

Monika Łątka-Płachta¹

Czynności zawodowe lekarzy w czasie stanu epidemii – problemy wybrane

Doctors' Professional Activities During the State of the Epidemic –
Selected Issues

1. Wstęp

Poniższy tekst powstaje w warunkach niezwykłych, jako że pisany jest podczas trwania pandemii COVID-19. Liczne dylematy natury zarówno moralnej, jak i prawnej, będące dotąd jedynie rozważaniami akademickimi, pandemia przeobraziła w problemy rzeczywiście istniejące i wymagające konkretnej – a w każdym razie na tyle konkretnej, na ile jest to możliwe – odpowiedzi.

Kilka z nich poddanych zostało analizie w poszukiwaniu wspomnianych odpowiedzi, mogących przynajmniej częściowo ukształtować reguły, według których w zastanej rzeczywistości winno się oceniać ludzkie zachowania. W centrum zainteresowania niniejszego tekstu znalazła się profesja lekarza, obecnie niejako „na pierwszej linii frontu” walki z chorobą, a przez to także owych reguł postępowania potrzebująca jak najprędzej.

Problemów na tle zwalczania COVID-19 zrodziło się bardzo wiele, przy czym w tym tekście mowa będzie o trzech. Pierwszym z nich jest kolizja obowiązków lekarza stojącego przed wyborem pacjenta, któremu udzieli pomocy w sytuacji, gdy brakuje sprzętu do udzielenia pomocy wszystkim jej potrzebującym. Kolejnym zagadnieniem jest pytanie

¹ Monika Łątka-Płachta – mgr, absolwentka Wydziału Prawa i Administracji, Uniwersytet Jagielloński / M.A., graduate, Faculty of Law and Administration, Jagiellonian University; ORCID: 0000-0001-5381-273X; ✉ monika.latka@alumni.uj.edu.pl.

o obligatoryjność wykorzystania sprzętu o charakterze prowizorycznym celem ratowania życia i zdrowia w obliczu braków sprzętu profesjonalnego. Trzecim problemem natomiast jest pytanie o istnienie obowiązku lekarza lub rezydenta do udzielenia pacjentowi pomocy spoza zakresu ich specjalizacji lub umiejętności.

2. Problem kolizji obowiązków

Pierwszym problemem, nad którym należy się pochylić, jest sytuacja przyjęcia na oddział ratunkowy pacjentów wymagających leczenia przy jednoczesnym braku odpowiedniej ilości sprzętu koniecznego do przeprowadzenia stosownych procedur o charakterze leczniczym. Na wstępie przydatne może okazać się zdefiniowanie pojęcia czynności leczniczych, które odróżnić trzeba od czynności pozaterapeutycznych. Istotą tego rozróżnienia jest występowanie w przypadku czynności leczniczych celu leczniczego, którym jest przywrócenie lub polepszenie stanu zdrowia pacjenta lub/i powstrzymanie postępów choroby, a zatem również ratowanie życia².

Dla uproszczenia opisu przyjęte zostały następujące założenia sprawy, na tle której poczynione zostaną dalsze rozważania:

- a) pod opiekę lekarza jednocześnie trafia dwóch pacjentów,
- b) obaj chorzy są na COVID-19,
- c) sprzętem koniecznym jest respirator,
- d) lekarz dysponuje ostatnim egzemplarzem respiratora,
- e) niepodpięcie pacjenta pod respirator z wielkim prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością zaskutkuje jego śmiercią.

W takich warunkach odpowiedzieć sobie należy na pytanie, którego z pacjentów winien lekarz ratować i czy w ogóle występuje tutaj obowiązek lekarza wobec obu pacjentów, a co za tym idzie – kolizja jego obowiązków i stojący za nią dylemat. Aby zweryfikować istnienie lub nieistnienie kolizji obowiązków (a właściwie dóbr prawnych, które poprawne wykonanie obowiązku ma chronić), koniecznym jest stwierdzenie, że w przedstawionej sytuacji lekarz jest zobowiązany do ratowania życia

² R. Kędzióra, *Odpowiedzialność...* Jednocześnie ta autorka zwraca uwagę, że nieuprawnione na tle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest tożsamościowanie „leczenia” oraz „czynności leczniczych”, wskazując, że pierwsze z tych pojęć ma zakres węższy od drugiego.

obu pacjentów. Nie ma wątpliwości, że w przykładzie zachodzi realne i bezpośrednie niebezpieczeństwo dla dobra prawnego, jakim jest życie.

Zaniechanie przez lekarza czynności leczniczych wobec pacjenta w sytuacji, gdy skutkiem niepodjęcia czynności leczniczych jest uszczerbek na zdrowiu pacjenta lub jego śmierć, karalne będzie na gruncie Kodeksu karnego³ (stan na dzień 3 maja 2020 r.) pod warunkiem, że wspomniany lekarz posiadał status gwaranta wobec pacjenta⁴. Status ten nie może być wywodzony zaledwie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁵ (stan na dzień 3 maja 2020 r.). Artykuł ten stanowi ogólny obowiązek lekarza co do leczenia, ale nie przydaje lekarzowi statusu gwaranta⁶. Takowy może być wywodzony dopiero z np. umowy o pracę zawartej ze szpitalem⁷. Oznacza to, że w przykładzie mowa o lekarzu, na którym ciąży szczególny, prawny obowiązek, a zatem posiada on status gwaranta. Dochodzi tu zatem do konieczności podjęcia przez lekarza czynności leczniczych względem obu pacjentów, którzy do szpitala przybywają. W takich warunkach niepodjęcie przez lekarza czynności leczniczych względem któregośkolwiek z tych pacjentów może być uznane za zachowanie niemające cech bezprawności albo usprawiedliwione jedynie na gruncie art. 26 § 5 k.k. Przepis ten statuuje kolizję obowiązków, która może przybrać formę kontratypu albo okoliczności wyłączającej winę w zależności od proporcji wchodzących w kolizję dóbr⁸.

