

# O potrzebie formalnego wyodrębnienia medycyny podróży

## The need for a formal separation of travel medicine

JOANNA HABERKO

Katedra Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Artykuł podejmuje problematykę odpowiedzi na pytanie o potrzebę formalnego wyodrębnienia medycyny podróży. Autorka analizuje standard aktualnej wiedzy medycznej w tym zakresie oraz przesłanki i cele dla wyodrębnienia szczególnej dziedziny wiedzy medycznej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom planującym podróż lub powracającym z podróży. Sytuacja szczególnych zagrożeń zdrowotnych jest analizowana w kontekście profilaktyki zdrowotnej, szczepień obowiązkowych i zalecanych oraz w aspekcie zdrowia publicznego. Przeprowadzone analizy skłaniają do przyjęcia trafności tezy, iż wyodrębnienie medycyny podróży może przyczynić się do wzrostu świadomości społeczeństwa co do konieczności odbycia konsultacji medycznej przed planowanymi podróżami.

**Słowa kluczowe:** *podróż, medycyna podróży, medycyna morska i tropikalna, szczepienia*

The article aims at answering the question about the need for a formal separation of travel medicine. The author analyzes the standard of current medical knowledge in this area and the reasons and objectives for the separation of this particular area of medical knowledge in relation to the provision of health services to people planning to travel or travelling back. Specific health risks are analyzed in the context of preventive care, obligatory and recommended vaccinations, and in the context of public health. The analyses tend to accept the relevance of the thesis that the separation of travel medicine can help to increase public awareness of the need to seek medical consultation before the planned travel.

**Key words:** *travel, travel medicine, marine and tropical medicine, vaccinations*

© Hygeia Public Health 2013, 48(3): 249-254

www.h-ph.pl

Nadesłano: 24.06.2013

Zakwalifikowano do druku: 08.07.2013

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Dr hab. Joanna Haberko, prof. UAM  
Wydział Prawa i Administracji UAM Poznań  
ul. Św. Marcin 90, 61-809 Poznań  
tel. 61 8294268, email: jhaberko@wp.pl

Przedmiotem prezentowanego artykułu będzie próba udzielenia odpowiedzi na pytanie o potrzebę formalnego wyodrębnienia medycyny podróży. Zagadnienie to nie było dotąd analizowane w doktrynie prawniczej. Prawnicy nie podejmowali tej problematyki, a określenie prawnego standardu wykonywania zawodu ograniczone zostało do ogólnych postanowień ustawowych w tym zakresie. Medycyna podróży jest jednak tematem żywo dyskutowanym w obecnych czasach, co więcej funkcjonują gabinety i przychodnie poświęcone właśnie tej dziedzinie usług medycznych związanych z odbywaniem podróży [1, 2]. Prezentowane rozważania stanowią uzupełnioną i wzbogaconą wersję mojego wystąpienia wygłoszonego podczas konferencji „Medycyna Podróży w Krajowym Systemie Informatycznym”, która odbyła się w Poznaniu w dniu 8 czerwca 2013 r. Fakt, iż prawne aspekty udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „medycyny podróży” wywołały żywą dyskusję uczestników

spotkania nakazuje podjąć trud analizy prawnej tego zagadnienia pod kątem dopuszczalności i potrzeby określenia standardu wiedzy medycznej w tym zakresie. Pojawia się bowiem obecnie pytanie czy w istocie „medycyna podróży” charakteryzuje się jakimiś szczególnymi cechami, które z prawnego punktu widzenia odróżniałyby tę dziedzinę medycyny od innych, dalej czy z formalnego punktu widzenia wyróżnienie „medycyny podróży” jest konieczne. I wreszcie czy w ogóle można mówić o specyfice jakiejś dziedziny medycyny w zakresie specyficznych obowiązków lekarza (personelu medycznego) w odniesieniu do innych dziedzin medycyny? Jako przykłady wyróżnienia pewnych dziedzin medycyny w zakresie szczegółowych rozwiązań w relacji pacjent – lekarz (personel medyczny) można podać przykład procedur pediatrycznych, czy ginekologiczno-położniczych. Przepisy prawa określają tu bowiem zasady postępowania np. w zakresie uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego i ma-

łoletniego pacjenta (po ukończeniu 16 roku życia); obowiązek delikatności i taktu w stosunku do dziecka, a w zakresie procedur ginekologiczno-położniczych istnieją szczególne wymogi w zakresie poszanowania prywatności i intymności pacjentek w szczególności pacjentek rodzących czy określające relację lekarza w stosunku do mającego się urodzić dziecka [3].

