

Lekarski obowiązek udzielenia pomocy

Elżbieta Zatyka



Oficyna
a Wolters Kluwer business

Prawo jest na naszej stronie!

**www.profinfo.pl
www.wolterskluwer.pl**

- codzienna aktualizacja
- pełna oferta
- zapowiedzi wydawnicze
- rabat na zamówienia zbiorcze
do negocjacji
- uproszczony sposób zakupu e-mailem:
zamowienia.internet@wolterskluwer.pl

Lekarski obowiązek udzielenia pomocy

Elżbieta Zatyka



Oficyna

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2011

Recenzent:
Prof. dr hab. Marian Filar

Wydawca:
Magdalena Przek

Redaktor prowadzący:
Joanna Cybulska

Opracowanie redakcyjne:
Anna Krzesz

Skład, łamanie:
Sławomir Sobczyk

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2011

ISBN 978-83-264-0596-9
ISSN 1897-4392

Wydane przez:
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Redakcja Książek
01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a
tel. (22) 535 80 00, (22) 535 82 00
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
Księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Spis treści

Wykaz skrótów	7
Wprowadzenie.....	9
Rozdział I	
Źródła prawne obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza	13
1. Lekarski obowiązek udzielenia pomocy. Próba zdefiniowania.....	13
2. Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w okresie międzywojennym i w prawie okresu Polski Ludowej.....	17
3. Zawodowy obowiązek udzielenia pomocy w obowiązującym ustawodawstwie	22
4. Obowiązek udzielenia pomocy w świetle prawa karnego	33
5. Lekarz jako podmiot zobowiązany do zapobiegnięcia skutkowi	47
Rozdział II	
Przestępstwo nieudzielenia pomocy w polskim prawie karnym	58
1. Kryminalizacja zaniechania udzielenia pomocy w ujęciu historycznym	58
2. Ustawowe znamiona nieudzielenia pomocy w kodeksie karnym z 1997 r.	64
2.1. Bliższy i dalszy przedmiot ochrony.....	64
2.2. Strona przedmiotowa	68
2.3. Podmiot	81
2.4. Strona podmiotowa.....	86
3. Formy stadialne i zjawiskowe popełnienia przestępstwa	89
4. Wyłączenie odpowiedzialności karnej za nieudzielenie pomocy	92
5. Rodzaj i wysokość sankcji. Wymiar kary	100

Rozdział III

Okoliczności modyfikujące obowiązek udzielenia pomocy lekarza.....102

1. Ryzyko osobiste związane z wykonywaniem zawodu..... 102
2. Klauzula sumienia..... 112
3. Udział w akcji protestacyjnej 122
4. Przekroczenie limitu świadczeń 126
5. Brak zgody pacjenta..... 131

Rozdział IV

Granice prawa do odmowy leczenia w świetle opinii

lekarzy i pacjentów..... 143

1. Metoda badań empirycznych 143
 - 1.1. Przedmiot, cel i zakres badań 143
 - 1.2. Hipotezy główne i szczegółowe..... 146
 - 1.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze..... 147
 - 1.4. Organizacja i przebieg badań..... 152
2. Specjalista ginekolog w obliczu obowiązku udzielenia pomocy..... 163
3. Oczekiwania społeczne co do uzyskania świadczenia zdrowotnego 184

Uwagi końcowe 201

Bibliografia..... 205

Akty prawne 213

Orzecznictwo 215

Spis tabel i wykresów 217

Kwestionariusz ankiety – prawo do odmowy leczenia

w praktyce lekarza ginekologa..... 219

Kwestionariusz ankiety – odmowa udzielenia świadczenia

zdrowotnego w opinii pacjentów 226

Wykaz skrótów

Dz. U.	– Dziennik Ustaw
k.c.	– ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)
k.e.l.	– Kodeks Etyki Lekarskiej
k.k.	– ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
Konstytucja RP	– ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
KZS	– Krakowskie Zeszyty Sądowe
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
OSN(K)	– Orzeczenia Sądu Najwyższego (Izba Karna)
OSNCK	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna i Karna
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Woj-skowa
OSNPG	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego, zbiór Wydawnictw Prokuratury Generalnej
OSP	– Orzecznictwo Sądów Polskich
PiM	– Prawo i Medycyna
PiP	– Państwo i Prawo
Prok. i Pr.	– Prokuratura i Prawo
PS	– Przegląd Sądowy
RPEiS	– Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
SA	– sąd apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
u.p.p.	– ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjen-ta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

- u.ś.o.z. – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
- u.z.l. – ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.)
- u.z.o.z. – ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)

Wprowadzenie

Już w czasach starożytnych naszej cywilizacji towarzyszyło przekonanie wyrażane w postaci łacińskiej paremii: *nulla res tam necessaria est omni generi hominum, quam medicina*¹. Świadomość ta od wieków kształtowała wyjątkową pozycję lekarzy w społeczeństwie i ich szczególną, aczkolwiek zróżnicowaną w zależności od czasów i miejsca, odpowiedzialność za działania podejmowane w ramach wykonywania swojej profesji. Choć przez stulecia osoby podejmujące się wykonywania praktyki lekarskiej składają u progu swojej kariery zawodowej tę samą przysięgę Hipokratesa, to granic lekarskiego obowiązku udzielania pomocy nie można postrzegać w wymiarze ponadczasowym. Granice te określa splot czynników: postępy medycyny jako nauki oraz wielowymiarowy rozwój społeczeństwa każdego kraju. Czynniki te kształtują ustrój prawny opieki zdrowotnej w danym państwie, w tym obowiązki spoczywające na lekarzu.

