

## Współczesne tendencje i zmiany w relacji lekarz-pacjent

### Uwagi wstępne

Współczesna nauka, wspomagana rozwijającą się w niezwykle szybkim tempie wiedzą medyczną<sup>1</sup>, stawia każdego dnia nowe wyzwania. Ich adresatami są już nie tylko lekarze, lecz również: prawnicy, bioetycy, interdyscyplinarni specjaliści, teolodzy. Człowiek ma świadomość wzrostu standardu życia w każdej dziedzinie, wspieranego nieustannym postępowaniem technicznym. Dlatego poznanie osiągnięć w dziedzinie nauk medycznych uznać należy za potrzebne, a nawet konieczne, czego też domaga się pacjent zarówno w kwestii leczenia, jak i wyleczenia. Lekarz dla współczesnego pacjenta-klienta staje się podmiotem świadczącym usługi, które wykonywać powinien na podstawie aktualnych wskazań wiedzy medycznej oraz stale poszerzanych umiejętności, i ma to miejsce w praktyce. Niemniej jednak coraz częściej spotkać się można z roszczeniową postawą pacjentów<sup>2</sup>, u których wystąpiły rzadkie,

---

<sup>1</sup> Por.: M. Filar *Lekarskie prawo karne*. Kraków 2000, s. 13 i n.

<sup>2</sup> „Daje się [...] zauważyć napływ coraz większej liczby spraw kierowanych przez wydziały cywilne do oceny roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie. Dotyczy to głównie spraw, w których zakończony proces leczenia nie przyniósł efektów satysfakcjonujących pacjenta”. Stwierdza E. Skupień, F. Bolechała w: *Odpowiedzialność lekarza w aspekcie karnym, cywilnym i korporacyjnym*. Z Zagadnień Nauk Sądowych 2007, 72, s. 414 i n.

niepozostające w adekwatnym związku przyczynowym, aczkolwiek związane z dokonanym zabiegiem, powikłania<sup>3</sup>. Postęp nauk medycznych stwarza niebezpieczeństwo dokonywania zabiegów, które są w obecnym stanie techniki możliwe, lecz jednocześnie jeszcze na tyle mało rozpowszechnione, że podstawy i granice ich wykonywania nie są do końca jasne<sup>4</sup>.

Celem niniejszego opracowania jest próba udzielenia odpowiedzi na pytanie: Gdzie leży granica odpowiedzialności lekarza za niepowodzenie w leczeniu w kontekście obserwowanej ewolucji relacji lekarz–pacjent? Zainteresowanie budzić może również możliwość istnienia szczególnych przypadków, w których umowa o świadczenie medyczne mimo jej szczególnego przedmiotu, życia i zdrowia, może mieć jedynie konsumencki, odhumanizowany, wręcz komercyjny charakter. Kwestią zupełnie innej natury jest pojęcie obowiązków pacjenta oraz ich ustawowe odzwierciedlenie. Szereg publikacji<sup>5</sup> wskazuje na katalog praw pacjenta oraz ich korelat w postaci obowiązków lekarza. Zastanawiającym jest, jakie obowiązki<sup>6</sup> zostały nałożone na pacjenta jako uczestnika obrotu prawnego, gdy zawiera on umowę o świadczenie zdrowotne. Poza

---

<sup>3</sup> Por.: M. Safjan, *Odpowiedzialność cywilna lekarza (instytucji medycznej). Tendencje i kierunki zmian*. Jurysta 1999, 7/8, s. 43 i n.

<sup>4</sup> Problem ten poruszył M. Nesterowicz w pozycji: *Prawo medyczne*. Toruń 2007, s. 14.

<sup>5</sup> Por.: D. Karkowska, *Prawa pacjenta*. Warszawa 2004; U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*. Warszawa 2007.

<sup>6</sup> Zagadnienie dotyczące obowiązków pacjenta zarysowane jest w Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, por. treść art. 18a ust. 1a pkt 4. Ustawodawca odsyła do regulaminu porządkowego tworzonego przez poszczególne szpitale, w którym to winien znaleźć się zapis o prawach i obowiązkach pacjenta. Prawa pacjenta skodyfikowane zostały *explicite* w treści Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Natomiast obowiązki i ich zakres leżą w gestii danej placówki, gdzie dotyczą one faktycznie zachowań porównywalnych z zasadami szpitalnego *savoir-vivre* odnoszącymi się do przestrzegania ciszy w porze nocnej oraz poszanowania mienia szpitali, co nie gwarantuje ulokowania tych obowiązków wysoko w gradacji obowiązków i powinności (raczej natury ogólnoludzkich niż prawnych).

zakresem przedstawianych wywodów pozostanie problematyka obowiązków pacjenta do poszanowania swojego zdrowia<sup>7</sup>.

Odnieść można wrażenie, iż etos zawodu lekarza doświadcza swego rodzaju dewaluacji<sup>8</sup>, a zapis zaczerpnięty z art. 2 KEL, odnoszący się do nacisków społecznych, zyskuje na doniosłości<sup>9</sup>. Ztraca się osobista więź między pacjentem a lekarzem – bez wątpienia przydatna w procesie leczenia i znacząca w kwestii skuteczności terapii.

Prowadzone badania dotyczące człowieka, jego życia, zdrowia i chorób budzą rozmaitej natury kontrowersje<sup>10</sup>. Coraz częściej lekarz zaczyna być postrzegany nie jako podmiot niosący realną pomoc w diagnostyce i leczeniu różnorodnych schorzeń, ale jako na-

<sup>7</sup> Por.: Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 lipca 2009 r. o sygn. SK 48/05, dotyczący obowiązku zapinania pasów bezpieczeństwa w pojazdach mechanicznych, z czym *implicite*, prócz troski o bezpieczeństwo, wiąże się obowiązek dbałości pacjenta o swoje zdrowie.

