

Tadeusz J. Zieliński

Prawo lekarskie Drugiej Rzeczypospolitej w zarysie

Zeszyty Prawnicze 11/2, 401-423

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

TADEUSZ J. ZIELIŃSKI

Akademia Chrześcijańska Teologiczna w Warszawie

PRAWO LEKARSKIE DRUGIEJ RZECZYPOSPOLITEJ W ZARYSIE

1. ZAKRES WYWODU

Służba zdrowia poddana została w międzywojennym państwie polskim wieloaspektowej regulacji prawnej. Na uwagę zasługuje przede wszystkim ta jej część, która dotyczy najważniejszej grupy wykonawców świadczeń zdrowotnych czyli lekarzy. Z tego względu niniejszy wywód ma na celu zarysowe przedstawienie całokształtu stanowionego w latach 1918-1939 prawa polskiego dotyczącego lekarzy. Zastrzec wszakże należy, iż z rozważań wyłączono zagadnienia zawodów: lekarza dentystry¹ i zawodu felczera (choć obejmował on niektóre czynności lekarskie²), a tym bardziej innych zawodów w ochronie zdrowia jak: pielęgniarze, położne i inne wymienione np. w art. 2 zasadniczej ustawy sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r.³

¹ Zob. rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystrycznej, Dz.U. Nr 54, poz. 476.

² Zob. art. 2 pkt. A ustawy z dnia 1 lipca 1921 roku o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich, Dz.U. Nr 64, poz. 396. Stanowi on, iż „Felczery uprawnieni są [...] do samodzielnego udzielania pomocy lekarskiej do przybycia lekarza [...]”

³ Dz.P. P.P. Nr 63, poz. 371. Dalej oznaczana jako ZasUstSanU.

2. KWESTIA NAZEWNICZA

Stosowane tutaj pojęcie prawo lekarskie, które pojawiło się m.in. w tytule pionierskiej publikacji Aleksandra Blocha z 1936 r.⁴, nie powinno być utożsamiane z przedmiotem regulacji dzisiaj określanym mianem prawa medycznego czy prawa ochrony zdrowia⁵. Pojęcie przedwojenne ma węższy zakres znaczeniowy i nie obejmuje np. takich zagadnień jak struktura i kompetencje państwowej administracji ochrony zdrowia, status prawny świadczeniodawców innych niż prywatne praktyki lekarskie, prawa pacjenta czy system finansowania ochrony zdrowia. Odpowiednikiem dzisiejszej kategorii „prawo medyczne” był w okresie międzywojnia termin „prawo sanitarne”, występujący np. w tytule monografii T. Hilarewicza⁶ oraz w publikacji zredagowanej przez Kazimierza Prökla i Józefa Kowalczewskiego⁷,

⁴ A. BLOCH, *Prawo lekarskie – komentarz. Teksty ustaw i rozporządzeń – przepisy związkowe – orzecznictwo – okólniki ministerialne*, Kraków 1936. Zob. też: K. LISOWSKI, *Przepisy prawne dla lekarzy i zasady deontologii lekarskiej*, Lwów 1937; *Kodeks lekarski. Zawiera teksty ustaw i rozporządzeń, okólniki ministerialne, orzecznictwo Sądu Najwyższego i Trybunału Administracyjnego oraz alfabetyczny skorowidz*, oprac. J. JAROSZEWSKI, Lwów-Warszawa 1938. E. WIĘCKOWSKA, *Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej*, Wrocław 2004, s. 130, stwierdza, iż dzieło A. Blocha nosi omyłkową datę wydania (powinien być rok 1938).

⁵ Jak przyjęto np. w najważniejszych monografiach z ostatnich lat: *Prawo medyczne*, red. L. KUBICKI, Wrocław 2003; M. NESTEROWICZ, M., *Prawo medyczne*, Toruń 2007; R. KUBIAK, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010; D. KARKOWSKA, *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta*, Warszawa 2008. Należy odnotować odmienne pojmowanie terminu prawo medyczne przez grono autorów pracy zbiorowej wydanej pod redakcją L. Kubickiego oraz przez R. Kubiaka z jednej strony i M. Nesterowicza z drugiej strony.

⁶ T. HILAREWICZ, *Zarys polskiego prawa sanitarnego*, Warszawa 1926.

⁷ *Polskie prawo sanitarne. Zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych*, I.1 (ss. 1-932), I.2 (ss. 933-1490), II (ss. 388), red. K. PRÖKL, J. KOWALCZEWSKI, Warszawa 1936. Publikacja ta została w postaci niezmienionej wznowiona w 1946 r. Dodatkowo po wojnie ukazał się tom: *Polskie prawo sanitarne. Zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych. Zeszyt dodatkowy do tomu I i II zawierający spis ustaw, dekretów i rozporządzeń za lata 1936-1946*, red. K. PRÖKL, Warszawa 1947 (ss. 30).

a który w drugiej połowie XX wieku nabrał nowego zabarwienia znaczeniowego.

3. STRUKTURA WYWODU

Niniejszą prezentację prawa lekarskiego Drugiej Rzeczypospolitej dokonano w układzie rzeczowym, podyktowanym treścią regulacji poszczególnych zagadnień z zakresu zawodu lekarza⁸. By ułatwić dzisiejszemu czytelnikowi odbiór materii objętych normami prawnymi sprzed wielu dekad, porządek wywodu zbliżono do struktury wypowiedzi przyjętych we współczesnych wykładach odnośnych wątków współczesnego prawa medycznego. W części końcowej wywodu przedstawione zostaną uwagi dotyczące legislacyjnych aspektów przedmiotowej regulacji oraz ogólne konkluzje z przeprowadzonych badań. Czynione rozważania nie mają przy tym charakteru wyczerpującego, a raczej sygnalizacyjny. Głównym ich celem jest bowiem wskazanie źródeł międzywojennego prawa lekarskiego oraz jego podstawowych kategorii i instytucji, przy zaznaczeniu ewolucji unormowań prawnych. Przed studium nie postawiono też zadania komparatystycznego, już to w kontekście późniejszych regulacji polskich, jak i ówczesnych i późniejszych regulacji zagranicznych.

4. NORMA KONSTYTUCYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY ZDROWIA

Konstytucja z 17 marca 1921 r. regulowała sprawy ochrony zdrowia w powierzchowny sposób. Właściwy w tym zakresie, nienumerowany⁹ ustęp 2 artykułu 102, brzmiał bowiem następująco: „Każdy obywatel ma prawo do opieki Państwa nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa do ubez-

⁸ Społeczno-zawodową historię środowiska lekarskiego w okresie międzywojennym przedstawia praca: E. WIĘCKOWSKA, *op. cit.*, *passim*.