Oczekiwania przeciętnego obywatela naszego kraju w stosunku do osób wykonujących zawód lekarza zawsze były bardzo wysokie i to zarówno jeśli chodzi o profesjonalną działalność w zakresie opieki zdrowotnej, jak i nienaganną postawę etyczną nie tylko w życiu zawodowym, ale i osobistym. Specyficzny charakter tych oczekiwań ukształtował się w związku z funkcjonowaniem w Polsce przez dziesięciolecia w pełni nieodpłatnej, „państwowej” opieki zdrowotnej, której problemy były w znacznej mierze odmienne od tych, z którymi boryka się dzisiejsza służba zdrowia. Wszelkie zachowania lekarzy odbiegające od pożądanego standardu były i są publicznie szeroko dyskutowane. Charakter relacji medialnych jest często jednostronny i nie uwzględnia okoliczności, wskazujących, iż niejednokrotnie zachowanie lekarza pozostawało w granicach obowiązującego prawa. Po-

¹ „Nie ma rzeczy tak potrzebnej rodzajowi ludzkiemu jak medycyna” (tłum. wł.). Autorstwo tej paremii przypisywane jest Quintilianusowi. S. Filipczak-Nowicka, Z. Grech-Żmijewska, *Lingua Latina ad usum medicinae studentium*, Warszawa 1978, s. 9.

nadto wszelkie problemy związane z opieką zdrowotną, żywo interesujące społeczeństwo, mają swoje określone znaczenie w życiu politycznym kraju i są w związku z tym instrumentalnie wykorzystywane. Uwarunkowania te nie sprzyjają merytorycznej dyskusji nad potrzebą sformułowania precyzyjnych, zrozumiałych nie tylko dla prawników, ale również dla adresatów norm, regulacji prawnych w odniesieniu do obowiązków związanych z wykonywaniem zawodu, spoczywających na lekarzu.

Centrum zainteresowania niniejszej pracy stanowiło unormowanie granic lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy w prawie polskim, zarówno w prawie powszechnym, jak i w deontologii zawodowej². Szczególnie dolegliwe konsekwencje zaniechania udzielenia pomocy uwidocznić się mogą na płaszczyźnie odpowiedzialności karnej nie tylko w sferze majątkowej lekarza odmawiającego udzielenia pomocy, czy na niwie zawodowej (zakaz wykonywania zawodu), ale – obok kar i środków karnych o charakterze wolnościowym – również w postaci kar izolacyjnych. Dlatego też zasadne jest twierdzenie, iż: „Odpowiedzialność karna lekarzy jest dziedziną interesującą przede wszystkim ich samych – pacjentów interesuje bodaj więcej odpowiedzialność cywilna lekarza”³.

Precyzyjne określenie warunków, w jakich ustawodawca nałożył na lekarza obowiązek udzielenia pomocy, którego niedopełnienie może stać się podstawą pociągnięcia do odpowiedzialności karnej, jest dla bezpieczeństwa wykonywania praktyki lekarskiej kwestią fundamentalną. Podstawowym celem dociekań podjętych w niniejszej pracy była próba oceny przepisów obowiązujących w tej materii oraz praktyki ich stosowania. Niniejsza praca ma charakter w głównej mierze dogmatyczny, podjęto jednakże próbę wzbogacenia jej o wątek empiryczny.

Punkt wyjścia rozważań na temat granic lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy w polskim prawie karnym stanowiła analiza jego źródeł prawnych, podjęta w celu uzyskania obrazu konstrukcji prawnej tegoż obowiązku. Konstrukcja ta została ukształtowana przez akty prawne dwojakiego charakteru: powszechnie obowiązujące przepisy karnomaterialne oraz ustawodawstwo zawodowe. Przyjęty prawnokarny pryzmat analizy stanowił

² Pod pojęciem deontologii zawodowej rozumieć należy skodyfikowane zasady etyki lekarskiej. G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 15. Utworzenie słowa „deontologia” przypisuje się J. Benthamowi na przełomie XVIII i XIX w. Powstało ono z połączenia greckich słów: *deon* – obowiązek i *logos* – mowa, nauka, J. Skrzypczak, *Historia odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce*, Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 2001, nr 4–5, s. 68 i n.

