

Rafał Kubiak

Uniwersytet Łódzki

rkubiak@wpia.uni.lodz.pl

ORCID: 0000-0002-2612-9529

<https://doi.org/10.26881/gsp.2021.1.02>

Zmiany w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i ich systemowe konsekwencje

1. Wprowadzenie

Z dniem 8 sierpnia 2020 r. weszła w życie nowelizacja¹ ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry². W jej wyniku został zmieniony m.in. art. 30, który definiuje tzw. lekarski obowiązek niesienia pomocy. Modyfikacja ta polegała na usunięciu z dyspozycji tej normy fragmentu, z którego wynikało, że lekarz ma nieść pomoc „w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki”. Tym samym znacząco została zawężona ta powinność. Posunięcie to ma jednak dalsze konsekwencje systemowe. Warto bowiem zauważyć, że w kilku przepisach przywołanej ustawy następuje odwołanie do art. 30 u.z.l., którego regulacja uzupełnia opis zawartych w nich konstrukcji prawnych. W niniejszym opracowaniu zostanie zatem zarysowany lekarski obowiązek niesienia pomocy i jego obecny zakres, nadany w wyniku wspomnianej noweli, a także konsekwencje systemowe, które powstały w jej wyniku. Zostanie ukazane, że zmiana ta z jednej strony – pozwoliła lekarzom na częstsze powoływanie się na przepisy pozwalające na odmowę podjęcia się leczenia lub odstąpienia od niego (art. 38 u.z.l.), w tym na tzw. „klauzulę sumienia” (art. 39 u.z.l.), z drugiej zaś – ograniczyła sferę karnoprawnej wzmożonej ochrony lekarza (art. 44 u.z.l.).

2. Lekarski obowiązek niesienia pomocy i zmiana jego zakresu

Fundamentalnym obowiązkiem pracowników medycznych, a wśród nich lekarzy, jest niesienie pomocy chorym. W literaturze podnosi się, że powinność ta nie tylko ma charakter prawny, wynikający z przepisów korporacyjnych, ale wręcz jest

¹ Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291; dalej: nowelizacja u.z.l.).

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 514 ze zm.; dalej: u.z.l.).

„podstawowym elementem *ethosu* lekarskiego”³. Pogląd ten koreluje z uznaniem profesji lekarskiej za zawód zaufania publicznego. Jego wykonywanie polega na „obsłudze osobistych potrzeb ludzkich”⁴. Cechą tego zawodu jest zaś m.in. „korzystanie ze świadczeń tych zawodów często w razie nastąpienia realnego albo choćby potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczególnym charakterze (np. życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię)”⁵. Profesja lekarza, jako zawód zaufania publicznego, ukierunkowana jest zatem na ochronę zdrowia i życia osób chorych i cierpiących, a więc na udzielanie im pomocy lekarskiej. Można z tego wywieść, że nakaz jej niesienia stanowi immanentną cechę profesji medycznej i jest jej istotą. Lekarze są więc predysponowani do udzielenia pomocy chorym i osobom w zagrożeniu zdrowotnym. Tezę tę potwierdza tekst przyrzeczenia lekarskiego, składanego przez osoby ubiegające się o uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza. Przysięgają one bowiem „służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu” oraz „według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek”. W podobnym duchu został sformułowany art. 2 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej⁶, który stanowi, że „powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu”. Warto zauważyć, że przepis ten otwiera regulację zawartą w KEL, posiada więc doniosłą moc w zakresie wykładni dalszych jego postanowień, które powinny być interpretowane przez jego pryzmat. Powinność ta determinuje więc wszelkie zawodowe poczynania lekarza. Dokonując egzegezy tej normy, należy też zwrócić uwagę na sformułowanie „powołanie lekarza”. W ujęciu semantycznym „powołanie” oznacza „skłonność, zdolność, zamiłowanie do czegoś; a także czyjeś przeświadczenie o tym, że pewien zawód, droga życiowa są dla danej osoby najważniejsze”⁷. Takie ujęcie potwierdza zapatrywanie o znaczeniu omawianej powinności dla profesji lekarskiej.

Nie tylko jednak normy deontologiczno-etyczne nakazują nieść pomoc. Tradycyjnie oblig ten był bowiem określany w przepisach korporacyjnych. Już w pierwszym międzywojennym akcie regulującym zawód lekarza – ustawie z dnia 2 grudnia 1921 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem⁸ – zobowiązywano lekarza do niesienia pomocy „w każdym nagłym wypadku, grożącym choremu śmiercią”. Niewykonanie tego nakazu, o ile nie skutkowało odpowiedzialnością karną, prowadziło do dochodzenia ze strony zarządu właściwej izby lekarskiej (art. 14). Obowiązek ten został szerzej ujęty w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września

³ L. Bosek [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. *idem*, Warszawa 2020, s. 145.

⁴ Wyrok TK z dnia 7 maja 2002 r., SK 20/00, OTK-A 2002, z. 3, poz. 29.

⁵ Wyrok TK z dnia 2 lipca 2007 r., K 41/05, OTK-A 2007, z. 7, poz. 72.

⁶ Obwieszczenie Nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, LEX/el.; dalej: KEL.

⁷ *Wielki słownik języka polskiego PWN*, red. S. Dubisz, Warszawa 2018, t. 3, s. 833.

⁸ Dz. U. Nr 105, poz. 762.

1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej⁹. Zgodnie z art. 17 ust. 1 tego aktu, lekarz był zobowiązany do udzielenia pomocy lekarskiej „w każdym przypadku, grożącym choremu wskutek zwłoki niebezpieczeństwem utraty życia lub zdrowia”. Niewywiązywanie się z tej powinności było sankcjonowane karnie (karą aresztu do trzech miesięcy i grzywny do trzech tysięcy złotych lub jedną z tych kar – w myśl art. 25 ust. 1 rozporządzenia), a także prowadziło do odpowiedzialności dyscyplinarnej. Rozwiązanie to było dalej posunięte niż obowiązujące w owym czasie przepisy karne, penalizujące nieudzielenie pomocy¹⁰. Powinność lekarska – w przeciwieństwie do ogólnoludzkiej – powstawała bowiem nawet wówczas, gdy niebezpieczeństwo nie było bezpośrednie, a także w przypadku, gdy groziło tylko zdrowiu (kodeks karny z 1932 r. zawężył zaś ten nakaz jedynie do sytuacji zagrożenia dla życia)¹¹. Unormowania te powieliła też ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza¹². Według jej art. 12, lekarz był obowiązany do niesienia pomocy lekarskiej „w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzielaniu mogłaby spowodować utratę życia lub kalectwo”. Zaniechanie takiej pomocy uzasadniało odpowiedzialność na podstawie art. 26 ust. 2 ustawy (kara aresztu do trzech miesięcy i grzywny do 2.500 zł lub jednej z tych kar).

