4/17), w którym wyjaśnił, że „odpowiedzialność karna biegłego za przestępstwo tzw. fałszu intelektualnego dotyczy poświadczenia faktów, które poddają się weryfikacji z punktu widzenia ich prawdziwości lub fałszu, natomiast nie obejmuje samych ocen”.

może zostać uznana za zgodną z art. 37 u.z.l. pod warunkiem uprzednio uzyskanej pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji lub kierownika stażu (art. 160a ust. 2 pkt 1 u.z.l.). Zatem, nie powinien udzielać konsultacji lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, który takiej pisemnej zgody nie posiada, do czasu jej uzyskania.

W razie udzielenia konsultacji przez lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego kluczową kwestią jest także zaznaczenie, że nie jest to konsultacja lekarza specjalisty, ale lekarza w trakcie szkolenia. Lekarz nieposiadający specjalizacji, ale legitymujący się jako specjalista może odpowiadać bowiem za wykroczenie opisane w art. 61 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń²⁰, którego § 1 stanowi, że kto przywłaszcza sobie stanowisko, tytuł lub stopień, w tym wypadku tytuł specjalisty danej dziedziny medycyny, podlega karze grzywny do 1000 złotych albo karze nagany. Ważne podkreślenia jest także, że wprowadzić w błąd co do posiadania specjalizacji można dowolną metodą, która pozwoli ukształtować u pokrzywdzonego nieadekwatne wyobrażenie o rzeczywistości²¹. Zatem, adnotacja, że konsultacji nie udziela lekarz specjalista, powinna się znajdować zarówno w dokumentacji wydanego orzeczenia, jak i o fakcie niezakończenia szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza konsultującego powinien być jednoznacznie powiadomiony pacjent.

Omówić należy także sytuację, w której specjalista poproszony o udzielenie konsultacji sam odmawia jej wykonania, ale wyznacza do tego lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Jeżeli posiada on zgodę w myśl art. 160a ust. 2 pkt 1 u.z.l., postępowanie takie można uznać za usprawiedliwione. W przeciwnym jednak razie, lekarz w trakcie szkolenia może odmówić wykonania takiego polecenia zgodnie z art. 100 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy²², stanowiącym, że pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.

²⁰ Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2119).

²¹ Por. R. Kubiak, *Przywłaszczenie tytułu zawodowego lekarza lub tytułu specjalisty*, „Medycyna Praktyczna”, nr 10 (2022), s. 107-114.

²² Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.).

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie wskazuje konsekwencji prawnych niewykonania konsultacji specjalistycznej. Jednakże możliwa jest wielopłaszczyznowa odpowiedzialność na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Po pierwsze, bezzasadna odmowa zasięgnięcia opinii lub zwołania konsylium może stanowić naruszenie prawa pacjenta, zdefiniowanego w art. 6 ust. 3 u.p.p. W takim zaś wypadku pacjent może dochodzić zadośćuczynienia pieniężnego w trybie art. 4 ust. 1 powołanej ustawy. Ponadto w literaturze wskazuje się, że w myśl art. 37 u.z.l., po zająsci wymienionych w tym przepisie przesłanek (gdy zasięgnięcie opinii lub zwołanie konsylium jest zasadne w świetle aktualnej wiedzy medycznej i stanu pacjenta), lekarz jest zobowiązany wykonać takie czynności. Przepis ten definiuje więc powinność lekarza, której niewykonanie może być uznane za tzw. przewinienie zawodowe, o którym mowa w art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich²³. W myśl bowiem tego przepisu, przewinieniem takim jest naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Biorąc zaś pod uwagę, jak już wspomniano, że powinność konsultacyjna wynika zarówno z przepisów prawnych regulujących zawód lekarza, jak i norm deontologiczno-etycznych, jej niezrealizowanie może stanowić takie przewinienie i prowadzić lekarza do odpowiedzialności przed sądem korporacyjnym²⁴. Ponadto, jeśli skutek zaniechania konsultacji dojdzie do uszczerbku na zdrowiu pacjenta bądź jego zgonu, możliwa jest odpowiedzialność cywilna i karna. Postępowanie takie będzie bowiem uznane za rodzaj błędu medycznego. Jak bowiem wyjaśnia się w judykaturze, „zwłoka z zasięgnięciem opinii specjalisty stanowi winę lekarzy”²⁵.