Na lekarzu ciąży więc dwa obowiązki, których wykonanie jednocześnie jest niemożliwe. Na tle wyboru obowiązku, jaki lekarz wypełni, zarysowuje się problematyka ważenia dóbr prawnych oraz reguł przydawania pierwszeństwa ochrony⁹. W przykładzie dochodzi do kolizji życia z życiem, czyli dóbr równoważnych¹⁰. W tym miejscu pojawia się pole

³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. 2018, poz. 1600, tekst jedn. ze zm., dalej: Kodeks karny, k.k.

⁴ Obowiązek gwaranta wszak jest przed Kodeks karny określanej jako prawny i szczególny, jest więc czymś więcej aniżeli „zwykłym” obowiązkiem. Zob. M. Kliś, *Źródła...*; A. Fiutak, *Kolizja...*

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

⁶ A. Zoll, *Zaniechanie...*; zob. A. Zoll, *Prawo...*; R. Kędziora, *Odpowiedzialność...*; zob. L. Kubicki, *Obowiązek...*

⁷ R. Kędziora, *Odpowiedzialność...*

⁸ A. Zoll, w: *Kodeks...*, komentarz do art. 26 k.k., teza 52.

⁹ A. Zoll, w: *Kodeks...*, komentarz do art. 26 k.k., teza 50; zob. S. Tarapata, *Problem...*

¹⁰ Życie bowiem nie podlega wartościowaniu zarówno ilościowemu, jak i jakościowemu. Konstatacją tego stwierdzenia jest przyjęcie równomierności dóbr w przypadku kolizji

dla dodatkowych reguł, które pomogą ową kolizję dóbr rozstrzygnąć, obligując lekarza do wcześniejszego wykonania jednego z wybranych obowiązków. W pierwszej kolejności należy przywrócić się pacjentom i ich stanowi. Jeżeli ich szanse na przeżycie są różne, pierwszeństwo podjęcia czynności leczniczych przyznać należy pacjentowi, którego przypadek jest bardziej naglący, tj. zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że nie przeżyje czasu oczekiwania na pomoc lekarską w przypadku przydania pierwszeństwa drugiemu pacjentowi. Warunkiem w tym wypadku jest wysokie prawdopodobieństwo, że pacjent, który leczony będzie w drugiej kolejności, ów czas oczekiwania przeżyje. Jeżeli prawdopodobieństwo, o którym mowa, nie jest wysokie albo nie można określić, czy któryś z pacjentów może na pomoc lekarską poczekać, wówczas pierwszeństwo przydać trzeba pacjentowi z większymi szansami na przeżycie. Wymienione sytuacje nie mogą zostać zakwalifikowane jako bezprawne, gdyż nie naruszają reguł postępowania z dobrem prawnym. Absurdem byłoby wyłączenie w takich wypadkach zawinienia z powodu działania w anormalnej sytuacji motywacyjnej oraz związanym z nią ograniczeniem wolności. Oznaczałoby to bowiem, że zachowanie lekarza polegające na przydaniu pierwszeństwa pomocy medycznej jednemu z pacjentów jest bezprawne, ale niezawinione¹¹. Również w przypadku, gdy obaj pacjenci mają jednakowe szanse na przeżycie lub szanse żadnego z nich nie są wyraźnie wyższe, a lekarz nie dysponuje żadnymi innymi kryteriami wyboru, jego zachowanie nie może być bezprawne niezależnie od tego, któremu z pacjentów przyda pierwszeństwo¹². Nie można stawiać lekarza przed wyborem, w zakresie którego nie obowiązują żadne reguły co do kolejności wypełniania obowiązków, a następnie przypisywać jego wyborowi bezprawność¹³. Dopiero pominięcie kryteriów ustalających

obowiązków, w której na szalach znajdować się będzie życie jednego człowieka oraz życie większej grupy ludzi. Zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 września 2008 r., 126/7/A/2008; L. Wilk, *Aksjologiczne...*; P. Mazur, *Uwagi...*; zob. A. Pązik, *Wyłączenie...*

¹¹ Zob. J. Kulesza, *Kolizja...*

¹² J. Lachowski, w: *Kodeks...*, komentarz do art. 26 k.k., teza 13; por. M. Kulik, w: *Kodeks...*, komentarz do art. 26 k.k., teza 31, przy czym trzeba zwrócić uwagę, w jaki sposób autor wypowiada się na temat kolizji obowiązków i jej istoty, jako że jest to stanowisko odmienne od prezentowanego w tekście.

¹³ W przedstawionej sytuacji wybór należy już do sfery moralności lekarza, zaś opisać go można jako dylemat etyczny z uwagi na fakt, że trudno sobie wyobrazić, aby wybór ten był dla lekarza oczywisty lub prosty. Jakąkolwiek decyzję lekarz podejmie, będzie

kolejność ochrony dobra może stanowić podstawę dla pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności karnej i zawodowej. Reguły triażu powinny być ustalane przez ustawodawcę, który w ten sposób uzupełnia normę sankcjonowaną o reguły postępowania z dobrem prawnym, a także przez organy samorządu zawodowego lekarzy. Rola samorządu zawodowego jest tu istotna z powodu specjalizacji jego członków, wykształconych w kierunkach medycznych i znających realia praktyki zawodowej niejednokrotnie lepiej od ustawodawcy¹⁴.