⁹ Często występujące w międzywojennych aktach prawnych nienumerowane ustępy opatruje się dalej skrótem „nnr”.

pieczenia społecznego, które ustali osobna ustawa”¹⁰. W normie tej brak bezpośredniego odniesienia do pojęcia lekarza. Omówiony przepis został uchylony przez drugą pełną konstytucję Polski międzywojennej, tzn. przez ustawę konstytucyjną z 23 kwietnia 1935 r.¹¹ (art. 81 ust. 2). Od czasu wejścia w życie tej ustawy zasadniczej aż do wybuchu II wojny światowej nie istniała regulacja konstytucyjna dotycząca ochrony zdrowia.

5. ZAGADNIENIA SZCZEGÓŁOWE STATUSU PRAWNEGO LEKARZA

5. 1. Pojęcie zawodu lekarza

Najwcześniejsze regulacje prawno-lekarskie nie definiowały zawodu lekarza¹². Choć z oczywistych względów pojęcie lekarza występuje już w pierwszych aktach prawnych Rzeczypospolitej dotyczących ochrony zdrowia¹³, to również ustawa z dnia 2 grudnia 1921 roku w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem¹⁴ została skonstruowana w taki sposób, by uniknąć sformułowania definicji legalnej zawodu lekarza oraz ujętej w tytule ustawy praktyki lekarskiej. Akt ten normuje przesłanki uzyskania prawa wykonywania praktyki lekarskiej (zwłaszcza art. 2 i 4) oraz stwierdza, iż osoby posiadające to prawo mogą używać tytułu „lekarz” (art. 7).

¹⁰ Ustawa z 17 marca 1921 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. Nr 44, poz. 267.

¹¹ Dz.U. Nr 30, poz. 227.

¹² Por. E. WIĘCKOWSKA, *op. cit.*, s. 130.

¹³ Np. art. 52 nnr ust. 2 pkt b i nnr ust. 4 dekretu [Naczelnika Państwa] o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. P. P. P. Nr 9, poz. 122), art. 2 dekretu [Naczelnika Państwa] w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie [z 7 lutego 1919 roku] (Dz. P.P.P. Nr 14, poz. 184) [dalej oznaczany w skrócie jako: ZwalczChorZakD] oraz art. 4 ustawy z dnia 25 lipca 1919 roku w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie (Dz.U. Nr 67, poz. 402) [dalej oznaczana w skrócie jako: ZwalczChorZakU], art. 1 ZasUstSanU.

¹⁴ Dz.U. Nr 105, poz. 762. Dalej oznaczana w skrócie jako: WykPraktLekU.

Jednocześnie w art. 2 stwierdza się, iż „[l]eczyć chorych w Państwie Polskiem mogą jedynie osoby, uprawnione do wykonywania praktyki lekarskiej”. Dlatego też istotnym *novum* prawodawczym było użycie w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej¹⁵ definicji praktyki lekarskiej. W art. 1 stanowi się, iż „[p]rzez praktykę lekarską rozumie się wykonywanie czynności, polegających na rozpoznawaniu chorób, leczeniu chorych, zapobieganiu szerzenia się chorób oraz na wydawaniu orzeczeń lekarskich.” W latach 20. z zawodu lekarza zaczął się coraz bardziej wyodrębniać zawód lekarza-dentysty. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej¹⁶ przyznawało osobom posiadającym prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej prawo używania tytułu „lekarza-dentysty” (art. 4), przy czym możliwe było jednoczesne posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej. Proces powstawania odrębnego zawodu został zakończony uchwaleniem ustawy z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych¹⁷.

5. 2. Nabywanie i utrata uprawnień zawodowych

Zgodnie z uchwaloną w 1921 r. WykPraktLekU prawo wykonywania praktyki lekarskiej posiadały osoby będące obywatelami polskimi, legitymujące się dyplomem lekarskim, które odbyły jednoroczną praktykę lekarską i nie zostały ubezwłasnowolnione wskutek choroby umysłowej (art. 2 pkt A-D)¹⁸. Warunkiem korzystania z przysługujące-

¹⁵ Dz.U. Nr 81, poz. 712. Dalej oznaczane w skrócie jako: WykPraktLekRP.

¹⁶ Dz.U. Nr 54, poz. 476. Dalej oznaczane w skrócie jako: WykPraktDentRP.

¹⁷ Dz.U. Nr 6, poz. 33. Dalej oznaczana w skrócie jako: IzbLekDentU.

¹⁸ Art. 2 ust. 2 pkt a WykPraktLekRP mówi o przeszkodzie „choroby psychicznej”. Ustawa z dnia 30 lipca 1938 r. o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz.U. Nr 57, poz. 449) wprowadziła w art. 1 pkt 1 dodatkowy wymóg uzyskania prawa stałego wykonywania praktyki lekarskiej w postaci obowiązku dwuletniego zamieszkiwania i wykonywania praktyki lekarskiej w gminach wiejskich lub w miastach, liczących poniżej 5000 mieszkańców, względnie pozostawania przez 5 lat w czynnej służbie wojskowej w charakterze lekarzy

go prawa wykonywania tejże praktyki było zarejestrowanie się przez osoby uprawnione w Ministerstwie Zdrowia Publicznego. Rejestracja stwierdzała urzędowe uprawnienie do wykonywania praktyki i dawała tytuł do wpisu na listę lekarzy konkretnej Izby Lekarskiej (art. 3)¹⁹. Obok przedmiotowego prawa przyznanego na czas nieokreślony, ustawa przewidywała prawo wykonywania praktyki lekarskiej „na określony przeciąg czasu”, przyznawane niektórym osobom niezdolnym do spełnienia przesłanek z art. 2. Dotyczyło ono m.in. powołanych przez władze państwowe zagranicznych profesorów uniwersyteckich wydziałów lekarskich oraz osób posiadających dyplomy lekarskie i ubiegających się o obywatelstwo polskie oraz osób legitymujących się dyplomami lekarskimi, które nie odbyły jednorocznej praktyki szpitalnej, lecz były w jej trakcie (art. 4). Wydane w 1932 r. WykPraktLekRP wprowadziło w art. 2 nowe nazewnictwo dotyczące aspektu czasowego prawa wykonywania praktyki lekarskiej (prawo „stałe” i „czasowe”). Ustanowiono nową negatywną przesłankę nabycia i posiadania stałego prawa wykonywania praktyki w postaci sądowego pozbawienia praw publicznych i obywatelskich praw honorowych (art. 2 ust. 2 pkt b). Podstawową jednostką organizacyjną sektora prywatnego, w której realizowano praktykę lekarską były gabinety lekarzy wolno praktykujących²⁰.

Lekarz tracił prawo wykonywania praktyki lekarskiej na stałe lub czasowo – jak głosi art. 10 WykPraktLekU – na mocy wyroku sądowego w przypadkach określonych w „ustawach karnych” i na podsta-

wojskowych, względnie przez 5 lat zajmowały stanowiska i wykonywały wskazane w ustawie zadania w określonych tam jednostkach organizacyjnych powiązanych z systemem ochrony zdrowia. Wskazany wymóg nie obejmował lekarzy wpisanych na listę członków izby lekarskiej przed dniem 1 kwietnia 1939 r.