Powracając do postawionych wyżej pytań trzeba stwierdzić, że tylko odpowiedź na ostatnie z nich jest stosunkowo łatwa. Co do zasady nie, prawa pacjenta obejmują wszelkie sytuacje udzielania świadczeń zdrowotnych niezależnie od ich rodzaju; ale są sytuacje, gdy specyfika dziedziny będzie wymuszała określone zachowania lekarza. Trzeba bowiem zauważyć, że każda dziedzina medycyny wypracowała zasady postępowania, które precyzują regulacje ustawowe i rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia. Zakres aktualnej wiedzy medycznej jest formułowany w oparciu o zalecenia i standardy towarzystw naukowych (art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty [4] w związku z art. 4 kodeksu etyki lekarskiej [5] i art. 355 § 2 kodeksu cywilnego [6]) oraz stanowiska konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny [7-9]. Jest zatem tak, że ogólne postanowienia określające sztukę wykonywania zawodu lekarza są precyzowane ze względu na specyfikę udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie konkretnej dziedziny medycyny. W obecnych realiach społecznych wydaje się, że wzrasta potrzeba obowiązku informacyjnego lekarza w związku z podróżami turystycznymi do państw, w których mogą czyhać zagrożenia zdrowotne. Czy jednak uzasadnia to wyodrębnienie dziedziny wiedzy medycznej? Pierwsza intuicja kierowałaby tok rozważań w kierunku braku potrzeby wyróżniania specjalnej dziedziny wiedzy medycznej. Stanowczość tego poglądu wymaga chyba jednak stosownego złagodzenia. Na wstępie wypada zastanowić się w jakich sytuacjach można z prawnego punktu widzenia rozważać potrzebę wyodrębnienia medycyny podróży?

Mianem medycyny podróży zwykło się określać czynności o charakterze świadczeń zdrowotnych objawiających się profilaktyką chorób specyficznych występujących w różnych zakątkach świata. Zadanie medycyny podróży sprowadza się do przekazania pacjentowi kompleksowej informacji na temat zagrożeń związanych z podróżami i ich profilaktyki, a także leczenia ewentualnych chorób już po powrocie do kraju. W jej ramach podejmowane są porady dla wyjeżdżających zwłaszcza do państw Afryki, Azji czy Ameryki Południowej. W tym kontekście wypada podkreślić, że medycyna podróży nie jest równoznaczna z medycyną morską i tropikalną, która od lat pozostaje wyodrębniona przez ministra właściwego do spraw zdrowia jako oddzielna i samodzielna dziedzina wiedzy medycznej [10]. Nie może być także

utożsamiana z dziedziną chorób zakaźnych. Pozostaje zatem konieczność udzielenia odpowiedzi na pytanie czy w ramach celów zdefiniowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży konieczność taka z formalnego i faktycznego punktu widzenia znajduje uzasadnienie.

Punktem wyjścia dla dalszych rozważań pozostaje w pierwszej kolejności przepis art. 13 ust. 2 ustawy o usługach turystycznych [11], w świetle którego organizator turystyki jest obowiązany poinformować klienta o szczególnych zagrożeniach życia i zdrowia na odwiedzanych obszarach oraz o możliwości ubezpieczenia z tym związanego. Dotyczy to także zagrożeń związanych po zawarciu umowy. Przepis ten rodzi po stronie organizatora turystyki obowiązek informacyjny. Obowiązek ten nie odnosi się jednak wyłącznie do podania informacji o charakterze zdrowotnym, ale jak zauważa się w literaturze, obejmuje także sytuacje zagrożeń związanych ze szczególnymi niebezpieczeństwami natury społecznej (np. zamieszki, rozruchy, strajki, czy szczególnie niebezpieczne okolice) [12, 13]. Co więcej, dopełnienie tego obowiązku nie rodzi konieczności weryfikacji czy klient po otrzymaniu informacji uczynił z niej użytek. Przepis jest sformułowany tak, że nawet sytuacja znacznego zagrożenia dla życia i zdrowia nie powoduje obowiązku odwiedzenia klienta od zawarcia umowy czy odbycia podróży. Obowiązek organizatora turystyki ograniczony został do informacji o możliwości ubezpieczenia w tym zakresie.