³ T. Cyprian, P. Aslanowicz, *Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza*, Kraków 1949, Od redakcji, strona nienumerowana.

powód, dla którego przepisy regulujące zawodowe obowiązki lekarza zostały włączone w krąg rozważań tylko w takim zakresie, w jakim są one relewantne na niwie odpowiedzialności karnej. Podejmując próbę studium obowiązujących przepisów prawnokarnych uznano za zasadne kompleksowe zaprezentowanie przesłanek odpowiedzialności za formalne przestępstwo nieudzielenia pomocy oraz reguł odpowiedzialności za materialne przestępstwa z zaniechania, skierowane przeciwko życiu lub zdrowiu, których podmiotem może być również w określonych sytuacjach lekarz.

Nie negując, iż nie każdy stan faktyczny jesteśmy w stanie ocenić w świetle obowiązującego stanu prawnego jednoznacznie i przyjmując, że jest to sytuacja całkowicie naturalna, podjęto próbę rozważenia typowych schematów sytuacji, w których pojawiają się wątpliwości, czy zachowanie lekarza, który odmawia udzielenia pomocy, jest zgodne z prawem, czy też nie. Analizie zostały poddane problemy związane z narażeniem życia i zdrowia lekarza podczas wykonywania zawodu, kwestia zgodności działania z sumieniem lekarza, zagadnienie dopuszczalnej formy protestu lekarza jako pracownika, udzielenie pomocy w postaci świadczenia zdrowotnego po wyczerpaniu zakontraktowanego limitu oraz problem aktualizacji obowiązku udzielenia pomocy w razie braku zgody pacjenta.

Wnioski wypływające z przeprowadzonej analizy dogmatycznej skłoniły autorkę do wzbogacenia pracy o część empiryczną. Podjęto w niej próbę zdiagnozowania, czy istnieje zjawisko odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego związane z naruszeniem reguł prawa karnego i czy obowiązujące przepisy odpowiadają rzeczywistym potrzebom współczesnej praktyki lekarskiej, ponieważ trudno, a w zasadzie nie sposób odnaleźć odzwierciedlenia reguł odpowiedzialności karnej lekarza w statystykach sądowych. Opis przyjętej metody badań oraz ich wyniki, których przedmiot stanowiło przysługujące lekarzowi prawo do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, zawarto w rozdziale czwartym pracy.

Niniejsza publikacja powstała w oparciu o rozprawę doktorską zatytułowaną *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy w świetle prawa karnego*, która została przygotowana pod kierunkiem naukowym Prof. Emila W. Pływaczewskiego i obroniona w roku 2009 na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku. W tym miejscu serdecznie dziękuję Promotorowi za wieloletnią, pełną wyrozumiałości i troski opiekę naukową. Dziękuję również Prof. Dobrochnie Wójcik oraz Prof. Katarzynie Laskowskiej, które podjęły się trudu zrecenzowania pracy doktorskiej, a ich wnikliwie uwagi pomogły ukształtować wersję pracy złożoną do publikacji.

Rozdział I

Źródła prawne obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza

1. Lekarski obowiązek udzielenia pomocy. Próba zdefiniowania

W piśmiennictwie trafnie podkreślono niespójność terminologii, zarówno w aktach prawnych regulujących różne aspekty prawa medycznego i lekarskiego, jak i wśród przedstawicieli doktryny, odnoszących się w opracowaniach naukowych do tejże problematyki¹. Objaśnienia wymaga użyte w tytule pracy określenie „lekarski obowiązek udzielenia pomocy”. Pojęcie obowiązku używane jest w różnorodnych znaczeniach i kontekstach. Przedmiotem niniejszej pracy jest obowiązek prawny, czyli taki obowiązek, który związany jest z ustanowionym przez przepis prawa nakazem lub zakazem określonego zachowania. Zobowiązany podmiot musi wypełnić żądanie uprawnionego pod rygorem poniesienia ujemnych następstw przewidzianych w sankcji wypowiedzi normatywnej². Przydanie rzeczownikowi „obowiązek” przymiotnika „lekarski” należy interpretować jako obowiązek spoczywający na osobach wykonujących zawód lekarza lub lekarza dentysty.

Wykonywanie zawodu lekarza lub zawodu lekarza dentystry zostało zdefiniowane w art. 2 u.z.l.³ Wykonywanie zawodu lekarza polega na

¹ M.in. T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 15, także M. Śliwka, *Prawo pacjenta do opieki zdrowotnej w stanie nagłym*, PiM 2008, nr 2, s. 44–62.

² A. Jamróz, *Wstęp do nauk prawnych*, Białystok 1999, s. 103.