Współcześnie problematyce tej jest poświęcony art. 30 u.z.l. Określa on przesłanki, po których spełnieniu lekarz jest zobligowany nieść pomoc. W literaturze podnosi się dodatkowo, że unormowanie to stanowi swoistą antytezę możliwości odmowy przez lekarza udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego. Wyjaśnia się bowiem, że przepis ten „pełni funkcję limitującą, tzn. wyznacza nieprzekraczalne granice brzegowe uprawnień lekarza do odmowy leczenia”¹³. Występuje zatem silna korelacja między tą regulacją a unormowaniem pozwalającym na zaniechanie niesienia pomocy. Warto zaś zauważyć, że systemowo powinność ta jest powiązana z prawem pacjenta do uzyskania takiego świadczenia. Szeroko uprawnienie to definiuje art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁴. W jego myśl pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z regulacją tą koreluje art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁵. Zgodnie z nim podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Komentatorzy tej regulacji podkreślają, że pacjent w omawianej sytuacji powinien być

⁹ Dz. U. Nr 81, poz. 712 ze zm.

¹⁰ Bowiem art. 247 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 60, poz. 571 ze zm.; dalej: kodeks karny z 1932 r.) stanowił, że „kto nie udziela pomocy człowiekowi, znajdującemu się w położeniu, grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia, mogąc to uczynić bez narażenia siebie lub osób bliskich na niebezpieczeństwo osobiste, podlega karze więzienia do lat 3 lub aresztu do lat 3”.

¹¹ E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011, s. 19.

¹² Dz. U. Nr 50, poz. 458 ze zm.

¹³ E. Zielińska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. eadem, Warszawa 2014, s. 554–555.

¹⁴ Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.; dalej: u.p.p.

¹⁵ Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.

zaopatrzony w pierwszej kolejności, a podmiot leczniczy nie może odmówić mu pomocy, nawet wówczas, gdy nie posiada kontraktu z NFZ, albo gdy wyczerpał już limit świadczeń zdrowotnych¹⁶. Uprawnienia te można wywieść z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, który gwarantuje każdemu prawną ochronę zdrowia. Regulacja ustawowa powinna być zatem zorientowana na ochronę tej wartości. W szczególności więc powinna tak określać obowiązki personelu medycznego, by zapewnić każdej osobie pomoc, gdy ze względów zdrowotnych będzie jej wymagała. W dotychczasowym brzmieniu celowi temu służył art. 30 u.z.l. Wskazywał on bowiem na trzy sytuacje, gdy lekarz był zobligowany do udzielenia pomocy. Mianowicie:

- 1) w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia,
- 2) w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz
- 3) w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

W literaturze wyjaśnia się, że przesłanki te odnoszą się do dwóch typów przypadków, wymagających pilnej akcji ratunkowej: ciężkiego i lekkiego. Ten pierwszy dotyczy sytuacji, gdy odwleczenie pomocy może doprowadzić do utraty życia albo poważnego uszczerbku dla zdrowia (przesłanka pierwsza i druga). Ten drugi zaś nie jest powiązany z ewentualnymi następstwami dla zdrowia pacjenta, lecz akcentuje doraźność podjętych działań lekarskich (zob. trzecią z przywołanych przesłanek)¹⁷. Komentatorzy tej regulacji wskazują, że w przypadku pierwszej i drugiej przesłanki można poszukiwać ich wykładni poprzez sięgnięcie do definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, ujętej w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁸.

Więcej trudności interpretacyjnych sprawiało natomiast sformułowanie „inny przypadek niecierpiący zwłoki”. W doktrynie podnoszono, że nie ograniczał się on li tylko do stanów bezpośredniego zagrożenia życia lub poważnego niebezpieczeństwa dla zdrowia, lecz obejmował również mniej groźne sytuacje. W formule tej mieściło się zatem udzielanie pomocy, jeśli jej odwleczenie skomplikuje diagnostykę, wydłuży terapię, albo po prostu będzie utrzymywał się stan chorobowy u pacjenta¹⁹. Ogólnie moż-

¹⁶ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 92–93. Zob. wyrok NSA z dnia 26 kwietnia 2007 r., II GSK 379/06, LEX nr 323481. Sąd orzekł m.in., że „osoba znajdująca się w takim stanie [tj. w stanie nagłym – R.K.] ma wówczas prawo do uzyskania świadczenia w niezbędnym zakresie nawet od świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej”.

¹⁷ Por. J. Kulesza, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego*, PiM 2006, nr 22, s. 104.

¹⁸ Dz. U. z 2020 r., poz. 882 ze zm. W myśl tego przepisu, jest to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

¹⁹ T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie nowelizacji prawa medycznego*, PiM 2002, nr 1, s. 11; E. Zielińska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza...*, red. eadem, s. 563; Ł. Caban, M. Urbańska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, s. 660.

na zatem przyjąć, że przesłanka ta była spełniona, gdy zwłoka w wykonaniu czynności pomocowych mogła zaszkodzić zdrowiu pacjenta²⁰. Egzemplifikując, podawano więc stany faktyczne, gdy do dentysty przybywa pacjent z bolącym zębem, bądź gdy chory wymaga kontynuacji farmakoterapii, zaś jej przerwanie zniweczyłoby efekty leczenia i np. wymagałoby rozpoczęcia go od nowa²¹. Z kolei w judykaturze objaśniano ten termin głównie w kontekście obowiązku udzielenia tzw. ponadlimitowego świadczenia zdrowotnego, a więc w warunkach art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej²², a obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²³. Wyjaśniając pojęcie niezwłoczności i natychmiastowej pomocy, sądy wskazywały, że w formule tej mieszczą się stany „nagle, nieprzewidziane i nieprzewidywalne”²⁴.

Było to więc określenie szerokie, ale prawidłowa jego interpretacja (uwzględniająca wykładnię systemową) służyła realizacji prawa pacjenta do uzyskania pilnego świadczenia zdrowotnego, a tym samym korelowała z konstytucyjnie chronionym zdrowiem.