Pojawia się jednak konieczność uwzględnienia dość szczególnej sytuacji klienta, którego – jakby można to ująć w uproszczeniu – „wyjściowy” stan zdrowia rodzi szczególne zagrożenie. Mowa o sytuacjach tych klientów organizatora turystyki, których pewne cechy zdrowotne mogą wzmacniać objawy chorobowe bądź powodować wzmocnienie zagrożenia dla zdrowia. Chodzi w omawianej sytuacji o klientów, którzy cierpią na choroby przewlekłe, kobiety ciężarne, czy np. małe dzieci. Nie sposób oczywiście wymagać od przedstawiciela organizatora turystyki, by ten informował o szczególnych wypadkach zagrożeń określonych kazuistycznie w stosunku do określonych grup uczestników imprez turystycznych, niemniej jednak trzeba sytuacje te mieć na uwadze określając stopień zagrożenia zdrowotnego.

Wydaje się, że w tym zakresie należałoby założyć obowiązek informacyjny w stosunku do klienta typowego i sytuacji nie wyjątkowych, które mogą dotyczyć wszystkich uczestników. Należy wprawdzie przyjąć, że zgodnie z doświadczeniem życiowym pewne sytuacje będą wiązały się obiektywnie z sytuacją zagrożenia dla zdrowia (np. długi lot czy wyjazd do państw, w których występuje epidemia choroby zakaźnej) niemniej jednak należy także przyjąć, że pewne grupy osób będą

te sytuacje znosić niepomrotnie trudniej niż pozostałe. Jako przykład analizowanych sytuacji można podać przypadki osób z chorobami układu krążenia, czy obciążonych zdrowotnie z powodu podeszłego wieku. W oparciu o doświadczenie życiowe nie wydaje się uzasadniona trafność tezy, że organizator turystyki ma wiedzę medyczną na temat związku obiektywnego zagrożenia zdrowotnego w sytuacjach klientów nietypowych. Przyjęcie powyższego założenia nie rodzi oczywiście po stronie organizatora turystyki obowiązku skierowania klienta do lekarza medycyny podróży, niemniej jednak rozsądny klient powinien się ku temu skłaniać. Można na podstawie doświadczenia życiowego przyjąć, że o ile podróż wiąże się obiektywnie z wyższym ryzykiem zdrowotnym w przypadku człowieka zdrowego, o tyle fakt wcześniejszych bądź równoległych dolegliwości zdrowotnych powinien skłaniać rozsądnego człowieka do odbycia konsultacji medycznej właśnie w tym zakresie.

Powyższe założenie nie rodzi jeszcze oczywiście podstaw do przyjęcia trafności tezy o potrzebie wyodrębnienia medycyny podróży. Wydaje się, że wstępnie można założyć, że konsultacji udzielić może każdy lekarz pierwszego kontaktu. Czy jednak teza ta w kontekście prezentowanych niżej celów towarzystwa medycyny podróży znajdzie akceptację? Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży (PTMMTiP) zakłada bowiem następujące cele:

1. kompetencje, uprawnienia i odpowiedzialność prawna personelu medycznego świadczącego usługi na rzecz osób podróżujących,
2. identyfikacja najczęstszych zagrożeń infekcyjnych w czasie podróży i metod prewencji malarii, innych chorób przenoszonych przez wektory zakażeń, wirusowe zapalenia wątroby, choroby przenoszone drogą płciową, HIV, gorączki krwotoczne, biegunki zakaźne, itp.
3. obowiązkowe i zalecane szczepienia ochronne i ich harmonogram dostosowany do regionu podróży, w tym szczepienia przeciwko żółtej febrze – stosownie do wymagań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń,
4. zapobieganie zagrożeniom w podróży wynikającym z przewlekłych chorób somatycznych, jak: cukrzyca, otyłość, miażdżyca, żylaki, choroby narządu ruchu oraz stan zdrowia osób z grup szczególnego ryzyka,
5. zapobieganie zagrożeniom w trakcie nurkowań rekreacyjnych, długotrwałych lotów, turystyki wysokogórskiej, trekkingu,
6. zapobieganie zagrożeniom psychoemocjonalnym wynikającym ze stresu, zmęczenia, uzależnień, ryzykownych zachowań, zagrożeń terrorystycznych,