Postąpienie przez lekarza zgodnie z regułami postępowania z dobrem prawnie chronionym, jakimi są także kryteria wyboru (mogą wywodzić się na przykład z przepisów etyki zawodowej) w przypadku kolizji obowiązków nie może być traktowane jako zachowanie naruszające normę sankcjonowaną¹⁵. Warto w tym miejscu dopisać jeszcze jeden warunek: reguły, którymi ma kierować się lekarz-gwarant, nie mogą być dowolne, tj. nieuwzględniające wypracowanej aksjologii, powszechnie przyjętej w społeczeństwie, nieraz nawet jako aksjomat¹⁶. Kryteriami dowolnymi będą kryterium płci, rasy, wyznania, opcji politycznej, a także kryterium wieku, zwłaszcza jeżeli nie będzie ono ujmowane w szerszym kontekście całościowego wywiadu lekarskiego. Innym niedopuszczalnym kryterium będzie szacunek długości życia, jakie pacjent będzie miał do przeżycia po udzieleniu mu pomocy, chyba że, ponownie, będzie to jedno z kryteriów szerszego wywiadu lekarskiego. Zdecydowanie kryterium niedopuszczalnym jest tzw. przydatność społeczna oraz zajmowana pozycja społeczna. Dobrym odniesieniem mogą być najnowsze, bo z 2020 r., wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej

ona dla niego obciążeniem psychicznym, zaś sam fakt postawienia przed koniecznością dokonania wyboru czyni samą decyzję wyborem pomiędzy większym a mniejszym złem. Zob. D. Bąk, *Pojęcie...*; zob. L. Wilk, *Aksjologiczne...*; P. Mazur, *Uwagi...*; zob. S. Tarapata, *Problem...* w szczególności w zakresie, w jakim autor opisuje wadliwość konstrukcji paragrafów artykułu 26 k.k.; zob. J. Giezek, *Kolizja...*, który poddaje w wątpliwość słuszność pociągania lekarza do odpowiedzialności za zachowanie naruszające reguły pierwszeństwa oraz kwestionuje ich charakter jako reguł postępowania z dobrem prawnym.

¹⁴ Zob. S. Tarapata, *Problem...*, gdzie autor zwraca uwagę, że reguły pierwszeństwa mogą również kształtować się *ad hoc* oraz dokładnie opisuje obowiązujące reguły triażu, wskazując ich źródło. Zob. P. Kardas, *Konstytucyjne...*

¹⁵ Zob. D. Kowalska, *Lekarski...* [za:] A. Zoll, *Stan...*

¹⁶ Niektóre reguły mogą być trudne do wyprowadzenia, gdyż w społecznym odczuciu słuszne wydawać się może więcej niż jedno rozwiązanie.

Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do oddziałów. W ich omówieniu podaje się kryteria, na podstawie których nie można dokonywać kwalifikacji ani decydować o przyjęciu lub odmowie przyjęcia chorego na oddział, wśród których znajdują się wiek metrykalny, dane liczbowe oraz punktowe skale prognostyczne¹⁷. Za kryterium, które należy uwzględnić, uznaje się natomiast stan biologiczny i funkcjonalny chorego, obciążenie chorobami dodatkowymi oraz odwracalność procesu chorobowego¹⁸.

W tym miejscu pojawia się pytanie, co w sytuacji, gdy triażu dokonuje osoba nieposiadająca wykształcenia medycznego. Moim zdaniem w takim wypadku nie zmieniają się reguły, według których przydaje się pacjentom pierwszeństwo, ale zmienia się punkt odniesienia oceny wyboru osoby triażu dokonującej. Ze względu na brak wykształcenia medycznego osoba taka nie może być stawiana na równi z lekarzem i z taką samą surowością oceniana. Z pewnością potrzebne by tutaj było oddzielenie wzoru triażysty, do jakiego przyrównywany byłby lekarz, od takiego, do którego porównać można nieprofesjonalnego triażystę. Wątpliwym może się zdawać, czy w ogóle dopuszczalnym jest zatrudnienie na stanowisku triażysty osoby bez wykształcenia medycznego. W czasach epidemii, kiedy liczy się przede wszystkim skuteczność, a reguły postępowania z dobrem prawnym ulegają zasadniczym zmianom, należy uznać zatrudnienie takiej osoby za rozsądne. W przeciwnym razie nie dość, że ograniczałoby się liczbę lekarzy skierowanych do bezpośredniej walki z chorobą, to na dodatek wydłużałaby się cała procedura od dotarcia do szpitala aż po udzielenie pomocy, bo byłoby również mniej triażystów mogących podjąć się szybkiej selekcji. Znacząco wpływałoby to na możliwość realizacji celu, tj. ochrony jak największej liczby osób i objęcie ich opieką lekarską. Z drugiej strony zatrudnienie na stanowisku triażysty osoby bez kierunkowego wykształcenia wiązać się może ze wzrostem ryzyka błędu w segregacji. Wobec tego pytaniem najistotniejszym jest, czy epidemia groźnej dla życia choroby oznacza taką zmianę warunków życia społecznego, że wzrasta poziom akceptacji dla ryzyka dla dobra prawnego. W moim odczuciu tak właśnie jest. Pomoc lekarska może się zasadniczo różnić w zależności od okresu, w jakim się ją świadczy.

¹⁷ Ł. Krzych i in., *Wytyczne...*

¹⁸ Ł. Krzych i in., *Wytyczne...*

Nie można przeszczepiać wszelkich reguł obowiązujących w normalnym funkcjonowaniu państwa, kiedy to standard jest ustawiony wyżej i co do zasady może i powinien być zachowany, na stan kryzysowy, jakim jest epidemia. Wówczas zachowywanie standardu z okresu „normalnego” mogłoby oznaczać zupełną nieskuteczność systemu. Oczywiście zakres modyfikacji standardu jest uzależniony od zagrożenia płynącego z epidemii. Nie oznacza to jednak, że dopuszczalnym jest odstępianie od wypracowania jakiegokolwiek standardu.