³ Zob. M. Izycka-Rączka, *Prawne aspekty wykonywania zawodu lekarza*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych 1999, nr 3, s. 24–27.

udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich oraz na prowadzeniu prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczaniu zawodu lekarza lub też zatrudnieniu w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Ustawodawca w art. 4 u.z.l. określił sposób, w jaki zawód lekarza ma być wykonywany. Lekarz winien postępować zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Sformułowanie „**obowiązek udzielenia pomocy**” oznacza nie tylko obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego lub inny obowiązek wynikający z faktu wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, ale również obowiązek udzielenia pomocy o innym charakterze, o ile w konkretnej sytuacji taka pomoc jest prawnie wymagalna (np. obowiązek powiadomienia Pogotowia Ratunkowego, Policji). „Obowiązek udzielenia pomocy” jest zatem pojęciem szerszym, pochłaniającym zakres sformułowania „obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego”. Należy nadmienić, iż w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 30) występuje określenie „**pomoc lekarska**” użyte w celu oznaczenia obowiązku spoczywającego na lekarzu w wypadkach niecierpiących zwłoki. W przepisie tym nie oznaczono przedmiotowego zakresu pomocy, jednakże należy uznać, że obowiązek ów dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego, ponieważ został ujęty w rozdziale V ustawy zatytułowanym „Zasady wykonywania zawodu lekarza”, a wykonywanie tego zawodu polega zgodnie z ustawową definicją na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Obowiązek udzielenia pomocy innego rodzaju niż udzielenie świadczenia zdrowotnego znajduje swoje źródło w regulacjach zawartych poza omawianą ustawą. Każdy przypadek udzielenia świadczenia zdrowotnego stanowi udzielenie pomocy lekarskiej.

Należy zaznaczyć różnicę pomiędzy występującymi w ustawodawstwie, piśmiennictwie oraz w niniejszej pracy pojęciami „udzielenie świadczenia zdrowotnego” i „leczenie”. Pojęcie „**świadczenia zdrowotnego**” znalazło swoje prawne określenie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 3 u.z.o.z. świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W tymże przepisie zamieszczono również przykładowy katalog świadczeń zdrowotnych. Są to w szczególności działania związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniami diagnostycznymi, w tym analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Na gruncie tej regulacji wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich również wchodzi w zakres pojęcia udzielania świadczeń zdrowotnych. Natomiast według art. 5 pkt 40 u.s.o.z. świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. W piśmiennictwie słusznie postuluje się konieczność ujednolicenia definicji świadczenia zdrowotnego występujących w obowiązujących przepisach z uwagi na potrzebę przyjmowania w innych aktach prawnych definicji zawartych w ustawach kierunkowych⁴. Warto przy tym podkreślić zasadność odesłania w zakresie definicji świadczenia zdrowotnego, które zawiera ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Według art. 3 ust. 1 pkt 6 tej ustawy świadczenie zdrowotne to świadczenie takie w rozumieniu art. 3 u.z.o.z.

W art. 2 ust. 1 u.z.l. definiując pojęcie wykonywania zawodu lekarza, ustawodawca wskazał przykładowy katalog świadczeń zdrowotnych, w którym zawarto: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich.

⁴ J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Kraków 2006, s. 26; także R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 431–432.

Sposób redakcji tego przepisu: „(...)”, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”, nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, czy wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich również stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych, czy też jest to inna forma wykonywania zawodu lekarza. Odpowiedź na to pytanie ma zasadnicze znaczenie dla wykładni innych przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, między innymi jej art. 39, który dotyczy prawa do powstrzymania się od świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem lekarza. Teleologiczna wykładnia tego przepisu włączająca wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich w zakres pojęcia świadczenia zdrowotnego uzyskałaby wsparcie językowe poprzez usunięcie z treści art. 2 ust. 1 u.z.l. słów „a także”.

W niniejszej pracy, posługując się sformulowaniem odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego, rozumiano pod tym pojęciem zaniechanie udzielenia świadczeń zdrowotnych zarówno o charakterze terapeutycznym, jak i nieterapeutycznym, wymienionych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, włączając wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Natomiast odmowę leczenia potraktowano jako pojęcie węższe, dotyczące świadczeń terapeutycznych. Należy zaznaczyć, iż pojęcie **leczenia** nie znalazło swojego określenia w obowiązujących regulacjach prawnych. Żadna z wyżej wzmiankowanych ustaw nie zawiera jego definicji, choć pojęcie to występuje w ich treści, np. art. 38 u.z.l. mówi o prawie do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia pacjenta. Podobnie jak w przypadku używanych przez ustawodawcę, aczkolwiek niezdefiniowanych w żadnym akcie prawnym pojęć: badanie, czynności medyczne, zabieg lekarski, zabieg operacyjny, metoda leczenia lub diagnostyki stwarzająca podwyższone ryzyko dla pacjenta, tak również określona interpretacja sformułowania „leczenie” może mieć wpływ na obowiązki lekarza. Właściwe zatem byłoby zdefiniowanie w ustawie wyżej wymienionych pojęć. Wydaje się przy tym zasadne wykorzystanie bogatego dorobku doktryny w zakresie terminologii prawnomedycznej. Jako przykład posłużyć może istotne na gruncie podejmowanych w pracy problemów pojęcie zabiegu lekarskiego, które doczekało się wielu objaśnień w piśmiennictwie. W niniejszej pracy przyjęto za M. Filarem, iż jest to „każda czynność lecznicza lub lekarska, która ze względu na właściwą jej technikę medyczną łączy się z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta (np. zabieg operacyjny, iniekcja, pobranie płynu rdzeniowego) lub fizycznym wniknięciem w ciało pacjenta bez naruszenia tkanki cielesnej (np. sonda żołądkowa)”⁵.

