

Jerzy Sawicki

Granice opieki lekarskiej : (na marginesie orzeczeń Sądu Najwyższego)

Palestra 8/10(82), 49-60

1964

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Granice opieki lekarskiej (Na marginesie orzeczeń Sądu Najwyższego)

I.

Odpowiedź na pytanie, kiedy lekarz nie może odmówić wezwaniu do udzielenia pomocy i jest obowiązany podjąć leczenie — jest już z punktu widzenia deontologicznego dostatecznie trudna.

W drugiej połowie XIX wieku powstaje nowy rodzaj obowiązków prawnych, za niespełnienie których grozi sankcja karna. Należy do nich przede wszystkim obowiązek niesienia pomocy osobom znajdującym się w stanie niebezpieczeństwa. Sankcję tę — bez względu na różne sformułowania ustawodawcze — odniosły zarówno judykatura, jak i doktryna również do lekarza. W ten sposób problemy związane z tym obowiązkiem lekarskim też znalazły się w polu działania prawa karnego.

Poczynają one nabierać szczególnej aktualności z chwilą upowszechnienia służby zdrowia i rozwoju bezpłatnej opieki lekarskiej. W związku z tą ewolucją konsekwencje niespełnienia obowiązku leczenia, grożące pewnej kategorii lekarzy, są nawet znacznie poważniejsze niż odpowiedzialność za formalne przestępstwo wynikające z zaniechania niesienia pomocy, przewidziane w art. 247 k.k.¹

Trudniejsze i bardziej skomplikowane jest zagadnienie zakresu i granic tego obowiązku. Dotyczy ono zresztą nie tylko lekarza wezwanego do wypadku nagłego, w którym grozi utrata życia lub niebezpieczeństwo kalectwa; odnosi się to odpowiednio zarówno do pacjenta hospitalizowanego, jak i do chorego pozostającego w otwartym lecznictwie pod opieką lekarza.

Sytuacje konkretne, w których problem ten występuje, mogą być najrozmaitsze. Oto kilka przykładów:

- a) Lekarz pogotowia lub inny lekarz wezwany do nagłego wypadku uważa, że chory musi być natychmiast przewieziony do szpitala. Pacjent nie chce opuścić swego domu i nie wyraża zgody na przewiezienie do lecznicy.
- b) Chory, który znajduje się już w szpitalu, nie godzi się na zabieg operacyjny, uważany przez lekarza za absolutnie konieczny.
- c) Chory, pozostając pod opieką lekarza w lecznictwie otwartym, nie stosuje się do terapii przez niego przepisanej. Podobnie może się zachować pacjent przebywający w szpitalu.

Trzeba zwrócić w tym miejscu uwagę na to, że w wypadkach, kiedy opieka lekarska opiera się na prawno-prywatnej umowie, tego rodzaju sytuacje powstają raczej rzadko. Pacjent wybiera lekarza na ogół po to, żeby stosować się do jego porad, bo przecież za te porady płaci. Jeżeli zaś nie zamierza go słuchać, to przestaje się u niego leczyć i w ten sposób rozwiązuje umowę. Dla tych wyjątkowych

¹ Por. J. Sawicki: Przymus leczenia i eksperyment lekarski, 1964.

sytuacji, kiedy pacjent nie stosuje się do otrzymanych zleceń, ustawa o zawodzie lekarza z r. 1950 przewiduje w art. 22 prawo odstąpienia przez lekarza od leczenia chorego po uprzednim zawiadomieniu o tym samego pacjenta lub osoby, która się faktycznie nim opiekuje. Prawo to jednak jest ograniczone klauzulą zawartą w art. 12 cyt. ustawy, zgodnie z którą nie wolno lekarzowi zaprzestać opieki mimo niestosowania się pacjenta do jego zaleceń, jeżeli pozostawienie bez opieki mogłoby spowodować utratę życia lub kalectwo. Jednakże nawet w wypadku groźby śmierci lub kalectwa może lekarz odstąpić od dalszego leczenia, jeżeli praktycznie jest możliwe niezwłoczne uzyskanie pomocy lekarskiej przez stację pogotowia ratunkowego lub inną instytucję przeznaczoną do udzielania pomocy lekarskiej.

Praktycznie więc biorąc, lekarz opiekujący się chorym na podstawie umowy prywatno-prawnej rzadko będzie w sytuacji narzucającego się samarytanina². Ale również i tu, ze względu na ograniczające zastrzeżenie ustawy, może powstać pytanie, jak się ma zachować lekarz, jeżeli na zasadzie art. 22 i 12 ustawy o zawodzie lekarza musi się mimo wszystko nadal opiekować nie stosującym się do jego wskazań pacjentem.³ Do czego ograniczają się wówczas obowiązki lekarza? Według jakich mierników należy oceniać wypełnianie jego obowiązków?

II

Dotknęliśmy tym samym kilku pytań, na które jednak o wiele częściej wypada dawać odpowiedzi lekarzom zatrudnionym w społecznej służbie zdrowia, w tym również lekarzom pogotowia doraźnej pomocy lekarskiej. Ich bowiem, jako działających nie z wyboru pacjenta, ale z tytułu swych obowiązków służbowych, pacjent sam zwolnić od leczenia nie może. A oni sami też nie mogą odstąpić od leczenia chorego, który uparczywie nie stosuje się do otrzymanych zaleceń.

Jak więc pogodzić w takim wypadku obowiązek lekarza kontynuowania opieki z jego obowiązkiem stosowania się do zasad wiedzy lekarskiej?

Zajść tu mogą różne sytuacje. Do najbardziej częstych, niemal że typowych, zaliczyć należy wypadek, kiedy lekarz pogotowia zaleca przewiezienie do szpitala, na co pacjent nie chce się zgodzić. Motywy, jakimi się kieruje chory, nie mają dla prawnej oceny zachowania się lekarza zasadniczego znaczenia. Jest oczywiście zrozumiałe, że chodzi tu o pacjenta przytomnego, zdolnego do podjęcia takiej decyzji albo też o decyzję osoby upoważnionej do tego w imieniu małoletniego lub nieprzytomnego.