Stosunkowa ogólnikowość tego rozwiązania nastroczała trudności z wykładnią innych przepisów, które odsyłały do art. 30 u.z.l. W szczególności zagadnienie to było silnie akcentowane w kontekście tzw. klauzuli sumienia, której konstrukcja jest opisana w art. 39 u.z.l. Przesłanką negatywną powołania się na tę klauzulę jest zaś wystąpienie stanów, o których mowa w art. 30 u.z.l. Warunek ten limituje więc możliwość skorzystania z klauzuli sumienia, dając prymat ochronie zdrowia i życia pacjenta. Jak ujmowano to w piśmiennictwie: „(...) dobro chorego i obowiązek ratowania chorego jest nadrzędny w stosunku do osobistej opcji etycznej lekarza”²⁵. Podnoszono również, że takie ujęcie przepisu sprawia, iż „klauzula sumienia została wyraźnie podporządkowana bezwzględnemu nakazowi ratowania chorego”²⁶. Przedstawione wcześniej szerokie ujęcie tego sformułowania znacznie zawężyło więc możliwości skorzystania z klauzuli sumienia. Lekarze nie mogli się bowiem na nią powołać nie tylko wtedy, gdy pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia, ale we wszystkich przypadkach, w których wymaga pilnej pomocy lekarskiej. Rozwiązanie to spotkało się z negatywną oceną w doktrynie. Wskazywano, że takie określenie przesłanki negatywnej zaburzało

²⁰ Por. L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, PiM 2003, nr 1, s. 5.

²¹ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 197.

²² Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. Przepis ten stanowił, że „zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia”.

²³ Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm. W myśl tego przepisu, „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”.

²⁴ Por. np. wyroki: SA w Rzeszowie z dnia 4 kwietnia 2013 r., I ACa 20/13, LEX nr 1345566; SN z dnia 8 października 2008 r., V CSK 139/08, LEX nr 602330; SN z dnia 9 maja 2007 r., II CSK 43/07, LEX nr 590209.

²⁵ A. Wojciechowska-Nowak, *Etyczno-prawne aspekty korzystania przez lekarza z klauzuli sumienia (seminarium – Wydział Prawa i Administracji UW, 13 III 2002)*, PiP 2002, z. 7, s. 97.

²⁶ L. Kubicki, *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, PiM 1999, nr 4, s. 6.

proporcje między interesem lekarza – wolnością jego sumienia i dobrem pacjenta. Proponowano więc, by analizowany warunek rozumieć zawężająco. Lekarz nie mógłby tym samym powołać się na klauzulę sumienia jedynie wówczas, gdy pacjent znajdowałby się w bezpośrednim niebezpieczeństwie uraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu²⁷. Wykładnia taka była jednak *contra legem*. Z treści art. 39 u.z.l. wynika bowiem jednoznacznie, że lekarz nie może skorzystać z omawianej klauzuli w przypadkach, o których mowa w art. 30 u.z.l. Ustawodawca odsyła zatem do całości tego przepisu, a więc także do jego fragmentu, który dotyczył przypadków niecierpiących zwłoki. Przedstawione stanowisko można więc było potraktować jedynie jako postulat zmiany tej regulacji (*de lege ferenda*). Nim jednak do niej doszło, art. 39 u.z.l. został poddany kontroli konstytucyjności. W postępowaniu zainicjowanym przez Naczelną Radę Lekarską Trybunał Konstytucyjny uznał, że przepis ten jest w pewnych fragmentach niezgodny z Konstytucją RP²⁸. Rozstrzygnięcie takie dotyczyło m.in. przesłanki negatywnej korzystania z klauzuli sumienia. W ocenie TK, art. 39 u.z.l. zdanie pierwsze, „w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w »innych przypadkach niecierpiących zwłoki«, jest niezgodny z zasadą prawidłowej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji”. Zapatrywanie to legło następnie u podstaw zmiany art. 30 u.z.l., do której doszło w wyniku nowelizacji u.z.l. z lipca 2020 r. W uzasadnieniu jej projektu wskazano, że modyfikacje w art. 30 i art. 39 u.z.l. są pochodną wspomnianego wyroku. „Nowelizacja przepisu art. 30 zmieniającej ustawy polega na wykreśleniu kwestionowanego przez TK jako bliżej niedookreślonego sformułowania »oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki«”²⁹. Warto jednak zauważyć, że przywołany wyrok odnosił się jedynie do art. 39 u.z.l. i przesłanki klauzuli sumienia, a nie do określenia ogólnych granic lekarskiego obowiązku niesienia pomocy, wytyczonych dyspozycją art. 30 u.z.l. Trybunał, w kontekście art. 39 u.z.l., wyjaśnił bowiem, że ograniczenie wolności sumienia lekarza było niedopuszczalne, gdyż omawiana formuła była zbyt ogólnikowa. Nie było zatem jasne, kiedy lekarz traci uprawnienie do skorzystania z klauzuli sumienia. Wolność sumienia jest zaś doniosłą wartością, chronioną konstytucyjnie (na mocy art. 53 Konstytucji RP). Jej naruszenie

²⁷ A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, PiM 2003, nr 13, s. 19–20. A. Zoll wywodzi taką interpretację na podstawie art. 18 ust. 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Przepis ten stanowi, że nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru. Zdaniem A. Zolla, obowiązujące rozwiązanie, zawarte w art. 39 u.z.l. pozostaje w sprzeczności z zasadą proporcjonalności, wyrażoną w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, gdyż przekreśla „istotę wolności sumienia lekarza”. Autor proponuje więc zmianę tej regulacji w kierunku rozwiązań przyjętych na gruncie ustawy o zawodach pielęgniarki i położonej. Zgodnie z jej art. 12 ust. 2 w zw. z ust. 1, przedstawiciele tych zawodów nie mogą powoływać się na klauzulę sumienia tylko wówczas, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy „mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego”; *idem*, *Charakter prawny klauzuli sumienia*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 103.

²⁸ Wyrok TK z dnia 7 października 2015 r., K 12/14, OTK-A 2015, nr 9, s. 143.

²⁹ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw, Sejm IX kadencji, druk nr 172, s. 38–39.

może nastąpić jedynie wyjątkowo, gdy przemawiają za tym inne ważne względy. Omawiana przesłanka negatywna (przypadek niecierpiący zwłoki) była zaś na tyle nieoookreślona, że nie wskazywała jasno, jaka wartość ma większe znaczenie: wolność sumienia lekarza czy zdrowie pacjenta. Ostatecznie TK uznał, że „posłużenie się w art. 39 zdanie pierwsze u.z.l. odesłaniem do innego przepisu (art. 30 u.z.l.), zawierającego sformułowanie nieoookreślone, prowadzi do niedających się usunąć wątpliwości co do zakresu, w jakim ustawodawca ogranicza wolność sumienia lekarzy. Uzasadniony jest zatem zarzut naruszenia wywodzonej z art. 2 Konstytucji zasady prawidłowej legislacji”.