Zastosowanie się przez lekarza do kryteriów wyznaczonych w sposób dowolny oznaczać będzie przydanie pierwszeństwa dobru, którego pierwszeństwo nie powinno być akceptowane społecznie. Istnienie kryteriów dowolnych z perspektywy odpowiedzialności karnej jest bez znaczenia, bowiem lekarz wciąż stoi przed wyborem dwóch równorzędnych dóbr, wobec których nie obowiązują sprawiedliwe reguły wyboru. Niezależnie więc od tego, które dobro wybierze, jeżeli jest to uzasadnione racją społecznie akceptowalną, jego niedopełnienie obowiązku wobec drugiego z dóbr nie może się wiązać z odpowiedzialnością karną ani zawodową. Z kolei nieprzestrzeganie kryteriów, które nie są dowolnie wyznaczone, skutkować może odpowiedzialnością zarówno karną, jak i zawodową. Gdyby bowiem ich nieprzestrzeganie nie wiązało się z tego typu odpowiedzialnością, mogłoby dojść do anomicznego rozbitcia skryptów postępowania i przerzucenia całkowitego ciężaru wyboru na lekarza, który dokonywałby go w oparciu o wyłącznie własne przekonania, mogące nie odpowiadać przyjętej aksjologii. Takie dylematy mogłyby również mieć wpływ na szybkość i efektywność podejmowania przez lekarza decyzji, co z kolei mogłoby wpływać na skuteczność wykonywania przez niego zawodu i realną pomoc pacjentom. Mogłoby to również wywołać niepewność w społeczeństwie w odniesieniu do osób wykonujących zawód lekarza. Nadto kryteria niedowolne wpisywałyby się w społeczną aksjologię, byłyby więc spójne z etyką zawodową lekarzy.

Sam wywiad lekarski, o którym mowa powyżej, winien być przeprowadzony według standardów i wskazań aktualnej wiedzy medycznej, niepobieżnie i starannie¹⁹. Oznacza to, że powinien uwzględniać wiele kryteriów, które wspólnie składać się będą na szczegółowy obraz stanu zdrowia pacjenta. Nakaz niepobieżnego przeprowadzania wywiadu

¹⁹ Zob. L. Kubicki, *Zasady...*

należy odnieść do sytuacji, w której tego wywiadu się dokonuje. Wywiad niebezpieczny w sytuacji zagrożenia z pewnością będzie mniej dokładny od wywiadu spełniającego ten warunek, ale przeprowadzanego w sytuacji dającej komfort spokojnego przebadania pacjenta, a jednocześnie nie będzie warunkiem niebezpieczności naruszał. Nie dojdzie też do naruszenia tego warunku, jeżeli na wywiad w przypadkach poważnych wyznaczony zostanie bardzo krótki czas, o ile wystarcza on do zorientowania się w stanie pacjenta.

Różnić się będzie też wartościowanie zachowania lekarza, który podjął decyzję pod wpływem innych osób i wykorzystywanego przez nich sposobu nacisku, np. udzielenia zapłaty, czy z powodu sympatii do pacjenta lub znajomości z nim. Czym innym jest bowiem wybór w takich warunkach, który mimo nacisku jest zgodny z regułami postępowania z dobrem, a czym innym wybór, który owe reguły narusza. W pierwszej sytuacji relacja z pacjentem nie miała wpływu na rzetelność pracy lekarza, wobec czego nie może on ponosić odpowiedzialności ani karnej, ani zawodowej. Natomiast jeżeli lekarz narusza reguły postępowania z dobrem prawnym, to jego zachowanie cechuje się bezprawnością. Takimi regułami może być również wymóg dokonania wyboru kolejności udzielenia świadczenia w oparciu o czynniki obiektywne, a takim nie jest np. sympatia czy bliska relacja z pacjentem. Gdyby wśród kryteriów przydawania pierwszeństwa obowiązkowi znalazły się kryteria „kumoterskie”, to w mojej ocenie należałoby je traktować tak, jak kryteria dowolne, o których była mowa, a to znaczy, że nie mogłyby być dla lekarza wiążące.

W tym miejscu należy zadać sobie pytanie, czy przychyłność lekarza, np. z uwagi na bliską znajomość, wobec jednego z pacjentów, których winien otoczyć opieką, ma znaczenie dla jego odpowiedzialności, jeżeli brak reguł rozstrzygających kolizję obowiązków. Za przykład niech posłuży sytuacja, w której na oddział trafiają dwaj pacjenci, a jeden z nich jest bliskim przyjacielem lekarza mającego udzielić im świadczenia medycznego. Jeżeli pacjenci znajdować się będą w takim stanie, że reguły nie określają, któremu przydać pierwszeństwo, to bliska relacja z jednym z nich może stanowić istotny czynnik przy wyborze. Nie wydaje się, żeby cel ratowania życia lub zdrowia pacjenta musiał być wyłącznym celem działania podejmowanego przez lekarza, a żeby zachowanie to nie było bezprawne, jeżeli jest ono zgodne z regułami postępowania z dobrem prawnym. Nie dochodzi tu do wypełnienia znamion typu czynu

zabronionego, lekarz nie poniesie więc odpowiedzialności karnej. Wydawać by się mogło, że powinien natomiast ponieść odpowiedzialność o charakterze zawodowym, bo jego zachowanie uderza w etykę zawodową, wymagającą obiektywizmu przy udzielaniu świadczenia medycznego. Nie jest to jednak pogląd, ku któremu, po przemyśleniu, należałoby się skłonić. Jego przyjęcie oznaczałoby, że w sytuacji, gdy pod opiekę lekarza trafia dwóch pacjentów, co do których nie znajdują zastosowania żadne wyznaczone reguły postępowania z dobrem prawnym, to nie wolno mu w pierwszej kolejności udzielić pomocy członkowi rodziny czy przyjacielowi, bo w przeciwnym razie narazi się na odpowiedzialność zawodową. Byłoby to oczekiwaniem od lekarza bohaterstwa, jeżeli w sytuacji przyjęcia na oddział swej narzeczonej oraz obcej sobie kobiety w tożsamym stanie byłby zawodowo zobowiązany do ratowania obcej pacjentki. Lekarz ten nie powinien w moim odczuciu ponosić także odpowiedzialności karnej, gdyż znalazł się w sytuacji, w której nie ustanowiono reguł przydawania pierwszeństwa obowiązku i, zgodnie z tym, co powiedziane wyżej, takiego wyboru mógł dokonać dowolnie. Nie jest to sytuacja tożsama z uregulowaniem, że w omawianej sytuacji rozstrzygać winno losowanie, gdyż losowanie wówczas stałoby się kolejnym kryterium rozstrzygnięcia kolizji obowiązków, a zatem winno być wiążące jak inne kryteria niedowolne.