Cóż ma robić lekarz, kiedy mimo perswazji i wyjaśnień uparty chory pozostaje przy swoim, a rodzaj choroby nie upoważnia w myśl przepisów do zastosowania przymusu.⁴

Jeżeli według zasad sztuki lekarskiej istnieje możliwość stosowania leczenia,

² Pogląd ten ukształtował się, jeśli chodzi o tzw. „prywatnych pacjentów”, na podstawie wielowiekowej tradycji i zasadniczych wątpliwości nie budzi.

Por. G. Schulz: *Der Arzt vor dem Richter*, 1962, str. 51; L. Kornprobst: *Contrat des soins medicaux*, 1960, str. 48; E. Benzo: *La responsabilidad profesional del medico*, 1944, str. 310, 312.

³ Nawet dla warunków amerykańskich, gdzie stosunek oparty na umowie prywatno-prawnej jest najbardziej typowy, powstaje pytanie, kiedy lekarz przez zaniechanie dalszego leczenia dopuszcza się tzw. *abandonment* (porzucenia) *which is actionable*. Por. A. McCoid: *The care required of medical practitioners*, 1960, str. 20.

⁴ Co do rodzaju (w wyjątkowych wypadkach) kroków przymusowych por. B. Popielski: *Medycyna i prawo*, 1963, str. 300 i nast.

choćby mniej skutecznego, także w warunkach domowych, to lekarz powinien się ograniczyć do tego rodzaju zabiegów. Wszystko zatem, co z punktu widzenia lekarskiego w tych ograniczonych wola pacjenta warunkach nie narusza zasad wiedzy medycznej, może być i powinno być dokonane.

Dokonywanie jednak w warunkach domowych zabiegów, które można przeprowadzić tylko w szpitalu lub przez lekarza specjalistę, może być uznane za bezprawne i — w zależności od konsekwencji — kwalifikowane jako przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu. Jeżeli natomiast z punktu widzenia medycznego (co będzie może rzadkością) żaden użyty środek lub żadna stosowana metoda leczenia w warunkach pozaszpitalnych nie będą zgodne z wiedzą medyczną, to lekarz powinien się powstrzymać od dokonania jakiegokolwiek zabiegu. Lekarz musi się wtedy ograniczyć wyłącznie do wpływania na chorego, by zmienił swe nastawienie. Za zaniechanie opieki oraz za wszelkie konsekwencje z tym związane lekarz — rzecz jasna — nie odpowiada. Wielokrotnie zwracano na to uwagę zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie sądowym.

Mimo kilku stworzonych przez prawo możliwości pozwalających w jakiś sposób narzucić pacjentowi wolę leczącego oraz mimo pewnych wahań w zapatrywaniach na to zagadnienie, podstawową zasadą, którą powinien się kierować lekarz, pozostaje chyba nadal szacunek dla prawa pacjenta do decydowania o swym losie.

Musi się bowiem pozostawić jednostce nie tylko decyzję o tym, czy godzi się na poniesienie ryzyka związanego w jakiś sposób z wszelkimi zabiegami, ale nawet pełną swobodę co do powzięcia postanowienia, czy chce w ogóle powrócić do zdrowia. Człowiek może mieć poważne powody, by nie zwalczać choroby, by nie łągodzić jej skutków lub — po prostu — by nie zdobywać się na ofiarę związaną z walką o powrót do zdrowia.

P. Bockelmann, jeśli chodzi o autonomię jednostki, w jednej z prac stwierdza wręcz, co następuje: „Choćby nawet przesłanki, z powodu których człowiek będzie się wahał postąpić zgodnie z zaleceniem lekarza, były nieprzekonywające, należy jego postanowienie uszanować (...). Lekarz nie może sobie arogować prawa znuszania chorego do poddania się określonemu zabiegowi wbrew jego woli, choćby postanowienie pacjenta było nierozsądne lub lekkomyślne.”⁵

Należy tu zaznaczyć, że nasz Sąd Najwyższy wypowiedział się już w tego rodzaju sprawach. Chodziło mianowicie o sytuację, kiedy pacjent, wezwawszy lekarza pogotowia, odmówił udania się do szpitala mimo stanowczego zalecenia i wielokrotnych nalegań lekarza w związku z postawioną diagnozą.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10.I.1964 roku (III K 131/63) czytamy na interesujący nas temat:

„Nie można podzielić stanowiska Sądu Wojewódzkiego co do tego, że oskarżona P. dopuściła się występku z art. 242 § 3 dlatego, że nie wymogła na C. poddania się leczeniu szpitalnemu, ograniczając się do zapisania antybiotyków i środków naskurczowych oraz do wypisania skierowania do szpitala, jak również dlatego, że pozostawiła chorą bez ścisłej i czujnej opieki lekarskiej.

Błędny jest pogląd Sądu Wojewódzkiego, że oskarżona była obowiązana wymóc na C. natychmiastowe poddanie się leczeniu szpitalnemu. Skoro oskarżona wypisała skierowanie do szpitala i uprzedziła pacjentkę o groźnych skutkach dla jej zdrowia w razie niepoddania się leczeniu szpitalnemu, to tym samym spełniła

⁵ Por. P. Bockelmann: *Rechtliche Grundlagen und rechtliche Grenzen der Aufklärungspflicht* — w *Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie*, 1961, str. 856.

swoje zadanie lekarza, i trudno wymagać, by oskarżona używała jakiegos przymusu wobec pacjentki, która odmawiała takiego leczenia (...).

Lekarz chciał dać pacjentce warunki szpitalne, dając skierowanie, lecz jeśli pacjentka nie chciała iść do szpitala, to lekarz jest bezsilny. Postawa oskarżonej P. w przekazywaniu C. do szpitala była zdecydowana i stanowcza. Gdyby zając stanowisko, że w takiej sytuacji wystarczy niepójście chorego do szpitala, aby zobowiązać lekarza do pilnowania chorego w domu, to zawód lekarza nie mógłby być wykonywany. Ryzyko niepójścia do szpitala nie może być przerzucone z chorego na lekarza, skoro decyduje o tym chory wbrew woli lekarza."

III

Słuszność tezy o zakreślonych wyżej granicach opieki lekarskiej w sytuacji, kiedy pełnoletni i przytomny chory odmawia zgody na udanie się do szpitala, potwierdza pośrednio art. 39 rozp. Prez. R.P. z dnia 22.III.1928 r. (Dz. U. Nr 38, poz. 383 z późn. zmianami).