<sup>8</sup> „Minęły czasy, gdy szkodę doznaną w szpitalu traktowano jako nieszczęśliwy wypadek, jako traf losu, a lekarza stawiano poza wszelką odpowiedzialnością”, stwierdza M. Nesterowicz, op. cit., s. 13.

<sup>9</sup> Coraz częściej prasa informuje o procederze wyludzania czy wymuszania przez pacjentów leków wypisywanych na receptę, które to stosowane w zwiększonej dawce i niezgodnie z przeznaczeniem (aplikowane dożylnie zamiast doustnie) służą jako środek odurzający. Pacjenci często symulują objawy i leczą się, tzn. uczęszczają na wizyty, do różnych placówek ochrony zdrowia jednocześnie, pod pretekstem podróży i nagłego ataku rzekomego schorzenia. Wówczas lekarz przyjmuje pacjenta spoza listy przypisanych doń pacjentów, natomiast osoba wyludzająca lek przy chorobach przewlekłych zapewnia sobie w ten sposób stały dostęp do substancji traktowanej jako zamiennik narkotyku. Tytułem przykładu wskazać można aplikowane przy przewlekłym niezycie nosa krople Efrinol (2%) zawierający chlorowodorek efedryny, będący prekursorem narkotykowym.

<sup>10</sup> Przedmiotem debat stają się zagadnienia odnoszące się do m.in. zapłodnienia *in vitro*, kontynuacji albo zaprzestania uporczywej terapii pacjenta w stanie terminalnym z etycznymi aspektami decyzji podejmowanych w tej materii, kwestie związane zarówno z początkiem, jak też końcem ludzkiego życia, w którym (niejako z natury i istoty rzeczy) zawsze towarzyszy lekarz. Tytułem przykładu wskazać można stanowisko M. Środoń publikowane w: *Prokreacja czy produkcja? Odpowiedź na stanowisko lekarza prowadzącego metody rozrodu wspomaganego*. Życie i Płodność – Kwartalnik 2008, nr 2-3.

ukowiec, czasami żądny sensacji, który prócz leczenia, spędza w laboratorium długie godziny, bada, eksperymentuje, czasami się też myli<sup>11</sup>. Można zaobserwować, iż oczekiwania a wręcz wymagania pacjentów dotyczące wyleczenia nieustannie rosną<sup>12</sup>. Media pomagają w kreowaniu wizerunku lekarza wszechmocnego, umacniając przekonanie, że „gdyby lekarze prawidłowo wykonywali swoje obowiązki, byłibyśmy nieśmiertelni”<sup>13</sup>. Wszelkie powikłania, niepowodzenia w terapii mylnie nazywa się błędem medycznym. Pojęcie błędu nasuwa niemalże automatycznie skojarzenie z czyjąś winą. Ta natomiast wiąże się ściśle z odpowiedzialnym za nią podmiotem. Wnikliwa analiza przyczyn, przebiegu i skutków prowadzonych badań zostaje zastąpiona w wielkim skrócie recenzjami z forów internetowych. Internauci bez skrępowania, bo przecież anonimowo, często nie posiadając dostatecznego rozeznania w wiedzy medycznej, dzielą się osobistymi przemyśleniami na temat konkretnego lekarza<sup>14</sup>. W znacznej mierze naruszane w ten sposób dobra osobiste białego personelu spotykają się z bezkarnością, a może też jego bezradnością. Napastliwość „wirtualnych postpacjentów” przekracza granice wyobraźni.

Żyjąc w demokratycznym państwie prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej<sup>15</sup>, należy umożliwić lekarzom obronę przed skonkretyzowanymi, nie jedynie wirtualnymi zarzutami, przybierającymi postać agresywnych pomówień i inwektyw. Bezsprzecznym jest, że jeżeli rzeczywiście lekarz wykonując swój zawód, naruszył podstawowe zasady etyki lekarskiej lub przepisy regulujące jego obowiązki, powinien zostać pociągnięty do

---

<sup>11</sup> R. Krajewski w: *Jak można ocenić i porównać odpowiedzialność zawodową lekarzy w różnych krajach*. Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 2002, nr 6/7, s. 30 i n.

<sup>12</sup> E. Skupień, F. Bolechała, op. cit. Autorzy wskazują dane z archiwum krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej w latach 1991–2004, s. 411.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 411.

<sup>14</sup> Por.: M. Filar, *Odpowiedzialność karna za nieuzasadnione zarzuty wobec lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej*. Prawo i Medycyna 2006, nr 2.

<sup>15</sup> Por.: art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.

odpowiedzialności. Jego postępowanie winno być poddane rzetelnej analizie opartej na wiarygodnym materiale dowodowym, ocenianym przez specjalistów w danej dziedzinie, nie zaś publicystów i samych pacjentów.

Szczególny lęk społeczeństwa przed zagrożeniem dóbr chronionych w najwyższy sposób, jakimi są zdrowie i życie, może tłumaczyć szczególnie silne zaangażowanie emocjonalne pacjentów. Niemniej jednak brak reakcji dający przyzwolenie na bezkarne naruszanie dóbr osobistych jest niewłaściwy. Samorealizacja jednostki, jaką jest lekarz, urzeczywistnia się w zachowaniu i poszanowaniu jego godności<sup>16</sup> oraz pozycji, którą ma, na którą nieustannie pracuje<sup>17</sup> z racji wypełniania określonej misji społecznej. W przypadku lekarzy owa misja polega przede wszystkim na dbałości i ochronie zdrowia publicznego. W literaturze wskazano również na element „posłannictwa” lekarzy<sup>18</sup>. Jest ono możliwe i skuteczne w stanie nienaruszonej psychicznej i fizycznej integralności osoby ludzkiej.