3. Wykorzystanie sprzętu prowizorycznego

W dobie niedoborów sprzętowych naturalnym jest pytanie o możliwość wykorzystania przez lekarza sprzętu „prowizorycznego”, to znaczy sprzętu zbudowanego *ad hoc*, bez atestu, nieprzeznaczonego do rodzaju wykonywanych czynności lub w inny sposób odbiegającego od wymogów profesjonalizmu. Dobrym zobrazowaniem tego problemu jest sytuacja lekarza, który z powodu braków sprzętowych ma możliwość udzielenia pomocy medycznej pacjentowi jedynie przy zastosowaniu sprzętu prowizorycznego. Alternatywą jest zaniechanie podjęcia czynności leczniczych. Stanąć należy na stanowisku, że reguły ostrożności względem dobra prawnego nie są niezmiennie. Przeciwnie – ponieważ w czasie zmienia się spektrum zagrożeń dla dóbr prawnych, również reguły postępowania z nimi powinny być elastyczne, aby być adekwatnymi do zastanych potrzeb. W stanie epidemii trudno postępować zgodnie

z regułami odpowiednimi do zwykłego funkcjonowania służby zdrowia, ponieważ to ją sytuacja kryzysowa dotyka najbardziej i wymusza niejako najgłębiej sięgające zmiany. O ile standard świadczeń medycznych jest wyższy w okresie zwykłego funkcjonowania służby zdrowia²⁰ i o jego przekroczeniu może być mowa w przypadkach stanu wyższej konieczności, to stan epidemii z sytuacji wyjątkowych, charakterystycznych dla stanu wyższej konieczności, uczynił swego rodzaju nowy standard. Za tym iść musi modyfikacja reguł postępowania z dobrami prawnymi, ponieważ reguły dotąd adekwatne ową adekwatność utraciły.

Punkt ciężkości przenosi się na zapewnienie jak najszerszej ochrony poprzez uratowanie życia jak największej liczby osób, których życie zostało przez chorobę zagrożone. Z tego też względu co do zasady stojąc przed wyborem: leczyć prowizorycznie czy zaniechać podjęcia czynności leczniczych, należy przychylić się ku pierwszej opcji. Warunek jest jednak taki, że zgodnie z rzetelnym wywiadem lekarskim nie ma możliwości poczekać na dostarczenie sprzętu profesjonalnego z powodu wysokiego prawdopodobieństwa, że pacjent nie dożyje do tego czasu. Drugim warunkiem, zawężającym zakres zastosowania sprzętu prowizorycznego, jest istnienie prawdopodobieństwa uratowania życia pacjenta przy pomocy wspomnianego sprzętu, przy czym prawdopodobieństwo to nie może być minimalne²¹. Trzecim zaś warunkiem jest zgoda pacjenta lub osoby mającej głos decydujący w przypadku małoletniego na czynności lecznicze, chyba że zgody nie jest w stanie wyrazić

²⁰ Standard w zwykłych warunkach wyznaczają przepisy u.z.l.i.d. oraz Kodeks Etyki Lekarskiej (dalej: k.e.l., stan na dzień 3 maja 2020 r.). Artykuł 4 k.e.l. stanowi, że lekarz działa ze zgodzie ze współczesną wiedzą medyczną. Wymóg postępowania wedle aktualnej wiedzy medycznej podkreśla dodatkowo art. 8 k.e.l., dając lekarzowi swobodę wyboru metod leczenia, jednak w ramach wyznaczonych przez zdobycze nauki w zakresie medycyny. Zob. R. Kędziora, *Odpowiedzialność...* Autorka ta zaznacza, że lekarz winien powstrzymać się od wykorzystywania metod będących jeszcze w stadium eksperymentu, nie wolno mu również stosować metod przez naukę odrzuconych. W przeciwnym razie trudno będzie mówić o wykonywaniu zabiegu *lege artis*. Naruszenie reguł postępowania z dobrem, a zatem leczenie niemające charakteru *lege artis*, stanowić może podstawę odpowiedzialności zawodowej, lecz nie karnej, jeżeli nie spowodowało ujemnych konsekwencji dla pacjenta.

²¹ Na różnicę pomiędzy przewidywaniami bezwarunkowymi a warunkowymi oraz podział warunkowych na zależne oraz niezależne od postępowania zwraca uwagę P. Zakrzewski – P. Zakrzewski, *Stopniowanie...* Jest to o tyle znamienne, że przecież zastosowanie przez lekarza sprzętu prowizorycznego wiąże się z przewidywaniem zadziałania takowego, jest to zatem forma przewidywania warunkowego: chory przeżyje, jeżeli nie zajdzie taki a taki warunek.

z powodu swego stanu. Jeżeli pacjent znajduje się w stanie wymagającym natychmiastowej pomocy i sam nie ma możliwości wyrazić zgody (dusi się, jest nieprzytomny, nie rozpoznaje znaczenia zadawanych pytań, majaczy), a kontakt z rodziną jest niemożliwy bądź znacznie utrudniony, to lekarz winien działać bez zgody. Wniosek przeciwny byłby sprzeczny z celem działań medycznych w czasie epidemii, gdy ciężar kładziony jest na uratowanie jak największej liczby chorych, zaś naturalnym jest, że zdobycie zgody na ich leczenie może być utrudnione. Nie można ryzykować życiem pacjenta w przypadku, gdy istnieje teoretyczna możliwość skontaktowania się z osobą decyzyjną w sprawie podjęcia leczenia, natomiast z wysokim prawdopodobieństwem zwłoka skutkowałaby śmiercią pacjenta. Warunek zgody jest w moim odczuciu relewantny jedynie, jeżeli istnieją okoliczności umożliwiające jej udzielenie i starania poczynione w celu jej uzyskania nie wiążą się z nadmiernymi trudnościami, mającymi realny wpływ na szanse pacjenta (np. osoba decyzyjna znajduje się na kwarantannie i nie można się do niej dodzwonić, a zwłoka oznaczałaby dla pacjenta śmierć). Wydaje się więc, że o ile w warunkach normalnego funkcjonowania państwa regulację art. 33 u.z.l.l.d. traktować należy jako wyjątek od reguły obowiązku uzyskania zgody na leczenie pacjenta, o tyle w warunkach epidemii regulacja ta ma potencjał stać się – w praktyce – zasadą, od której konieczność uzyskania zgody będzie wyjątkiem. Jest to sytuacja odmienna od sytuacji, w której osoba decyzyjna nie zezwala na zabieg, a osoby trzecie próbują ją przekonać do zmiany zdania. W tym przypadku osoba decyzyjna określiła swe stanowisko, natomiast w przypadkach, o jakich mowa wcześniej, nie zrobiła tego wcale. Najistotniejszymi czynnikami są zatem stan zdrowia pacjenta oraz prawdopodobieństwo sukcesu w przypadku zastosowania sprzętu nieprofesjonalnego i zgonu pacjenta w przypadku zaniechania czynności leczenia.