Gdyby stanąć nawet na stanowisku, że można i trzeba w każdym — nie tylko w wyjątkowym, przewidzianym przez ustawę — wypadku stosować przymus i doprowadzić chorego wbrew jego życzeniu do szpitala, to korzyści stąd wynikłej dla dalszego leczenia i tak nie będzie wcale, jeżeli pacjent nie zmieni zdania.

Jeżeli chory nie zgadza się na operację uznaną za konieczną albo gdy nie stosuje się do regulaminu szpitalnego, to można go co najwyżej wypisać, wyjąwszy wypadki, gdy wypisanie zagraża bezpieczeństwu chorego lub otoczenia.

Tak więc w szpitalu lekarz też będzie bezsilny, jeśli chodzi o dokonanie operacji lub stosowanie środków czy metod leczniczych, którym chory nie chce się poddać.

Nie dość tego. Jeżeli chory na własne żądanie chce się wypisać ze szpitala, to lekarz nie może go wbrew jego woli zatrzymać w zakładzie leczniczym. Jego prawny obowiązek opieki ogranicza się tylko do „zwrócenia uwagi na możliwe niekorzystne skutki” wypisania ze szpitala, o czym powinien on zaznaczyć w „historii choroby” (art. 39 ust. 3 cyt. rozp. Prez. R.P.).

Nie dotyczy to oczywiście wypadków, kiedy ustawa przewiduje dopuszczalność stosowania przymusu.

Jeśli choremu grozi niebezpieczeństwo w razie wypisania ze szpitala, lekarzowi nie pozostaje nic innego jak stosowanie takich środków leczniczych lub metod leczniczych, na które się zgadza pacjent — pod warunkiem że będą one odpowiadać wymaganiom wiedzy medycznej, choć co do swej skuteczności uznane są za mniej dobre. Jeżeli innymi środkami lub metodami (poza tymi, na które się pacjent nie zgadza) wiedza medyczna nie rozporządza, to bezczynność lekarza wobec chorego przebywającego w szpitalu nie może być mu poczytywana za naruszenie obowiązku.⁶

⁶ Por. S. Popower: Hasło „Lekarz” w Encykl. Prawa Karnego, 1938. s. 830. W tym samym duchu wypowiedzieli się Sośniak, Cyprian, Aslanowicz i Marowski. Por.: M. Sośniak: Znaczenie zgody uprawnionego w zakresie cywilnej odpowiedzialności, 1949, str. 159; T. Cyprian, P. Aslanowicz: Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza, 1949, str. 24; J. Marowski: Niektóre zagadnienia zgody na naruszenie nietykalności cielesnej przez lekarza i cyt. tam orzec. S. N. z dnia 4.II.1960 r. 4 CR 991/59 („Nowe Prawo” nr 7, 1961).

Znamienne i niewątpliwie podyktowane pełną humanizmu troską o prawa jednostki jest następujące oświadczenie Zarządu Głównego Tow. Chirurgów Polskich z dnia 2 kwietnia 1962 r.:

„Tocząca się na łamach prasy dyskusja w sprawie stosowania sankcji i przymusu w stosunku do chorych, u których istnieją wskazania do leczenia operacyjnego, jest ze szcze-

„Nie należy i nie wolno nikogo uszczęśliwiać wbrew jego woli. Prawo nikomu nie zabrania umrzeć czy chorować. Państwo daje jednostce możliwość ratowania się, ale do tego nie zmusza (...). Uszczęśliwianie wbrew woli nie jest w zasadzie zadaniem lekarza.”⁷

IV

Sąd Najwyższy zajmował się również dalszym zagadnieniem związanym pośrednio z tego rodzaju sytuacją. Jest ono aktualne i ma duże znaczenie praktyczne.

Przepisy o zakładach leczniczych (art. 39 rozp. Prez. R.P. z 1928 r. oraz rozporządzenia wykonawcze wydane na podstawie ustawy o zawodzie lekarza z r. 1950 — Dz. U. Nr 50, poz. 458 z dalszymi zmianami) przewidują często obowiązek zachowania pewnych formalności w razie odmowy zastosowania się do zaleceń lekarskich. Mogą to być powinności różne, jak np. obowiązek zaznaczenia w protokole o dokonaniu odpowiedniego uprzedzenia chorego i jego odmowie, obowiązek prowadzenia historii choroby, książki ambulatoryjnej, rejestru itp.

Powstaje pytanie, czy samo niedopełnienie tych formalności przez lekarza stanowi przestępstwo?

Nie wydaje się, by tego rodzaju uchybienie formalne stwarzało podstawę do pociągnięcia sprawy do odpowiedzialności karnej za jakiegokolwiek przestępstwo, w tym również za urzędnicze.

Abstrahując już od podkreślanej wielokrotnie i w doktrynie, i w judykaturze wątpliwości,⁸ czy lekarz za swe czynności czysto lecznicze może w ogóle odpowiadać na podstawie przepisu o przestępstwach urzędniczych, trzeba stwierdzić, że o prawnokarnej ocenie czynu lekarza powinna decydować wyłącznie merytoryczna strona jego postępowania. To musi być moment rozstrzygający — niezależnie oczywiście od skutków służbowych i dyscyplinarnych, jakie zaniechanie nakazanych formalności może za sobą pociągnąć. Dla dziedziny pokrewnej, a częściowo nawet zbieżnej z zabiegiem leczniczym, bo przerwaniem ciąży (np. wskutek wskazań lekarskich), ustaliło się już od lat podobne kwalifikowanie uchybień formalnych.

Na tle uchylonego obecnie art. 233 k.k. w związku z art. 12 rozp. Prez. R. P. z 25.IX.1932 r. powstało identyczne pytanie co do rodzaju odpowiedzialności lekarza za niedotrzymanie przepisanych wymagań formalnych.