Artykuł 39 u.z.l. wymagał więc odpowiedniej korekty w kierunku usunięcia przesłanki negatywnej w postaci owych „innych przypadków niecierpiących zwłoki”. Jednakże zabieg taki miał być dokonany wyłącznie wobec art. 39 u.z.l., a nie miał odnosić się do art. 30 u.z.l., w którym przesłanka ta była zawarta. Jak bowiem wyjaśnił TK, „zarzut nieoookreśloności pod adresem formuły »inne przypadki niecierpiące zwłoki« jest uzasadniony tylko wtedy, gdy formułę tę analizujemy w ogólności, w oderwaniu od obowiązków lekarza. Odczytywana w kontekście tychże obowiązków (...) formuła ustawowa nabiera jednoznacznej treści. Teza ta jest słuszna na tle art. 30 u.z.l., statuującego podstawowy, płynący wprost z ustawy, obowiązek lekarza, którym jest udzielanie pomocy lekarskiej. W kontekście tego przepisu należy przyjąć, że »inne przypadki niecierpiące zwłoki« odnoszą się do sytuacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta, któremu wprawdzie nie grozi śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia, ale który jednak wymaga niezwłocznej pomocy medycznej”. Oznacza to, że TK generalnie nie negował rozwiązania opisanego w art. 30 u.z.l., uznając, że w kontekście użytych w nim sformułowań omawiane określenie nie budzi wątpliwości. Swe stanowisko kierunkował jedynie do przesłanek klauzuli sumienia. Takie rozstrzygnięcie powinno zatem zainspirować ustawodawcę do odpowiedniej modyfikacji dyspozycji art. 39 u.z.l., np. poprzez zawężenie przesłanki negatywnej jedynie do przypadków zagrożenia dla życia pacjenta, ewentualnie poważnego niebezpieczeństwa dla zdrowia. Niestety, projektodawcy omawianej nowelizacji u.z.l. nie dostrzegli tych niuansów i postanowili zmienić dyspozycję art. 30 u.z.l. poprzez usunięcie z niej omawianego fragmentu. Posunięcie to było dalece bezrefleksyjne, projektodawcy nie zauważyli bowiem powiązania tego przepisu z innymi regulacjami oraz jego wagi systemowej.

Usunięcie frazy o „innych przypadkach niecierpiących zwłoki” znacząco zawęziło lekarski obowiązek niesienia pomocy, zbliżając go do powinności ogólnoludzkiej, dekodowanej w szczególności z art. 162 kodeksu karnego³⁰. Aby mieć pełny obraz, warto przypomnieć, że w przepisie tym spenalizowano występki polegający na nieudzieleniu pomocy osobie, której grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W obecnej redakcji art. 30 u.z.l. rozwiązania te są dość zbieżne. Można co prawda wskazać pewne różnice, które powodują, że lekarska powinność jest szersza. Po pierwsze, powstaje ona nie tylko wówczas, gdy

³⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 ze zm.; dalej: k.k., kodeks karny).

niebezpieczeństwo jest bezpośrednie. W literaturze wyjaśnia się więc, że powinność ta aktywizuje się już, gdy zwłoka w niesieniu ratunku mogłaby doprowadzić chociażby pośrednio do powstania zagrożenia³¹. Na gruncie karnoprawnym znamieniem wspomnianego czynu jest „bezpośredniość niebezpieczeństwa”, ustalana w oparciu o kryterium wystarczającej przyczynowości³² i prawdopodobieństwa³³. Druga odmienność dotyczy zakresu podmiotowego niesienia pomocy. Z art. 162 k.k. wynika, że ma ona być udzielona człowiekowi (w rozumieniu osoby już urodzonej³⁴). Natomiast na gruncie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie ma takiego doprecyzowania. Dało to asumpt doktrynie do twierdzenia, że lekarz powinien nieść pomoc dziecku poczętemu. W konsekwencji, zaniechanie udzielenia pomocy nie będzie uzasadniać odpowiedzialności karnej, natomiast może prowadzić do odpowiedzialności zawodowej³⁵. Po trzecie, w kodeksie karnym przewidziano przypadki legalnego odstąpienia od udzielenia pomocy (np. gdy ratownikowi groziłoby niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu). Wyłączeń takich nie zawiera zaś art. 30 u.z.l.³⁶ Mimo jednak tych różnic obecna formuła omawianego przepisu wskazuje analogiczne warunki przedmiotowe, których wystąpienie aktywizuje obowiązek niesienia pomocy – podobne stany zagrożenia. Rozwiązanie takie może być uzasadniane okolicznością, że lekarz, działając w warunkach, o których mowa w art. 30 u.z.l., nie ma statusu tzw. gwaranta (w rozumieniu art. 2 k.k.³⁷), gdyż w tych sytuacjach nie ciąży na nim prawny, szczególnie obowiązek podjęcia działań mających uchronić życie lub zdrowie pacjenta. Innymi słowy, posiada tożsamą pozycję z każdą inną osobą, na której spoczywa ogólnoludzki obowiązek niesienia pomocy. Wydaje się jednak, że taka argumentacja

³¹ E. Zielińska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza...*, red. eadem, s. 563; L. Kubicki, *Obowiązek...*, s. 5.

³² W judykaturze stanowisko takie było prezentowane już blisko 60 lat temu i pogląd ten się utrwalił. W uchwale z dnia 19 stycznia 1961 r., VI KO 43/60, OSNPG 1961, nr 3, poz. 44, SN poinstruował zatem, że „bezpośrednie zagrożenie życia oznacza taką sytuację, w której przy normalnym toku rzeczy człowiek musi umrzeć w najbliższym czasie, jeżeli pomoc nie przerwie procesu nieuchronnie prowadzącego do śmierci”.

³³ Zob. J. Lachowski, *Stan wyższej konieczności w polskim prawie karnym*, Warszawa 2005, s. 80–81.

³⁴ W orzecznictwie zarysowała się linia, z której wynika, że karnoprawna ochrona człowieka powstaje od momentu „rozpoczęcia porodu (wystąpienia skurczów macicy, dających postęp porodu), a w wypadku operacyjnego zabiegu cesarskiego cięcia kończącego ciążę – od podjęcia czynności zmierzających do przeprowadzenia tego zabiegu” (por. np. uchwałę SN z dnia 26 października 2006 r., I KZP 18/06, OSNKW 2006, z. 11, poz. 97, a także postanowienie SN z dnia 25 listopada 2009 r., V KK 150/09, LEX nr 553756).

³⁵ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 49, przypis 11.

³⁶ W literaturze wskazuje się jednak, że obowiązek wynikający z art. 30 u.z.l. może zostać uchylony w sytuacji, gdy lekarz nie ma możliwości nieść pomocy z powodu swego stanu psychofizycznego np. spowodowanego chorobą, wyczerpaniem itd. Wówczas bowiem znajduje zastosowanie zasada *ultra posse nemo obligatur*. Ponadto powinność ta może być niezrealizowana, gdy lekarz będzie pozostawał w warunkach kolizji obowiązków, tj. gdy równolegle będą ciążyły na nim dwa lub więcej obowiązków, np. lekarz będzie musiał zaopiekować się swym małym dzieckiem w warunkach, w których nikt inny nie będzie mógł w danych okolicznościach go zastąpić. Zob. E. Zielińska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza...*, red. eadem, s. 570–571; L. Kubicki, *Obowiązek...*, s. 6.