Niewystarczającym jest spełnienie jedynie warunku trzeciego, tj. uzyskanie zgody pacjenta lub osoby decyzyjnej. Gdyby ten warunek był wystarczający, to do wykorzystania sprzętu prowizorycznego mogłoby dojść również w sytuacjach, gdy prawdopodobieństwo sukcesu jest minimalne lub gdy pacjent miałby możliwość skorzystać ze sprzętu profesjonalnego. Jedynym ogranicznikiem byłaby tu jego wola, co moim zdaniem mogłoby prowadzić do wykorzystania sprzętu prowizorycznego w sytuacji, gdy jest to zbędne lub bezcelowe. Można taką sytuację porównać do zachowania podejmowanego na prośbę i za zgodą

człowieka, który chce pozbać się życia, ale nie potrafi popełnić samobójstwa i zwraca się o pomoc w tym zakresie do kogoś innego. Taka zgoda człowieka na zaatakowanie dobra prawnego w postaci życia nie jest prawnie relewantna. Nie widzę powodu, dla którego zgoda pacjenta na leczenie sprzętem prowizorycznym, jeżeli lekarz ma do dyspozycji sprzęt profesjonalny, miałyby być powodem dla uznania pierwotnej legalności zachowania lekarza. Warunek niedostępności sprzętu profesjonalnego uważam za konieczny, żeby wykorzystanie sprzętu prowizorycznego mogło być pierwotnie legalne i zgodne z regułami postępowania z dobrem prawnym. Sytuację, w której pacjent może skorzystać ze sprzętu profesjonalnego, ale zgadza się na skorzystanie ze sprzętu prowizorycznego, cechowałoby naruszenie reguł określających rodzaj i jakość przedmiotów wchodzących z dobrem prawnym w kontakt i w mojej opinii mogłoby być usprawiedliwione jako eksperyment medyczny. Korzystanie z metod prowizorycznych, jeżeli prawdopodobieństwo sukcesu jest znikome, opierałoby się właściwie na nadziei, że szczęśliwym trafem ta metoda okaże się skuteczna. Z powodu niewiedzy, czy nie doprowadzi to do wzmożenia cierpienia pacjenta lub po prostu nie przedłuży jego umierania, stosowanie sprzętu prowizorycznego, jeżeli daje on zaledwie znikomą szansę na uratowanie pacjentowi życia, uważam za niedopuszczalne nawet pomimo spełnienia dwóch pozostałych warunków. Skoro istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, że pacjent dożyje do momentu dostarczenia sprzętu profesjonalnego przy jednocześnie niewielkim prawdopodobieństwie, że zastosowanie sprzętu prowizorycznego uratuje mu życie (i nie wiadomo, czy nie przyspieszy śmierci), to racjonalnym jest poczekanie na dostarczenie sprzętu profesjonalnego, nie zaś wystawianie pacjenta na kolejne, nieokreślone niebezpieczeństwo.

Taka konstatacja ma swoją konsekwencję. W zwykłym stanie rzeczy bowiem czynności lekarza podjęte przy wykorzystaniu sprzętu prowizorycznego jest zachowaniem bezprawnym, które jednak może nie być przestępstwem z uwagi na wyłączenie zawinienia²², lub wtórnie legalnym z powodu konstrukcji eksperymentu medycznego. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy obiektywnie brakuje sprzętu profesjonalnego, gdyż ponownie byłoby to wymaganie od lekarza niemożliwego. Nie można więc w takim przypadku mówić w ogóle o czynie bezprawnym.

²² Zob. T. Dukiet-Nagórska, *Prawnokarne...*

W stanie obecnie zastanym natomiast zachowanie takie nie dość, że nie jest bezprawne, to na dodatek obowiązkiem lekarza jest przystąpienie do tego typu procedur leczniczych. Ich zaniechanie wiązać się może z odpowiedzialnością karną, chyba że lekarz ma możliwość poczekać na dostarczenie sprzętu profesjonalnego lub niespełniony jest inny z wyżej wymienionych warunków. Wówczas czynności lecznicze przy pomocy sprzętu prowizorycznego należy uznać za naruszające reguły postępowania z dobrem, podobnie jak w zwykłym stanie rzeczy. Pod uwagę wziąć należy również wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK 37/04, w którym sąd stwierdza, że: „z punktu widzenia przesłanek odpowiedzialności karnej za czyn określony w art. 160 § 3 k.k., byłby on [błąd w sztuce lekarskiej – M.Ł.-P.] relevantny tylko wtedy, gdyby jako zawiniony, uzasadniał obiektywne przypisanie oskarżonej skutku urzeczywistniającego się w pogłębieniu niebezpieczeństwa utraty życia pacjenta, które zaistniało już w chwili spożycia trucizny (...) Znaczenie miałyby oczywiście zmiana realna, a nie hipotetyczna”²³. W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy podkreśla, że skutkiem błędu w sztuce lekarskiej nie może być minimalny wzrost zagrożenia, a podjęcie zachowania wymaganego przez prawo od gwaranta musi mieć realny wpływ na przebieg kauzalny²⁴. Zaniechanie więc wykorzystania sprzętu prowizorycznego w sytuacji, gdy jest to obowiązkiem lekarza, może zatem okazać się zachowaniem, za które lekarz nie poniesie odpowiedzialności, jeżeli nie będzie możliwym przypisanie mu obiektywnie skutku z uwzględnieniem zwiększenia ryzyka dla życia pacjenta zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego.