Również po wydaniu ustawy z dnia 27.IV.1956 r. o warunkach dopuszczalności

gólną uwagą obserwowana przez ogół chirurgów polskich. Stała się ona również przedmiotem rozważań Zarządu Głównego Tow. Chir. Pol. dnia 9.4.1962 r. w Warszawie. Uważamy, że głos chirurgów w tak niezwykle bliskiej im sprawie obok opinii rozważnych prawników i lekarzy, reprezentujących inne dyscypliny, winien mieć szczególną wartość. Zagadnienie operacji chorych psychicznie oraz nieprzytomnych jest właściwie uregulowane przez odpowiednie przepisy prawne. W przypadkach braku zgody rodziców lub opiekunów chorego dziecka, któremu doraźnie grozi niebezpieczeństwo życia, znane są drogi postępowania, oparte o współpracę lekarza i organów sądowych. Chirurgi polscy, biorąc pod uwagę podstawowe prawa jednostki decydowania o swym losie, uzależniając konieczność oparcia decyzji co do wykonania operacji na pełni wzajemnego zaufania chorego i lekarza, sprzeciwiają się wprowadzeniu jakichkolwiek form przymusu operacyjnego” (por. „Polski Przegląd Chirurgiczny”, 1962, str. 668).

Por. bardzo charakterystyczną wymianę poglądów w doktrynie włoskiej: F. Intronà: La responsabilità professionale nell'esercizio delle arti sanitarie, 1955, str. 214. Przytacza on również zdania odmienne.

⁷ Por. S. Popower: Hasło „Lekarz” w Encykl. Prawa Karnego, 1938, s. 820.

⁸ Por. J. Sawicki: l.c., str. 26 oraz glosa K. Czajkowskiego do orzeczeń S.N. VI KO 13/61 (ogł. w OSPiKA nr 7—8/61, str. 467).

przerwywania ciąży stało się ono aktualne. Budziło w praktyce wątpliwości następujące zagadnienie:

Czy lekarz, który dokonał zabiegu przerwania ciąży, odpowiada karnie, gdy uprzednio nie wypełnił formalności wymaganych przez ustawę lub przez rozporządzenia na jej podstawie wydane? Innymi słowy — czy odpowiada karnie z chwilą, gdy przystąpił do zabiegu, mimo że nie zostało mu przedstawione orzeczenie lekarskie przemawiające za przerwaniem ciąży, czy też przeciwnie, może być pociągnięty do odpowiedzialności dopiero wówczas, gdy zostanie ustalone, że dokonał zabiegu pomimo faktycznego braku warunków przewidzianych w art. 1 powołanej ustawy, tj. wymienionych tam wskazań.

Sąd Najwyższy zajął słuszne m. zd. stanowisko, że o odpowiedzialności karnej lekarza z art. 4 cytowanej ustawy decyduje wyłącznie rzeczywisty brak wskazań przewidzianych w art. 1, a nie pominięcie formalności przewidzianych w art. 2 lub w rozporządzeniach wykonawczych na tej podstawie wydanych.

W orzeczeniu z dnia 10.IX.1959 r. (VI KO 2079/59) Sąd Najwyższy stwierdził, co następuje: „Odpowiedzialności karnej na podstawie art. 4 ustawy o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży podlega osoba, która dokonuje zabiegu przerwania ciąży za zgodą kobiety ciężarnej, nie będąc lekarzem, albo gdy zabiegu dokonuje lekarz z naruszeniem warunków wymienionych w art. 1 powołanej ustawy. Naruszenie zasad wyrażonych w art. 2 tejże ustawy (lub w aktach normatywnych na podstawie tego przepisu wydanych) nie uzasadnia odpowiedzialności karnej, jeżeli zachodzą warunki, o których mówi art. 1”.

Słuszność tego poglądu wynika nie tylko z dosłownego brzmienia przepisu karnego zawartego w art. 4, który przewiduje sankcję za dokonanie przerwania ciąży za zgodą kobiety ciężarnej tylko wbrew przepisom art. 1, a nie w wypadku naruszenia trybu postępowania i formalności określonych w art. 2 cyt. ustawy, lecz również z niewielkiego znaczenia, jakie ustawa zdaje się przywiązywać do tych formalności. Nie wyłącza to oczywiście w takim wypadku ewentualnej odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarza.

Z drugiej strony, jeśli lekarzowi przedstawiono wszelkie potrzebne przewidziane w artykule 2 dowody formalne, a zdoła mu się wykazać, że był on świadom, iż nie zachodzi faktycznie żadne ze wskazań przewidzianych w art. 1 to może on być pociągnięty do odpowiedzialności karnej z art. 4 cyt. ustawy.⁹ Decyduje bowiem rzeczywisty stan rzeczy, a nie zachowanie formalności mających w gruncie rzeczy na celu ułatwienie dowodu w razie powstania wątpliwości lub podejrzeń co do nadużyć ze strony lekarza.¹⁰

Niedopełnienie formalności — poza ewentualnymi konsekwencjami dyscyplinar-

⁹ Por. OSPiKA nr 3/1960, poz. 80 z glosą H. Rajzmana, która kwestionuje powyższą uchwałę.

Por. też H. Wolińska: Przerwanie ciąży w świetle prawa karnego, 1962, str. 31. Podziela ona opinię tu wyrażoną. „Sąd wniosek — pisze ona — że „(...) jedynie naruszenie merytorycznej dyspozycji (a nie przepisów o charakterze formalnym, dotyczących zaświadczeń, orzeczeń, itp.) pociąga za sobą odpowiedzialność karną”.

¹⁰ Por. J. Sawicki: Z problematyki lekarskiej w polskim prawie karnym w uzupełnieniu do książki Glanville Williams: Świętość życia a prawo karne, 1960, str. 350.

Na podobnym stanowisku stanął też Sąd Najwyższy poprzednio. Por. Tezy Izby Karnej Sądu Najwyższego w „Państwie i Prawie” z r. 1949, str. 153: „W wypadku gdy lekarzowi zarzucono dokonanie występku z art. 232 k.k., a zasłania się on przepisem art. 233 lit. a) k.k., należy ustalić, czy spędzenie płodu było konieczne ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej, a to przez przedstawienie odpowiednich dowodów. Polskiemu procesowi karnemu jest obca teoria dowodów formalnych, wobec czego zaświadczenia nie mogą stanowić *conditio sine qua non* stosowania art. 233 lit. a k.k.”.

nymi — powoduje jeszcze i tę niedogodność dla lekarza, że będzie on miał pozycję bardziej trudną w razie ścigania. Nie wydaje się jednak, żeby „niedopełnienie formalności” mogło pociągnąć za sobą odpowiedzialność karną z art. 286 k.k.

