

Grzegorz Glanowski

Definicje bezwzględnego obowiązku pomocy medycznej

Wprowadzenie

Polski porządek prawny, choć posiada bardzo bogatą historię i tradycję, nie pozostaje zamknięty na dalszy rozwój. Wciąż zmieniająca się rzeczywistość wymaga nieustannej regulacji prawnej. Za zmianami kultury życia codziennego, ludzkich potrzeb i oczekiwań, muszą następować odpowiadające im zmiany w prawie. Pojawiają się kolejne przestrzenie, wymagające interwencji prawnej, która zapełni istniejące luki i zniesie wątpliwości co do legalności podejmowanych zachowań.

Jedną z nowych gałęzi prawa, której samodzielny byt kwestionowano jeszcze w latach 90. XX wieku, jest prawo medyczne. Nielatwo jest się zdobyć na rzetelną definicję tej dyscypliny prawnej. Jedną z przyczyn tej trudności jest fakt, iż prawo medyczne to zespół norm z zakresu prawa cywilnego, administracyjnego, karnego, a także właściwych im procedur. Ponadto gałąź ta reguluje prawa i obowiązki wszystkich podmiotów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia i występujących w nim w różnych rolach. Ogrom materii regulowanej przez tę dyscyplinę, czyni ją jedną z najbardziej zróżnicowanych tematycznie gałęzi prawa. Przedmiotowa wielowątkowość nie zawsze sprzyja koherencji regulacji prawnej, co przejawia się między innymi w definiowaniu nieraz tych samych instytucji, w różnych aktach prawnych w odmienny sposób. Taki stan rodzi wątpliwości interpretacyjne, które wymuszają zastosowanie specjalnych technik wykładni przepisów prawa. Nie ulega wątpliwości, że definicyjna niespójność przedsięwzięć ustawodawczych niekorzystnie wpływa na adresatów norm prawnych, którzy mogą się czuć zagubieni wobec nadmiernej liczby aktów prawnych, determinujących ich status.

Przykładem instytucji regulowanej w wielu aktach rangi ustawowej oraz dotkniętej problemem, o którym wspomniano powyżej, jest bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej osobie, znajdującej się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. W niniejszym artykule zagadnienie to zostanie przeanalizowane z uwzględnieniem charakterystyki podmiotów zobowiązanych do podjęcia stosownych zachowań, momentów aktualizacji przedmiotowego obowiązku, jak również jego treści.

Akty prawne regulujące instytucję bezwzględnego obowiązku udzielenia pomocy

Obecnie opisywany obowiązek, jest przedmiotem regulacji kilku¹ aktów prawnych rangi ustawowej. Przede wszystkim, należy do nich zaliczyć: ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, dalej: u.z.l.), ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039, dalej: u.z.p.p.), ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410, dalej: u.p.r.m.), ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654, dalej: u.d.l.), ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, dalej: u.ś.o.z.) oraz ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, dalej: k.k.), która w art. 162 formułuje i adresuje przedmiotowy obowiązek do każdego człowieka. Wymaga podkreślenia, że chociaż każda z wyżej wymienionych ustaw nawiązuje do pozostałych, czy też w pewnym sensie je uzupełnia, to przedmiotowy obowiązek sprecyzowany został niejednokrotnie odmiennie, co poniżej zostanie poddane szczegółowej analizie.

Podmioty zobowiązane

Na gruncie wyżej wskazanych regulacji, do podmiotów zobowiązanych do udzielenia pomocy należy zakwalifikować lekarza², pielęgniarkę³, ratow-

¹ Autor w niniejszym artykule skupia się jedynie na aktach prawnych, fundamentalnych dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

² Pod terminem lekarza autor niniejszego artykułu uważa również lekarza dentystrę, chyba że coś innego wyraźnie wynika z treści tekstu.