7. ochrona skóry i wzroku przed promieniowaniem ultrafioletowym (UVA/UVB) i innymi czynnikami szkodliwymi,
8. właściwa dieta, ubiór, dostosowany do możliwości organizmu wysiłek w czasie podróży, racjonalny zestaw i użytkowanie apteczki podróży [ 14].

Prezentowane wyżej cele określone przez towarzystwo naukowe skłaniają do uznania trafności tezy, iż w pewnych przypadkach potencjalnych zagrożeń zdrowotnych nie jest możliwe powierzenie sytuacji pacjenta lekarzowi, który nie dysponuje specjalistyczną wiedzą z zakresu np. chorób tropikalnych czy szczepień ochronnych wymaganych w poszczególnych państwach. Wydaje się jednak także, że część założeń przedstawionych do realizacji przez środowisko lekarskie w ramach medycyny morskiej, tropikalnej i podróży wymaga po prostu umiaru i zdrowego rozsądku, i nie wydaje się konieczne realizowanie tych postulatów w ramach szczególnej dziedziny wiedzy medycznej. Można bowiem zastanawiać się czy w sytuacji, w której zagrożenia zdrowotne są obiektywne i związane z długotrwałym przebywaniem na słońcu, a z doświadczenia życiowego każdego rozsądnego człowieka powinna płynąć wiedza o konieczności stosowania elementarnych środków zaradczych podczas np. wycieczki na Saharę (jak stosowanie ochronnej odzieży, kremu z filtrem czy unikanie nasłonecznionych obszarów w godzinach szczególnie na nie narażonych) konieczne jest powoływanie się na specjalistę dla zidentyfikowania potencjalnych zagrożeń i określenie działań profilaktycznych. Nawet gdyby przyjąć taką konieczność pojawia się w konsekwencji pytanie o ewentualną odpowiedzialność odszkodowawczą związaną z udzielaniem świadczenia. Po drugie, można rozważać czy uczestnik podróży, który nie zastosuje się do zaleceń lekarskich udzielonych mu przed podróżą, może dochodzić tejże odpowiedzialności odszkodowawczej czy to od biura podróży czy od lekarza. I wreszcie można zadać pytanie: czy uczestnik podróży, który nie podejmie żadnych kroków zaradczych w związku ze szczególnym zagrożeniem zdrowotnym (np. zagrożenie zarażeniem malarią) może tak postąpić i czy w takiej sytuacji można by również rozważać powstanie obowiązku odszkodowawczego?

Odpowiedzi na wszystkie postawione wyżej wątpliwości tylko z pozoru zdają się sprowadzać do akceptacji stanowiska wyrażonego w łacińskiej paremii, iż „*volenti non fit iniuria*”, czyli że „chcącemu nie dzieje się krzywda”. Stanowisko to tylko pozornie zdaje się zyskiwać akceptację z prawnego punktu widzenia. Powody tego twierdzenia są następujące. Po pierwsze, należy zauważyć, że odpowiedzialność lekarza zostaje ograniczona do sytuacji, w których mamy do czynienia z pacjentem – tzn. gdy ktoś zgłasza się do lekarza po to, by udzielone mu zostały świadczenia