Jednakże jeśli chodzi o formalności obowiązujące lekarzy pogotowia w stosunku do chorych wymagających leczenia szpitalnego, to Sąd Najwyższy stanął — niestety — na innym stanowisku (orzeczenie z dnia 17.VI.1963 r. II K 1129/60). Stan faktyczny w tej sprawie przedstawiał się następująco:

R. T. jako lekarz stacji pogotowia ratunkowego został wezwany do chorej, której stan wymagał, jego zdaniem, leczenia szpitalnego. Z tego powodu namawiał on pacjentkę na leczenie szpitalne, skierowania jednak do szpitala nie dał jej tylko dlatego, że uległ jej prośbom. Pokrzywdzona bowiem prosiła go, by leczył ją w domu, gdyż nie ma przy kim zostawić swego małego dziecka.

Sąd Najwyższy stwierdził, co następuje:

„Te wyjaśnienia oskarżonego nie usprawiedliwiają go wobec treści przepisów Regulaminu Pracy Lekarza Stacji Pogotowia Ratunkowego (zał. Nr 2 do instrukcji Nr 2/53 Ministra Zdrowia), według których lekarz pogotowia w razie odmówienia przez chorego udania się do szpitala powinien wysłać po niego karetkę pogotowia i zanotować ten fakt w księdze ambulatoryjnej pogotowia, chory zaś powinien w tym wypadku podpisać oświadczenie o odmowie wyjazdu. Oskarżony jednak nie wypełnił tego swego obowiązku i nie skierował pokrzywdzonej do szpitala, chociaż ten obowiązek ciążył na nim nawet w razie nierozpoznanania u niej posocznicy, ze względu na systematycznie pogarszający się jej stan ogólny. Postępując w ten sposób, oskarżony — jako lekarz — przewidywał też i godził się na to, że dalsze leczenie przez niego pokrzywdzonej w domu i nieskierowanie jej przez niego na leczenie do szpitala może spowodować co najmniej przedłużenie się okresu leczenia pokrzywdzonej lub inne komplikacje. W czynie oskarżonego mieści się więc wszelkie znamiona występku z art. 286 § 1 k.k.”.

V

Chcemy obecnie poruszyć dwa dość drażliwe problemy:

- I. Czy lekarz ma prawo w pewnych beznadziejnych dla życia pacjenta wypadkach ograniczyć się tylko do złagodzenia jego cierpienia i wstrzymać się od jakichkolwiek innych zabiegów?
- II. Czy lekarz — uśmierzając cierpienia chorego — ma prawo świadomie stosować takie środki, które jednocześnie skracają poważnie życie człowieka?

I. Pytanie pierwsze dotyczy sytuacji, kiedy lekarz z litości, w obliczu niezwykłych cierpienia osoby nieuleczalnie chorej, nie dającej się utrzymać przy życiu i skazanej nieodwołalnie na śmierć, nie podejmuje kroków, by życie jej na krótki choćby czas przedłużyć, pomimo że tego rodzaju środki ma do swej dyspozycji.

W takiej sytuacji istnieć mogą trzy warianty:

- a) osoba zainteresowana wyraźnie żąda zaniechania podobnych kroków i prosi tylko o uśmierzenie bólów,
- b) osoba zainteresowana w ogóle nie wypowiada się w tym względzie,
- c) osoba zainteresowana z rozmaitych motywów może żądać przedłużenia iskry życia nawet na krótki czas i za cenę dalszych cierpień.

W doktrynie karnej zajmowano się wielokrotnie tym zagadnieniem. Bez względu na to, czy uznaje się za dopuszczalną prawnie odpowiedzialność za zabójstwo popełnione przez zaniechanie (takie właśnie stanowisko zajmuje np. system austria-

cko-niemiecki oraz systemy karne socjalistyczne), czy taką odpowiedzialność się wyłącza (tak ujmuje to np. system francuski), problem nie staje się obojętny dla domeny prawa karnego. Zachowanie się lekarza ocenia się bowiem w drugim wypadku z punktu widzenia innej kwalifikacji prawnej (np. zaniechania niesienia pomocy). Stanowiska zajmowane w tej kwestii są niejednolite.

Jedni uważają, że lekarz może zawsze w tej sytuacji ograniczyć się tylko do uśmierzenia bólu. Zakazane jest — twierdzą — tylko skrócenie działaniem życia ludzkiego. Nie jest natomiast prawnie nakazane sztuczne przedłużanie życia za cenę niehumanitarnych mąk, kiedy wedle oceny medycznej wysiłki wydają się daremne, bo skuteczne tylko na krótki czas; innymi słowy — kiedy stosunek pomiędzy powagą zabiegu, nakładami i wysiłkiem lekarza a spodziewanym wynikiem dla życia pacjenta uznać należy z punktu widzenia medycznego za nieproporcjonalny.¹¹

Inni znów są zdania, że decydujące znaczenie ma wyraźne żądanie pacjenta, które obowiązuje lekarza. Lekarz musi więc, kiedy pacjent prosi o przedłużenie życia, korzystać ze wszystkich środków będących do jego dyspozycji. Umysłne zaniechanie ich podjęcia może być uznane za równoznaczne z działaniem powodującym śmierć.

Natomiast jeżeli brak jest wyraźnego żądania (a więc także w razie milczenia pacjenta), lekarz uprawniony jest do niepodjęcia kroków w celu przedłużenia życia.¹²

P.E. Trousse zapytuje w swej interesującej na ten temat rozprawie: Jeżeli nie wolno niczego pozytywnego czynić, by przyspieszyć śmierć chorego, to czy lekarz jest również zobowiązany — w razie wielkich cierpień chorego lub stanu zgoła wegetatywnego — do udzielenia mu takiej pomocy lekarskiej, która przedłuży jego egzystencję, jeśli chory sam może będzie takim życiem pogardzał? I odpowiada na to tak: Wola pacjenta odgrywa tu oczywiście wielką rolę, ale (...) jeśli nawet chory nie zrezygnował wyraźnie z dalszej opieki, to obowiązek ludzki lekarza ogranicza się tylko do ulżenia cierpieniom.

