NOWOTWORY Journal of Oncology • 2003 • volume 53
Number 6 • 667–671

Varia

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w Polsce

Romuald Krajewski

Medical disciplinary proceedings in Poland

Odpowiedzialność zawodowa dotyczy osób wykonujących zawody związane ze szczególnym zaufaniem oraz wymaganiami i jest ograniczona do członków korporacji zawodowych. W Polsce postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest wzorowane na procedurze karnej i jest prowadzone przez organy samorządu lekarskiego. Ogólne zasady postępowania, zakres przedmiotowy odpowiedzialności i rodzaj orzekanych kar są podobne do obowiązujących w większości krajów Unii Europejskiej. Liczba skarg na postępowanie lekarzy, liczba spraw rozpatrywanych przez sądy lekarskie oraz liczba orzekanych kar w ciągu ostatnich lat wzrastały o około 30% rocznie. Polska jest obecnie krajem, w którym częstość skarg na postępowanie lekarzy należy do wyższych od średniej europejskiej. Ze względu na odmienne warunki wykonywania praktyki lekarskiej oraz odmienne w każdym kraju tradycje orzekania, porównywanie orzeczeń i wyroków sądów łatwo prowadzi do nieuzasadnionych wniosków. Na podstawie danych liczbowych z kolejnych lat można stwierdzić, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy w Polsce szybko wzrasta i lekarze powinni coraz więcej uwagi poświęcać przestrzeganiu tych zasad postępowania, które ułatwiają porozumienie z chorymi i wzajemne zaufanie.

Wstęp

Lekarze, jak wszyscy obywatele, ponoszą odpowiedzialność przed sądami powszechnymi. Szczególny charakter zawodu lekarza, podobnie jak innych zawodów zwanych potocznie „wolnymi" lub „zaufania publicznego", sprawia, że w większości krajów ponoszą oni również odpowiedzialność przed własną korporacją zawodową, nazywaną odpowiedzialnością zawodową lub dyscyplinarną, za postępowanie niezgodne ze szczególnymi wymaganiami, najczęściej opisanymi w kodeksach etyki zawodowej.

W Polsce – podobnie do innych krajów – liczba skarg na postępowanie pracowników ochrony zdrowia stale wzrasta. Sprawy odpowiedzialności lekarzy stały się też popularnym tematem w mediach, gdzie rzetelność informacji, zrozumienie celu odpowiedzialności zawodowej i obowiązujących w niej zasad postępowania oraz relacji z innymi trybami odpowiedzialności są często niezadowalające. Celem tej publikacji jest krótkie przedstawienie trybu postępowania i wybranych danych liczbowych, dotyczących postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce, a także porównanie ich z danymi z innych krajów.

Ogólne zasady odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce

Odpowiedzialność zawodowa jest dodatkową, szczególną odpowiedzialnością nie należącą do prawa powszechnego (które dotyczy wszystkich obywateli). Podstawowymi trybami odpowiedzialności powszechnej, dotyczącymi lekarzy, są postępowanie cywilne oraz karne. Lekarze zatrudnieni mogą również ponosić odpowiedzialność w trybie postępowania dyscyplinarnego, prowadzonego przez pracodawcę. Każdy z wymienionych trybów jest niezależny, rządzi się własnymi przepisami i postępowanie może być prowadzone równolegle. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej opiera się na przepisach ustawy z dnia 17.05.1989 r. o izbach lekarskich i rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26.09.1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy [1, 2]. W sprawach nie uregulowanych tymi przepisami zastosowanie mają przepisy kodeksu postępowania karnego.

Kto może ponosić odpowiedzialność zawodową

Zakres podmiotowy odpowiedzialności zawodowej jest jasno określony. Obejmuje ona członków samorządu lekarzy, którymi są wszyscy członkowie izb lekarskich – czyli wszyscy lekarze wpisani do rejestrów prowadzonych przez Okręgowe Izby Lekarskie. Osoby posiadające dyplomy lekarzy, ale nie posiadające prawa wykonywania zawodu, nawet jeżeli posiadały je wcześniej, temu trybowi nie podlegają. O wszczęciu postępowania decyduje stan w dniu otrzymania skargi. Jeżeli lekarz nie posiada prawa wykonywania zawodu, rzecznik odpowiedzialności zawodowej odmawia wszczęcia postępowania.