³⁷ Przepis ten stanowi, że odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia skutkowi.

pomija wyjątkowy status lekarza. Jak bowiem już wskazano, udzielanie pomocy osobom chorym i cierpiącym jest misją lekarza, stanowi istotę tej profesji. Poza tym lekarz, nawet jeśli nie posiada odpowiedniego sprzętu, ma zazwyczaj przewagę informacyjną i w zakresie umiejętności w porównaniu do osoby bez wykształcenia medycznego. Można zatem wymagać od niego profesjonalnej pomocy – lekarskiej (naturalnie w granicach możliwości technicznych i ludzkich). Stanowisko takie jest prezentowane zarówno na gruncie prawa karnego, jak i cywilnego. Przedstawiciele doktryny karnistycznej akcentowali, że „zakres udzielanej człowiekowi zagrożonemu pomocy powinien być adekwatny do istniejącego zagrożenia, posiadanych przez sprawcę kwalifikacji i umiejętności, a także pozostających w jego dyspozycji środków umożliwiających udzielenie takiej pomocy”³⁸. Można zatem przyjąć, że jeśli osoba udzielająca pomocy posiada przewagę informacyjną, ma szczególne umiejętności i kwalifikacje, powinna zastosować pomoc z ich wykorzystaniem. W piśmiennictwie wskazuje się więc, że od lekarza (odpowiednio innych pracowników medycznych) należy wymagać więcej; pomocy udzielonej zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zawodową starannością, adekwatnej do kwalifikacji (doświadczenia i umiejętności) lekarskich³⁹. Jeżeli zatem osobą, która ma nieść pomoc, jest lekarz, to „jego obowiązkiem jest udzielenie pomocy lekarskiej, a nie tylko jakiegokolwiek innej pomocy. Oznacza to, że ma to być pomoc udzielona zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej (...)”⁴⁰. W podobnym duchu wypowiada się judykatura w kontekście odpowiedzialności cywilnej lekarza. Przykładowo, Sąd Apelacyjny w Łodzi orzekł⁴¹, że jeżeli „zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje, posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Chodzi o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania”. Można z tego wywieść, że jeśli podmiotem niosącym pomoc jest lekarz, to konstruując wzorzec jego zachowania, należy uwzględnić okoliczność, że jest profesjonalistą

³⁸ B. Michalski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, red. A. Wąsek, t. 1, Warszawa 2004, s. 406.

³⁹ S. Rutkowski, *Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza*, Prok i Pr., 1999, nr 9, s. 91; R. Kędzióra, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 154.

⁴⁰ A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część szczególna, Komentarz*, red. *idem*, t. 2, Warszawa 2013, s. 432.

⁴¹ Wyrok SA w Łodzi z dnia 19 marca 2015 r., I ACa 1219/14, LEX nr 1665829.

medycznym. Podsumowując ten fragment rozważań, można zatem przyjąć, że od lekarza (nawet jeśli nie ma pozycji gwaranta, nie udziela świadczeń zdrowotnych w ramach swego stosunku pracy albo umowy cywilnoprawnej), wymaga się więcej. Posiada on bowiem przewagę informacyjną i jest niejako predysponowany do podejmowania akcji ratunkowej. Zrównanie przesłanek niesienia pomocy lekarskiej i ogólnoludzkiej nie jest więc uzasadnione i właściwe.

Omawiane posunięcie legislacyjne skutkuje też innymi, systemowymi konsekwencjami, które będą omówione w następnym punkcie.

3. Konsekwencje systemowe

Jak wspomniano na wstępie, modyfikacje w art. 30 u.z.l. mają istotne przełożenie na inne przepisy, których dyspozycje są uzupełniane przez odesłanie do tego artykułu. W szczególności uregulowanie to limituje możliwość odmowy podjęcia się leczenia bądź odstąpienia od niego, opisaną w art. 38 u.z.l. W myśl tego przepisu, lekarz może skorzystać z tego uprawnienia, gdy spełnione są następujące przesłanki:

- 1) lekarz dostatecznie wcześniej uprzedzi o swych zamierzeniach pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego oraz
- 2) wskaże realne możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.

Warunki te są bardziej rozbudowane, w sytuacji gdy lekarz pozostaje w stosunku pracy lub służby. Wówczas dodatkowo wymaga się, by:

- 1) istniały „poważne ku temu powody” i
- 2) lekarz uprzednio uzyskał zgodę przełożonego⁴².

Bez względu jednak na formę wykonywania zawodu, lekarz nie może odmówić pomocy, jeśli zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 30 u.z.l. – przesłanka negatywna. Omawiane posunięcie legislacyjne spowodowało zawężenie tego warunku, *a contrario* rozszerzyło możliwość niepodjęcia się leczenia bądź odstąpienia od niego. Zagadnienie to jest szczególnie widoczne, w przypadku gdy lekarz prowadzi praktykę zawodową (wówczas bowiem może skorzystać z analizowanego uprawnienia bez wskazywania powodów oraz – co oczywiste – nie musi uzyskać zgody przełożonego). Wykładnia systemowa wiedzie zatem do wniosku, że taki lekarz może odmówić pomocy pacjentowi, który znajduje się w stanie wymagającym pilnej interwencji medycznej, ale jeśli nie grozi mu utrata życia lub ciężkie uszkodzenie ciała, bądź ciężki rozstrój zdrowia. Egzemplifikując, można podać przykład lekarza dentysty, który będzie mógł nie przyjąć pacjenta z silnym bólem zęba, bądź lekarza internistę, który odmówi pomocy pacjentowi z infekcją górnych dróg oddechowych (nawet, gdy będzie miał wysoką gorączkę). Takie zaniechanie pomocy będzie wymagało jedynie uprzedzenia o tym pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego, bądź opiekuna

⁴² Na temat tych przesłanek zob. szerzej: R. Kubiak, *Prawo lekarza odmowy leczenia*, „Medycyna Praktyczna” 2020, nr 9, s. 141–148.

faktycznego) i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Ponadto, lekarz będzie musiał poczynić odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej (art. 38 ust. 1 i 4 u.z.l.). Rozwiązanie to nie jest zatem koherentne z innymi przepisami medycznoprawnymi, a zwłaszcza definiującymi prawa pacjenta. W szczególności więc nie jest spójne z art. 6 ust. 1 u.p.p., który uprawnia pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a także z przywołanym już art. 7 ust. 1 u.p.p. Warto więc jedynie przypomnieć, że ten ostatni przepis określa prawo pacjenta do uzyskania „natychmiastowego” świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z redakcji tego unormowania wynika, że uprawnienie pacjenta aktywizuje się nie tylko w przypadku zagrożenia życia lub wystąpienia niebezpieczeństwa ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia (jak stanowi art. 30 u.z.l.), lecz w każdej sytuacji, gdy zdrowie jest zagrożone (bez względu na przewidywane skutki, które powstaną, jeśli zagrożenie to się urzeczywistni). W tym sensie tak szeroko ujętemu prawu pacjenta nie odpowiada obowiązek pomocy lekarskiej, określony w obecnie obowiązującym art. 30 u.z.l.