### **Pozycja i status lekarza jako zawodu zaufania publicznego**

Zawód lekarza jest profesją szczególnego rodzaju. Nienaganna postawa etyczna jawi się jako przymiot niezbędny, cechujący mającego otrzymać uprawnienia do wykonywania zawodu adepta nauk medycznych. Na podstawie art. 5 UZL<sup>19</sup> Okręgowa Rada Le-

---

<sup>16</sup> „Wartością praktyczną pojęcia godności lekarza jest przecież fakt, że musi on służyć interesom ludzkim i budzić uczucia solidarności i sympatii”, stwierdził B. Górnicki w czasie III Światowego Kongresu Polonii Medycznej, Częstochowa-Kraków, czerwiec 1997.

<sup>17</sup> M. Sokołowska, w: *Granice medycyny*. Warszawa 1980, s. 145, pisze: „Lekarz był i jest obrońcą jednostki. Przeciwstawić się zatem musi takim rozwiązaniom, które chroniąc społeczeństwo nie bronią jednocześnie jednostki”.

<sup>18</sup> K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja: studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*. Poznań 1999, s. 70 i n.

<sup>19</sup> Skrót „UZL” odnosi się do Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

karska przy przyznawaniu powyższego prawa rozważa również takie kryterium z całą starannością. Jest to przesłanka ustawowa, a nie jedynie niezobowiązujące zalecenie. Lekarz spotykający się każdego dnia z tajemnicą cudu narodzin i powagą śmierci predestynowany jest w sposób szczególny, by przestrzegać praw człowieka i jego godności. Zbiór wskazań deontologicznych wyrażony został odrębnie w Kodeksie Etyki Lekarskiej<sup>20</sup>. Zebrana deontologia traktuje o wytycznych dotyczących postępowania lekarza. Jest on zobowiązany przede wszystkim, ale nie tylko, podczas wykonywania praktyk leczniczych, do podejmowania działań w sposób nienaruszający godności zawodu lekarza. Estyma łączona z zawodami medycznymi obliguje do zachowywania podwyższonych standardów moralnych wykonujących nie tylko swoją profesję, ale wypełniających lekarskie powołanie<sup>21</sup>. Z racji skutków zabiegów, często nieodwracalnych, których przedmiotem jest człowiek, wymóg profesjonalizmu, staranności i walorów etycznych lekarza jest zwiększony<sup>22</sup>.

Omawiana profesja w sposób niebudzący wątpliwości wpisuje się w kanon zawodów zaufania publicznego. Unormowania zawarte w art. 17 Konstytucji RP niejako jedyne legitymizują to stwierdzenie. Istotnym w przyporządkowaniu aktywności lekarza do zawodów zaufania publicznego jest charakter podejmowanych przezeń działań. Wiążą się one z intelektualnym wymiarem świadczonej usługi (ustawowo określono wymogi dotyczące wykształcenia i odbycia stażu podyplomowego przez lekarza). Ponadto ce-

---

<sup>20</sup> Uznanie niniejszego kodeksu jako źródła prawa obowiązującego czy quasi-aktu wykonawczego do ustawy o izbach lekarskich wzbudza kontrowersje, które jednak przemawiają przeciwko powyższej klasyfikacji. Rodzi ona spór między innymi w twierdzeniach sędziów Trybunału Konstytucyjnego oraz Rzecznika Praw Obywatelskich. Szerzej na ten temat wypowiedział się J. Wyrębak w: *Kodeks etyki lekarskiej a system prawa*. Państwo i Prawo 2003, 10/30, s. 30 i n. Dalej jako KEL.

<sup>21</sup> Por. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium Vita* (Poznań 1995) porównuje powołanie lekarskie do misji i powołania kapłańskiego, nadając pierwszemu dodatkowe znaczenie w nauce Kościoła katolickiego.

<sup>22</sup> Por.: M. Boratyńska, P. Kniecziak, *Naruszenie zasad ostrożności jako przestępstwo odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza*. Prawo i Medycyna 1999, nr 3.

chę wyróżniającą jest szczególny charakter relacji lekarz–pacjent, niezależność na przykład podczas wyboru przez lekarza metody leczniczej, co uzasadnia szczególną jego odpowiedzialność i jednocześnie podległość korporacji, samorządowi lekarskiemu<sup>23</sup>.

Jak słusznie wskazano<sup>24</sup>, pracę lekarza cechuje „świadczanie pewnej pomocy [...] w sytuacjach zagrożenia dla rozmaitych dóbr”. Gradacja owych dóbr odbywa się za pomocą ogólnospołecznego uznania znajdującego swe potwierdzenie w działaniach ustawodawcy. Ten w sposób wyraźny wyeksponował dobra podlegające szczególnej ochronie. Ochrona ta ma na celu realizowanie określonych, istotnych potrzeb i utrwalonych wartości społecznych. Zawarta w art. 38 Konstytucji RP treść, traktująca o tożsamości biologicznej, pośród wolności i praw osobistych na pierwszym miejscu wskazuje życie każdego człowieka. Rzeczpospolita Polska winna jest tę ochronę w pierwszej kolejności zapewnić. W dalszych unormowaniach ustawy zasadniczej, w art. 68, położono nacisk na prawo do ochrony zdrowia zagwarantowane niezależnie od sytuacji materialnej poszczególnych obywateli.