Za co można odpowiadać w trybie odpowiedzialności zawodowej

Zakres przedmiotowy odpowiedzialności zawodowej jest określony dość ogólnie, a zabronione czyny nie są do-

kładnie opisane. Ustawa o izbach lekarskich mówi, że odpowiedzialność ponosi się za „... postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza". Zasady etyki i deontologii są opisane w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) [3]. Można zastanawiać się, czy ustawodawca, mówiąc o „etyce i deontologii zawodowej", miał na myśli również naruszenie ogólnych zasad etyki, obowiązujących wszystkich ludzi, czy tylko zasad deontologii, czyli etyki stosowanej do zawodu. Przepisy o wykonywaniu zawodu lekarza zawarte są w Ustawie o zawodzie lekarza oraz w licznych innych aktach normatywnych [4]. Zakres przedmiotowy jest więc bardzo rozległy, tym bardziej, że KEL i ustawy raczej nie określają, co jest zabronione, lecz wskazują, jak należy postępować [5].

Organy odpowiedzialności zawodowej

Są to rzecznicy odpowiedzialności zawodowej (ROZ) i sądy lekarskie. Rzecznicy rozpatrują skargi na lekarzy i prowadzą postępowanie wyjaśniające (pełnią rolę podobną do prokuratury w postępowaniu karnym). Sądy rozpatrują wnioski o ukaranie, skierowane przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej. W pierwszej instancji postępowanie jest najczęściej prowadzone przez okręgowego rzecznika i okręgowy sąd lekarski izby, której obwiniony był członkiem w dniu złożenia skargi. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelny Sąd Lekarski (NSL) rozpatrują odwołania od postanowień i orzeczeń wydanych w pierwszej instancji. Członkowie organów odpowiedzialności zawodowej są wybierani przez okręgowe i krajowe zjazdy lekarzy na okres 4 lat i pełnią swoje funkcje społecznie.

Strony postępowania

Podobnie jak inne tryby odpowiedzialności, postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest kontradyktoryjne, czyli oparte na udziale przynajmniej dwóch równouprawnionych, przeciwnych stron. ROZ reprezentuje pokrzywdzonego oraz interes korporacji zawodowej i pełni funkcję oskarżyciela. Pokrzywdzony nie jest stroną i w odróżnieniu od postępowania karnego nie ma tu instytucji oskarżyciela posiłkowego. Stroną przeciwną dla ROZ jest obwiniony lekarz, który może mieć do trzech obrońców ustanowionych spośród lekarzy (członków izby lekarskiej) lub adwokatów. Instytucje odpowiedzialności zawodowej są zobowiązane do dbałości o poprawność formalną postępowania (przestrzeganie zasad procesowych) oraz do informowania uczestników postępowania o przysługujących im prawach (na przykład do składania wniosków dowodowych, zapoznawania się z aktami, odmowy zeznań, złożenia zażaleń i odwołań).

Przebieg postępowania

Postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie można wszcząć, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata, a karalność ustaje po upływie 5 lat. Jeżeli czyn zawiera znamiona przestępstwa, przedawnienie odpowiedzialności zawodowej następuje nie wcześniej, niż przedawnienie karne. ROZ wszczyna postępowanie wyjaśniające po „uzyskaniu wiarygodnej informacji o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej". Najczęściej jest to skarga pokrzywdzonego, ale ROZ jest również zobowiązany wszcząć postępowanie na podstawie każdej innej informacji, którą uzna za wiarygodną. Jeżeli wstępna ocena skargi lub informacji jednoznacznie wskazuje, że nie jest ona wiarygodna, ROZ może odmówić wszczęcia postępowania. Wszczęte postępowanie wyjaśniające zostaje albo umorzone, albo zakończone skierowaniem do sądu wniosku o ukaranie.