Należy podkreślić również, że takie wady funkcjonowania na poziomie wewnątrzorganizacyjnym, jak powierzenie zadań lekarzowi nieposiadającemu niezbędnych umiejętności lub kwalifikacji, uznawane są za błąd organizacyjny. Kierownictwo jednostki, w której lekarz odbywa szkolenie

²³ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342).

²⁴ M. Gałązka, K. Wiak, *Glosa do wyroku ETPC z dnia 20 marca 2007 r., 5410/03*, „Przegląd Sejmowy” t. 80 nr 3 (2007), s. 219.

²⁵ Wyrok SO w Radomiu z dnia 15 lipca 2003 r., sygn. akt: I C 955/98, PiM 2007/2/128; Zob. szerzej R. Kubiak, *Lekarski obowiązek konsultacyjny*. „Medycyna Praktyczna”, nr 6 (2019), s. 125-130.

specjalizacyjne, odpowiada zatem za dostosowanie zadań do posiadanych umiejętności i kwalifikacji. Decyzje zbyt pochopne, oparte na potrzebie doraźnego zaspokojenia potrzeb kadrowych, jeżeli skutkują wystąpieniem błędu medycznego i negatywnych następstw dla zdrowia lub życia pacjenta, mogą być uznane za błąd organizacyjny i doprowadzić do odpowiedzialności, w tym karnej, kierownika podmiotu lub danej jednostki organizacyjnej²⁶. W piśmiennictwie można spotkać pogląd, że błąd organizacyjny to najbardziej rozpowszechniony typ błędu medycznego²⁷.

Podsumowanie

1. Podstawę prawną dla prawa i obowiązku zasięgnięcia opinii lekarza specjalisty w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych stanowi art. 37 u.z.l.
2. Konsultacji specjalistycznej powinien udzielać lekarz specjalista, jednak dopuszcza się sytuację, w której orzeczenie może sporządzić lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego – zgodnie z art. 160a ust. 2 pkt 1 u.z.l. Lekarz taki musi posiadać w tej kwestii pisemną pozytywną opinię kierownika specjalizacji lub kierownika stażu.
3. Zgodnie z art. 54 KEL, za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie, dlatego powinien on zachować szczególny krytycyzm wobec wniosków płynących z konsultacji udzielonej przez lekarza nieposiadającego specjalizacji. Nie wyklucza to odpowiedzialności za błąd medyczny, która może powstać w przypadku jego popełnienia przez lekarza konsultującego.
4. Adnotacja, że konsultacji nie udziela lekarz specjalista, powinna się znajdować zarówno w dokumentacji wydanego orzeczenia, jak i o fakcie niezakończenia szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza konsultującego powinien być jednoznacznie powiadomiony pacjent.

²⁶ R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w ochronie zdrowia. Część I: Niedomogi kadrowe*, 2022, <https://prawo.mp.pl/baza-wiedzy/zawod-lekarza-odpowiedzialnosc/288749,odpowiedzialnosc-karna-za-blad-organizacyjny-w-ochronie-zdrowia-czesc-i-niedomogi-kadrowe>, [dostęp: 23.09.2024.]

²⁷ I. Kunert, *Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej*, „Prokuratura i Prawo”, nr 7-8 (2019), s. 164-180.

5. W przypadku niewypelniania dyspozycji art. 160a ust. 2 pkt 1 u.z.l., lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego nie może samodzielnie udzielić konsultacji, a także, w uzasadnionych przypadkach może odmówić takiego polecenia, zgodnie z art. 100 § 1 Kodeksu pracy.
6. Powierzenie zadań lekarzowi nieposiadającemu niezbędnych umiejętności lub kwalifikacji, uznane może być za błąd organizacyjny i doprowadzić do odpowiedzialności, w tym karnej kierownika podmiotu lub danej jednostki organizacyjnej.