Wolno więc lekarzowi wstrzymać się, w razie braku wyraźnego odmiennego oświadczenia woli osoby zainteresowanej, od zabiegów dokuczliwych, które w końcowym rezultacie byłyby i tak bezskuteczne lub które mogłyby utrzymać życie pacjenta przez krótki tylko czas. Lekarz nie jest bowiem zobowiązany zawsze kontynuować walkę, i to wszelkimi środkami.¹³

¹¹ Por. W. Catel: Grenzsituationem des Lebens. Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie, 1962 (zawierający zresztą szereg wątpliwych tez). Autor stara się — jak się wydaje — usprawiedliwić swoje postępowanie w czasie wojny. Por. I. Simson: Euthanasie als Rechtsproblem w „Neue Juristische Wochenschrift”, 1964, str. 1157. J. McChabban: The Patient's Right to die („Memphis Medical Journal”, 1963, str. 303—316). Por. też Goeteler: Gedanken zum Problem der Euthanasie de lege lata u. de lege ferenda, „Rev. pénale suisse”, 1950, str. 412.

¹² Tak stawia wyraźnie sprawę Eb. Schmidt. W obu wypadkach, zdaniem jego, nie wchodzi w rachubę odpowiedzialność karna (Eb. Schmidt: Der Arzt im Strafrecht w Zbiorze Pensolda „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin”, 1957, str. 15). Identycznie R. Maurach (por. R. Maurach: Deutsche Strafrecht Bes. Teil, II t., 1956, str. 15).

¹³ Por. E. P. Trousse: L'orthothanasie par omission de secours, „Revue de Droit Pénal et de Criminologie”, 1950, str. 1102—1119. Na podobnym stanowisku stoi też J. Graeven: Le procès de l'Euthanasie. Les données et la solution d'un problème insoluble — w „Revue Pénale Suisse”, 1964, str. 136.

Por. także K. Engisch: Euthanasie u. Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Belenuchtung 1948, str. 9 i 10; E. Mezger: Strafrecht t. II, 1960, str. 23.

Bardzo stanowczo wypowiada się w swych pracach Włoch L. Lattés za brakiem obo-

Dla socjalistycznego systemu prawnego obowiązują, jak sądzę, następujące reguły:

a) Wola pacjenta pełnoletniego i przytomnego, wskazująca na to, że nie życzy sobie przedłużenia życia w warunkach, w jakich się znajduje, zwalnia lekarza od prawnego obowiązku kontynuowania tego rodzaju zabiegów nawet środkami normalnymi i łatwo dostępnymi. Chodzi tu oczywiście o wolę samego pacjenta, a nie jego krewnych. Ich wola w tym wypadku nie ma znaczenia.

b) W razie wyrażenia życzenia przez przytomnego i pełnoletniego pacjenta kontynuowania starań o przedłużenie życia chociażby w warunkach, które na dłuższą metę nie rokują powodzenia, lekarz obowiązany jest pod rygorem następstw prawnych stosować wszelkie normalne i dostępne mu środki, jakie zgodnie ze stanem wiedzy mogą życie pacjenta przedłużyć choćby za cenę zwiększenia i przedłużenia jego cierpienia. W razie nieprzytomności pacjenta będzie w takim wypadku miało walor również oświadczenie osób, które go reprezentują.¹⁴

c) Niełatwe jest stanowisko lekarza, gdy w podobnej sytuacji brak jest w ogóle oświadczenia chorego lub jego ustawowych zastępców. Jak więc postąpić ma lekarz, kiedy wyłącznie jego sumieniu i poczuciu obowiązku pozostawiono właściwą decyzję?

Wydaje mi się, że także wtedy powinno się przyjąć, iż jest obowiązkiem prawnym lekarza stosować wszelkie normalne środki i dostępne dlań zabiegi, które zgodnie ze stanem wiedzy mogą przedłużyć choćby na bardzo krótko życie pacjenta. Lekarz powinien wówczas działać jakby opierając się na domniemaniu, że wola chorego jest utrzymać tlejącą się jeszcze życie.

Zaniechanie przedsięwzięcia potrzebnych kroków, jeśli przyspieszyło śmierć, może być kwalifikowane bądź jako zabójstwo przez zaniechanie, bądź jako nieumyślne spowodowanie śmierci — w zależności od tego, czy lekarz, nie spełniwszy swego obowiązku, działał umyślnie, czy też tylko na skutek lekkomyślności lub niedbalstwa.¹⁵

II. Pytanie drugie stawiane było wielokrotnie. Na IX kongresie włoskich anezjologów w r. 1957 było ono przedmiotem szerokich i wszechstronnych dyskusji.

Odpowiedź z punktu widzenia etyczno-prawnego sprowadza się na ogół do następującej konkluzji: Wyłączona jest oczywiście prawna dopuszczalność stosowania środków usmierzających ból w zamiarze przyspieszenia śmierci pacjenta. Nato-

wiązku prawnego po stronie lekarza przedłużenia życia pacjenta, który ze względu na stan i rodzaj choroby jest stracony. Lekarz ma, jego zdaniem, tylko obowiązek usmierać cierpienie chorego i nie musi przedłużać beznadziejnej walki o utrzymanie jego życia. (por. L. Lattes: Eutanasia per omissione, „La Scuola Positiva” nr 1) 1951 oraz skrót referatu wygłoszonego na II Kongresie Kryminologicznym w Paryżu w r. 1950: Euthanasie par omission w V t. Actes du II-ème Congrès, 1954, str. 128.

¹⁴ Inaczej więc niż w wypadku pod a).

¹⁵ Trzeba z całym naciskiem raz jeszcze stwierdzić, że dla wypadku pod c) wielu autorów przyjmuje brak prawnego obowiązku kontynuowania zabiegów po stronie lekarza. Por. G. Schulz: Der Arzt vor dem Richter, 1962.

Z ostrą i słuszną — moim zdaniem — krytyką wystąpił przeciwko tego rodzaju koncepcji Jimenez de Asua (por. Jimenez de Asua: Tratado de Derecho Penal, t. IV, 1952, str. 613—621).