³ Pod terminem pielęgniarki autor niniejszego artykułu uważa również położną, chyba że coś innego wyraźnie wynika z treści tekstu.

nika medycznego, podmiot leczniczy, świadczeniodawcę oraz każdego⁴, kto może udzielić pomocy bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

O ile zidentyfikowanie pierwszych trzech podmiotów nie budzi wątpliwości, o tyle wymaga wyjaśnienia, co ustawodawca rozumie pod pojęciem podmiotu leczniczego i świadczeniodawcy.

W świetle ustawy o działalności leczniczej, podmiotem leczniczym jest przedsiębiorca⁵, wykonujący działalność leczniczą we wszelkich przewidzianych do tego prawem formach⁶, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe⁷, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenia działalności leczniczej, a także kościoły, kościelne osoby prawne i związki wyznaniowe. Wszystkie wymienione wyżej podmioty są podmiotami leczniczymi w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą, polegającą co do zasady na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Z kolei ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za świadczeniodawcę traktuje podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osobę fizyczną, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi.

Powyższe krótkie wyjaśnienie daje pełny obraz podmiotów, na których ciąży obowiązek udzielenia pomocy, w razie zaistnienia koniecznych przesłanek. Stąd też dokonywanie dalszej szczegółowej charakterystyki w odniesieniu do zawartego w niniejszym artykule problemu, wydaje się zbędne.

⁴ Art. 162 k.k. został włączony do przedmiotowych rozważań z uwagi na możliwość dokonania prawnokarnej oceny zachowania osoby spełniającej hipotezę tego przepisu.

⁵ W rozumieniu przepisów ustawy z dn. 2 VII 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2010 r., Nr 220, poz. 1447 i Dz.U. z 2010 r., Nr 239, poz. 1593 oraz Dz.U. z 2011 r., Nr 85, poz. 459 i Dz.U. z 2011 r., Nr 106, poz. 622).

⁶ Z tej kategorii ustawodawca wyłączył lekarza, wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej.

⁷ W tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Sytuacja aktualizująca obowiązek działania

W tym miejscu rozpoczyna się właściwa próba systematyzacji problemu. Z uwagi na zastosowanie przez ustawodawcę różnych pojęć, w odniesieniu do przedstawienia sytuacji, w których dochodzi do aktualizacji obowiązku działania każdego z wyżej wymienionych podmiotów, powstają liczne wątpliwości interpretacyjne.

W związku z tym lekarz, na gruncie art. 30 u.z.l., 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 niecierpiących zwłoki.

Pielęgniarkę, na mocy art. 12 u.z.p.p., zobligowano do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W odniesieniu do ratownika medycznego, zgodnie z art. 40 ust. 2 u.p.r.m., rozpoczęcie medycznych czynności ratunkowych następuje niezwłocznie po jego przybyciu na miejsce zdarzenia, wobec wystąpienia nagłego stanu zagrożenia zdrowotnego.

Z kolei podmiot leczniczy, zgodnie z art. 19 u.d.l., nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Natomiast świadczeniobiorcy, znajdującemu się w stanie nagłym, świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej niezwłocznie, o czym stanowi art. 13 u.ś.o.z.

Konieczne jest jeszcze przybliżenie treści art. 162 k.k., zgodnie z którym, kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Podobną regulację zawiera ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która wskazuje, że każdy, kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Z powyższego wynika, że ustawodawca na gruncie zaprezentowanych ustaw, użył całej gamy pojęć na określenie jakby się wydawało tego samego zjawiska. Wobec tego, sytuacja aktualizująca obowiązek działania, została zdefiniowana jako: 1) niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz inny przypadek niecierpiący zwłoki, 2) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, 3) zagrożenie życia lub zdrowia, 4) stan nagły, 5) bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Z przedstawionych terminów ustawodawca zdefiniował tylko te, z wyróżnionych powyżej punktów 2) i 4).