¹⁹ Na mocy art. 6 ust. 1 WykPraktLekRP organem rejestrowym był wojewódzka władza administracji ogólnej, wydająca lekarzowi pisemne zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarskiej.

²⁰ „Prywatna praktyka lekarska” – art. 5 WykPraktLekU. Zob. D. MAŁECKA, *Realia ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej Polskiej*, «Studia Prawno-Ekonomiczne» 64/2001, s. 98; E. WIĘCZOWSKA, *op. cit.*, s. 166-169. W tym kontekście zaznaczyć należy unormowania dotyczące zapłaty za świadczenia lekarskie. Zob. art. 20 WykPraktLekU, art. 20 i 21 WykPraktLekRP.

wie prawomocnego wyroku sądów Izb Lekarskich, a według reżimu z WykPraktLekRP wyrokiem sądu powszechnego lub wojskowego oraz wyrokiem sądu dyscyplinarnego izby lekarskiej, zatwierdzonym przez radę dyscyplinarną przy Ministrze Opieki Społecznej (art. 14). Ten sam akt prawny stanowił, iż przedmiotowe prawo wygasło z mocy samego prawa w razie utraty obywatelstwa polskiego i w razie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej – na czas trwania tegoż ubezwłasnowolnienia (art. 13). Art. 13 ust. 2 określa instytucję zawieszenia lekarza w prawie wykonywania praktyki lekarskiej na czas trwania choroby psychicznej²¹.

Prawodawstwo II Rzeczypospolitej określało pozycję lekarzy w jednostkach organizacyjnych świadczeniodawców usług medycznych, w administracji ochrony zdrowia i instytucjach ubezpieczeniowych²². Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby²³ wprowadziła pojęcie lekarza Kasy Chorych („lekarz kasowy” – art. 42 i 84) i Naczelnego Lekarza Kasy (art. 69). W art. 5 WykPraktLekU występuje pojęcie lekarzy urzędowych (państwowych i komunalnych). Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych²⁴ szczegółowo normowało pełnienie stanowisk lekarzy w szpitalach²⁵. Głosiło, iż ich pozycję

²¹ Zob. § 7 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych o wykonywaniu praktyki lekarskiej, Dz.U. Nr 11, poz. 96. Dalej oznaczane jako: WykPraktLekR.

²² Na temat systemu ubezpieczeń zdrowotnych w okresie międzywojennym zob. m. in.: J. KASZNICKI, *Analiza ustaw ubezpieczeniowych w II Rzeczypospolitej*, «Archiwum Historii Medycyny» 1976 z. 1; J. SADOWSKA, *Lecznictwo ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej*, Łódź 1990; K. M. ZAKRZEWSKI, *Podstawy prawne organizacji ubezpieczeń zdrowotnych na ziemiach polskich do 1939 r.*, «Studia Iuridica Lublinensia» 12/2009.

²³ Dz.U. Nr 44, poz. 272. Dalej oznaczana w skrócie jako: ObowUbezpu.

²⁴ Dz.U. RP Nr 81, poz. 635. Dalej oznaczane w skrócie jako: ZakłLeczRP.

²⁵ Należy odnotować, iż w zakładach leczniczych poddanych reżimowi tego rozporządzenia obowiązywała później reglamentacja czasu pracy niektórych osób tam zatrudnionych, wszakże nie będących lekarzami. Zob. § 1 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 20 grudnia 1933 r. w porozumieniu z Ministrami: Spraw Wewnętrznych, Spraw Wojskowych oraz Wyznań Religijnych i Oświecenia

prawną określa prawo statutowe (art. 17-18, 22), że na czele szpitala publicznego stoi dyrektor-lekarz (art. 20), stosowało pojęcie „lekarza urzędowego” (art. 24 d), stanowiło, że kierownikiem szpitala bez prawa publiczności może być jedynie lekarz mający prawo wykonywania praktyki lekarskiej i co najmniej 3 lata praktyki szpitalnej (art. 51), kierownikiem lecznicy – lekarz z prawem wykonywania praktyki i 3-letnią praktyką szpitalną (art. 58 i 62), zaś kierownikiem przychodni – lekarz z prawem praktyki i 3-letnią praktyką lekarską (art. 68). Pomieszczone w tym akcie przepisy o nadzorze nad zakładami leczniczymi wykonywanym przez „fachowych funkcjonariuszów sanitarnych” obejmowały także lekarzy (art. 73). Art. 23 WykPraktLekRP wyróżnia pojęcie lekarzy państwowych, samorządowych i zatrudnionych w instytucjach ubezpieczeń zdrowotnych.²⁶ Prawo wyodrębniało również pojęcie lekarza wojskowego, lekarza uzdrowiskowego²⁷, lekarza przedsiębiorstwa Polskie Koleje Państwowe²⁸ oraz lekarzy służby zdrowia lotnictwa cywilnego²⁹. Ustawa o izbach lekarskich z 1934 r. stosowała ponadto kategorię lekarzy rządowych i samorządowych³⁰, natomiast w ustawie z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia³¹ zaistniały pojęcia lekarza gminnego (miejskiego) i okręgowego (art. 5 ust. 2-3).³²

Publicznego w sprawie czasu pracy osób, zatrudnionych w zakładach leczniczych, Dz.U. Nr 103, poz. 806.

²⁶ Zob. E. WIĘCKOWSKA, *op. cit.*, s. 155i n.

²⁷ Art. 39 nnr ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 1922 r. o uzdrowiskach, Dz.U. Nr 31, poz. 254 (dalej oznaczana w skrócie: UzdrU).

²⁸ Art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich, Dz.U. Nr 31, poz. 275 (dalej oznaczana w skrócie jako: IzbyLekU).

²⁹ § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministrów Komunikacji i Opieki Społecznej z dnia 27 maja 1938 r. wydane w porozumieniu z Ministrami Spraw Wojskowych i Spraw Wewnętrznych o służbie zdrowia lotnictwa cywilnego, Dz.U. Nr 44, poz. 365.

³⁰ Art. 20 ust. 1 IzbyLekU.

³¹ Dz.U. Nr 54, poz. 342. Więcej na temat znaczenia tej ustawy zob. K.M. ZAKRZEWSKI, *op. cit.*, s. 230-232.

³² Wcześniej występowało pojęcie lekarza powiatowego. Zob. art. 2 ZwalcZ ChorZakD oraz art. 4 ZwalcZ ChorZakU, art. 12 nnr ust. 2 pkt b UzdrU.

5. 3. Doskonalenie zawodowe

Sprawa kształcenia kandydatów na lekarzy pozostawiona została poza zakresem rozważań, jako materia prawa akademickiego. Należy się jednak zająć zagadnieniem dokonalenia zawodowego osób legitymujących się dyplomem lekarza³³. Podstawową formą kształcenia tych osób, której ukończenie warunkowało uzyskanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej, była – wskazywana już – jednoroczna praktyka szpitalna³⁴. Elementy niezbędne jednorocznej praktyki szpitalnej określało rozporządzenie wykonawcze.³⁵ Dodatkową formą doskonalenia zawodowego była, warunkująca uzyskanie od 1 kwietnia 1939 roku stałego prawa wykonywania praktyki lekarskiej, dwuletnia praktyka lekarska w gminach wiejskich i w małych miastach.³⁶ Pozostałe formy kształcenia podyplomowego dla lekarzy miały charakter dobrowolny.³⁷ Inną formą doskonalenia zawodowego jest ogół czynności związanych z uzyskiwaniem przez lekarzy tytułu specjalisty. Art. 8 WykPraktLekU stwierdzał, iż tytuł specjalisty dotyczy „ściśle okreś-

³³ Zob. E. WIĘCKOWSKA, *op. cit.*, s. 138-149.