Wniosek o ukaranie (będący odpowiednikiem aktu oskarżenia) jest rozpatrywany przez sąd pierwszej instancji na rozprawie, która jest jawna tylko dla członków samorządu lekarzy. Sprawy dotyczące lekarzy pełniących funkcje w niektórych organach samorządu lekarskiego są rozpoznawane w pierwszej instancji przez NSL. Odwołania od orzeczeń sądów pierwszej instancji rozpatruje NSL.

W składzie orzekającym w pierwszej instancji znajduje się trzech lekarzy, członków OSL, wyznaczonych przez przewodniczącego OSL, który również wyznacza termin rozprawy i zawiadamia osoby, których obecność na rozprawie jest niezbędna. Stronami na rozprawie przed sądami lekarskimi są: ROZ i obwiniony lekarz. Pokrzywdzony z reguły występuje w charakterze świadka. Wynikiem rozprawy przed sądem lekarskim może być skierowanie sprawy do ROZ w celu uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, umorzenie, uniewinnienie obwinionego lekarza lub uznanie go winnym i ukaranie upomnieniem, naganą, zawieszeniem lub pozbawieniem prawa wykonywania zawodu.

Od orzeczeń sądów lekarskich pierwszej instancji odwołanie do NSL przysługuje stronom (ROZ i obwinionemu), a pokrzywdzonemu tylko w zakresie winy.

Do składu orzekającego w NSL wchodzi pięciu członków – lekarzy wyznaczonych przez przewodniczącego sądu. NSL rozpatruje sprawy w granicach odwołania. Wynikiem rozprawy przed NSL może być utrzymanie w mocy orzeczenia OSL lub skierowanie sprawy do ponownego rozpoznania. Tylko w wyjątkowych przypadkach NSL może zmienić orzeczenie OSL, uzupełnić postępowanie dowodowe lub rozszerzyć zakres odwołania. Od orzeczeń NSL odwołanie do Sądu Apelacyjnego przysługuje tylko lekarzom ukaranym zawieszeniem lub pozbawieniem prawa wykonywania zawodu. Pozostałe orzeczenia są ostateczne.

Wybrane dane liczbowe dotyczące odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce

Liczba skarg zgłaszanych do ROZ stale wzrasta. W Tabeli 1 przedstawiono liczbę skarg, wniosków o ukaranie i poszczególnych orzeczeń sądów lekarskich pierwszej instancji w okresie od 1998 do 2002 roku. Tabela 2 przedstawia listę specjalności, których najczęściej dotyczyły rozpatrywane sprawy.

Tab. 1. Orzeczenia sądów lekarskich pierwszej instancji w latach 1998-2002*

	1998	1999	2000	2001	2002
liczba skarg wpływających do ROZ	1658	1922	2014	2255	2751
liczba wniosków o ukaranie ^	186	242	251	229	318
wnioski o ukaranie/liczba skarg (%)	11	13	12	10	12
liczba orzeczeń kończących postępowanie	140	172	187	141	259
umorzenie postępowania	12	12	47	23	14
uniewinnienie	43	71	65	61	61
upomnienie	63	85	104	89	149
nagana	16	22	37	25	54
zawieszenie prawa wykonywania zawodu	5	2	10	3	10
pozbawienie prawa wykonywania zawodu	0	0	0	0	1

* – dane oznaczają liczbę lekarzy; # – dane kancelarii Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej; ^ – wniosek o ukaranie może obejmować więcej niż jednego lekarza i na przykład w 2002 roku 318 wniosków o ukaranie dotyczyło 381 lekarzy

W roku 2002 skargi zgłaszane do ROZ dotyczyły 1,9% liczby zarejestrowanych w Polsce lekarzy, a kary orzeczone w sądach lekarskich dotyczyły 0,14%. W rozpatrywanych sprawach obwinionymi są najczęściej lekarze specjalności zabiegowych. Średni czas od wpłynięcia skargi do wydania przez ROZ postanowienia kończącego postępowanie wyjaśniające wynosi około 6 miesięcy. Od wpłynięcia wniosku o ukaranie do rozpatrzenia sprawy przez sąd pierwszej instancji średnio upływa nieco ponad 3 miesiące, zaś od wpłynięcia odwołania do orzeczenia NSL około 6 miesięcy [6].