⁵ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 90.

2. Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w okresie międzywojennym i w prawie okresu Polski Ludowej

W historycznym rozwoju polskich regulacji prawnych oznaczających zakres lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy ujawnia się dualizm charakteru źródeł prawnych tego obowiązku. Udzielenie pomocy człowiekowi znajdującemu się w niebezpieczeństwie jest obowiązkiem powszechnym, stanowiącym wyraz idei solidaryzmu społecznego – spoczywa na każdej jednostce funkcjonującej w społeczeństwie. W obowiązującym ustawodawstwie obowiązek ten został skonkretyzowany w postaci norm prawnych wyrażonych w prawie powszechnym, przede wszystkim w postaci normy sankcjonującej jego zaniechanie zawartej w przepisie art. 162 k.k. Istnieje jednakże również norma społeczna, której treścią jest przekonanie, że na określonych jednostkach obowiązek niesienia pomocy ciąży w sposób szczególny, z racji wykonywanego przez nie zawodu, i stąd zakres tego obowiązku jest szerszy niż w przypadku przeciętnego obywatela. Wskazując te grupy zawodowe, na pierwszym miejscu z reguły wymienia się lekarzy, w dalszej kolejności pielęgniarzy, policjantów, strażaków, pracowników ochrony. Odzwierciedleniem funkcjonowania tej normy społecznej jest określenie ram prawnych lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy w sposób specjalny w obowiązującej deontologii zawodowej: obecnie przede wszystkim w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W celu uzyskania pełnego obrazu spoczywającego na lekarzu obowiązku udzielenia pomocy należy sięgnąć i do przepisów prawa karnego, wiążących każdego obywatela, i do przepisów szczególnych, dotyczących lekarzy.

Historyczny rozwój ram prawnych kształtujących obowiązek udzielenia pomocy przez lekarza przebiegał na ziemiach polskich w taki właśnie dualistyczny sposób. Pierwszy człon stanowiły przepisy zawarte w obowiązujących na ziemiach polskich kodyfikacjach państw zaborczych⁶. Drugi człon norm prawnych kształtujących lekarski obowiązek udzielenia po-

⁶ Wskazać należy przede wszystkim kodeks karny rosyjski z 1903 r., który obowiązywał nie tylko na ziemiach zaboru rosyjskiego, ale od 1915 r. również na terenie okupacji niemieckiej. Na podstawie przepisów przechodnich do kodeksu karnego uzyskał on moc obowiązującą z dniem 1 września 1917 r. na terytorium zaboru austriackiego. W. Makowski, *Kodeks karny obowiązujący tymczasowo w Rzeczypospolitej Polskiej na ziemiach b. zaboru rosyjskiego z dodaniem: przepisów przechodnich i ustaw, zmieniających i uzupełniających postanowienia karne kodeksu; odpowiednich przepisów Kodeksu Karnego Niemieckiego i Ustawy Karnej Austriackiej, obowiązujących w pozostałych dzielnicach Rzplitej oraz Komentarza i orzeczeń sądu najwyższego*, t. I, Część ogólna, Warszawa 1921, s. 12.

mocy tworzyły przepisy regulujące sposób wykonywania praktyki lekarskiej. Wśród nich należy wyodrębnić akty prawne pochodzące od władzy państwowej oraz wewnętrzne regulacje zasad wykonywania zawodu tworzone przez środowisko lekarskie⁷. Pierwszym wyrazem refleksji polskiego środowiska medycznego, wyartykułowanym w postaci zbioru zasad wykonywania zawodu lekarza, który obowiązywał na wszystkich ziemiach polskich pod zaborami, był **Kodeks Deontologii Lekarskiej** z 24 lipca 1907 r.⁸ Akt ów w § 7 obligował lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku nagłym grożącym choremu śmiercią. „Poważne przeszkody” stanowiły przesłankę powalającą na uchylenie się od realizacji obowiązku. Kolejny **Zbiór zasad deontologii lekarskiej** został przyjęty na Walnym Zebraniu Izby Lekarskiej w dniu 16 czerwca 1935 r. Stanowił on rodzaj kodeksu zawodowego⁹. Konsekwencją naruszenia zasad ujętych w tym akcie było postępowanie dyscyplinarne. Następnym aktem regulującym przedmiotową materię były **Zasady Etyczno-Deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego** z 1967 r. Znowelizowany **Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza** został opracowany przez Polskie Towarzystwo Lekarskie i zatwierdzony przez Walne Zgromadzenie jego delegatów dnia 10 listopada 1977 r. Zawierał pięćdziesiąt zasad.