W związku z powyższym, na gruncie ustawowych definicji, przez stan nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Uzasadnione kontrowersje może budzić fakt, że definicja ta nie została wprost zlokalizowana w słowniczku ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, skoro ta ustawa statuuje przedmiotowy obowiązek po stronie pielęgniarki. Ponadto ustawa ta nie zawiera nawet odesłania do innego aktu, który ten termin definiuje, czyli do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Należy negatywnie ocenić stan, w którym adresat normy prawnej zdany jest na samodzielne poszukiwanie definicji terminów na nią się składających. Innymi słowy, ustawodawca zaniedbał wprowadzenia wyraźnego odesłania do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w zakresie interpretacji pojęcia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, który to stan pozwala określić granice i treść obowiązku pielęgniarki i położnej. Zatem w tym przypadku mamy do czynienia z anonimowym odesłaniem do innego aktu prawnego, tj. do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zabieg odesłania definicyjnego do innej regulacji prawnej uznaje się za dopuszczalny, jednakże negatywnej ocenie należy poddać praktykę braku wyraźnego wskazywania ustawy zawierającej definicję kluczowego pojęcia, używanego w pozostałych aktach prawnych. W takim przypadku nie da się uciec od stwierdzenia, że odbiorca przepisu prawnego zostaje zdany na samodzielne poszukiwanie znaczenia przedstawionego w nim terminu.

Dokonując analizy kolejnego zwrotu, tj. stanu nagłego, bez zbędnych dywagacji należy wskazać, że pod pojęciem tym kryje się stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 u.p.r.m., czyli stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z łatwością można dostrzec, że ustawodawca używa dwóch terminów dla

określenia tego samego zjawiska, co z punktu widzenia zasad przyzwoitej legislacji, jest co najmniej kontrowersyjne. Skoro przez stan nagły rozumie się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, to posługiwanie się pojęciem stanu nagłego jest nie tylko zbędne, ale i problematyczne, ponieważ może wprowadzać niepotrzebne rozbieżności interpretacyjne. W tej sytuacji nie budzi wątpliwości, że pojęcie stanu nagłego powinno zostać wprost zastąpione terminem z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

W zakresie interpretacji pozostałych zwrotów, kontrowersyjne jest rozróżnienie niebezpieczeństwa zagrożenia życia od bezpośredniego niebezpieczeństwa zagrożenia życia. Chociaż użycie słowa „bezpośrednie” może wskazywać, na wyższy stopień nieuchronności skutku, lub bardziej zaawansowany poziom zagrożenia, to w odniesieniu do celu, jaki leży u podstaw regulacji bezwzględnego obowiązku udzielenia pomocy medycznej, może to nie mieć większego znaczenia.

Dodatkowo, uzasadnione wątpliwości budzi to, czy pojęcie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, pokrywa się z zakresem znaczeniowym ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Problematyczne zresztą pozostaje klarowne rozróżnienie samych dwóch ostatnich terminów. W końcu doprecyzowania wymagałoby określenie zakresu pojęcia zagrożenia życia lub zdrowia, w tym określenia, czy termin ten jest terminem najogólniejszym, czy tylko zawiera w sobie niektóre z wyżej opisanych stanów.

Próba głębszej analizy występujących w regulacjach ustawowych pojęć wydają się nie mieć większego sensu, z uwagi na jawiące się już na wstępie oczywiste wnioski, iż terminy te, nie pozostają pod względem językowym tożsame, a drażnienie ich rzeczywistej treści wymagałoby odwołania do wiedzy medycznej. Wielokrotnie zakresy znaczeniowe używanych zwrotów przenikają się wzajemnie, co dodatkowo stwarza problemy w zakresie dekodowania ich znaczenia lub, mówiąc wprost, całkowicie to uniemożliwia, doprowadzając do bezcelowości dalszych rozważań na ten temat. Jednak przede wszystkim wymaga podkreślenia, że (abstrahując od użytych do tej pory zwrotów terminologicznych) zagrożenie życia lub zdrowia winno być traktowane jako sytuacja obiektywna, dekodowana poprzez istniejące objawy chorobowe, odnoszone do rzetelnej specjalistycznej wiedzy medycznej, którą dysponują wymienione podmioty. Tym samym, stan zagrożenia życia i zdrowia, nie może być stanem wyimaginowanym przez chorego, na podstawie jego subiektywnych odczuć. Wydaje się, że inne rozumienie tego zjawiska doprowadziłoby do nadużyć, które mogłyby wręcz powodować paraliż systemu opieki zdrowotnej, jako dystrybutora dóbr deficytowych.