W Sekcji Medycyny Sądowej II Międzynarodowego Kongresu Kryminologii w Paryżu dyskutowano dnia 13.IX.1950 r. bardzo szeroko i wszechstronnie nad tym problemem. Wyrażano rozmaite, krańcowo sprzeczne opinie. Na zakończenie debat powzięto następującą uchwałę: „Liczni członkowie Sekcji wypowiedzieli się w tej sprawie. Z dyskusji wynika, że eutanazja przez zaniechanie zabiegów powinna być odrzucona tak jak wszelka inna forma eutanazji” (por. Actes du II-ème Congrès International de Criminologie, 1950, t. V, str. 116).

miast stosowanie (w celu łagodzenia cierpień) środków uśmierzających ból, których działanie jest podwójne, bo z jednej strony wprawdzie łagodzą cierpienia, ale z drugiej skracają życie człowieka — jest w zasadzie prawnie dozwolone. Jest jednak obowiązkiem lekarza rozważyć granice ryzyka z tym związane. Powinien on przeto brać pod uwagę — zgodnie z zasadą proporcji — czy korzyści z tym połączone wyrównują ujemne następstwa.

Jurydyczne uzasadnienie tego stanowiska jest różne zależnie od prawnodogmatycznego ustosunkowania się do problematyki lekarskiej. Można uznać, że cel, do którego zmierza w takich wypadkach lekarz, uchyla bezprawność działania, że uboczne, lecz nieuniknione przyspieszenie śmierci z powodu działania środków uśmierzających ból nie wypełnia stanu faktycznego zabójstwa.

Można stać także na stanowisku, że w podobnej sytuacji mamy do czynienia z wypadkiem stanu wyższej konieczności w stosunku do dwóch dóbr tej samej osoby lub dwóch obowiązków lekarskich. Poświęcenie jednego z nich staje się wówczas — przy zachowaniu zasady proporcji — dopuszczalne.

Można wreszcie zabieg podobny wraz ze wszystkimi z tym związanymi a nieuniknionymi skutkami dla życia pacjenta uznać za dopuszczalne umiarkowane ryzyko.¹⁶

Wypada jednak zaznaczyć, że w literaturze napotykamy odosobnione zdania poważnych przedstawicieli doktryny karnej, iż w razie skracania życia przy stosowaniu środków uśmierzających mamy do czynienia z czynem bezprawnym, który w zależności od rodzaju winy ma być odpowiednio kwalifikowany¹⁷ jako przestępstwo przeciwko życiu, choć przedstawiciele ci przyznają zarazem, że mogą istnieć poważne trudności dowodowe w takich wypadkach.

VI

Wypada na zakończenie rozważyć nowoczesny problem bardzo specjalny, jakim jest reanimacja. W związku bowiem z reanimacją powstało szereg pytań natury moralnej i prawnej.

1. Czy obecny rozwój medycyny upoważnia już do wniosku, że zrezygnowanie z próby reanimacji w każdym wypadku śmierci nagłej stanowi błąd sztuki lekarskiej?

2. Udowodnienie w toku procesu faktu, że w razie gdyby podjęto próbę reanimacji, zostałaaby przywrócona akcja serca i tym samym nastąpiłoby uratowanie życia pacjenta, jest rzeczą nie tylko trudną, ale wprost niemożliwą. Wysunięto przeto na plan pierwszy kwestię odpowiedzialności za naruszenie innego obowiązku. Jak wiadomo, przepis prawny o obowiązku niesienia pomocy osobie znajdującej się w bezpośrednim niebezpieczeństwie dla życia, i to pod rygorem sankcji karnych, odnosi się także do lekarzy. Niespełnienie tego obowiązku stanowi przestępstwo bez względu na to, czy chorą osobę pomoc ta mogła jeszcze uratować. Takie jest rygorystyczne brzmienie przepisu i takie jest jednomyślne stanowisko sędów. Jest to bowiem przestępstwo formalne. Otóż zastanawiano się nad tym, czy niepodjęcie przez lekarza prób reanimacji tam, gdzie istnieją „pewne” szanse ratunku, nie jest równoznaczne z nieudzieleniem koniecznej pomocy?

¹⁶ Niektórzy powołują się nawet na prawo zwyczajowe upoważniające do stosowania tego typu uśmierzających ból leków. Por.: Köhler: Lehrbuch des Strafrechts, 1917, str. 400; K. Engisch, l.c. str. 6; Getzeler, l.c., str. 412; G. Simson, l.c., str. 1157. Por. też E. Garçon: Code Pénal annoté, 1956, t. II, str. 24.

¹⁷ Por. Eb. Schmidt, l.c., str. 12. Podobnie: R. Maurach, l.c., str. 14 oraz E. Mezger, l.c., str. 22, który zmienił swe poprzednie odmienne zdanie wyrażone w I wyd. podręcznika w r. 1949.

Natychmiast powstały jednak dalsze wątpliwości: Jakie mają być wtedy widoki na ożywienie człowieka, jak „wielkie” mają być te szanse? Czy dadzą się one w ogóle w jakiś sposób ocenić i obiektywnie sprawdzić?

Na ogół zajmuje się stanowisko, że przy obecnym stanie medycyny podejmowanie reanimacji jest tylko przywilejem lekarza, jego uprawnieniem nawet w wypadku śmierci nagłej. Nie stanowi zaś ono obowiązku prawnego, tak by zaniechanie reanimacji mogło narazić lekarza na odpowiedzialność karną za nieudzielenie pomocy, chyba że śmierć ta następuje w toku zabiegu operacyjnego, a zasady *lege artis* nakazywały podjęcie takiej próby.¹⁸

3. Jeżeli pacjent przywrócony został do życia, a żywotne ośrodki uległy tymczasem już uszkodzeniu, jakie są dalsze obowiązki lekarza? Czy i jak długo jest on obowiązany utrzymywać taki stan rzeczy, jeżeli w ogóle nie ma nadziei na powrót pacjenta do jakiegokolwiek życia bez pomocy aparatury, podtrzymującej ważne dla istnienia funkcje? Wyłączenie zaś aparatów lub chociażby jednego z nich oznacza dla pacjenta automatycznie niechybną śmierć.

Czy i kiedy więc reanimator ma prawo odstawić taki aparat? Jeżeli to zrobi po dokładnym rozważeniu beznadziejności lub niecelowości dalszego przedłużania życia pacjenta pozostającego pod jego opieką, to czy nie narazi się na zarzut spowodowania „śmierci biologicznej” przez zaniechanie prawnego obowiązku dalszego korzystania z aparatury?