³⁴ Art. 2 pkt C Art. 3 ust. 1 pkt c, WykPraktLekU; art. 5 WykPraktLekRP. To ostatnie rozporządzenie przewidywało, iż omawiana praktyka szpitalna może odbyć się wyłącznie po uzyskaniu dyplomu lekarskiego. Zob. rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 27 lipca 1929 r. o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy, Dz.U. Nr 62, poz. 484. Zob. pismo okólne Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 22 maja 1930 r. Nr Z. O. 1634/30 w sprawie rozporządzenia o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy – *Polskie prawo sanitarne. Zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych*, I.1, red.: K. PRÖKL, J. KOWALCZEWSKI, Warszawa 1936 [dalej oznaczane jako: PPSI-1], s. 116-122.

³⁵ § 3 WykPraktLekR.

³⁶ Art. 3 ust. 1 pkt d WykPraktLekRP w brzmieniu nadanym art. 1 pkt 1 powołanej już ustawy z 30 lipca 1938 r. (Dz.U. Nr 57, poz. 449). Zob. rozporządzenie podane w przypisie 73.

³⁷ A. KORDEK, *Formy kształcenia podyplomowego lekarzy w Polsce w latach 1918-1939*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2003 z. 1, s. 19. Por. TEJZE, *Dokształcanie podyplomowe lekarzy w Polsce w okresie międzywojennym (1918-1939)*, «Archiwum Historii i Filozofii Medycyny» 2001 z. 4.

lonych dziedzin lecznictwa” i zapowiadał, iż „przepisy co do praw jego używania ustali osobna ustawa”. W art. 10 ust. 2 WykPraktLekRP ustanowiono delegację ustawową do wydania aktu wykonawczego w sprawie warunków otrzymania tytułu specjalisty.

5. 4. Ustrój i kompetencje izb lekarskich

Samorząd lekarski ustanowiony w II Rzeczypospolitej opierał się przede wszystkim na doświadczeniach izb lekarskich działających w zaborze austriackim³⁸. Pojęcie izb lekarskich pojawiło się w zasadniczej ustawie sanitarnej z 1919 roku³⁹, lecz ich powołanie dla obszaru całego państwa nastąpiło na mocy ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich⁴⁰. Regulacja ta określa izby jako „samorządne urzędowe przedstawicielstwo stanu lekarskiego” (art. 1 pkt b) oraz wyróżnia Izby Lekarskie (dalej zwane „izbami terytorialnymi”)⁴¹ i Naczelną Izbę Lekarską (art. 1 nnr ust. 2).

Każdą izbę terytorialną tworzyli wszyscy lekarze zamieszkali w jej okręgu i wpisani na jej listę (art. 2 nnr ust. 2). Ustawodawca przyjął zasadę, iż obszarem działalności każdej izby będzie województwo (izby wojewódzkie) (art. 2 nnr ust. 4), od której dopuszczano wyjątki: Minister Zdrowia Publicznego posiadał kompetencję powoływania w poszczególnych częściach państwa obok izb wojewódzkich dodatkowych izb (izby okręgowe), przyłączania do sąsiedniej izby wojewódzkiej części terytorium innej izby oraz łączenia kilku izb wojewódzkich w jedną izbę dzielnicową (art. 2 nnr ust. 5).⁴² Izby terytorialne i Naczelną Izbę Lekarską (NIL) wyposażono w osobowość prawną (art. 1 nnr ust 2). Izba terytorialna posiadała następujące orga-

³⁸ Z. WIŚNIEWSKI, *Lekarze i izby lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej. Szkice dokumentalne i historyczne*, Warszawa 2007, s. 42.

³⁹ Art. 2 pkt 14 ZasUstSanU.

⁴⁰ Dz.U. Nr 105, poz. 763. Dalej oznaczana jako: UstrIzbLekU.

⁴¹ Późniejsza ustawowa regulacja izb lekarskich z 1938 r. określiła izby lekarskie inne niż NIL mianem „izb okręgowych”.

⁴² Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 15 marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia Izb Lekarskich, Dz.U. Nr 41, poz. 353.

ny: radę⁴³ wyłaniającą zarząd (wydział wykonawczy) kierowany przez naczelnika Izby Lekarskiej (art. 2 nnr ust. 2, art. 20 nnr ust. 1, art. 21), komisję rewizyjną (art. 27) i sąd izby lekarskiej (art. 28). NIL była „stałym przedstawicielstwem i bezpośrednią władzą samorządową wszystkich Izb Lekarskich w Państwie” (art. 8 nnr ust. 1), złożonym z przedstawicieli izb terytorialnych, wybieranych w wyborach proporcjonalnych (art. 8 nnr ust. 2). Jej organami były: zarząd, komisja rewizyjna i sąd NIL (art. 8 nnr ust. 4).

Izby lekarskie zostały ustanowione w celu „samorządnego uporządkowania spraw dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarzy między sobą, jak również strzeżenia jego praw, godności i sumienności, dla współdziałania z urzędami państwowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego na obszarze Państwa Polskiego” (art. 1, por. art. 3). Do głównych zadań izb należało uczestnictwo w przyznawaniu prawa wykonywania praktyki lekarskiej⁴⁴ oraz rozstrzygnięcie w zakresie odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy⁴⁵.

Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich⁴⁶, która zastąpiła UstrIzbLekU utrzymała z niewielkimi modyfikacjami ustrój i kompetencje dotychczasowych izb lekarskich. Była to regulacja precyzyjniejsza pod względem legislacyjnym od swej poprzedniczki, a jedno z ważniejszych jej unormowań stanowiła nowoczesna regulacja odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy (art. 19-25).⁴⁷ Na uwagę zasługują również postanowienia ustawy dotyczące rozstrzygania sporów między lekarzami przez sąd dyscyplinarny izby jako sąd polu-

⁴³ Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 25 lipca 1922 r. o pierwszych wyborach do rad izb lekarskich, Dz.U. Nr 70, poz. 628.

⁴⁴ Np. art. 3 nnr ust. 3 WykPraktLekU, art. 12 UstrIzbLekU.

⁴⁵ Np. art. 28-44 UstrIzbLekU.

⁴⁶ Dz.U. Nr 31, poz. 275.