Zmianę reguł postępowania z dobrem należy odróżnić od ryzyka nowatorstwa²⁵. Drugie bowiem jest konstrukcją, która ma opierać się na wywołaniu niebezpieczeństwa przez podmiot przeprowadzający eksperyment w celu sprawdzenia skuteczności nowo opracowanej metody.

²³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK 37/04.

²⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK 37/04.

²⁵ Koniecznym jest odróżnienie ryzyka nowatorstwa od ryzyka dnia codziennego. Drugie jest akceptowane w życiu codziennym ze względu na społeczną pożyteczność rezygnacji z całościowej ochrony dobra prawnego tak, by zupełnie ryzyko wyeliminować. Ryzyko nowatorstwa ma natomiast inny charakter. Jednocześnie zachowanie zgodne z regułami postępowania z dobrem prawnym nie potrzebuje kontratypu, aby legitymować swą zgodność z prawem. Zob. A. Zoll, w: *Kodeks...*, komentarz do art. 27 k.k., tezy 5–6.

Wynika stąd, że zagrożenie dla dobra chronionego prawem pojawia się wraz z przeprowadzaniem eksperymentu, nie istnieje zaś wcześniej²⁶. Natomiast sytuacja opisana w przykładzie służącym za podstawę dla tego tekstu charakteryzuje się występowaniem niebezpieczeństwa już w chwili podjęcia przez lekarza czynności mających cel leczniczy, ale wykonywanych przy pomocy sprzętu prowizorycznego. Wydaje się więc, że w przypadku ryzyka nowatorstwa zagrożenie dla dobra prawnego ma charakter wtórny do zachowania podmiotu przeprowadzającego czynności, podczas gdy w sytuacji opisywanej – pierwotny, a także bezpośredni. Nie jest to jednak rozróżnienie całkowicie klarowne w niektórych przypadkach. Kluczowy jest tutaj moment zaistnienia zagrożenia dla dobra prawnego. Czy w sytuacji normalnego funkcjonowania państwa, a zatem nie w czasie epidemii, jaka obecnie panuje na świecie, skorzystanie z prowizorycznego sprzętu w celu ratowania życia pacjenta nigdy nie będzie eksperymentem, lecz zawsze będzie to działanie w stanie wyższej konieczności? Dobro zakodowane w tym samym nośniku będzie wówczas zarówno dobrem, na rzecz którego podejmuje się działanie, jak i dobrem zagrożonym. Pewną podpowiedzią może być rozstrzygnięcie, z jakim zagrożeniem dla dobra ratowanego wiąże się działanie drugiego podmiotu w porównaniu z już grożącym mu niebezpieczeństwem. W przypadku znacznego wzrostu zagrożenia można by się pokusić o kwalifikację zachowania podmiotu jako eksperyment, nie zaś stan wyższej konieczności²⁷, pomimo występowania zagrożenia dla życia już w chwili podejmowania zachowania, które owo zagrożenie zwiększało.

W mojej opinii wykorzystanie przez lekarza prowizorycznego sprzętu w sytuacji tak ekstraordynaryjnej jak pandemia COVID-19 nie jest medycznym eksperymentem, gdyż zmiana reguł postępowania z dobrem prawnym może być w obliczu pandemii tak daleko idąca, że obligatoryjnym jest podjęcie ryzyka leczenia przy pomocy sprzętu nieprofesjonalnego, zachowanie to więc będzie legalne pierwotnie.

²⁶ Zob. A. Zoll, w: *Kodeks...*, komentarz do art. 26 k.k., tezy 13–14; zob. M. Berent, M. Filar, w: *Kodeks...*, komentarz do art. 27 k.k., tezy 1–3; P. Kozłowska-Kalisz, w: *Kodeks...*, komentarz do art. 27 k.k., tezy 5–6, 9.

²⁷ Zob. S. Tarapata, D. Zając, *Znaczne...*

4. Brak specjalizacji lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem w wymaganym zakresie

Wśród reguł postępowania z dobrem prawnym znajdują się nie tylko reguły odnoszące się do charakteru użytego względem nośnika dobra prawnego przedmiotu, ale również reguły dotyczące kwalifikacji podmiotu z dobrem mającego kontakt²⁸. Jak już zostało powiedziane, reguły postępowania z dobrem prawnym fluktuują w czasie, zmienia się bowiem ryzyko dnia codziennego, standardy oraz potrzeby i oczekiwania społeczne. Wobec tych przemian pojawiają się przypadki, gdy opiekę nad pacjentem powierza się lekarzowi specjalizacji innej niż właściwa lub rezydentowi²⁹. Są to więc osoby, które nie posiadają kwalifikacji zawodowych do wykonywania czynności leczniczych w zakresie, do którego zostali skierowani. Podobnie jak wobec zastosowania sprzętu prowizorycznego, przyjąć należy stanowisko, że skierowanie rezydenta lub lekarza niewłaściwej specjalizacji do leczenia jest akceptowalne. Warunkiem jest jednak niedostępność lekarza specjalizacji właściwej.

Zmiana reguł postępowania z dobrem pociąga za sobą zmianę modelu zachowania, do którego zachowanie lekarza lub rezydenta będzie przyrównywane. W przypadku bowiem wystąpienia skutku przestępnego zachowanie tych podmiotów nie może być oceniane z punktu widzenia standardu modelowego dobrego lekarza charakteryzującego się posiadaniem wiedzy i umiejętności w zakresie danej specjalizacji. Model ten musi ulec zmianie tak, by osiągnięcie prezentowanego przez niego standardu było możliwe dla podmiotów, które co prawda nie mają wiedzy i umiejętności specjalizacyjnych, jednakże wciąż posiadają wyższe kwalifikacje o charakterze medycznym niż obywatel³⁰.