Wśród aktów normatywnych regulujących zasady wykonywania zawodu lekarza chronologicznie pierwszym była **ustawa z 2 grudnia 1921 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskim**¹⁰. Na lekarzu spoczywał obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku nagłym grożącym choremu śmiercią. Zakres lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy uległ rozszerzeniu w kolejnym akcie prawnym pochodzącym od władzy państwowej, który stanowiło **rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej**, odnoszące się do problemu w art. 17 ust. 2¹¹. W świetle art. 17

⁷ Ewolucję regulacji zasad wykonywania zawodu lekarza przedstawia J. Skrzypczak, *Historia odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce*, Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 2001, nr 4–5, s. 68 i n.

⁸ J. Skrzypczak, tamże. Akt ten poprzedzały jedynie zbiory zasad etycznych o lokalnej mocy obowiązywania: Uchwały Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle z 1876 r., *Zasady obowiązków i praw lekarzy* z 1884 r., zbiór 10 zasad etyki i deontologii lekarskiej z 1983 r. (Krynica), ustawy etyczne Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu z 1901 r., *Zasady postępowania wobec siebie i wobec publiczności* z 1986 r., *Zasady Etyki Lekarskiej* z 1987 r.

⁹ T. Cyprian, P. Aslanowicz, *Karna i cywilna...*, s. 10.

¹⁰ Dz. U. RP z 1921, Nr 105, poz. 762.

¹¹ Dz. U. RP Nr 81, poz. 712 z późn. zm.

rozporządzenia lekarz miał obowiązek udzielenia pomocy w każdym wypadku, gdy zwłoka groziła niebezpieczeństwem utraty życia lub zdrowia, chyba że zachodziła poważna ku temu przeszkoda. Podkreślenia wymaga, iż niebezpieczeństwo zagrażające życiu lub zdrowiu nie musiało, według tej regulacji, posiadać cechy bezpośredniości, a w świetle ówczesnie obowiązującego kodeksu karnego z 1932 r. powszechny obowiązek udzielenia pomocy w niebezpieczeństwie aktualizował się wtedy, gdy niebezpieczeństwo było bezpośrednie¹². Rygoryzm rozporządzenia na tle przepisów karnoprawnych wyrażał się również w postaci nałożenia na lekarza obowiązku udzielenia pomocy w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia, podczas gdy kodeks karny z 1932 r. mówił jedynie o niebezpieczeństwie utraty życia¹³. Naruszenie tego przepisu pociągało odpowiedzialność dyscyplinarną. Wyłączenie tak określonego obowiązku udzielenia pomocy miało charakter terytorialny: nie istniał on w „miejscach, w których jest zorganizowana stale czynna lekarska pomoc doraźna”. Takiego rodzaju ograniczenia obowiązku nie zawierał ówczesnie obowiązujący „kodeks Makarewicza”. Przewidywał on jednak klauzulę pozwalającą na uchylenie się od udzielenia pomocy, gdyby wiązało się to z niebezpieczeństwem grożącym ratującemu lub jego osobom bliskim, natomiast w rozporządzeniu taką możliwość pominięto.

Regulacje rozporządzenia w okresie ich obowiązywania traktowane były jako przepisy o charakterze porządkowym¹⁴. Zaznaczenia wymaga, iż naruszenie przepisów rozporządzenia mogło pociągnąć za sobą sankcje karne określone w jego art. 25, włączając możliwość kary aresztu do trzech miesięcy, wymierzanej niezależnie od innych konsekwencji w postaci np. pozbawienia prawa wykonywania praktyki przez sąd dyscyplinarny lub sąd powszechny. Jeśli natomiast zachowanie się lekarza wyczerpywało znamiona przestępstwa, to był on pociągany do odpowiedzialności karnej. Nie stała ku temu na przeszkodzie ani realizacja odpowiedzialności dyscyplinarnej, ani karno-administracyjnej¹⁵. Odmowa leczenia lub odstąpienie od dalszego leczenia w obowiązującym wówczas stanie prawnym tylko wtedy były przestępstwem, gdy łączyły się z bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia pacjenta¹⁶.

¹² J. Kulesza, *O ewolucji lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego*, PiM 2007, nr 2, s. 102.

¹³ Art. 247 k.k.: rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny, Dz. U. RP Nr 60, poz. 571 z późn. zm.

¹⁴ T. Cyprian, P. Aslanowicz, *Karna i cywilna...*, s. 75.

¹⁵ Tamże, s. 11.

¹⁶ Tamże, s. 75.

Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza nie powtórzyła w zakresie regulacji granic obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza wiernie treści poprzednio obowiązujących przepisów „zawodowych”¹⁷. Według art. 12 tejże ustawy na lekarzu spoczywał obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować utratę życia lub kalectwo. W dalszym ciągu już niebezpieczeństwo o charakterze pośrednim aktualizowało obowiązek i dotyczyć mogło, odmiennie niż na gruncie ówczesnej regulacji prawnokarnej, zarówno zagrożenia utratą życia, jak i zagrożenia zdrowia. Odstąpiono od ogólnego wyłączenia obowiązku udzielania pomocy w miejscach, gdzie funkcjonowały stacje pogotowia ratunkowego. Wyłączono jednakże obowiązek, gdy „praktycznie możliwe jest niezwłoczne uzyskanie pomocy lekarskiej, udzielanej przez stację pogotowia ratunkowego, bądź inną instytucję przeznaczoną do udzielania pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki” (jak już zaznaczono, kodeks karny z 1932 r. w art. 247 nie zawierał takiej klauzuli).