⁴⁷ W wykonaniu tych przepisów wydano rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 7 kwietnia 1936 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, o postępowaniu dyscyplinarnym izb lekarskich, Dz.U. Nr 29, poz. 239.

bowny (art. 4 pkt 8, art. 26).⁴⁸ W związku – z odnotowanym już – wyodrębnianiem się zawodu lekarza-dentysty, powoływana już ustawa z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych ustanowiła osobny samorząd dla tego zawodu medycznego.

5. 5. Etyka zawodu lekarskiego

W okresie międzywojennym stopniowo rozwijała się regulacja prawna powinności etycznych zawodu lekarskiego. Już UstrIzbLekU z 1921 r. stosowała pojęcie „godności i sumienności” stanu lekarskiego (art. 1 pkt b) oraz „powagi zawodu lekarskiego” (art. 12), wskazując iż odpowiedzialność za jego strzeżenie ponosi samorząd lekarski (art. 3 pkt a)⁴⁹, w łonie którego powołano właściwe w tym zakresie sądownictwo dyscyplinarne. Sądy izb lekarskich uzyskały prawo stosowania szerokiego katalogu kar za naruszenie norm deontologicznych środowiska lekarskiego (art. 33)⁵⁰, włącznie z prawem „odjęcia uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej” (art. 33 nnr ust. 1 pkt d). Początkowo prawodawca międzywojenny określając standardy powinności zawodowych lekarzy odwoływał się do nielicznych klauzul generalnych, jak te z art. 1 UstrIzbLekU, z biegiem czasu jednak powstawały regulacje coraz bardziej szczegółowe. IzbyLekU z 1934 r. posługuje się pojęciem „etyki, godności i sumienności zawodowej” członków izb lekarskich (art 4 pkt 2), głosi, iż „[c]złonkowie okręgowych izb lekarskich obowiązani są przestrzegać zasad etyki, godnie zachowywać się i sumiennie wykonywać swoje obowiązki zawodowe” (art. 10 ust. 1), a także stanowi, że „[z] wykonywaniem praktyki lekarskiej nie wolno łączyć zajęć, nieliczących z etyką lub powagą zawodu lekarskiego” (art. 16 ust. 1). Naczelna Izba Lekarska zosta-

⁴⁸ Por. art. 28 nnr ust. 1 pkt b UstrIzbLekU.

⁴⁹ „[K]rzewienie i strzeżenie” – art. 4 pkt 2 IzbyLekU. Por. art. 12 WykPraktLekU.

⁵⁰ Dodajmy, że chodziło o wskazane normy określone prawem oraz inne. Najwcześniejsze polskie kodeksy deontologii lekarskie wskazują np. D. MAŁECKA, *op. cit.*, s. 99, por. D. KARKOWSKA, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004, s. 141; R. KUBIAK, *op. cit.*, s. 267-268.

ła wyposażona w kompetencję „ustalania ogólnych zasad etyki lekarskiej” (art. 18 ust. 2 pkt 6)⁵¹. Ustawa wyraźnie powiązała naruszenie obowiązków określonych w art. 10 ust. 1 z konsekwencjami dyscyplinarnymi (art. 19). Obok tych ogólnych postanowień w poszczególnych aktach prawnych pojawiają się szczegółowe obowiązki prawne, wynikające z założeń etyki lekarskiej lub związane z nią. Zostaną one omówione w kolejnych częściach niniejszych rozważań, w porządku wyznaczonym chronologią ich unormowania w aktach rangi ustawowej.

5. 6. Ogłoszenia lekarskie

Już w najwcześniejszym okresie odrodzonej państwowości polskiej wprowadzono regulacje w sprawie „cenzury ogłoszeń dotyczących działalności leczniczej i środków leczniczych”⁵². Szczegółowe przepisy w tym zakresie znalazły się w art. 11 i 26 WykPraktLekU z 1932 r. Art. 11 zawiera zakaz ogłaszania i reklamowania środków leczniczych, niedopuszczonych do obrotu w kraju, środków leczniczych, dopuszczonych do obrotu w kraju – w formie, zawierającej informacje lecznicze mogące wprowadzić w błąd publiczność, preparatów odżywczych i przedmiotów użytku w formie zawierającej wskazania lecznicze. Przepis ten stanowi również, iż ogłaszanie i reklamowanie środków leczniczych, wydawanych wyłącznie na recepty lekarskie, odbywać się może jedynie w prasie fachowej⁵³.

⁵¹ Pierwszy lekarski kodeks deontologiczny w Polsce Odrodzonej obowiązujący na terenie całego państwa pt. *Zbiór zasad deontologii lekarskiej* ogłoszony został w «Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich» Nr 8 z 1935 r. Uchwalono go w 1935 r. i poddano nowelizacji w roku 1936. Tekst zamieszczają też m.in. K. LISOWSKI, *op. cit.*, s. 69-76; *Kodeks lekarski. Zawiera teksty...*, s. 77-83.

⁵² Art. 2 pkt 21 ZasUstSanU. Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego w przedmiocie ogłoszeń treści lekarskiej z 2 sierpnia 1919 r., Dz.U. Nr 74, poz. 432. Por. rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 16 stycznia 1929 r. o ogłaszaniu się lekarzy-dentystów, Dz.U. Nr 8, poz. 69.

⁵³ Zob. § 5 WykPraktLekR. Zob. okólnik Nr. 14/34 Ministra Opieki Społecznej z dnia 1 maja 1934 r. w sprawie ogłoszeń treści leczniczej, [w:] PPSI-1, s. 123-127. Por. A. BŁOCH, *op. cit.*, s. 46-50.

5. 7. Środki lecznicze

Materię środków leczniczych oraz wystawiania recept regulował w randze ustawowej w szczególności art. 2 pkt 13 ZasUstSanU z 1919 r., art. 43 ObowUbezpu, art. 11 i 24 WykPraktLekRP, zaś na poziomie aktów wykonawczych rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. o wydawaniu z aptek środków lekarskich⁵⁴ oraz §§ 5 i 10 WykPraktLekR.

5. 8. Tajemnica lekarska

Zagadnienie poufności w toku postępowania lekarskiego stanowiło przedmiot nie tylko regulacji deontologicznych, ale także wydanych wnet po odzyskaniu niepodległości aktach prawnych. Ustawa z 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby głosiła w art. 77, iż funkcjonariusze kas chorych „obowiązani są do przestrzegania tajemnic lekarskich odnośnie do chorych narówni [sic!] z lekarzami.” Szersza regulacja dotycząca obowiązku „tajemnicy lekarskiej” zaistniała w uchwalonej w 1921 r. WykPraktLekU. Jej art. 11 stanowił w nnr ust. 1, iż „Lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co spostrzeże, usłyszy lub przeniknie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu”, przy czym nnr ust. 2 i 3 zawierały wyjątki od tej zasady.⁵⁵ Zbliżoną regulacją, która wstąpiła w to miejsce były art. 15 i 22 WykPraktLekRP z 1932 r.⁵⁶ Określona w art. 38 ZakŁLeczRP „tajemnica szpitalna” była pojęciem szerokim obejmującym także tajemnicę lekarską. W późniejszym akcie wykonawczym na zakłady lecznicze i „wszelkie instytucje posiadające dane o chorobach” nałożono obowiązek wydania szczegółowych przepisów o „zabezpieczeniu tajemnicy lekarskiej”⁵⁷.