Tab. II. Liczba lekarzy w 5 specjalizacjach, najczęściej występujących we wnioskach o ukaranie

Specjalizacja *	1998	1999	2000	2001	2002
chirurgia ogólna	21	50	40	73	72
choroby wewnętrzne	32	56	31	59	36
położnictwo i ginekologia	20	22	42	51	40
stomatologia ogólna	12	25	20	9	18
ortopedia i traumatologia	4	15	19	14	16
brak specjalizacji	-	2	15	19	24

* liczby należy traktować jako dane orientacyjne, ponieważ w przedstawionym okresie definicje specjalizacji zmieniały się

Omówienie

Zasady postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej

Odpowiedzialność zawodowa w większości krajów europejskich jest w rękach instytucji lub organizacji prowadzącej rejestr lekarzy i wydającej prawo wykonywania zawodu. Najczęściej jest to izba lekarska lub odpowiadająca jej statusem organizacja, zaś w krajach skandynawskich instytucje administracji państwowej [7]. Podstawy odpowiedzialności oraz zasady postępowania są w Polsce podobne do krajów Wspólnoty Europejskiej. Tradycje odpowiedzialności zawodowej w Polsce sięgają końca XIX wieku, a już w 1921 roku jej zasady ujęto w przepisach ustawy [5, 8].

Skargi zwykle są wstępnie oceniane przez uprawnioną osobę lub komisję. We wszystkich krajach postępowanie jest przynajmniej dwuinstancyjne. Poza nielicznymi wyjątkami (Grecja, Hiszpania), przynajmniej w jednym z etapów postępowania uczestniczą zawodowi sędziowie lub inne osoby spoza zawodu lekarza i wszędzie istnieje prawo odwołania się do sądów powszechnych, które bywa ograniczone do zarzutów proceduralnych (naruszenie praw stron).

Zakres kar, którymi dysponują instytucje odpowiedzialności zawodowej w części krajów, jest nieco szerszy niż w Polsce i obejmuje dodatkowo kary pieniężne, nakaz odbycia przeszkolenia, zakaz zajmowania określonych stanowisk.

Ogólnie można stwierdzić, że zasady odpowiedzialności zawodowej w Polsce nie odbiegają od zasad obowiązujących w krajach europejskich i są najbardziej zbliżone do Austrii i Włoch. Jednakże rola tego trybu postępowania w każdym kraju jest odmienna i zależy od sposobu wykonywania praktyki lekarskiej, tradycji, systemu prawa powszechnego. Szczegółowe przepisy regulujące odpowiedzialność zawodową są związane z prawem powszechnym w danym kraju i nie podejmuje się prób ich ujednolicenia w ramach Wspólnoty Europejskiej. Czynione są natomiast wysiłki mające na celu wskazanie tych podstawowych zasad praktyki lekarskiej, których naruszenie powinno być wszędzie karane i powinno skutkować odmową wydania zaświadczenia o nienagannej postawie, które jest podstawą uzyskania prawa wykonywania zawodu przez lekarzy przenoszących się w obszarze Wspólnoty.

Samorząd lekarski w Polsce samodzielnie i w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia już od lat zgłasza propozycje zmian ustawy o izbach lekarskich w zakresie dotyczącym odpowiedzialności zawodowej. Najważniejsze kierunki zmian można określić jako zwiększenie kontradyktoryjności postępowania przez rozszerzenie uprawnień pokrzywdzonego, rozszerzenie jawności postępowania i rozszerzenie katalogu kar, które w tym trybie można orzekać. Niestety o zmianach przepisów mówi się tylko przejściowo przy okazji medialnych afer dotyczących lekarzy. Jedyną zmianą dokonaną w tym zakresie jest usunięcie z początkiem 2003 roku sędziów Sądu Najwyższego ze składów orzekających w Naczelnym Sądzie

Lekarskim, co jest rozwiązaniem niekorzystnym i przeciwnym do stanowiska środowiska lekarskiego.