Bibliografia:

- Gałązka M., Wiak K., *Glosa do wyroku ETPC z dnia 20 marca 2007 r., 5410/03*, „Przegląd Sejmowy” t. 80 nr 3 (2007), s. 219.
- Herzog A., *Przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów* [w:] Stefański, R.A. (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 5, Warszawa 2020, s. 1749, 1750, 1752.
- Kubiak R., *Lekarski obowiązek konsultacyjny*, „Medycyna Praktyczna”, nr 6 (2019), s. 125-130.
- Kubiak R., *Odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w ochronie zdrowia. Część I: Niedomogi kadrowe*, 2022, <https://prawo.mp.pl/baza-wiedzy/zawod-lekarza-odpowiedzialnosc/288749,odpowiedzialnosc-karna-za-blad-organizacyjny-w-ochronie-zdrowia-czesc-i-niedomogi-kadrowe>.
- Kubiak R., *Przynależenie tytułu zawodowego lekarza lub tytułu specjalisty*, „Medycyna Praktyczna”, nr 10 (2022), s. 107-114.
- Kunert I., *Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej*, „Prokuratura i Prawo”, nr 7-8 (2019), s. 164-180.
- Malczewska M., *Pojęcie i rodzaje czynności medycznych* [w:] Kubiak R., Kubicki L. (red.), *System Prawa Medycznego. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, t.1, Warszawa, 2018, s. 803
- Opinia. hasło [w:] Dubisz, S. (red.), *Wielki Słownik Języka Polskiego*, Warszawa 2018, t. 3, s. 255

Orzeczenie. hasło [w:] Dubisz, S. (red.), *Wielki Słownik Języka Polskiego*, Warszawa 2018, t. 3, s. 287.

Program modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/0739-program-1-1.pdf>.

Program specjalizacji w dziedzinie chorób płuc, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/0739-program-1-1.pdf>.

Program specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/akredytacja2018/0705-program-1.pdf>.

Właściwy. hasło [w:] Dubisz, S. (red.), *Wielki Słownik Języka Polskiego*, Warszawa 2018, t. 5, s. 305.

Orzecznictwo:

Wyrok SN z 7.12.2001 r., sygn. akt: IV KKN 563/97, OSNKW 2002, nr 3-4, poz. 17.

Wyrok SO w Białymstoku z 31.05.2010 r., sygn. akt: V Pa 56/10, LEX nr 1294041.

Postanowienie SN z 14.01.2009 r., sygn. akt: II KK 164/08, OSNwSK 2009, nr 1, poz. 152.

S u m m a r y

Specialist Consultations Conducted by Physicians in Medical Specialty Training

In cases of diagnostic or therapeutic uncertainty, a physician is required to seek the opinion of an appropriate specialist or convene a medical council. Nevertheless, in daily clinical practice, situations may arise where such opinions are provided by physicians still undergoing specialization training. This article addresses the legal issues surrounding the issuance of medical opinions by such physicians. A formal-dogmatic methodo-

logy was employed, resulting in a proposed interpretation of the regulations governing the solicitation, issuance, and accountability for medical opinions in situations of diagnostic or therapeutic uncertainty.

According to this interpretation, specialist consultations should generally be performed by a fully qualified specialist. However, exceptions exist whereby a physician in training may provide an opinion. In such cases, the physician must obtain a written positive evaluation from their specialization supervisor or training director, confirming their competency. The attending physician overseeing the treatment retains ultimate responsibility and must exercise heightened scrutiny when relying on consultations provided by non-specialist physicians. It is imperative that the documentation of the consultation explicitly notes that the opinion was rendered by a physician still in training, and the patient must be clearly informed of this fact. Furthermore, assigning tasks to a physician who lacks the requisite skills or qualifications may constitute an organizational error, potentially leading to liability, including criminal liability, for the entity's manager or the head of the relevant organizational unit.

Keywords: medical consultation, medical specialization, medical law, criminal law, labor law