⁵⁴ Dz.U. Nr 6, poz. 30 ze zm.

⁵⁵ Por. art. 23 nnr ust. 3 WykPraktLekU.

⁵⁶ Zob. D. KARKOWSKA, *op. cit.*, s. 149, por. D. MAŁECKA, *op. cit.*, s. 110.

⁵⁷ § 8 WykPraktLekR. Zob. też: T. CYPRIAN, P. ASLANOWICZ, *Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza*, Kraków 1949, s. 121-130.

5. 9. Zgoda chorego

W piśmiennictwie prawniczym zwraca się uwagę, iż w polskim prawie międzywojennym stopniowo torowało sobie drogę przekonanie, iż warunkiem legalności leczenia chorych jest uzyskanie zgody pacjenta („chorego”)⁵⁸. Aprobata pacjenta jako przesłanka działania lekarza widoczna jest w art. 15 nnr ust. 1 WykPraktLekU z 1921 r., traktującym o odstąpieniu lekarza od leczenia chorego. Pojęcie „zgody chorego” wysłowiono w art. 37 nnr ust. 2-4 ZakłLeczRP z 1928 r., gdzie odniesiono ją do „zabiegu operacyjnego”. Za zdolną do wyrażenia zgody uznano osobę, która ukończyła 21 lat życia, nie wykazuje niedojrzałości umysłowej, a stan zdrowia pozwala jej ocenić istnienia potrzeby takiego zabiegu. W przypadku braku którejkolwiek z tych kwalifikacji, zgody w miejsce tej osoby udziela jej „prawny zastępca”. Zgoda nie była wymagana w sytuacji występowania niebezpieczeństwa dla życia. W razie niemożności uzyskania oświadczenia chorego, względnie jego zastępcy prawnego lub w sytuacji zagrożenia życia, decyzja o wykonaniu zabiegu należała do dyrektora szpitala. Zabieg wykonany bez zgody chorego lub jego zastępcy należało odpowiednio odnotować w historii choroby. Instytucję z omawianej ustawy przejęto w art. 12 WykPraktLekRP z 1932 r. odnosząc ją również do zabiegów operacyjnych wykonywanych „poza obrębem zakładu leczniczego”. W literaturze międzywojennej podnoszono nieostrość pojęcia „zabieg operacyjny” użytego w przywołanych przepisach dotyczących zgody chorego. Za słuszny należy uznać pogląd A. Blocha, znajdujący aprobatę w orzecznictwie, iż „dokonanie każdego zabiegu lekarskiego, jako oddziaływanie na organizm człowieka przez inną osobę, wymaga zgody osoby, poddanej zabiegowi”⁵⁹. Rozporządzenie wykonawcze do przywołanego ostatnio rozporządzenia Prezydenta, wprowadziło wymóg szczególnej formy zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego:

⁵⁸ A. BLOCH, *op. cit.*, s. 53 i n.; J. KURCYUSZ, *Kodeks lekarski. Przepisy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej z komentarzami*, Warszawa 1936, s. 53. Por. T. CYPRIAN, P. ASŁANOWICZ, *op. cit.*, s. 24 i n.; D. KARKOWSKA, *op. cit.*, s. 147-148; R. KUBIAK, *op. cit.*, s. 336-337; D. MAŁECKA, *op. cit.*, s. 108-109.

⁵⁹ A. BLOCH, *op. cit.*, s. 55.

wypowiedzenie jej wobec conajmniej jednego świadka lub sformułowanie jej na piśmie⁶⁰. Naruszenie przez lekarza względnie dyrektora zakładu leczniczego przepisów o zgodzie chorego zagrożone było sankcjami administracyjnymi i karnymi.

5. 10. Dokumentacja medyczna

Do najwcześniejszych regulacji dotyczących szeroko pojętej dokumentacji medycznej należy art. 23 WykPraktLekU z 1921 r. dotyczący wydawania przez lekarzy świadectw stanu zdrowia. Przepis ten określił konieczne elementy takiego świadectwa. Z kolei wydane w 1928 r. ZakłLeczRP wprowadza pojęcie „historii choroby”. Zgodnie z art. 38 na szpitala nałożono obowiązek prowadzenia tego rodzaju dokumentacji „w celu notowania wyniku badania, obserwacji oraz przebiegu leczenia”. Historię choroby uznano za przedmiot – wspomnianej już – tajemnicy szpitalnej, przy czym rozporządzenie określało podmioty (instytucje ubezpieczeń społecznych, wymiaru sprawiedliwości) uprawnione do uzyskiwania od szpitali publicznych poufnych i bezpłatnych odpisów historii choroby i orzeczeń lekarskich. Odpisy takie mogły być również wydawane na potrzeby nauki. Art. 61 omawianego aktu prawnego wskazywał inne formy dokumentacji medycznej (księgi przyjęć chorych, statystyka leczonych chorych, indywidualne karty statystyczne, sprawozdania z działalności). Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 r. o zakładach leczniczych⁶¹ szczegółowo określało elementy dokumentacji wymaganej przez ZakłLeczRP.⁶²

5. 11. Błąd lekarski

Z oczywistych względów w okresie międzywojennym odpowiedzialność karna, cywilna i dyscyplinarna lekarza obejmowała także

⁶⁰ § 6 ust. 1 WykPraktLekR.

⁶¹ Dz.U. Nr 29, poz. 195. Dalej oznaczane w skrócie jako: ZakłLeczR.

⁶² Por. § 6 ust. 5 WykPraktLekR.

naruszenia standardów sztuki lekarskiej. Powstała na tym tle kategoria błędu sztuki lekarskiej⁶³, względnie błędu lekarskiego, w postaci załączkowej zaistniała w prawie lekarskim II Rzeczypospolitej. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 lipca 1929 r. o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich⁶⁴ używa w § 1 pkt b pojęcia „błędu lekarskiego”. Pojawia się ono także w piśmiennictwie prawniczym⁶⁵.

5. 12. Regulacja wybranych zabiegów lekarskich (spędzenie płodu i przeszczepianie tkanek)

Na przełomie XX i XXI wieku prawo medyczne normuje szczegółowo szereg czynności lekarskich na pacjencie, by wskazać tylko aborcję, transplantację, eutanazję, eksperyment medyczny, zabiegi kosmetyki estetycznej i prokreację *in vitro*. W przedziale czasowym objętym niniejszym studium większość wskazanych zagadnień pozostawało poza precyzyjnym reżimem prawa właściwym prawu medycznemu.⁶⁶ Wyjątek stanowiło spędzenie płodu, którym zajmuje się kolejny akapit. W dalszej kolejności omówiona zostanie obowiązują-

⁶³ Zob. szerzej na temat pojęcia błędu Z. MAREK, *Błąd medyczny*, Kraków 1999.