### Umowa o świadczenie zdrowotne

Z uwagi na wysoką rangę zagrożonych lub raczej ratowanych dóbr między pacjentem a lekarzem powstaje więź silniejsza niż zobowiązanie wykreowane węzłem obligacyjnym, jak miałyby to miejsce przy zawieraniu umowy o świadczenie usługi (wy)leczenia<sup>25</sup>. Nie jest to klasyczny przykład umowy zlecenia, ale jej kon-

---

<sup>23</sup> Pracę lekarzy weryfikuje Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, będący niejako prokuratorem w procesie, który może mieć miejsce przed sądem lekarskim. Rzecznik dokonuje kontroli merytorycznej działań lekarzy wszystkich specjalności, badając, czy dopuszczono się przewinienia zawodowego, co skutkować może odpowiedzialnością korporacyjną.

<sup>24</sup> Por.: P. Sarnecki, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z 29 maja 2001 r.* I CKN 1217/98. Palestra nr 5–6/2002.

<sup>25</sup> Por.: E Łętowska, *Prawo umów konsumenckich*. Warszawa 1999, s. 440 i n.

strukcja odpowiada regulacji art. 750 KC z racji, między innymi, na charakter relacji między podmiotami, opartych na zaufaniu.

Zlecający usługę powierza jej wykonanie danej osobie w zaufaniu do jej umiejętności, kwalifikacji, wiedzy i innych walorów<sup>26</sup>.

Należy w ten sposób pojmować wykonywanie przedmiotu leczenia osobiście przez usługobiorcę, na co wskazuje doktryna<sup>27</sup>.

Z racji szczególnej wiedzy i umiejętności, jakich używa lekarz podczas wykonywania umowy o świadczenie usług medycznych, nazywanej też umową o świadczenie zdrowotne<sup>28</sup>, jest on podmiotem kwalifikowanym – profesjonalistą<sup>29</sup>. Natomiast pacjent zawiera z owym profesjonalistą umowę, która (co do zasady) nie jest dokonywana przez pacjenta w ramach prowadzonej przez niego działalności zawodowej ani gospodarczej<sup>30</sup>. W omawianej relacji występuje on zatem jako konsument. Ze względu na tę asymetrię podmiotów zasada równouprawnienia stron obowiązująca w prawie cywilnym ulega pewnego rodzaju uszczupleniu uwagi na przymusowy charakter położenia, w jakim znalazł się pacjent zwracający się o udzielenie mu świadczenia<sup>31</sup>.

Można jednak dostrzec sytuacje, w których pacjent, korzystając z pomocy lekarza, nie będzie konsumentem w znaczeniu przywo-

---

<sup>26</sup> Por.: K. Kopaczyńska-Pieczniak w: *Komentarz do art. 750 kodeksu cywilnego* (Dz.U. 64.16.93), [w:] Z. Gawlik, A. Janiak, A. Kidyba, K. Kopaczyńska-Pieczniak, G. Kozieł, E. Niezbecka, T. Sokołowski, *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania – część szczególna*. Warszawa 2010.

<sup>27</sup> Por. stanowisko M. Nestorowicza wyrażone w: J. Winiarz, *Kodeks cywilny z komentarzem*, t. II. Warszawa 1989, s. 692; por. również: Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 15 września 2008 r., I ACa 84/08, Apel. Warszawa 2009, nr 2, poz. 14.

<sup>28</sup> Na rozróżnienie terminologiczne pomiędzy umową o świadczenie zdrowotne i umową o świadczenie usług medycznych wskazuje I. Bernatek-Zagula w artykule *Pacjent – konsument czy podopieczny*. *Acta Uniwersytetu Wrocławskiego, Przegląd Prawa i Administracji* 2004, 60, s. 145.

<sup>29</sup> Por.: W. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*. Warszawa 2008, s. 158 i n.

<sup>30</sup> Por. definicję konsumenta zawartą w art. 22<sup>1</sup> KC.

<sup>31</sup> Por. stanowisko przedstawione przez J. Haberko, *Konsumentcki charakter umowy o świadczenie zdrowotne*. *Prawo i Medycyna* 2007, 1, s. 83.



lanej definicji. Nie chodzi jednak o leczenie lekarzy przez swoich kolegów innej specjalności<sup>32</sup>. Jeżeli leczenie pacjenta związane będzie z prowadzoną przez niego działalnością zawodową lub gospodarczą, należy odmówić mu w tym przypadku miana przedsiębiorcy w rozumieniu KC. Zatem, nie przysługuje mu szczególna ochrona, w jaką wyposaża ustawodawca stronę słabszą relacji przedsiębiorca–konsument, by zniwelować zależności faktyczne i ekonomiczne oraz zapewnić równorzędność niniejszych podmiotów. W przypadku gdy lekarz leczy struny głosowe śpiewaka operowego, adwokata, wykładowcy działania chirurga czy foniatry mogą odnosić się do działalności zawodowej lub gospodarczej podmiotu, którego głos jest narzędziem pracy<sup>33</sup>. Wymogiem istnienia umowy konsumenckiej jest zawarcie jej przez określone, kwalifikowane podmioty, zatem nie jest istotny zawód wykonywany przez pacjenta (leczy się lekarza), ale charakter pomocy, jaka może zostać mu udzielona (leczenie „narzędzia pracy” konkretnego pacjenta).

### Staranne działanie a zaufanie publiczne

Ze względu na mnogość czynników<sup>34</sup> wpływających na stan zdrowia, wynik leczenia i samopoczucie pacjenta oraz specyfikę nauk

---

<sup>32</sup> Tytułem przykładu przedstawić można przypadek, w którym lekarz chirurg udaje się do lekarza dentystry w celu leczenia kanałowego zęba. Innym razem dentysta poddaje się zabiegowi chirurgicznemu. W obu przypadkach przedstawiciele białego personelu stają się konsumentami, gdyż poprawa ich stanu zdrowia, ulga w cierpieniu nie odnoszą się bezpośrednio do prowadzonej przez nich działalności zawodowej ani gospodarczej.