Dane liczbowe

Liczba skarg na postępowanie lekarzy jest w krajach europejskich bardzo zróżnicowana. W 1998 roku w Danii dotyczyły one 10%, w Szwecji 6%, w Holandii około 1,6%, w Wielkiej Brytanii (2001) 2,5% zarejestrowanych lekarzy rocznie [7, 9, 10]. W Polsce w 2002 roku skargi dotyczyły 1,9% lekarzy. Dane liczbowe i wskaźniki należy oceniać ostrożnie, bowiem w zależności od roli spełnianej przez instytucję, do której skargi wpływają, ich liczba może być duża, ale dotyczyć mogą nie tylko spraw odpowiedzialności zawodowej. Tak jest w krajach skandynawskich, gdzie wszystkie skargi związane z funkcjonowaniem ochrony zdrowia wpływają do centralnego biura skarg pacjentów. Również w Polsce część skarg wpływających do ROZ nie może być rozpatrywana w trybie odpowiedzialności zawodowej i są one oddalane lub kierowane do właściwych instytucji. We wszystkich krajach w wyniku wstępnej oceny większość skarg jest oddalana lub są załatwiane w trybie administracyjnym. Dalszy bieg w trybie odpowiedzialności zawodowej nadawany jest około 10–40% skarg [7, 11].

Jakiekolwiek porównania liczby i rodzaju orzekanych kar pomiędzy poszczególnymi krajami są bardzo trudne i łatwo prowadzą do nieuzasadnionych wniosków. Liczby publikowane w środkach masowego przekazu są bardzo często niedokładne i zwykle nie określają, o jaki tryb odpowiedzialności chodzi. Powinno być dla wszystkich oczywistą zasadą, że każda odpowiedzialność (w tym i zawodowa) jest rozpatrywana w kontekście realnych warunków wykonywania praktyki lekarskiej. Składają się na nie dostępność lekarzy, metod diagnostycznych, specjalistycznych konsultacji, warunki i organizacja pracy. Zróżnicowanie odpowiedzialności występuje nawet na obszarze jednego kraju, bowiem inaczej należy oceniać postępowanie lekarza pracującego w prymitywnych warunkach i lekarza w pełnoprofilowym szpitalu klinicznym.

Pamiętając o tym można przytoczyć dane dotyczące postępowania dyscyplinarnego (odpowiedzialności zawodowej) w Kalifornii, gdzie w 1998 roku w tym trybie ukaranych zostało 0,24% praktykujących lekarzy [12]. W Holandii w roku 1992 liczba ta wyniosła około 0,27%, w Wielkiej Brytanii w 1999 r. – 0,06%, w Polsce w 2002 r. – 0,14%, we Francji w 2001 r. – 0,28% [6, 10, 11, 13]. We wszystkich krajach najczęściej orzekane są kary upomnienia lub nagany [7].

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w Polsce

Wykonywanie praktyki lekarskiej głównie w ramach zatrudnienia w państwowych zakładach opieki zdrowotnej spowodowało w Polsce szczególną sytuację w zakresie odpowiedzialności lekarzy, polegającą na ograniczeniu odpowiedzialności osobistej lekarza praktycznie do odpowiedzialności karnej. Po zmianie roli państwa, reaktywowaniu samorządu lekarzy oraz zmianach w funkcjonowaniu ochrony zdrowia, powstała zupełnie nowa sytuacja, w której osoby pokrzywdzone ciągle jeszcze mają poczucie bezsilności wobec tzw. „służby zdrowia", a lekarze mają narastające poczucie zagrożenia roszczeniami. Poczucie to z obu stron jest wzmacniane przez dużą rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami, a realiami ochrony zdrowia. Może to tłumaczyć, dlaczego Polska znalazła się w czołówce krajów europejskich, gdy chodzi o liczbę skarg na pracę lekarzy. Wspólną cechą wszystkich krajów o wysokiej liczbie skarg jest dominacja publicznej ochrony zdrowia.

Na podstawie szacunkowych danych można sądzić, że do 2000 roku najwięcej skarg pacjentów kierowano do ROZ. Po powołaniu Rzeczników Praw Pacjenta bardzo dużo skarg jest kierowanych do tych instytucji. Pomimo funkcjonowania odpowiedzialności zawodowej od ponad 10 lat, skarżący bardzo często nie rozumieją zasad i celów tego trybu postępowania i oczekują od sądów lekarskich załatwienia roszczeń oraz rozstrzygnięcia różnorodnych sporów. Nieporozumienie to jest wzmacniane przez nierzetelne informacje przekazywane w mediach. W efekcie pokrzywdzeni często pomijają możliwości, jakie dają inne tryby postępowania, co potęguje poczucie krzywdy i bezsilności.