Naruszenie przepisów ustawy o zawodzie lekarza skutkowało postępowaniem dyscyplinarnym i odpowiedzialnością zawodową. Za samo niedopełnienie obowiązku udzielenia pomocy przewidziano sankcję karno-administracyjną (nie wyłączała ona odpowiedzialności karnej) w postaci kary aresztu do trzech miesięcy i grzywny bądź jednej z tych kar. Natomiast lekarz, który wypełniał poprzez swoje zaniechanie udzielenia pomocy człowiekowi w niebezpieczeństwie dla życia lub zdrowia znamiona przestępstwa z art. 247 k.k. z 1932 r., w czasie obowiązywania kodeksu karnego z 1969 r. art. 164, mógł być pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej, karnej i karno-administracyjnej równocześnie¹⁸. M. Siewierski wskazywał, iż jest regułą, że lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu odpowiada z art. 26 ust. 2 w związku z art. 12 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza za nieudzielenie pomocy lekarskiej – „w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować utratę życia lub kalectwo, chyba że w danym wypadku praktycznie możliwe jest niezwłoczne uzyskanie pomocy lekarskiej udzielanej przez stację pogotowia ratunkowego bądź inną instytucję przeznaczoną do udzielania pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki”. Natomiast odpowiedzialność z art. 247 k.k. z 1932 r. poniesie „na równi z każdą inną osobą” lekarz, „który będąc świadom, że nagłe zdarzenie zrodziło bezpośrednie

¹⁷ Dz. U. Nr 50, poz. 458 z późn. zm.

¹⁸ G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 18.

niebezpieczeństwo dla życia ludzkiego oraz konieczność natychmiastowej pomocy, nie udzieli jej, jakkolwiek może to uczynić bez narażenia siebie lub osób bliskich na niebezpieczeństwo osobiste”¹⁹.

Należy nadmienić, iż w czasie obowiązywania kodeksu karnego z 1932 r. możliwą podstawą prawną odpowiedzialności karnej lekarza za zaniechanie udzielenia pomocy była nie tylko regulacja zawarta w art. 247 dotycząca powszechnego obowiązku niesienia pomocy w niebezpieczeństwie, ale też art. 202, który penalizował uchylenie się od wykonania ciężącego na sprawcy obowiązku przedsięwzięcia starań koniecznych do utrzymania życia lub zdrowia innej osoby, które to uchylenie spowodowało niebezpieczeństwo śmierci osoby. Wyjątkowo zastosowanie znaleźć mogły również przepisy art. 242 k.k. z 1932 r., mówiącego o narażeniu życia człowieka na niebezpieczeństwo, oraz art. 243 k.k. z 1932 r., kryminalizującego porzucenie w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia osoby, wobec której sprawca ma obowiązek troszczenia się lub nadzoru.

Zaznaczenia wymaga, że ani kodeks karny z 1932 r., ani też kodeks karny z 1969 r. nie zawierały odrębnej regulacji kwestii odpowiedzialności za przestępstwo materialne popełnione przez zaniechanie, ale pomimo tego, jeśli z brakiem aktywności lekarza związany był określony w ustawie skutek przestępny, to mógł on być pociągnięty do odpowiedzialności karnej za jego spowodowanie poprzez zaniechanie. W świetle poglądów ówczesnej judykatury lekarz, tak jak każda inna osoba, mógł zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej za popełnienie przestępstwa z art. 247 k.k. z 1932 r., jeżeli miał świadomość, że w danej sytuacji występuje bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia osoby wymagającej pomocy. Odpowiedzialność surowsza w przypadku wystąpienia skutku groziła lekarzom związanym stosunkiem służbowym lub umową (nie odwoływano się przy tym do art. 12 obowiązującej wtedy ustawy o zawodzie lekarza)²⁰. W ówczesnym piśmiennictwie podkreślano, iż art. 247 k.k. z 1932 r. miał zastosowanie tylko wtedy, gdy nie można było ustalić szczególnego obowiązku zawodowego troszczenia się lub nadzoru nad osobą chorego²¹. Należy nadmienić, iż podobnie jak w przypadku stanu prawnego narzuconego przez kodeks karny z 1932 r., również na tle art. 164 k.k. z 1969 r. nie wy-

¹⁹ M. Siewierski, *Kodeks karny i prawo o wykroczeniach. Komentarz*, Warszawa 1958, s. 337–339. Stanowisko to zachowało swoją aktualność pod rządami kodeksu karnego z 1969 r., M. Siewierski (w:) J. Bafia, K. Miodunki, M. Siewierski, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1977, s. 419–420.

²⁰ J. Sawicki, *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Warszawa 1964, s. 19–36.