<sup>33</sup> Analogicznie wskazać można intensywniejszą niż zazwyczaj rehabilitację sportowców opłacaną przez sponsora zawodów sportowych czy sponsora konkretnego zawodnika, operację plastyczną (rekonstrukcyjną) modelki po uszkodzeniu ciała w wyniku wypadku samochodowego, finansowaną przez jej pracodawcę, gdy kontrakt o współpracę trwać ma kilka lat. W świetle wskazanych przykładów umowa o świadczenie zdrowotne jest swoistą inwestycją pracodawcy, odnoszącą się nie tylko do kategorii zdrowia pracownika, ale jego przydatności i warunków do wykonywania konkretnego zawodu, co jednoznacznie wykracza poza przyjęte granice pojęcia konsumenta.

<sup>34</sup> Por.: T. Tołłoczko, *Błąd lekarza. Spojrzenie klinicysty*. Prawo i Medycyna 2000, 5. Autor artykułu zwraca uwagę na niemożność przewidzenia niektórych powikłań

medycznych podejmowane przez lekarza czynności nie są zobowiązaniem rezultatu, ale starannego działania<sup>35</sup>. Pacjent udając się do gabinetu lekarskiego, jest przeświadczony, że kompetencje i wiedza lekarza są niezbędne czy też wystarczające do poprawy stanu jego zdrowia, a w sytuacjach większego zagrożenia do uratowania, zachowania jego życia. Uzasadnienie tego wyjątkowego zaufania odnaleźć można między innymi w zapewnieniu poufności i dyskrecji dotyczących informacji otrzymanych przez lekarza podczas przeprowadzanego z pacjentem wywiadu. W stosunku pacjent-lekarz współistnieć powinny *postawa zaufania* i *prawo sumienia*<sup>36</sup>. Ustawodawca w treści art. 40 UZL wskazuje na obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Pownowne wskazanie dotyczące obowiązku zachowania wymienionej tajemnicy zawarto w treści art. 23 obowiązującego aktualnie KEL. W ujęciu historycznym posiłkować się można dodatkowo treścią przysięgi Hipokratesa. Lekarzowi przekazywane są wiadomości dotyczące indywidualnych schorzeń badanego, nierzadko powiązanych z informacjami o życiu osobistym czy intymnym. Niewątpliwie stanowią one element jego dóbr osobistych. Podstawą trafnej diagnozy jest prawdziwy i szczerzy (ze strony pacjenta) oraz wnikliwy i precyzyjny (po stronie lekarza) wywiad. Powyższy przykład uzasadnia postrzeganie lekarza jako wykonawcy zawodu zaufania publicznego<sup>37</sup>.

związanych z zabiegiem, przebywaniem w szpitalu. Wymienia pośród nich zakażenia endogenne wywołane florą bakteryjną pacjenta, czynniki zewnętrzne, do których zalicza poziom odporności chorego na zarażenia. Wskazuje też na problem pozbawionych klimatyzacji sal operacyjnych, brak odpowiedniej wentylacji, jakie zauważa w toku codziennej pracy w klinice. Obrazuje on również proces leczenia jako działanie matematyczne. Oczekiwany stan to wyzdrowienie, czyli „ $2 + 2 = 4$ ”. Czasami w praktyce na sali operacyjnej „ $2 + 2 = 0$ ”, pacjent umiera, mimo iż istniały ogromne szanse na jego przeżycie. Występują również sytuacje, gdy medyczne „ $2 + 2 = 3,9999$ ”, czyli następują powikłania niemożliwe do przewidzenia nawet dla posiadacza wiedzy o cechach szczególnych stanu zdrowia konkretnego pacjenta.

<sup>35</sup> Umowa o świadczenie usług medycznych nie jest umową rezultatu. Takie mylne założenie zbliżałoby ją genetycznie do umów łączących elementy umowy o świadczenie usług z elementami umowy o dzieło, stwierdziła K. Kopaczyńska-Pieczniak. Por.: *Komentarz do art. 750 kodeksu cywilnego...*

<sup>36</sup> Por.: Jan Paweł II, op. cit.

<sup>37</sup> Por.: R. Kubiak, *Prawo medyczne*. Warszawa 2010, s. 26 i n.

Poparcia tej tezy doszukiwać się można, jak wspomniano, w unormowaniach art. 17 ustawy zasadniczej, gdzie wskazano, iż tworzyć można samorządy zawodowe zrzeszające przedstawicieli zawodów zaufania publicznego. W środowisku medycznym prężnie funkcjonuje samorząd lekarski. Sprawuje on pieczę nad należytych wykonywaniem zawodu lekarza. Celem tej troski, ale też swoistej kontroli przede wszystkim jest ochrona interesu publicznego, interesu pacjentów i lekarzy oraz starania o jak najwyższą jakość świadczonych usług<sup>38</sup> opartych na aktualnym stanie wiedzy medycznej<sup>39</sup>.

### **Przesłanki udzielenia pomocy przez lekarza (unormowania ustawowe i konstytucyjne oraz wskazania Kodeksu Etyki Lekarskiej)**

Nałożony na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, wyrażony w art. 68 Konstytucji RP, implikuje powinność stworzenia odpowiednich warunków, otoczenia czy zaplecza, przede wszystkim medycznego, technicznego i socjalnego, by te funkcje państwa mogły być w pełni urzeczywistniane. Niezawodny, odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny to fundamentalny filar sprawnie funkcjonującej służby zdrowia i skutecznie leczonych pacjentów.