⁶⁴ Dz. Urz. Ministerstwa Sprawiedliwości Nr 14 z 15 lipca 1929 r. Zob. A. BLOCH, *op. cit.*, s. 126-143; *Polskie prawo sanitarne. Zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych...*, I. 2, s. 1388-1399.

⁶⁵ A. BLOCH, *op. cit.*, s. 57; T. CYPRIAN, P. ASŁANOWICZ, *op. cit.*, s. 66. Por. L. WACHHOLZ, *Medycyna sądowa*, Warszawa 1925, s. 520.

⁶⁶ W szczególności należy zauważyć brak w latach 1918-1939 prawnomedycznej regulacji sprawy eutanazji. Konstatację tę przedstawia: J. SOŚNICKA, *Etyka a zawód lekarza – relacje w polskim prawie medycznym w latach 1919-2005 oraz ewolucja zmian w okresie III Rzeczypospolitej*, [maszynopis], Toruń 2009, s. 54. Dziękuję p. prof. dr. hab. Zbigniewowi Naworskiemu z Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika za zwrócenie uwagi na tę napisaną pod Jego kierunkiem pracę magisterską. Na mocy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 60, poz. 571) [dalej oznaczany w skrócie jako: k.k.] eutanazja była przestępstwem określonym w art. 227: „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze więzienia do lat 5 lub aresztu.” Zob. T. CYPRIAN, P. ASŁANOWICZ, *op. cit.*, s. 55-59.

ca w okresie międzywojennym podstawa prawna praktyki pobierania tkanek.

Przepisy prawa zaborczego dotyczące aborcji⁶⁷ zastąpione zostały postanowieniami kodeksu karnego z 1932 roku ujętymi w art. 231-234 k.k.⁶⁸ „Art. 231. Kobieta, która płód swój spędza lub pozwala na spędzenie go przez inną osobę, podlega karze aresztu do lat 3. Art. 232. Kto za zgodą kobiety ciężarnej płód jej spędza lub jej przy tem udziela pomocy, podlega karze więzienia do lat 5. Art. 233. Niema przestępstwa z art. 231 i 232 jeżeli zabieg był dokonany przez lekarza i przytem: a) był konieczny ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej, albo b) ciąża była wynikiem przestępstwa, określonego w art. 203, 204, 205 lub 206. Art. 234. Kto bez zgody kobiety ciężarnej płód jej spędza, podlega karze więzienia do lat 10.” Art. 12 ust. 2-3 WykPraktLekRP z 1932 r. precyzował obowiązki lekarza w zakresie dopuszczalnych przypadków dokonywania aborcji, stanowiąc: „(2) Zabiegu spędzenia płodu, w przypadkach, przewidzianych w art. 233 pkt. b) Kod. Kar. lekarz może dokonać dopiero po uprzednim złożeniu mu zaświadczenia prokuratora, stwierdzającego uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała wskutek przestępstwa z art. 203, 204, 205 lub 206 Kod. Kar. (3) W przypadkach, gdy zabieg spędzenia płodu jest konieczny ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej, lekarz może dokonać takiego zabiegu po uprzednim złożeniu mu zaświadczenia dwóch lekarzy, stwierdzających powyższą okoliczność.”⁶⁹ Przedstawione przepisy kodeksowe określały spędzenie płodu jako przestępstwo, zaś zabieg taki był legalny w przypadku zaistnienia zagrożenia zdrowia kobiety ciężarnej oraz w przypadku ciąży z przestępstwa. Zabieg wykonany być

⁶⁷ Podstawowym terminem legalnym oznaczającym aborcję było „spędzenie płodu”. § 5 ust. 4 WykPraktLekR stosuje termin „przerywanie ciąży”.

⁶⁸ M. GACA, *Przerywanie ciąży w Polsce w okresie międzywojennym*, «Archiwum Historii i Filozofii Medycyny» 1993 z. 2, s. 133 i n.

⁶⁹ § 6 ust. 5 WykPraktLekR normował sprawę dokumentacji m.in. zabiegu spędzenia płodu. Zob. § 5 ust. 4 tegoż rozporządzenia (ogłoszenia i reklama środków leczniczych itp. dotyczących zapobiegania i przerywania ciąży).

musiał przez lekarza w toku sformalizowanego postępowania, uregulowanego w cytowanych przepisach WykPraktLekRP.⁷⁰

Przeszczepianie tkanek nie zostało objęte w II Rzeczypospolitej odnoszącym się do nich wprost unormowaniem prawnym. Art. 40 ZakłLeczRP dotyczący sekcji zwłok w szpitalach publicznych stanowił ustawowy reżim dla lekarskiej ingerencji w ciała zmarłych, co umożliwiało wykorzystanie pozyskanego w ten sposób materiału na potrzeby przeszczepów. Szczegółowe przepisy dotyczące sekcji zwłok zawierało przywołane już rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 lipca 1929 r. o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich. Tak więc przepisy międzywojenne zapewniały niedoskonałą podstawę prawną dla transplantacji tkanek *ex mortuo*. Nie istniała norma dotycząca przeszczepów *ex vivo*.

6. JAKOŚĆ LEGISLACYJNA AKTÓW PRAWA LEKARSKIEGO

Odnosząc się do zagadnienia stosowanej w źródłach międzywojennego prawa lekarskiego techniki legislacyjnej naprzód należy stwierdzić, iż omawiane akty nie są obszerne. Pośród kluczowych aktów z tego zakresu (zaliczyć do nich należy przede wszystkim: ZasUstSanU, WykPraktLekU, UstrIzbLekU, ZakłLeczRP, ZakłLeczR, WykPraktLekRP, WykPraktLekR, IzbyLekU, PostDyscIzbLekR) najobszerniejsze są: rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych (89 artykułów) i ustawa o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (49 artykułów), przy czym derogująca tę ostatnią ustawę ustawa z 1934 r. o izbach lekarskich była o wiele bardziej zwięzła i liczyła 35 artykułów. Można odnieść wrażenie, że wraz z upływem czasu prawodawca tworzył akty nie tylko lepsze pod względem redakcyjnym, ale i bardziej treściwe.

W szeregu aktów prawnych dostrzega się zastosowanie niewłaściwej techniki przejmowania w nowostanowionych przepisach obszer-nych fragmentów (dosłowne powtórzenie licznych przepisów) aktów

⁷⁰ A. BLOCH, *op. cit.*, s. 51-60; J. KURCYSZ, *op. cit.*, s. 55-56. Por. T. CYPRIAN, P. ASŁANOWICZ, *op. cit.*, s. 90-108; R. KUBIAK, *op. cit.*, s. 536.

nimi zastępowanych. Przykładowo WykPraktLekRP z 1932 r. jest w istocie poprawioną WykPraktLekU z 1921 r. Przy braku woli zredagowania całkowicie nowego aktu (także opierającego się na rozwiązaniach wcześniejszych), poprawniejszym rozwiązaniem jest dokonanie nowelizacji aktu obowiązującego a następnie wydanie tekstu jednolitego.