Niespójności występują również w porównaniu do innych aktów korporacyjnych, adresowanych do pozostałych grup zawodowych pracowników medycznych. Egzemplifikując, można przywołać art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁴³. Obliguje on przedstawicieli tytułowych profesji do „udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego”. W piśmiennictwie wyjaśnia się, że powinność ta powstaje więc, gdy występuje niebezpieczeństwo dla życia, jak i dla zdrowia⁴⁴ (limitującą funkcję pełni jedynie dookreślenie, że stan ten musi być „nagły”). W podobnym duchu wypowiedział się Sąd Najwyższy, który orzekł, że „ustawowy, bezwzględny wymóg natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego obejmuje zarówno sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe takiego świadczenia może skutkować utratą życia, jak i sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe świadczenia medycznego może skutkować utratą zdrowia”⁴⁵. Mimo więc tego, że powinność ciężąca na pielęgniarkach i położnych ogranicza się jedynie do stanów nagłych, to posiada szerszy zasięg przedmiotowy niż wynika to z art. 30 u.z.l.

Modyfikacja dyspozycji omawianego przepisu spowodowała też niekoherencję w stosunku do norm deontologiczno-etycznych, obowiązujących lekarzy. W myśl bowiem art. 7 KEL, lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego (w szczególnie uzasadnionych wypadkach), przy czym nie jest do tego uprawniony w przypadkach niecierpiących zwłoki. Analogiczne unormowanie wynika z art. 69 KEL. Przepis ten zabrania bowiem lekarzowi odmówić pomocy lekarskiej „w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy”. W komentarzach do tych regulacji wyjaśnia się,

⁴³ Dz. U. z 2020 r., poz. 562 ze zm.

⁴⁴ Por. D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013, s. 133.

⁴⁵ Wyrok SN z dnia 13 października 2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671.

że deontologiczna powinność lekarza powstaje nie tylko w przypadku, gdy choremu grozi śmierć bądź ciężki uszczerbek na zdrowiu, ale obejmuje wszelkie sytuacje „zaśląbnienia, zranienia, poturbowania, w których niezbędna jest szybka fachowa pomoc lekarza”⁴⁶. Formuła ta była zatem dotąd spójna z regulacją ustawową. Aktualnie zaś jest ujęta szerzej. Rozbieżności te mogą więc prowadzić do dylematu w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarza, jeśli odstąpi on od leczenia, zgodnie z art. 38 u.z.l., mimo że zachodził ów przypadek niecierpiący zwłoki. Na gruncie ustawy jego postawa będzie legalna, co powinno wykluczyć odpowiedzialność zawodową. Jednakże w myśl art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁴⁷, przewinieniem zawodowym jest nie tylko pogwałcenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, ale również naruszenie zasad etyki lekarskiej. Czy zatem mimo prawidłowego postępowania w sensie norm ustawowych lekarz może odpowiadać przed sądem korporacyjnym? Naturalnie sfera odpowiedzialności zawodowej może być określona szerzej niż karnej albo cywilnej, ale nie powinny występować niekoherencje w zakresie bezprawności zachowania. Brak spójności na tym obszarze może bowiem wprowadzać w błąd adresata normy, co nie jest korzystne z punktu widzenia gwarancyjnej funkcji przepisów represyjnych. Należy zatem postulować ujednoczenie przesłanek odstąpienia od leczenia, ujętych na płaszczyźnie prawnej i deontologiczno-etycznej.

Nowelizacja art. 30 u.z.l. ma także swe przełożenie na zakres karnoprawnej ochrony lekarza. Zagadnienie to wydaje się doniosłe praktycznie, gdyż notuje się częste ataki na pracowników medycznych zarówno w formie agresji fizycznej, jak i słownej. Można zaryzykować twierdzenie, że nasilają się one m.in. w związku z korzystaniem przez sprawców z Internetu. Osoby publikujące w nim treści zniesławiające lub znieważające czują się bowiem bezkarne. Zjawisko to jest szczególnie niebezpieczne z powodu łatwości rozpowszechniania takich informacji, co w efekcie może spowodować poważne dolegliwości dla lekarza (który został np. oszkalowany wpisem internetowym). Toteż wydaje się, że należy zwiększyć ochronę karnoprawną lekarzy przed takimi zamachami, a nie ją ograniczać⁴⁸, jak miało to miejsce wskutek omawianej nowelizacji. Warto bowiem nadmienić, że lekarz, choć zazwyczaj nie posiada statusu funkcjonariusza publicznego, może mieć ochronę należną takiej osobie. W takiej sytuacji naruszenie dóbr lekarza sankcjonowane jest surowszymi karami (w porównaniu do sytuacji, gdy lekarz nie posiada owej wzmożonej ochrony; zob. np. art. 217 i art. 222 k.k.). Istotna jest również zmiana trybu ścigania. W przypadku znieważenia albo naruszenia netykalności cielesnej lekarza zasadniczo ściganie następuje z oskarżenia prywatnego. Oznacza to, że pokrzywdzony sam musi ustalić sprawcę, zebrać materiał dowodowy i sporządzić akt oskarżenia. Czynności te mogą zaś być trudne do wykonania dla lekarza. Jeśli jednak posiada on ochronę należną funkcjonariuszowi publicznemu, ściganie

⁴⁶ A. Gubiński, *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej*, Warszawa 1993, s. 50.

⁴⁷ Dz. U. z 2019 r., poz. 965 ze zm.