Obowiązek udzielenia pomocy pacjentowi wyrażony został wprost w art. 30 UZL. Powinność lekarza jest obligatoryjna i nie może być wyłączona przez żadną okoliczność w sytuacji, gdy nie-

---

<sup>38</sup> Na podstawie powyższych akapitów zaklasyfikowano lekarza – świadczeniodawcę usług medycznych jako profesjonalistę zawierającego z pacjentem – konsumentem umowę o świadczenie zdrowotne. Dlatego również na mocy art. 355 § 2 KC można obligować go do należytej staranności uwzględniającej zawodowy charakter działalności polegającej na świadczeniu usług medycznych (świadczeń zdrowotnych).

<sup>39</sup> W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. IV. Kraków 2002.

udzielanie pomocy skutkować mogłoby narażeniem pacjenta w szczególności na niebezpieczeństwo utraty życia, uszczerbek na zdrowiu.

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<sup>40</sup>.

Aktualizacja wskazanego obowiązku zachodzi, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej pociągnąć mogłaby za sobą ryzyko już samego tylko narażenia pacjenta na utratę albo na uszczerplenie dobra, jakim jest jego życie lub zdrowie. Liczy się zatem potencjalna możliwość. Udzielenie pomocy powinno nastąpić bezwzględnie, jeżeli tylko lekarz znajduje się w bezpośrednim zasięgu zdarzenia, na przykład wypadku drogowego. Powyższe rozważania usprawiedliwiają odmowę udzielenia pomocy, jeżeli lekarz wskaże *inną możliwość* jej udzielenia, która to możliwość wiązała się będzie z mniejszymi trudnościami organizacyjnymi. Dotyczyć mogą one czasu niezbędnego, by dotrzeć na miejsce, gdzie zaistniała sytuacja niosąca czasami poważne skutki. Należy również zwrócić uwagę na taką możliwość, w której lekarz z powodu braku specjalistycznego sprzętu zmuszony będzie czekać na przyjazd karetki. Wymóg *niezwłoczności* pomocy lekarskiej ustępuje zatem zasadzie *Primum non nocere*, gdyż istnieją sytuacje, kiedy zaordynowanie odpowiednich leków nie jest możliwe bez użycia dokładnego sprzętu pomiarowego lub aplikacja medykamentów wiązałaby się z ryzykiem, na jakie lekarz nie ma prawa pacjenta narażać. Obowiązek udzielenia pomocy obejmuje *każdy przypadek*, co rozumiane jest w ten sposób, iż udzielić pomocy należy obligatoryjnie bez względu na rolę i charakter obecności lekarza w zdarzeniu związanym z powstałą potrzebą niesienia pomocy zagrożonemu życiu lub zdrowiu<sup>41</sup>. Przysięga Hipokratesa, wskazania deontologiczne oraz przywoły-

<sup>40</sup> Treść art. 30 UZL.

<sup>41</sup> E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*. Warszawa 2008.

wane ustawodawstwo obligują lekarza do podjęcia działań nie tylko podczas szpitalnego dyżuru, przyjmowania pacjentów w ramach prowadzonej praktyki prywatnej, ale w każdej sytuacji życia codziennego. Są to wypadki komunikacyjne, przypadki zasłabnięć, omdleń w środkach transportu publicznego czy podczas imprez masowych, przykładów można byłoby mnożyć wiele<sup>42</sup>, w których lekarz z racji przypadkowości swej obecności w miejscu zdarzenia nie jest lekarze-gwarantem<sup>43</sup>. Nie ciąży na nim prawny szczególnie obowiązek zapobiegnięcia na przykład uszkodzeniu ciała, śmierci, ponieważ nie został on wezwany na miejsce zdarzenia jako na przykład lekarz pogotowia ratunkowego.

Pomoc w omawianym kontekście rozumiana jest jako działanie osobiste lekarza. Najczęściej są to czynności o charakterze doraźnym, gdyż cały proces leczniczy często wymaga zaangażowania większej liczby personelu medycznego, urządzeń, leków, zastosowania rozmaitych technik i terapii w zależności od indywidualnego przypadku. Komentatorzy cytowanego przepisu eliminują zabiegi ratujące życie, gdy stosowane są one u osób chorych i leczonych przewlekłe z katalogu bezwzględnych powinności lekarza przy

---

<sup>42</sup> Lekarz po zakończeniu pracy w ZOZ wracał do domu. Po drodze spostrzegł leżącą na ulicy mężczyznę. Nie dokonując wnikliwych ustaleń, stwierdził, że leżąca osoba jest nieprzytomna w wyniku upojenia alkoholowego. Nie podjął czynności ratunkowych i udał się do domu. Pacjent zmarł w wyniku rozległego zawału mięśnia sercowego, jakiego doznał na chwilę przed upadkiem. Na lekarzu nie spoczywał prawny obowiązek udzielenia pomocy, jak miałyby to miejsce, gdyby mężczyzna zgłosił się do ZOZ i był przyjęty jako pacjent wymienionego lekarza. Lekarz nieumyślnie spowodował śmierć, jednak nie jest możliwe na gruncie KK, by uczynić to przez zaniechanie (nie jest to zatem przestępstwo stypizowane w art. 160 § 1 ani też w formie uprzywilejowanej tego przestępstwa określonego w art. 160 § 3, gdy zachowanie sprawcy jest nieumyślne). Jego czyn w formie zaniechania koresponduje natomiast z treścią art. 162 KK, lekarz nie udzielił pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Z racji naruszenia obowiązku z art. 30 UZL lekarz poniesie dodatkowo odpowiedzialność za przewinienie zawodowe przed sądem lekarskim. Jest to przykład z: R. Kubiak, *Prawo medyczne*. Warszawa 2010, s. 205.