zdrowotne. Jeżeliby przyjął odpowiedzialność lekarza w szerokim zakresie musielibyśmy chyba założyć, że w każdym przypadku każdej wizyty, w szczególności u lekarza pierwszego kontaktu, ten musiałby dokładać staranności tego rodzaju, by dopytywać każdego pacjenta o zamiary w związku z planowanymi podróżami i wyprawami. Co więcej musiałby to czynić nawet w przypadku, gdyby pacjent nigdzie się nie wybierał. Stworzenie takiego prawnego obowiązku byłoby niecelowe i nierealne z punktu widzenia możliwości sprostania temu zadaniu przez lekarza. Dalej, oczywiście nie sposób założyć, że każda osoba planująca wyjazd do krajów tropikalnych, czy krajów szczególnych zagrożeń zdrowotnych, podejmuje działania mające na celu profilaktykę zdrowotną w tym zakresie odbywając wizytę u lekarza. Nakładanie na lekarza obowiązku „poszukiwania” pacjenta w obawie przed odpowiedzialnością nie jest zadaniem, którego wypełnienia należałoby oczekiwać. Jednocześnie należy jednak zauważyć, że niekiedy odbycie podróży wiąże się z obowiązkiem szczepień, których udzielenie musi być odnotowane w międzynarodowej książeczce szczepień, a niekiedy odbycie podróży (a zwłaszcza jej zdrowotne konsekwencje) mają znaczenie z punktu widzenia zdrowia publicznego. Fakt diagnostyki i terapii osoby, która uległa urazom bądź zakażeniom w trakcie podróży, obciąża bowiem w konsekwencji społeczeństwo. Można zatem przyjąć, że w interesie wszystkich członków społeczeństwa płacących składki zdrowotne leży to, by zasada solidaryzmu w zakresie wydatkowania publicznych środków była w tym zakresie wsparta obowiązkową profilaktyką osób, odbywających podróże.

Powyższe ma znaczenie także z następującego punktu widzenia. Do obszarów zagrożonych szczególnymi zagrożeniami zdrowotnymi w zakresie chorób zakaźnych nie można wjechać jeżeli nie przedstawi się dowodu szczepień. Polski ustawodawca dostrzega zagadnienie i reguluje problem szczepień ochronnych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi [15]. Wykaz szczepień obowiązkowych i zalecanych przed wyjazdami do różnych krajów świata publikuje WHO [16].

W obliczu sygnalizowanych kwestii pojawiają się też następujące pytania: po pierwsze, czy każdy lekarz pierwszego kontaktu jest w stanie udzielić pacjentowi wyczerpującej i pełnej informacji w zakresie obowiązku szczepień w związku z wyjazdem do planowanego przez pacjenta kraju? Po drugie, czy w sytuacji braku możliwości wpisania tego obowiązku w standard udzielania świadczeń przez lekarza

pierwszego kontaktu nie można by poprzestać na dostępnych w tej chwili specjalnościach medycyny morskiej i tropikalnej bądź specjalności chorób zakaźnych? Po trzecie wreszcie, czy uznanie konieczności istnienia specjalności medycyny podróży wpłynie na to, że każda osoba wybierająca się turystycznie do nieodległego, ale popularnego wśród polskich turystów kurortu w Egipcie bądź Tunezji będzie podejmowała kroki w celu szczegółowego określenia własnych zagrożeń zdrowotnych w związku z wyjazdem. Jedynie na marginesie należy odnotować fakt wyjazdów organizowanych w ramach częstych ofert „last minute” kiedy to decyzja wyjazdu do nawet odległego państwa, z którym wiąże się potencjalnie większe zagrożenie zdrowotne (np. Kenia czy Indie) odbywa się w ramach prezentowanych wyżej ofert.