Jeżeli zaś lekarz odstawi aparaty z litości, w obliczu męczarni pacjenta, który, jego zdaniem, nie ma realnych widoków powrotu do normalnego życia, to czy nie narazi się na zarzut popełnienia przestępstwa eutanazji?

Lekarz może w takich wypadkach odstąpić od dalszego sztucznego przedłużania życia.¹⁹

Sądzi się też, że lekarz nie musi się zastosować do wyraźnego życzenia rodziny, jeżeli prosi go ona o zaniechanie dalszych tego rodzaju zabiegów, a lekarz jest zdania, że powinien kontynuować swe starania reanimacyjne.²⁰ Decyzja należy wyłącznie do lekarza.

4. Jak ma lekarz postąpić, gdy na skutek nieszczęśliwego wypadku kilka osób znajdzie się nagle w stanie „klinicznej śmierci”, a lekarz dysponuje tylko jednym aparatem. Czy on sam wedle swobodnego swego uznania decyduje o wyborze osoby ratowanej?

Czy życzenie najbliższej rodziny ma jakiegokolwiek znaczenie dla lekarza, gdy chodzi o kolejność podejmowanych prób reanimacji?

Mogą tu powstać dwie odmienne sytuacje. Rodzina z rozmaitych przyczyn sprzeciwia się — po stwierdzeniu śmierci klinicznej — próbom ożywienia.²¹ Druga sy-

¹⁸ Por. P. Mollaret: *Über die aussersten Möglichkeit der Wiederbelebung. Die Grenzen zwischen Tod und Leben*, „Münchener Medizinische Wochenschrift”, 1962, s. 1539 i nast. Autor ten stoi na stanowisku, że ponieważ ów zabieg przekracza „zwykłe środki”, do jakich lekarz obowiązany jest sięgać, przeto nie można twierdzić, żeby jego powinnością prawną było stosowanie tego zabiegu. Por. też A. Lemaire: *Mort et réanimation*, „Monde” z dn. 20.VIII.1963 r.

¹⁹ Por. P. Mollaret: *Les ultimes possibilités de la réanimation*, „Presse Médicale” z 25.VIII.1962, str. 1698.

²⁰ Por. P. Mollaret, l.c.

²¹ Podnoszone były nawet przez rodziny — w związku z próbą reanimacji — zastrzeżenia natury religijnej. Nie jest to twierdzenie czysto teoretyczne. Zagadnieniu temu poświęcone zostało nawet m.in. przemówienie papieskie do anestezjologów, wygłoszone dnia 22.XI.1957 r. i to na tle wypadków praktycznych.

tuacja zachodzi wtedy, gdy rodzina stanowczo domaga się podjęcia akcji reanimacji. Czy i o ile tego rodzaju żądania są dla lekarza wiążące? ²²

Przy obecnym postępie medycyny nie można twierdzić, żeby decyzja tego rodzaju z punktu widzenia prawnego nie zależała wyłącznie od oceny lekarza.

5. Ostatnio postawiony został nawet problem następujący: Czy lekarz ma prawo zużywać tkanki chorego znajdującego się w takim stanie dla celów przeszczepu? Chodzi ni mniej, ni więcej, tylko o odpowiedź na pytanie: czy można przystąpić do reanimacji i utrzymać po reanimacji człowieka, którego widoki na powrót do funkcji życiowych bez aparatury nie istnieją, by mieć w pogotowiu odpowiednią tkankę w razie potrzeby (np. nerkę) dla natychmiastowego przeszczepu i przez taki tylko czas, dopóki taka potrzeba nie nastąpi?

Niektórzy uważają nawet tego rodzaju proceder za rzecz prawnie dopuszczalną.²³ Osobiście nie mogę się oprzeć oporom przeciwko temu. Nie ulega jednak wątpliwości, że postęp chirurgii i technika operacyjna w najbliższym czasie zmuszą do poddania i tego w tej chwili jeszcze pozornie niezwyklego problemu dokładniejszej analizie z punktu widzenia reguł deontologicznych i gwarancji prawnych.²⁴

²² Por. P. Mollaret (l.c., s. 1544), który jest też zdania, że w podobnych warunkach życzenie takie nie ma mocy wiążącej. Por. też B. W. Pietrowski: Problema reanimacji (Wosstanowienie żywno ważnych funkcij organizma, „Chirurgija” XI, 1961 r., str. 3—11; W. A. Niegłowski: Reanimatologia i jej zadacz (tamże, str. 11—19).

²³ Wyrażnie za dopuszczalnością utrzymywania w tym celu tylko przy życiu i zużytkowania następnie *au service de la collective* — jak ich nazwano — *ces moribonds en sursis* wypowiedzieli się R. Convelaire w „La presse Médicale” z dn. 27.VII.1963 r. oraz Et. Fournier w „Constellation” z 7.VII.1963 r. Nie są to rozważania czysto teoretyczne. Sąd angielski rozpatrywał w sierpniu 1963 sprawę dra Johna Swinneya, wszczętą przeciw niemu na tym właśnie tle. Robotnik D. Potter spadł na bruk, doznając złamania podstawy czaszki. Po skonstatowaniu śmierci klinicznej, podjęto próby jego reanimacji, które się udały. Widoki na powrót do normalnych funkcji życiowych ze względu na upływ czasu od śmierci klinicznej równały się zeru. Utrzymywano krążenie krwi tylko w tym celu, by umożliwić w późniejszym czasie przeszczep nerki w razie nagłego wypadku. Taka operacja została również przeprowadzona po usunięciu aparatury. Osoba, na rzecz której dokonano przeszczepu, też umarła.

²⁴ Por. A. Lemaire, l.c.; A. Juval: Das Bild des Arztes in unserer Zeit „Münchener Medizinischen Wochenschrift” 1962, str. 1482; K. Jaspers: Der Arzt im technischen Zeitalter, „Scheizerische Arzteztung” 1959, str. 625 i nast.; T. Regau: Medizin auf Abwegen — Der Einbruch der Technik in die Heilkunst, 1961, str. 131.

PYTANIA I ODPOWIEDZI PRAWNE

I

PYTANIE:

Czy adwokat, który ustąpił z zespołu, może żądać wypłaty honorarium uiszczonego przez klienta do kasy zespołu po ustąpieniu z zespołu?