<sup>43</sup> *Ibidem*, s. 203.

udzielaniu pomocy, co budzić może pewne wątpliwości<sup>44</sup>. Istnieje wymóg związku przyczynowego pomiędzy nieudzieleniem pomocy a wystąpieniem określonego niebezpieczeństwa, by można było egzekwować odpowiedzialność niesumiennego lekarza. Istotny jest fakt, iż nie ma znaczenia, czy udzielana przez lekarza pomoc ma szansę być skuteczna. Jego obowiązkiem jest takie działania podjąć. Często może wiązać się to z jedynie (może aż) niesieniem ulgi cierpiącym<sup>45</sup>. Powyższą treść wyraża art. 2 KEL, traktujący o powołaniu lekarza do jak najpełniejszego urzeczywistnienia dobra chorego. Wymienione postulaty utwierdzać mogą w przekonaniu, iż *salus aegroti suprema lex esto*, ale czy rzeczywiście to właśnie zdrowie jest najwyższym prawem?

### Legitymizacja nieudzielenia pomocy przez lekarza

U progu XXI w. zdecydowanie większą popularnością cieszy się stwierdzenie *voluntas aegroti suprema lex esto*<sup>46</sup>. Afirmacja paternalistycznej niejako pozycji lekarza w stosunku do „swojego” pacjenta lansowana była w kodyfikacjach deontologicznych przełomu

<sup>44</sup> E. Barcikowska-Szydło, M. Kapko, K. Majcher, W. Preiss, K. Sakowski, E. Zielińska, op. cit.

<sup>45</sup> Lekarz ponosi odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy, nawet gdyby jej udzielenie i tak nie przyniosło oczekiwanego efektu. Ilustruje to następujący przykład: lekarz pracujący w wiejskim ośrodku zdrowia został wezwany do czteroletniego dziecka, które uległo poważnemu poparzeniu. Odmówił jednak udania się do domu pacjenta odległego o kilka kilometrów. Uzasadniał swoją decyzję brakiem paliwa w samochodzie, nie chciał jednak skorzystać z propozycji zawiezienia furgonką. Następnego dnia dziecko zmarło. W postępowaniu sądowym ustalono, iż stopień oparzeń był tak poważny, że ewentualna pomoc nie byłaby skuteczna. Mimo to jednak lekarz został skazany za jej nieudzielenie. Sąd argumentował bowiem, iż zaniechanie lekarza spowodowało niepotrzebne cierpienia dziecka. Opis przypadku zamieszczonego w: A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*. Warszawa 1988, s. 41.

<sup>46</sup> Por. treść orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. o sygn.: III CK 155/05, opublikowane w OSNC nr 2006/7-8, poz. 137.

XIX i XX w. Współcześnie jawią się one już jedynie jako historyczne tło porównawcze, a nie jako rzeczywistość prawna, w której przyszło się nam poruszać. Zdrowie przestaje być prawem najwyższym, staje się nim wola pacjenta. Jego wola do samostanowienia we współczesnej doktrynie nabiera szczególnego znaczenia z uwagi na fakt, iż jest czynnikiem warunkującym legalność działań zabiegów lekarskich<sup>47</sup>.

Obawa o godzenie w autonomię woli pacjenta znalazło swoje odzwierciedlenie w art. 192 KK<sup>48</sup>. Podniesiono w nim, iż wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta pociąga za sobą odpowiedzialność karną usankcjonowaną w tymże przepisie. Nieistotny jest sam rezultat bezprawnego działania. Jest to bowiem przestępstwo formalne, zatem skutek nie jest jego znamieniem. Ustawodawca umieścił niniejszy artykuł w rozdziale XXV KK, czyli pośród przestępstw przeciwko wolności. Przedmiotem ochrony jest więc autonomia woli pacjenta w kwestii stanowienia o poddaniu się zabiegowi, leczeniu albo odmowy udzielenia zgody, nawet gdyby decyzja ta skutkowałą dla chorego negatywnymi konsekwencjami. Szacunek prawodawcy do woli jednostki przełamuje troskę o dobro wysoko cenione, jakim jest zdrowie<sup>49</sup>. Penalizowane są w konsekwencji ewentualne nadużycia „dla dobra” pacjenta odmawiającego udzielenia zgody na hospitalizację. Prawo w sytuacji kolizji dwóch

<sup>47</sup> Por. art. 32 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz E. Barcikowska-Szydło, op. cit.

<sup>48</sup> Art. 192 KK 1. Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch. 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

<sup>49</sup> Godność człowieka wysłowiona w art. 30 Konstytucji RP jest nienaruszalna, a jej poszanowanie jest obowiązkiem władz publicznych. Zakaz naruszania oraz obowiązek poszanowania godności ludzkiej pozostają w logicznym związku, na co wskazał B. Mathieu, *Znaczenie i zasady poszanowania godności i jej zastosowanie w dziedzinie etyki biomedycznej w prawie francuskim*, [w:] K. Complak (red.), *Godność człowieka jako kategoria prawna*. Wrocław 2001, s. 259. Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka jest źródłem przysługujących mu praw i wolności skutecznych *erga omnes*, bez względu na altruistyczną motywację lekarza niosącego pomoc pacjentowi.

dóbr – zdrowia człowieka i jego wolności przyznaje prymat ochronie wolności. Aktualizacja odpowiedzialności karnej lekarza dotyczy umyślności, zatem świadomości braku zgody pacjenta na proponowany zabieg, leczenie, metodę terapeutyczną. By mówić o przestępstwie w działaniu białego personelu, istnieć musi zamiar bezpośredni – „lekarz *chce*” albo tylko ewentualny – „lekarz *godzi się*”.