Próba udzielenia odpowiedzi na powyższe wątpliwości wydaje się być niezwykle trudna i złożona. Fakt braku dotychczasowych analiz prawnych nakazuje podjąć trud choćby szkicowego zakresienia ram omawianej problematyki i prób poszukiwania rozwiązań prawnych na przyszłość. Wydaje się, że w oparciu o doświadczenie życiowe założyć należy brak możliwości uznania, iż każdy lekarz pierwszego kontaktu dysponuje kwalifikacjami w zakresie możliwości realizacji wszystkich celów „medycyny podróży”. Oczywiście przyjąć należy swoisty dualizm owych celów medycyny podróży. Trzeba bowiem widzieć to, że pewne cele określone przez PTMMTiP będą mogły być realizowane przez każdego rozsądnego człowieka. Są jednak cele, realizacja których wymagać będzie udziału lekarza specjalisty. Oczywiście specjalistą tym może być lekarz medycyny morskiej i tropikalnej czy chorób zakaźnych. Tu pojawia się jednak kolejna wątpliwość związana z dostępnością tego rodzaju specjalisty. Co więcej wydaje się, że jego wiedza wielokrotnie będzie przewyższać potrzeby przeciętnego pacjenta-turysty, który chce zyskać informacje na temat planowanego wyjazdu. Można oczywiście przyjąć, iż lepiej, by pacjent otrzymał nadmiar informacji od specjalisty niż by nie otrzymał jej w ogóle. To prawda. Tyle tylko, że takie rozwiązanie nie wydaje się być godne akceptacji zwłaszcza w kontekście ekonomiki i finansowania świadczeń zdrowotnych. Co więcej, w tym przypadku fakt zagrożeń związanych z podróżą zostałby niejako naturalnie zawężony do podróży do krajów tropikalnych. Jest to oczywiście spore uproszczenie, niemniej jednak nie bez znaczenia na powszechny, społeczny jego odbiór.

Najważniejszą kwestią, która – w mojej opinii – będzie kształtować konieczność wyodrębnienia specjalizacji, będzie rzeczywista potrzeba udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie oraz zmiana nawyków związanych z podróżą zwłaszcza w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Co do pierwszej kwestii: nie

ulega wątpliwości, że rzeczywista potrzeba udzielania świadczeń w tym zakresie jest. Świadczą o tym sympozja i konferencje naukowe prowadzone w różnych ośrodkach akademickich, kursy doszkolające dla lekarzy czy podejmowanie działań mających na celu związanie obowiązku przewidzianego ustawą o usługach turystycznych z poradnictwem zdrowotnym również w ramach funkcjonowania powołanych wyżej gabinetów i poradni medycyny podróży. Najważniejszą kwestią jest jednak podejmowanie wysiłków w zakresie zmiany mentalności społecznej. Paradoksalnie fakt wyodrębnienia i funkcjonowania w świadomości społecznej lekarza medycyny podróży może temu sprzyjać. Specjalista medycyny tropikalnej nie jest bowiem wiązany z odbyciem podróży do „nietropikalnych” krajów nawet bardzo odległych. W każdym zakresie należy oczywiście zachować zdrowy rozsądek, który wprawdzie nie jest postrzegany jako kategoria prawna, ale w kontekście doświadczenia życiowego będzie wyznaczał ramy przyjmowanych regulacji. Wydaje się, że należy podjąć akcje promujące profilaktykę zdrowotną przed podróżą. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa może się odbywać wyłącznie w ramach prezentacji celów medycyny podróży wraz z poradnictwem zdrowotnym w związku z podróżą. W oparciu o doświadczenie życiowe należy przyjąć, że raczej skazana na niepowodzenie będzie akcja promocyjna, w ramach której pacjent miałby zostać odesłany do odległego ośrodka akademickiego zajmującego się medycyną morską czy tropikalną. Gabinet medycyny podróży i przyjmujący tam lekarz mający realną wiedzę w tym zakresie musi być stosunkowo nieodległy od potencjalnego pacjenta. Ten cel zostanie osiągnięty zapewne wówczas, gdy pacjent będzie miał do dyspozycji lekarza medycyny podróży.

Wyodrębnienie dziedziny medycyny podróży wpłynęłoby także na poziom świadczonych usług medycznych. Ujednoliciłoby standardy w tym zakresie poprzez wprowadzenie wymogu udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o aktualną wiedzę medyczną.

Podsumowując, w obecnym stanie prawnym przyjąć należy brak szczególnych wymogów prawnych w zakresie medycyny podróży. Lekarz powinien przestrzegać ogólnych postanowień w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, kodeksie etyki lekarskiej czy ustawie o prawach pacjenta [9, 17-19]. Dodatkowo standard ten będzie wywodzony np. z ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń

czy rozporządzeń Ministra Zdrowia, jak w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi. Nie bez znaczenia na określenie standardu pozostaną także zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia w szczególności w zakresie harmonogramu szczepień obowiązkowych i zalecanych. *De lege lata* wskazane wyżej standardy obowiązują każdego lekarza, do którego zgłasza się pacjent. Wobec braku szczególnych regulacji w zakresie medycyny podróży wydaje się, że szczególne znaczenie w kontekście ewentualnej odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza przypisać należy obowiązkom informacyjnym i prawidłowości ich dopełnienia. Podkreślenia godny jest również argument dołożenia szczególnej staranności w zakresie świadczeń zdrowotnych w związku z podróżą udzielanych kobietom ciężarnym, dzieciom, osobom w podeszłym wieku, osobom chorym przewlekle. W sytuacji osób sygnalizujących lekarzowi plan wyjazdu do krajów tropikalnych, egzotycznych czy o diametralnie odmiennych zwyczajach żywieniowych, higienicznych czy sanitarnych, gdy zdaniem lekarza pierwszego kontaktu pojawia się konieczność konsultacji specjalisty medycyny tropikalnej informacja powinna temu czynić zadość, a fakt jej przekazania powinien znaleźć wyraz w dokumentacji medycznej pacjenta. Podobnie w sytuacji osób planujących uprawianie sportów ekstremalnych czy wspinaczkę wysokogórską.

Podsumowując, należy zauważyć, że o potrzebie wyodrębnienia medycyny podróży jako specjalności wiedzy medycznej decydować będą różnorakie czynniki, wśród których wymienić należy przede wszystkim (prócz kryterium formalnego) realną potrzebę udzielania charakterystycznych świadczeń zdrowotnych, głównie o charakterze profilaktycznym, związanych z odbywaniem podróży i zmianę mentalności społecznej w zakresie potrzeby odbywania wizyt lekarskich przed wyjazdem w podróż. Potrzebie tej towarzyszyć powinno przekonanie, że nie można podejmować działań, których przedmiotem byłoby zdrowie człowieka na zasadzie „jakoś to będzie” czy w ramach ofert „last minute”. Nie bez znaczenia pozostaje także to, że konieczne jest wyrobienie w świadomości społecznej przekonania, że nie każda podróż jest zdrowotnie korzystna dla każdego człowieka.

**Piśmiennictwo / References**

1. Prywatna Lecznica Certus w Poznaniu ([http://www.certus.med.pl/pl/baza\\_wiedzy/medycyna\\_podrozy.htm](http://www.certus.med.pl/pl/baza_wiedzy/medycyna_podrozy.htm)).
2. Przychodnia „Enel-med” w Warszawie (<http://enel.pl/uslugi/konsultacje-specjalistyczne/zakres-uslug/medycyna-tropikalna.html>).
3. Haberko J. Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych. Wolters Kluwer Bussines, Warszawa 2010: passim.
4. Ustawa dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Tekst jednolity: Dz. U. 2011, nr 277, poz. 1634 ze zmianami).
5. Przyrzeczenie Lekarskie i Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2.01.2004 roku wraz ze zmianami uchwalonymi w dniu 20.09.2003 roku (<http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>).
6. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 – Kodeks cywilny (Dz. U. 1964, Nr 16, poz. 93 ze zmianami).
7. Sośniak M. Należyta staranność. Uniwersytet Śląski, Katowice 1980.
8. Sośniak M. Cywilnoprawna odpowiedzialność lekarza. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1989.
9. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz, red. L. Ogień, C.H. Beck Warszawa 2010: 5.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (Dz.U. 2013, Nr 26).
11. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 o usługach turystycznych (Tekst jednolity: Dz.U. 2004, nr 223, poz. 2268 ze zmianami).
12. Cybula P. Usługi turystyczne. Komentarz. Wolters Kluwer LEX 2012: passim.
13. Nesterowicz M. Prawo turystyczne. Wolters Kluwer LEX 2012.
14. Strona Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży (<http://www.ptmmit.pl/cele-towarzystwa> – data wizyty 7.06.2013).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz.U. 2010, Nr 180, poz. 1215).
16. <http://www.travel-vaccines.com>
17. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, red. M. Nesterowicz, IPOZ Warszawa 2009; passim.
18. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Dom Organizatora, Toruń 2007: passim.
19. Augustynowicz A, Budziszewska-Makulska A. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. CeDeWu.pl, Warszawa 2010: passim.