Odnotować należy często spotykane wkraczanie aktów wykonawczych w materię ustawową. Przykładowo rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 1934 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych o wykonywaniu praktyki lekarskiej zawiera postanowienia (np. § 2, § 4 b, f) w istotny sposób modyfikujące normy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Akty wykonawcze regulowały szereg kwestii bez upoważnienia ustawowego. Trzeba również zwrócić uwagę na zjawisko odwrotne, a mianowicie: wydawanie przez ustawodawcę (organ stanowiący rozporządzenie z mocą ustawy) blankietowych upoważnień dla władz administracyjnych do nakładania obowiązków na lekarzy (np. art. 16 ust. 2 WykPraktLekRP).

Omawiając warstwę redakcyjną tekstów prawnych odnotowano już mającą miejsce aż po początek lat 30. praktykę nienumerowania ustępów i pomniejszych elementów podstawowych jednostek redakcyjnych. W aktach rangi ustawowej numeracji takiej brakuje jeszcze w ZakłLeczRP z 1928 roku⁷¹ a jest już w WykPraktLekRP z 1932 r., zaś w aktach wydawanych przez ministrów jeszcze w 1933 roku⁷², mimo że w aktach ustawodawczych omawiana numeracja była już

⁷¹ Znamienne jest, iż w aktach nie zawierających numeracji przypisów, w przypadku powołania w danym akcie innego przepisu w nim zawartego, w przywołaniu nadawano ustępowi cytowanemu cyfrę arabską. Zob. np. art. 51 nnr ust. 3 ZakłLeczRP, który powołuje „art. 22 ust. 6” tegoż rozporządzenia. Numeracji ustępów nie ma jeszcze w ustawie opublikowanej w Dz.U. z 1929 r. Nr 27 poz. 275, a jest już w ustawie zamieszczonej pod poz. 276.

⁷² Zob. powoływane już rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 20 grudnia 1933 r. w sprawie czasu pracy osób, zatrudnionych w zakładach leczniczych. W pierwszych numerach «Dziennika Ustaw» z 1936 r. pojawiły się rozporządzenia wykonawcze z numeracją ustępów.

stosowana. Za niepoprawną pod względem legislacyjnym – przynajmniej z perspektywy dzisiejszych standardów – uznać należy praktykę powoływania w ustawie konkretnie wskazanych przy użyciu numerów przepisów ustawy jeszcze nie uchwalonej (np. art. 10 pkt b WykPraktLekU powołuje art. 33 i 38 UstrIzbLekU).

Wraz z upływem czasu dokonywał się postęp jeśli idzie o formułę derogowania aktów prawa lekarskiego. Z blankietową derogacją spotkać się można jeszcze w 1928 roku (art. 89 nnr 4 ZakłLeczRP – „Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszelkie przepisy prawne sprzeczne z niniejszym rozporządzeniem”), z przykładem derogacji mieszanej (blankietowo-konkretnej) w art. 12 ust. 2 WykPraktLekR z 1934 r. („Z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszystkie przepisy dotychczasowe, dotyczące spraw, unormowanych w niniejszym rozporządzeniu, a w szczególności: [...]”), zaś wzorcowa derogacja enumeratywnie wskazanych aktów prawnych znajduje się w art. 14 PublSłużbZdrU z 1939 roku. Zarówno akty rangi ustawowej i rozporządzenia wykonawcze najczęściej wchodziły w życie z dniem ogłoszenia.⁷³

7. KONKLUZJE

Zawód lekarza jako najważniejszy czynnik systemu ochrony zdrowia był w okresie międzywojennym przedmiotem czynnego zainteresowania ze strony prawodawcy polskiego. Poddane analizie w niniejszym studium akty prawne stanowiły wyraz dążenia właściwych organów stanowienia prawa do stworzenia adekwatnego reżimu normatywnego dla kluczowych materii związanych z działalnością lekarską. Można przyjąć, iż kilkanaście podstawowych aktów prawa lekarskiego było przemyślanym elementem dalekosiężnej wizji budowy rodzimego systemu ochrony zdrowia, sformułowanej w najwcześniejszym okresie odrodzonej państwowości polskiej, czego wyrazem była

⁷³ Zob. np. art. 37 IzbLekDentU i § 8 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1939 r. o obowiązkowym wykonywaniu praktyki lekarskiej w gminach wiejskich i w niektórych miastach (Dz.U. Nr 35, poz. 224).

już zasadnicza ustawa sanitarna z 1919 r. Podstawowe akty polskiego prawa lekarskiego obowiązywały również, po realizacji właściwego trybu konstytucyjnego, na terenie autonomicznego województwa śląskiego.

Międzywojenne prawo lekarskie podlegało stopniowej, zamierzonej ewolucji. Przede wszystkim w oparciu o doświadczenia nabyte w związku z obowiązywaniem ustaw o wykonywaniu praktyki lekarskiej i izbach lekarskich z 1921 r., dokonano rewizji stanu prawnego w tym zakresie poprzez wprowadzenie w ich miejsce w roku 1932 i 1934 nowych aktów rangi ustawowej. Równoległe nastąpiło wyodrębnienie zawodu lekarza-dentysty. Istotnym elementem w omawianym obszarze regulacji było rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 1928 roku o zakładach leczniczych, porządkujące rynek świadczeniodawców usług medycznych. Ewolucji rozstrzygnięć merytorycznych towarzyszyła poprawa jakości legislacyjnej prawa lekarskiego, która dała o sobie znać w latach 30. Dzięki determinacji organów prawodawczych, po kilkunastu latach istnienia niepodległego państwa polskiego, w obszarze prawa lekarskiego istniały nieliczne relikty dawnego prawa zaborczego. Ten wartościowy dorobek prawny II Rzeczypospolitej został jednak stosunkowo szybko w przeważającej mierze przekreślony, a to ze względu na derogację większości omówionych przepisów, spowodowaną zmianą ustroju politycznego Polski po 1945 roku.

LAW REGARDING PHYSICIANS IN THE SECOND REPUBLIC OF POLAND IN OUTLINE

Summary

Profession of a physician as a key element of the healthcare system was the subject of an intense interest of the legislative power of the Second Republic of Poland (1918-1939). The legal acts analyzed in the present paper expressed the far reaching vision formulated at the outset of the reborn Polish state. That vision is particularly exemplified in the

Basic Sanitary Act of 1919 r. The law on physicians of mid-war period underwent gradual and intended evolution. Practical implementation of the Act on the Practice and Chambers of Physicians of 1921 contributed towards an enactment of the highly regarded new regulations of the matter in 1932 and 1934. This was accompanied by the formation of the distinct profession of dentists. Legislative order of the President of the Republic on the healthcare institutions of 1928 played a significant role as far as regulation of the market of medical suppliers is concerned. In the 30s quality of legal acts had been clearly improved. Due to determination of the healthcare authorities after more than a decade of the Second Republic's legislative activity, there were only few remnants of old occupants' legal regulations in the area of law on physicians. This remarkable achievement was quite suddenly dismantled, since the repeal of majority of the said acts by the Communist authorities after 1945.