Obok braku wyrażenia zgody na udzielenie pomocy poprzez na przykład wykonanie określonego badania, drugą przesłanką usprawiedliwiającą nieudzielenie pomocy przez lekarza jest brak zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Nie rodzi odpowiedzialności zaniechanie udzielenia pomocy przez lekarza, gdy zwłoka w udzieleniu tej pomocy nie spowoduje niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, wskazuje art. 30 UZL. Zachowaniu lekarza nie można przypisać bezprawności. W myśl obowiązującego go ustawodawstwa działa on *lege artis*. Z drugiej jednak strony wystarczy, by zwłoka w udzieleniu pomocy pacjentowi mogła w sposób *jedynie pośredni* przyczynić się do narażenia na niebezpieczeństwo życia lub zdrowia. Należy zatem odnieść się ze szczególną ostrożnością oraz precyzją w interpretowaniu i stosowaniu tego przepisu. Stwarza on bowiem możliwość do polemiki, której skutki z racji na wagę kodyfikowanej materii mogą, bez względu później na rozbieżną linię powstającego orzecznictwa, być nieodwracalne.

### Uwagi końcowe

Lekarze i pacjenci prócz zajmowanych stanowisk i pełnionych ról społecznych są nie tylko obywatelami, ale przede wszystkim ludźmi. Brak posłuchu dla prawa pozytywnego wywołuje przewidziane przez ustawodawcę konsekwencje. Co dzieje się w sytuacji naruszenia norm moralnych, dobrych praktyk czy zasad ludzkiej przyzwoitości? Antagonizmy i uprzedzenia nie sprzyjają współpracy w sytuacjach podwyższonego stresu czy ryzyka, w okolicznościach pewnego zagrożenia życia lub zdrowia. W takich bowiem



stanach najczęściej pacjent szuka pomocy u lekarza. Należyta uwaga i wzajemny szacunek powinny zawsze towarzyszyć relacji lekarz–pacjent, by w pełni mógł być urzeczywistniany postulat dobra pacjenta. Rodzaj panującej atmosfery i stopień zaufania między podmiotami procesu leczenia w znacznej mierze przyczynić się mogą między innymi do poziomu szczegółowości przeprowadzanego wywiadu o stanie zdrowia i w rezultacie do skuteczności leczenia.

Na dehumanizację relacji lekarz–pacjent z niepokojem wskazuje środowisko lekarskie. Rzecznicy Praw Lekarzy mają wyjaśniać spory zaistniałe na gruncie wspomnianego stosunku, chronić dobra osobiste białego personelu nie tylko przed naruszeniami ze strony pacjentów, ale coraz częściej mediów publikujących nierzetelny materiał prasowy<sup>50</sup>.

Niebezpieczeństwo jakie zagrażać może medycynie i chorym ze strony prawników polega na doprowadzeniu do sytuacji, w której lekarz będzie zmuszony zastanawiać się jak w całym złożonym procesie leczenia obarczonego najwyższym ryzykiem chorego w pierwszym rzędzie ratować siebie samego przed niezrozumieniem i brakiem lekarskiej intuicji prawników<sup>51</sup>.

Szczególnie w sytuacji niepowodzenia w leczeniu takt i rozważa obu stron stwarzają możliwość nawiązania nici porozumienia. Gdy droga sądowa pozornie jawi się jako ostateczność, należy pamiętać, że nie zawsze jest ona jedynym wyjściem z sytuacji.

Gdzie zatem leży granica zdroworozsądkowej odpowiedzialności lekarza za niepowodzenie w leczeniu w kontekście obserwowanej ewolucji relacji lekarz–pacjent? Obszerny dorobek legislacyjny normuje omawianą materię, poglądy, doktryny wyznaczają trendy interpretacyjne, opierając się na których, pacjent postrzegany jest jako podmiot, nie zaś przedmiot badań lekarskich. Tworzone prawo

---

<sup>50</sup> Problem ten wskazuje K. Turek-Fornelska, członek Krakowskiej Izby Lekarskiej, która w 2009 r. po raz pierwszy powołała instytucję Rzecznika Praw Lekarzy.

<sup>51</sup> Stwierdził T. Tołłoczko w: *Błąd lekarski. Spojrzenie klinicysty*. Prawo i Medycyna 2000, 5, s. 57.

modeluje zastaną rzeczywistość o tyle, o ile jest racjonalnie stosowane. Postulat rzetelnej interpretacji w odniesieniu do konkretnego przypadku bez popadania w drobiazgową kazuistykę nadal jest trudny do osiągnięcia. Dlatego ponad prawem pozytywnym uznać należy słusność nieskodyfikowanych zasad rzetelności, uczciwości i zdrowego rozsądku zarówno po stronie pacjentów<sup>52</sup>, jak i lekarzy<sup>53</sup>.

Medycyna nie jest dziedziną spełniania życzeń, zatem lekarz mający wiedzę o konsekwencjach zdrowotnych oraz wzrastającą świadomość konsekwencji prawnych swojego działania podejmie jedynie te zasadne z medycznego punktu widzenia. Z uwagi na szczególną odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta nie można przypisywać lekarzowi roli uzdrowiciela czy rzemieślnika biegłego w swym rzemiośle, wykonującego powierzone czynności. Konsument nie zleca osiągnięcia konkretnego efektu, wyleczenia, nie zamawia dobrostanu pojmowanego nie tylko jako brak choroby, ale również samopoczucie o konkretnej jakości<sup>54</sup>. Tego żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować.

---

<sup>52</sup> Ważne, by zawsze pamiętać, iż każdy pacjent jest chorym człowiekiem, a nie tylko „nośnikiem choroby”, stwierdza J. Szpara w: *Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem*. Prawo i Medycyna 1999, 4, s. 138.

<sup>53</sup> „Lekarz nie jest sprzedawcą usług medycznych na rynku, ale działa niezależnie”, stwierdziła J. Haberko, op. cit.

<sup>54</sup> Por. definicja zdrowia podana przez Światową Organizację Zdrowia w dokumencie przyjętym przezeń w czasie 54. Światowego Zgromadzenia na rzecz Zdrowia (World Health Assembly) w 2001 r.