⁴⁸ Na ten temat zob. szerzej R. Kubiak, *Wzmoczona karnoprawna ochrona lekarza przed zniewagą (stan obecny i proponowane zmiany)* [w:] *Pro dignitate legis et maiestate iustitiae, Księga jubileuszowa z okazji 70. Rocznicy urodzin Profesora Witolda Kuleszy*, red. A. Liszewska, J. Kulesza, Łódź 2020, s. 607–636.

wspomnianych przestępstw następuje w trybie publicznoskargowym. Czynności procesowe wykonuje wówczas oskarżyciel publiczny. Warto również zauważyć, że niektóre formy przemocy wobec lekarzy posiadających omawiany status mogą prowadzić do odpowiedzialności na dodatkowej podstawie. Przykładowo, jeśli lekarz zostanie zaatakowany bronią palną, nożem albo innym podobnie niebezpiecznym przedmiotem (np. kijem bejsbolowym), bądź też napastników będzie co najmniej dwóch, zachowanie takie można kwalifikować jako tzw. czynna napaść, czyli występki stypizowany w art. 223 k.k. Przy czym przepis chroni dobra funkcjonariusza publicznego, a więc lekarz będzie objęty tym unormowaniem, gdy będzie mu przysługiwała wzmożona ochrona należąca takiemu funkcjonariuszowi.

Ustalenie okoliczności, w których lekarz posiada ową ochronę ma zatem istotne znaczenie praktyczne. Zagadnieniu temu jest poświęcony aktualnie art. 44 u.z.l. Stanowi on, że ochrona taka przysługuje w trzech sytuacjach:

- 1) gdy lekarz wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej;
- 2) w przypadku, o którym mowa w art. 30 u.z.l.;
- 3) gdy lekarz wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie.

Sfera ochrony jest więc wyznaczana m.in. przez odesłanie do art. 30 u.z.l. Dotąd wzmożona ochrona przysługiwała lekarzowi nie tylko wówczas, gdy udzielał pomocy choremu znajdującemu się w niebezpieczeństwie dla życia lub poważnym zagrożeniu dla zdrowia, ale także w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Usunięcie tej frazy z art. 30 u.z.l. automatycznie prowadzi do wykluczenia jej również z art. 44 u.z.l. Innymi słowy, lekarz zajmujący się pacjentem w takich okolicznościach (np. wspomniany dentysta albo internista), który zostanie zaatakowany przez pacjenta (ewentualnie członków jego rodziny), znieważony bądź zostanie naruszona jego nietykalność cielesna, będzie musiał samodzielnie podjąć środki ochrony prawnej. Sprawcy zaś będą groziły łagodniejsze sankcje, niż gdyby naruszył dobra lekarza mającego ochronę należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Bez wątpienia zmiana ta osłabia pozycję lekarzy. Ochronę nadal będą mieć jednak lekarze zatrudnieni w podmiotach leczniczych finansowanych przez NFZ (w związku z udzielaniem w tych podmiotach świadczeń zdrowotnych) oraz inni lekarze, gdy będą udzielać pomocy doraźnej. Pojęcie to nie zostało ustawowo zdefiniowane. W literaturze⁴⁹ sugeruje się jednak, by interpretować je w oparciu o przepisy ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁵⁰. Proponuje się, by sięgnąć do terminu „pierwsza pomoc”, przez który rozumie się zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

⁴⁹ K. Sakowski [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014, s. 789. W podobnym duchu wypowiedział się również SN, który w postanowieniu z dnia 28 kwietnia 2016 r., I KZP 24/15, OSNKW 2016, z. 7, poz. 42, utożsamiał pomoc doraźną z udzielaniem pierwszej pomocy i podejmowaniem medycznych czynności ratunkowych.

⁵⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 882 ze zm.; dalej: u.p.r.m.).

wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 3 pkt 7 u.p.r.m.). Z kolei zgodnie z art. 3 pkt 8 u.p.r.m., stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Jeśli więc uznać, że pomoc doraźna jest utożsamiana z „pierwszą pomocą”, to terminy te są węższe od określania „inne przypadki niecierpiące zwłoki”. Pomoc doraźna – jak wskazano – ogranicza się bowiem jedynie do sytuacji, gdy pacjentowi grozi bezpośrednio, poważne niebezpieczeństwo. Inne przypadki niecierpiące zwłoki obejmują zaś również sytuacje mniej groźne i pilne. Nie można zatem ich zrównywać ze stanami nagłymi⁵¹. Pozostawienie ochrony lekarzowi w warunkach, gdy udziela pomocy doraźnej, nie jest zatem wystarczające. Pomija bowiem te inne sytuacje, gdy lekarz wykonuje zabieg diagnostyczny lub terapeutyczny konieczny dla pacjenta, który nie wymaga jednak nagłej interwencji lub nie znajduje się w stanie poważnego zagrożenia (np. lekarz ginekolog w prywatnym gabinecie bada pacjentkę, która ma niewielkie krwawienie z dróg rodnych). Brak ochrony w takich okolicznościach jest niezrozumiały, a wprowadzane zmiany niekorzystne dla lekarzy i nieuzasadnione w świetle zwiększającej się agresji. Wydaje się, że można je wytłumaczyć jedynie niedopatrzeniem ustawodawcy, któremu zabrakło systemowej wizji w zakresie nowelizowanych przepisów.

4. Podsumowanie

Artykuł 30 u.z.l. pełni doniosłą funkcję systemową, wyznacza bowiem granice lecarskiego obowiązku niesienia pomocy. Lekarze, ze względu na swe kwalifikacje, są predysponowani do takich działań, a udzielenie pomocy chorym i cierpiącym stanowi istotę ich zawodu. Nie powinno więc dziwić, że wobec lekarzy powinność ta była definiowana szerzej niż ogólnoludzki obowiązek pomocy innemu człowiekowi. Regulacja taka miała miejsce również na gruncie obecnej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która obligowała reprezentantów tej profesji do podejmowania działań ratunkowych we wszystkich sytuacjach niecierpiących zwłoki. Nie tylko więc w warunkach, gdy choremu groziłoby niebezpieczeństwo dla życia albo poważnego uszczerbku na zdrowiu. Jednakże w wyniku noweli art. 30 u.z.l. obraz ten został zaburzony. Generalnie bowiem zrównano zakres omawianej powinności z obowiązkiem spoczywającym na każdym człowieku, również nieposiadającym wykształcenia medycznego. Od lekarza, ze względu na jego wiedzę, umiejętności i doświadczenie, można zaś wymagać pomocy lepszej jakości – pomocy lekarskiej. To posunięcie legislacyjne

⁵¹ Por. Ł. Caban, M. Urbańska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza...*, Warszawa 2016, s. 660.

było błędnie uzasadniane powoływaniem się na wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który dotyczył jedynie przesłanek tzw. klauzuli sumienia (art. 39 u.z.l.). W jej kontekście sformułowanie „przypadek niecierpiący zwłoki” zostało uznane za nazbyt ogólne i niedostatecznie uzasadniające wyłączenie możliwości powołania się na ową klauzulę. Projektodawcy omawianej noweli, chcąc sprostać oczekiwaniom Trybunału Konstytucyjnego, powinni zatem zmienić jedynie art. 39 u.z.l., modyfikując katalog przesłanek klauzuli sumienia. Posunęli się jednak znacznie dalej, nie dostrzegając poważnych konsekwencji systemowych wprowadzonych zmian. Z jednej bowiem strony, ich następstwem jest zwiększenie możliwości odmowy leczenia. Na gruncie aktualnego stanu prawnego lekarz może nie podjąć się leczenia bądź go zaniechać także w wypadku, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy. Odmowa taka jest wykluczona jedynie wówczas, gdy chory znajduje się w stanie, w którym zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Rozwiązanie takie nie koreluje z prawem pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego.