²¹ T. Cyprian, P. Asłanowicz, *Karna i cywilna...*, s. 74.

łączano lekarza z kręgu podmiotów mogących być sprawcą przestępstwa nieudzielenia pomocy, choć zwracano uwagę na szczególny charakter ciążyącego na lekarzu obowiązku. Lekarz mógł być również pociągnięty do odpowiedzialności karnej z art. 163 k.k. z 1969 r., gdy jego zachowanie się mogło zostać ocenione jako przestępstwo pozostawienia w bezpośrednim niebezpieczeństwie, jeżeli ustalono, iż spoczywał na nim obowiązek troszczenia się o pozostawioną osobę. Obowiązujący obecnie kodeks karny nie zawiera odpowiednika art. 163 k.k. z 1969 r., a zachowania wypełniające jego znamiona mogą być obecnie kwalifikowane z art. 160 § 2 i 3 k.k.

3. Zawodowy obowiązek udzielenia pomocy w obowiązującym ustawodawstwie

Przysługujące każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia zostało wyeksponowane w art. 68 Konstytucji RP. Jak stwierdza U. Drozdowska, może ono być rozumiane szeroko jako prawo do leczenia na wypadek choroby, prawo do skutecznego zapobiegania chorobie, a także prawo do podmiotowego traktowania każdego człowieka, bądź w sposób zawężony jako prawa wynikające z określenia dostępu do opieki medycznej w danym systemie opieki zdrowotnej²². Integralną część prawa do ochrony zdrowia stanowi wyartykułowane w art. 68 ust. 2 Konstytucji prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych. W taki sposób konstytucyjnie zagwarantowanemu prawu podmiotowemu do uzyskania pomocy lekarskiej odpowiada ciążący na lekarzu obowiązek udzielenia takiej pomocy w postaci świadczenia zdrowotnego²³. Nałożenie na lekarza prawnego obowiązku udzielenia pomocy (przede wszystkim w postaci obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego) służyć ma zagwarantowaniu realizacji prawa każdego człowieka do ochrony zdrowia, w tym prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych²⁴.

Granice spoczywającego na lekarzu obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego zostały wyznaczone przez przepisy określające standardy

²² U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 80 i n.

²³ Prawo do ochrony zdrowia jest prawem osobistym umieszczonym w części Konstytucji RP „Wolności i prawa człowieka i obywatela”. W ust. 1 art. 68 Konstytucji ustawodawca mówi o prawie „każdego”, a w ust. 2 o obowiązkach państwa względem „obywateli”. Tamże.

²⁴ Zawarte w przepisie art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP prawo szczegółowo ujmuje art. 6 u.p.p., a także przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

wykonywania zawodu, przede wszystkim w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej²⁵. Granice obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego, a tym samym prawa do odmowy takiegoż świadczenia, określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry ukształtowane zostały przez normy wyrażone w rozdziale piątym tej ustawy, zatytułowanym: „Zasady wykonywania zawodu lekarza”. Charakter prawny tych zasad rozważał M. Żelichowski, przydając im następujące cechy: obligatoryjność (rozumianą jako prawny obowiązek ich stosowania ciążyący na praktykującym lekarzu), powszechność (obowiązek ciąży na wszystkich lekarzach bez względu na formę wykonywania zawodu), prymat nad wewnętrznymi przepisami jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia²⁶.

Podstawowym w kwestii oznaczenia zakresu lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy źródłem prawnym jest zapis art. 30 u.z.l., w myśl którego **lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki**. Aktualizacja powyższego obowiązku następuje bez względu na źródło, rodzaj, charakter niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia albo innego stanu niecierpiącego zwłoki, przy czym niebezpieczeństwo nie musi być oczywiste²⁷. Wymaga podkreślenia, iż niebezpieczeństwo nie musi także charakteryzować się cechą bezpośredniości. „(...) Może to być niebezpieczeństwo pośrednie, gdy sama zwłoka w udzieleniu pomocy jest tylko jednym z elementów związku przyczynowego, występującego obok innych jeszcze, z tym jednak zastrzeżeniem, że taka zwłoka stanowi istotny element kauzalny”²⁸. W piśmiennictwie prawnomedycznym regulacja z art. 30 u.z.l. najczęściej nazywana jest „nagłym wypadkiem” bądź „wypadkiem niecierpiącym zwłoki”, czy też „sytuacją urgensową”²⁹. Na gruncie tego przepisu wyod-

²⁵ Kodeks Etyki Lekarskiej. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004.

²⁶ M. Żelichowski, *Zasady wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, Medycyna Praktyczna Chirurgia 2007, nr 2, www.mp.pl. Należy jednocześnie za tymże autorem podkreślić, iż regulacja prawna zasad wykonywania zawodu lekarza stanowi *novum* na tle poprzednio obowiązujących przepisów z zakresu prawa medycznego, w których materia ta w zasadzie nie była podejmowana.

²⁷ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, PiM 2003, nr 13, s. 4–17.

²⁸ Tamże.

²⁹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2001, s. 350.