Sposób wykonania obowiązku

Niespójność ustawodawcy nie przejawia się jedynie w zastosowaniu różnych pojęć na określenie sytuacji, w której aktualizuje się obowiązek do podjęcia odpowiednich działań przez właściwe podmioty, ale również w różnorodnym zdefiniowaniu sposobu zadośćuczynienia temu obowiązkowi. Analizowane akty ustawowe, prezentują takie terminy, jak: 1) pomoc lekarska, 2) pomoc (w odniesieniu do pielęgniarki i każdego człowieka), 3) medyczne czynności ratunkowe, 4) świadczenie opieki zdrowotnej, 5) świadczenie zdrowotne. W odwołaniu do powyższego, pewnego rodzaju odmienność dotyczy osób wykonujących zawód pielęgniarki i ratownika medycznego, bowiem właściwe ustawy i rozporządzenia wydane na ich gruncie zakreślają katalog czynności możliwych do samodzielnego⁸ wykonania przedmiotowego obowiązku.

Wracając do wyżej opisanych terminów, ustawodawca zdefiniował jedynie pojęcie z punktu 4) i 5). Artykuł 5 pkt 34 u.ś.o.z. definiuje świadczenie opieki zdrowotnej, jako świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Już na podstawie tej definicji można z łatwością zauważyć, że pojęcie świadczenia opieki zdrowotnej, jest terminem o szerszym znaczeniu, co oznacza, że każde świadczenie zdrowotne jest również świadczeniem opieki zdrowotnej, z tym że ta zależność nie występuje w odwrotnym ujęciu. Znaczenie pojęcia świadczenia zdrowotnego precyzuje art. 5 pkt 40 u.ś.o.z. stanowiąc, że jest nim działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne, wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich udzielania. Z powyższego można wysnuć wniosek, że sposób wykonania obowiązku świadczeniodawcy, który jest podmiotem leczniczym, jest przedmiotowo różny na gruncie dwóch zasadniczych ustaw, regulujących jego działalność. Podczas gdy świadczeniodawca ma udzielić świadczenia opieki zdrowotnej, to podmiot leczniczy ma wykonać jedynie świadczenie zdrowotne. Nie ulega wątpliwości, że zachodzą przypadki, kiedy podmiot leczniczy jest świadczeniodawcą, a świadczeniodawca podmiotem leczniczym, co doprowadza do paradoksu na gruncie wykładni językowej.

⁸ Należy zwrócić uwagę na enumeratywnie zdefiniowany zakres czynności, których każdy z przedstawicieli tego zawodu może dokonać samodzielnie, spełniając tym samym przedmiotowy obowiązek. Zróżnicowanie to niewątpliwie znajduje swoje uzasadnienie w pozycji i charakterze zawodu pielęgniarki oraz ratownika medycznego, jako elementu systemu opieki zdrowotnej, a w którym to systemie, mimo wszystko naczelną pozycję zajmuje lekarz i jego kwalifikacje.

Ponadto rodzi się pytanie, co ustawodawca rozumie pod pojęciem pomocy lekarskiej i czy jest ono tożsame z regulacją tej materii u świadczeniodawcy, którym niewątpliwie jest lekarz wykonujący działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej. Dodatkowo, obok siebie występują pojęcia pomocy lekarskiej, pomocy (pielęgniarskiej) i pomocy, której w relewantnej sytuacji powinien udzielić każdy człowiek. Oprócz tego, rozważenia wymaga znaczenie zwrotu medycznych czynności ratunkowych, do czego pomocny jest art. 14 u.p.r.m., zawierający ich katalog⁹.