²⁸ Z nieposiadania kwalifikacji wymaganych do postępowania z dobrem (tu: zdrowiem i życiem człowieka) uczynić można zarzut naruszenia reguł ostrożności postępowania z tym dobrem, a w efekcie istnieje możliwość obciążenia podmiotu odpowiedzialnością. Zob. A. Zoll, *Granice... e*

²⁹ Renata Kędziora zwraca uwagę na art. 58 u.z.l.l.d, podkreślając, że osobą nieuprawnioną do udzielania świadczeń medycznych (uprawiania zawodu lekarza) jest nie tylko osoba spoza służby zdrowia, ale także osoba, która posiada odpowiednie wykształcenie, ale nie nabyła jeszcze uprawnień zawodowych. Zob. R. Kędziora, *Odpowiedzialność...*

³⁰ Szerzej D. Zając, *Modyfikacja...*

5. Zakończenie

Powyzsze zagadnienia oraz wnioski są poniekąd nowatorskie, gdyż, jak stwierdzono na wstępie, dotychczas konstrukcje stanu wyższej konieczności oraz kolizji obowiązków nie były codziennością, stąd znajdowały odzwierciedlenie głównie w rozważaniach teoretycznych. Ponieważ jednak rzeczywistość uległa radykalnej zmianie, podjąć należy trud zrewidowania poglądów lub przeszczepienia części idei na grunt praktyki. Jednocześnie wypracowanie mechanizmów reakcji na przykładowe sytuacje jest niezbędne nie tylko z powodu panującej obecnie epidemii, ale również na przyszłość na wypadek wystąpienia sytuacji porównywalnie lub bardziej kryzysowej.

Summary

The ongoing epidemic has changed the socially acceptable risk and, as a result, the rules of dealing with legal goods. However, the doctor's criteria of priority cannot be arbitrary ones, i.e., the ones that violate achievements such as gender or racial equality. These criteria cannot include "buddy-buddy" rules, i.e., rules that allow for the acceleration of medical treatment due to the existing sympathy between the doctor and the patient. At the same time, heroism cannot be required of a doctor. This means that in a situation in which the rules of dealing with a legal good (including the rules of priority of duty) do not prescribe a specific action, a doctor may proceed to save a person dear to him, instead of a stranger. During an epidemic, when the speed of triage is of no small importance, such a possibility that someone who is not a professional would be involved in such assessment is most acceptable, especially in the face of a change in the rules of dealing with legal goods. However, the behavior of such a person cannot be evaluated on an equal footing with that of a professional, as they are not equally qualified.

Keywords

conflict of duties, makeshift equipment, triage guidelines

Bibliography

- Bąk D., *Pojęcie dylematu etycznego. Zarys problemu dylematu etycznego w organizacji*, „Prakseologia” 2013, nr 154.
- Dukiet-Nagórska T., *Prawnokarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej lub udzielenia świadczenia zdrowotnego w sposób niewłaściwy na skutek niedostatku środków finansowych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6/7, vol. 2.

- Fiutak A., *Kolizja obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego. Seria Prawnicza” 2018, Prawo 23.
- Giezek J., *Kolizja obowiązków spoczywających na pracownikach opieki medycznej w dobie pandemii COVID-19*, „Palestra” 2020, nr 6.
- Kardas P., *Konstytucyjne podstawy rozstrzygnięcia kolizji obowiązków i konfliktów dóbr w czasie epidemii*, „Palestra” 2020, nr 6.
- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.
- Kliś M., *Źródła obowiązku gwaranta w polskim prawie karnym*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1999, z. 2.
- Kowalska D., *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy i związana z nim odpowiedzialność karna za jego zaniechanie*, Koło Naukowe Prawa Medycznego „Lege Artis”, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, < https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/13578/1/07_KOWALSKA.pdf >.
- Kozłowska-Kalisz P., w: *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, red. M. Mozgawa, LEX 2020.
- Krzyż Ł. i in., *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci*, aktualizacja 2020.
- Kubicki L., *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, vol. 5.
- Kubicki L., *Zasady odpowiedzialności prawnej lekarza w świetle nowej ustawy o zawodzie lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Kulesza J., *Kolizja obowiązków pomocy (art. 162 k.k.)*, „Prokuratura i Prawo” 2007, nr 2.
- Kulik M., w: *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, red. M. Mozgawa, LEX 2020.
- Lachowski J., w: *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzošek, LEX 2018.
- Mazur P., *Uwagi o ustaleniu przez sąd społecznej opłacalności poświęcenia dóbr prawnych (na przykładzie instytucji stanu wyższej konieczności)*, „Prawo w działaniu” 2019, t. 39.
- Pązik A., *Wyłączenie bezprawności naruszenia dobra osobistego na podstawie interesu społecznego*, LEX 2014.
- Tarapata S., *Problem rozstrzygnięcia prawnokarnej kolizji dóbr w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych*, „Palestra” 2020, nr 6.
- Tarapata S., Zajac D., *Znaczne zwiększenie uprzedniego zagrożenia dla dobra prawnego spowodowanego przez sprawcę jako negatywna przesłanka obiektywnego przypisania skutku*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014, z. 3.
- Wilk L., *Aksjologiczne problemy stanu wyższej konieczności*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 11.
- Zajac D., *Modyfikacja reguł sztuki lekarskiej w czasach epidemii COVID-19 – perspektywa prawnokarna*, „Palestra” 2020, nr 6.
- Zakrzewski P., *Stopniowanie winy w prawie karnym*, Warszawa 2016.
- Zoll A., *Granice legalności zabiegu medycznego*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Zoll A., w: *Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Część I. Komentarz do art. 1-52*, red. W. Wróbel, A. Zoll, LEX 2016.

Monika Łątka-Płachta

Zoll A., *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, vol. 13.

Zoll A., *Stan wyższej konieczności jako okoliczność wyłączająca przestępność czynu w praktyce lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2 (19), vol. 7.

Zoll A., *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, vol. 2.