Z drugiej strony – została (wydaje się, że mimowolnie) ograniczona karnoprawna wzmocniona ochrona lekarza (nie powstanie ona bowiem – jak dotąd – w każdym przypadku, gdy lekarz niósł pomoc w warunkach niezwłoczności).

Postępowanie ustawodawcy jest więc niezrozumiałe, i choć należy przyjmować model racjonalnego prawodawcy, wydaje się, że w przypadku omawianych zmian, racjonalności tej zabrakło. *De lege ferenda* należy zatem postulować jak najszybsze przywrócenie poprzedniego brzmienia art. 30 u.z.l., co usunie powstałe niespójności systemowe i będzie zgodne z misją zawodu lekarza.

Literatura

- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Dukiet-Nagórska T., *O potrzebie nowelizacji prawa medycznego*, PiM 2002, nr 1.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Gubiński A., *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej*, Warszawa 1993.
- Karkowska D., *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013.
- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.
- Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, red. A. Wąsek, t. 1, Warszawa 2004.
- Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, red. A. Zoll, t. 2, Warszawa 2013.
- Kubiak R., *Prawo lekarza odmowy leczenia*, „Medycyna Praktyczna” 2020, nr 9.
- Kubiak R., *Wzmocniona karnoprawna ochrona lekarza przed zniewagą (stan obecny i proponowane zmiany)* [w:] *Pro dignitate legis et maiestate iustitiae, Księga jubileuszowa z okazji 70. Rocznicy urodzin Profesora Witolda Kuleszy*, red. A. Liszewska, J. Kulesza, Łódź 2020.
- Kubicki L., *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, PiM 2003, nr 1.

- Kubicki L., *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, PiM1999, nr 4.
- Kulesza J., *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego*, PiM 2006, nr 22.
- Lachowski J., *Stan wyższej konieczności w polskim prawie karnym*, Warszawa 2005.
- Rutkowski S., *Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza*, Prok. i Pr. 1999, nr 9.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2014.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016.
- Wielki słownik języka polskiego PWN*, red. S. Dubisz, Warszawa 2018, t. 3.
- Wojciechowska-Nowak A., *Etyczno-prawne aspekty korzystania przez lekarza z klauzuli sumienia (seminarium – Wydział Prawa i Administracji UW, 13 III 2002)*, PiP 2002, z. 7.
- Zatyka E., *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011.
- Zoll A., *Charakter prawny klauzuli sumienia*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1.
- Zoll A., *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, PiM 2003, nr 13.

Streszczenie

Rafał Kubiak

Zmiany w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i ich systemowe konsekwencje

Fundamentalnym obowiązkiem lekarza, stanowiącym istotę tej profesji, jest niesienie pomocy osobom chorym i cierpiącym. Toteż zarówno w aktach etyczno-deontologicznych, jak i prawnych powinność ta jest wyraźnie podkreślana. Przepisy definiują zakres tego obowiązku i przypadki legalnego odstąpienia od leczenia. Na gruncie prawa polskiego zagadnieniu temu poświęcony jest przede wszystkim art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W pierwotnym brzmieniu przepis ten nakazywał udzielanie pomocy medycznej nie tylko w sytuacji zagrożenia życia i poważnego niebezpieczeństwa dla zdrowia, ale również w tzw. „przypadkach niecierpiących zwłoki”. Przesłanka ta była rozumiana szeroko. Lekarz był więc zobowiązany do niesienia pomocy wówczas, gdy pacjent doraźnie jej wymagał, gdy jej odwołanie mogło spowodować pogorszenie stanu zdrowia, wydłużenie terapii itd. Jednakże regulacja ta została zmieniona w wyniku nowelizacji u.z.l., która weszła w życie z dniem 8 sierpnia 2020 r. W jej skutek usunięto fragment dotyczący przypadków niecierpiących zwłoki. W opracowaniu przedstawiono uzasadnienie tej zmiany oraz jej systemowe konsekwencje. Następnym tego posunięcia jest bowiem zawężenie obowiązku niesienia pomocy i *de facto* zrównanie pod tym względem lekarzy z innymi osobami, które nie mają wykształcenia medycznego. W efekcie, lekarze mogą teraz częściej odmawiać wykonania świadczenia zdrowotnego (odpowiednio zostały bowiem zmodyfikowane przesłanki opisane w art. 38 i art. 39 u.z.l.). Rezultatem tej noweli jest jednak także zmniejszenie karnej ochrony lekarza, przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu (na zasadach art. 44 u.z.l.). Zagadnienie to zostało zatem również przybliżone.

Słowa kluczowe: lekarz; obowiązek pomocy; klauzula sumienia; odmowa leczenia.

Summary

Rafał Kubiak

Amendments to Art. 30 of the Act on the Professions of Physician and Dentist and Their Systematic Consequences

The fundamental duty of a doctor, which is the essence of this profession, is to help sick and suffering people. Therefore, this duty is clearly emphasized both in ethical-deontological and legal acts. The regulations define the scope of this obligation and the cases of permitted withdrawal from treatment. In Polish law, this issue is regulated primarily in art. 30 of the Act of 5 December 1996 on the Professions of Physician and Dentist. In its original wording, medical assistance was required not only in the event of a threat to life or serious health hazard but also in the so-called "urgent cases" that were interpreted quite broadly. Therefore, a doctor was obliged to provide assistance when a patient needed it ad hoc, when its postponement could deteriorate his or her health, prolong therapy, etc. However, the amendment, which came into force on 8 August 2020, changed this regulation. The section on urgent cases was deleted. The author discusses the rationale for this change and its systemic consequences. He also presents their justification. The consequence of this move is the narrowing of the obligation to provide help and de facto equating doctors in this respect with other people who do not have medical training. As a result, doctors may now refuse to provide health care more often (the premises described in art. 38 and art. 39 of the Act are modified accordingly). The amendment of the Act also resulted in the reduction of the legal protection of doctors that they are entitled to as public officers (under art. 44 of the Act). Therefore, the author has also presented this issue.

Keywords: doctor; duty of assistance; conscience clause; refusal of treatment.