Zaniechując po raz kolejny dalszych, głębszych rozważań i poprzestając na dotychczas wykazanych rozbieżnościach, słusznym poglądem wydaje się teza, o istnieniu jednego obiektywnego stanu zagrożenia życia i zdrowia, aktualizującego obowiązek działania u podmiotów do tego zobowiązanych, jednakże niefortunnie różnorodnie zdefiniowanego przez ustawodawcę w poszczególnych aktach prawnych. Na podstawie tego poglądu, w dalszej mierze, zasadne byłoby zróżnicowanie sposobu zadośćuczynienia temu obowiązkowi, w zależności od podmiotu, którego ów obowiązek w danej chwili dotyczy. To z kolei nierozłącznie jest związane, z właściwymi dla każdej ze zobowiązanych osób kwalifikacjami, umiejętnościami, doświadczeniem, a przede wszystkim poziomem wiedzy. Kluczowe jest również wskazanie pozycji w systemie opieki zdrowotnej i zadań w zakresie niesienia pomocy, jakie ustawodawca postawił przed przedstawicielami poszczególnych zawodów medycznych, placówkami medycznymi czy przed każdym z obywateli. Powyższa teza, nie tylko jest argumentem zdroworozsądko-

⁹ Zakres czynności wykonywanych przez ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje: 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzryłową i przrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego; 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran; 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć; 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem; 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 6) stosowanie tlenoterapii biernej; 7) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 9) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43 ust. 2. Warto zwrócić uwagę na fakt, że zastosowana konstrukcja językowa przedmiotowego katalogu wskazuje na jego enumeratywny charakter. Ustawodawca nie posłużył się zwrotami znaczeniowymi, świadczącymi o szerszym zakresie tych czynności, nie ujętymi w przepisie, takimi jak: „w szczególności”, „inne czynności” bądź innymi równoznacznymi. Ponadto, nie budzi wątpliwości pojęcie medycznych czynności ratunkowych, posiada swoje autonomiczne znaczenie, definiowane właśnie przez przepisy ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

wym, ale również można zauważyć jej rozwinięcie w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, które to akty konstruują katalog tzw. czynności samodzielnych.

Moment wykonania obowiązku

Do rozważań poczynionych do tej pory, należy dodać, że ustawodawca w sposób niejednoznaczny określił także moment wykonania ciężącego na odpowiednim podmiocie obowiązku. Podczas gdy lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny i świadczeniodawca mają podjąć odpowiednie czynności niezwłocznie, to podmiot leczniczy ma je wykonać natychmiast. Wątpliwości wykładnicze potęgowane są w dużej mierze przez dotychczasowy dorobek polskiego orzecznictwa, które wskazanym pojęciom przypisuje odmienne znaczenie¹⁰. W związku z tym, użyte terminy: „niezwłocznie” czy też „niecierpiący zwłoki”, w odniesieniu do wykonania obowiązku, należy rozumieć jako podjęcie działań bez zbędnej zwłoki, czyli bez zbędnych czynności, przeszkód, ale z zachowaniem czynności przewidzianych ustawowo. Z kolei termin „natychmiast”, rozumieć należy przez wykonanie obowiązku w tej samej chwili, bez straty czasu.

Z powyższego wynikałoby, że ustawodawca zobowiązał różne podmioty, do podjęcia działań w różnych punktach czasowych, co niewątpliwie prowadziło do absurdu. Ponadto, podobne wątpliwość do opisanych w poprzednim rozdziale, budzi określenie właściwego momentu wykonania obowiązku przez świadczeniodawcę, będącego podmiotem leczniczym, gdyż został on określony odmiennie w dwóch ustawach regulujących jego działalność.