Wzrastająca roszczeniowość jest zjawiskiem powszechnym na całym świecie i lekarze muszą w swojej praktyce brać je pod uwagę. Najbardziej narażone na skargi są specjalności zabiegowe [14]. Znanym efektem tej sytuacji jest tak zwana „medycyna defensywna", nastawiona na unikanie roszczeń. Chociaż postępowanie defensywne nie zmniejsza liczby skarg, jest racjonalnym zachowaniem w niezbyt racjonalnej i często motywowanej dużymi korzyściami finansowymi atmosferze powszechnych oskarżeń. Jednakże najlepszym sposobem uniknięcia skarg jest przestrzeganie tych zasad wykonywania zawodu, które dotyczą relacji między chorym a lekarzem [15].

Podsumowanie

W miarę zmian statusu lekarzy, relacji pacjent – lekarz oraz systemów ochrony zdrowia, zmianom ulegają również poglądy na temat odpowiedzialności lekarzy. Jak inne dziedziny życia, odzwierciedlają one rosnącą roszczeniowość i przekonanie, że większości nieszczęść – jeżeli nie każdemu – jest winna konkretna osoba fizyczna lub prawna, od której wobec tego można dochodzić zadośćuczynienia. Wynikiem jest stale rosnąca liczba skarg na pracowników ochrony zdrowia. Zjawisko to jest przyczyną różnych zachowań adaptacyjnych, określanych jako medycyna defensywna.

Liczba skarg nie jest bezpośrednio zależna od tzw. „poziomu" ochrony zdrowia, lecz raczej od czynników natury społecznej i kulturowej. Niezależnie od ich wartości merytorycznej, skargi i roszczenia stanowią coraz wyraźniejszy element praktyki lekarskiej i muszą być brane pod uwagę w codziennej pracy. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w Polsce jest podobna do odpowiedzialności

lekarzy Wspólnoty Europejskiej, zarówno co do zasad postępowania, jak i wskaźników liczbowych.

Dr hab. n. med. Romuald Krajewski
Naczelny Sąd Lekarski
ul. Konduktorska 4
Warszawa

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 17 maja 1989 o izbach lekarskich. *Dz. U*. 89.30.158 z dnia 26 maja 1989.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. *Dz. U.* 90.69.406 z dnia 10 października 1990.
3. *Kodeks Etyki Lekarskiej.* Tekst jednolity. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska; 1994.
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. *Dz. U.* 1997 Nr 28 poz. 152
5. Zielińska E. *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*. Warszawa: Liber; 2001.
6. Krajewski R. *Stan spraw odpowiedzialności zawodowej lekarzy*. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska,, 2003.
7. Brearly S. Regulation of doctors in the European Economic Area – types of misconduct, disciplinary machinery and exchange of information. *A report to the Conference Internationale des Ordres et des organismes d'attribution similaire*. Paris, November, 1999.
8. Skrzypczak J. Historia odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce. *Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej*. 2001; Nr 4/5: 68-100.
9. Scott F. *The General Medical Council in 2002*. Review of 2001. Maintaining pace: setting the agenda. London: GMC; 2002.
10. van der Wal G. Medical disciplinary jurisprudence in The Netherlands; a 10-year review. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1996; 140: 2640-4.
11. *General Medical Council*. Five-Year Report. London: GMC; 2001.
12. Morrison J, Wickersham P. Physicians disciplined by a State Medical Board. *JAMA* 1998; 279: 1889-93.
13. *Decisions des Conseils Regionaux du Conseil National de l'Ordre des Medecins.* Annee 2001. Paris: CNOM; 2002.
14. Pownall M Tissue damage is commonest cause of surgical negligence suits. *BMJ* 1999; 318: 692.
15. Forster HP, Schwartz J, DeRenzo E. Reducing Legal Risk by Practicing Patient-Centered Medicine. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1217-9.

Otrzymano i przyjęto do druku: 4 lipca 2003 r.