Podsumowanie

Na podstawie dokonanej analizy, można nabrać przekonania, że na różne podmioty zostały nałożone zróżnicowane obowiązki w zakresie ratowania ludzkiego życia i zdrowia, które są podejmowane w różnych momentach czasowych. Tego typu bałagan definicyjny, z pewnością nie wpływa pozytywnie na przejrzystość materii prawnej w prezentowanym zakresie. Błędem byłoby jednak przyjąć, że ustawodawca zamierzał zde-

¹⁰ Wyrok SN z 22 III 2001 r., sygn. V CKN 769/00.

finiować bezwzględny obowiązek pomocy medycznej w różny sposób. O ile zróżnicowanie zakresu czy też stopnia zaawansowania tej pomocy ma sens w odniesieniu do osoby nieposiadającej wykształcenia medycznego, lekarza, pielęgniarki i ratownika medycznego, o tyle zupełnie nieuzasadnione byłoby jej różnicowanie wobec lekarza, pielęgniarki, świadczeniodawcy czy podmiotu leczniczego w zakresie, w jakim pojęcia te są ze sobą tożsame¹¹.

W przykładzie zaprezentowanym w niniejszym artykule, z łatwością można dostrzec, że w odniesieniu do przepisów niejasnych i regulacji niespójnych, wykładnia prawa nie może ograniczać się jedynie do kontekstu językowego i systemowego danego przepisu, ale musi brać pod uwagę szeroko rozumiany kontekst funkcjonalny. Niewątpliwie celem, jaki przyświecał ustawodawcy podczas redagowania przedstawionych przepisów, było zagwarantowanie osobie potrzebującej właściwej pomocy, która zostanie udzielona przez podmiot posiadający stosowne kwalifikacje medyczne. Innymi słowy, z uwagi na charakter dobra naczelnego, jakim jest ludzkie życie i zdrowie, ustawodawca dążył do stworzenia gwarancji ich ochrony, bezwzględnie w każdym przypadku, gdy mogłoby dojść do ich naruszenia. Stąd też odpowiednie zapisy znajdują się w każdej z ustaw regulujących funkcjonowanie zawodów medycznych, placówek systemu opieki zdrowotnej, jak również w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która jest ustawą systemową. Ponadto przedmiotowe zapisy zawarte zostały w Kodeksie karnym, co konstytuuje prawny obowiązek działania każdego człowieka w sytuacji tego wymagającej. Nie można pominąć faktu, że powyższemu obowiązkowi towarzyszy stosowne uprawnienie pacjenta, wyrażone wprost w art. 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2010 r., poz. 159, dalej: u.p.p.). Zatem, pomijając już kolejne niespójności i różnice terminologiczne, które nasuwa treść art. 7 u.p.p., prawo pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia niewątpliwie jest powtórzeniem zawartego w art. 38 Konstytucji prawa do ochrony życia i zdrowia. Wobec tego należy stwierdzić, że prawo to w swej istocie posiada charakter naturalny, znajdujący źródło w godności ludzkiej¹². Natomiast samo przeniesienie go na karty aktów prawnych oraz

¹¹ Z taką sytuacją mamy do czynienia, np. gdy lekarz wykonujący działalność leczniczą w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub gdy taka umowę zawarł podmiot leczniczy

¹² Szerzej: wyrok TK z 7 I 2004 r., sygn. akt: K 14/03.

sformułowanie prawnych gwarancji jego realizacji, należy uznać za wzmocnienie fundamentalnej pozycji i podkreślenie naczelnego dobra, jakim jest ludzkie życie i zdrowie.

Powyższa teza nie zmienia jednak faktu, że przepisy statuujące bezwzględny obowiązek pomocy medycznej powinny być ze sobą spójne. W obecnej chwili regulacja prawna z pewnością wymaga ponownej redakcji, która wykluczy rozbieżności terminologiczne przedstawione w niniejszym artykule. Pożądany jest stan, w którym już zaledwie odniesienie się do reguł wykładni językowej zostaje uważane za wystarczające dla prawidłowego odbioru treści przepisów. Nie ulega wątpliwości, że jednolite ich rozumienie przez wszystkich adresatów, wpływa na doniosłość i powagę prawa, co w omówionym zakresie może nie mieć miejsca.

