

Robert Szostak, Magdalena Kozak

Odpowiedzialność karna lekarzy za błędy w sztuce medycznej

Studia Prawnoustrojowe nr 23, 119-130

2014

Artykuł został 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.

Magdalena Kozak*

Robert Szostak**

*Katedra Prawa Rzymskiego i Porównawczego

**Katedra Prawa Karnego Materialnego

Wydział Prawa i Administracji UWM

Odpowiedzialność karna lekarzy za błędy w sztuce medycznej

Publikowane dane statystyczne oraz wyniki badań wskazują, że liczba odnotowanych zgłoszeń zawiadomienia o możliwości popełnienia błędu w sztuce medycznej ciągle rośnie¹. Fakt ten tłumaczy się wzrastającą świadomością prawną pacjentów i lepszym dostępem społeczeństwa do usług prawnych, pozwalających na dochodzenie swych praw w związku z doznanyymi stratami na skutek interwencji medycznych. Są to oczywiście pozytywne reakcje i mechanizmy, których należy się spodziewać w przypadku wystąpienia wspomnianych patologii.

Rozważania niniejszego artykułu koncentrują się przede wszystkim na zasadach odpowiedzialności karnej lekarza za popełnienie błędu medycznego oraz jej źródłach. Autorzy omówili w szczególności wykonywanie interwencji medycznych w sposób sprzeczny z aktualnym stanem wiedzy oraz wykonywanie ich w sposób niedbały. Obie formy bezprawnych zachowań można zaliczyć do patologii procesu świadczenia czynności leczniczych.

Prawa pacjenta – wiadomości ogólne

Odpowiedzialność posiada swe źródła w konkretnym systemie praw. Z punktu widzenia odpowiedzialności za błąd medyczny owe prawa stanowią punkt wyjścia każdego postępowania, w którym człowiek zostaje narażony na utratę zdrowia lub życia albo traci zdrowie lub życie na skutek niedbałej

¹ M. Kis-Wojciechowska, Z. Przybylski, *Błąd medyczny*, „Homines Hominibus” 2011, t. 7, s. 127–141.

lub niezgodnej z aktualną wiedzą interwencji medycznej. Niezwykle istotne jest przypomnienie, iż każdy posiada naturalne prawo do życia i jego ochrony i dlatego też życie i zdrowie są chronione zarówno przed celowymi i bezpośrednimi zamachami, jak i przed tymi, których źródeł należy szukać np. w zaniedbaniu obowiązków lekarskich.

Ochrona człowieka wynika z prawa zwyczajowego, zasad przyjętych przez społeczeństwo i aktów prawnych. Celem jest przestrzeganie i respektowanie praw każdego obywatela. W zakresie prawa medycznego w relacjach pacjent–lekarz bądź też pacjent–personel medyczny pacjent jest podmiotem, któremu gwarantuje się co do zasady udzielanie świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem praw wynikających ze statusu pacjenta i obywatela. Uprawnienia te realizowane są przez zakłady opieki zdrowotnej i osoby wykonujące zawód medyczny, co wynika z przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej². Art. 4 ww. ustawy stanowi, że świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej lub przez osoby fizyczne o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych. Prawa pacjenta to uprawnienia przysługujące każdemu obywatelowi danego państwa na takich samych zasadach i w równym stopniu, które reguluje ustawa zasadnicza³, a także szereg aktów prawnych, m.in.: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza⁴, ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁵, ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów⁶, ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁷.

Prawo do ochrony zdrowia jest fundamentalnym prawem podmiotowym. Przepis art. 68 Konstytucji RP stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Warto także wspomnieć przepis art. 6.1. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸, w myśl którego każdy

² Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.

³ Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483).

⁴ Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 152, z późn. zm.

⁵ Dz.U. z 1996 r., nr 91, poz. 410 z późn. zm.

⁶ Dz.U. z 1995 r., nr 138, poz. 682.

⁷ Dz.U. z 1994 r., nr 111, poz. 535 z późn. zm.

⁸ Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 417.

pacjent posiada prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Analizy wymaga przede wszystkim sytuacja, w której dochodzi do zdarzenia medycznego powodującego szkodę czy uszczerbek na zdrowiu pacjenta. Zdarzeniem medycznym jest takie postępowanie, które wykracza poza aktualną wiedzę medyczną w zakresie diagnozy, terapii, stosowania środków farmaceutycznych i którego skutkiem jest wywołanie u pacjenta rozstroju zdrowia, jego zakażenia, uszkodzenia ciała, a nawet śmierci⁹. Kto ponosi odpowiedzialność za błędy medyczne i jak dochodzić tej odpowiedzialności? Czego może domagać się pacjent i od kogo dochodzić swoich roszczeń? Rozważając ów problem, należy wskazać, że pojęcie to w prawie polskim pojmowane może być w obrębie trzech dziedzin: jako odpowiedzialność karna, cywilna i tzw. odpowiedzialność zawodowa lekarza.

Odpowiedzialność karną ponosi się za popełnienie przestępstwa, o którym stanowi ustawa, a jej efektem jest orzeczenie kary (grzywna, ograniczenie wolności, pozbawienie wolności)¹⁰.

Zupełnie inaczej pojmowana jest **odpowiedzialność cywilna**, która powstaje wraz z wyrządzeniem szkody majątkowej lub niemajątkowej krzywdy na dobrach osobistych, czci czy zdrowiu człowieka.

Odpowiedzialność zawodową ponosi lekarz zgodnie z art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich¹¹, który stanowi, że członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Odpowiedzialność tę ponoszą także pielęgniarki i położne, na co wskazuje *expressis verbis* przepis art. 36 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych¹², według którego członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Kolejną grupą, która podlega tej odpowiedzialności są aptekarze, zgodnie z przepisem art. 45 ustawy z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich¹³. Członkowie samorządu aptekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami aptekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu aptekarza. Odpowiedzialność zawodową można ponieść za przewinienie zawodowe, co skutkuje orzeczeniem kary dyscyplinarnej i ma na celu wyciągnięcie konsekwencji wobec osoby, która dopuściła się postępowania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej oraz naruszyła przepisy dotyczące wykonywania danego zawodu.

⁹ Por. A. Górski (red.), *Leksykon prawa medycznego*, C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 302.

¹⁰ Por. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 430.

¹¹ Dz.U. z 2009 r., nr 219, poz. 1708.

¹² Dz.U. z 2011 r., nr 174, poz. 1038.

¹³ Dz.U. z 2008 r., nr 47, poz. 273.

W odniesieniu do zasygnalizowanych kwestii odpowiedzialności karnej i cywilnej w sprawach o naruszenia orzekają sądy powszechne, a w przypadku odpowiedzialności zawodowej – sądy zawodowe lekarskie, pielęgniarek i położnych oraz aptekarskie. Ponadto prawo cywilne dzieli odpowiedzialność majątkową względem osób fizycznych i osób prawnych oraz odpowiedzialność za czyn popełniony wobec drugiego człowieka. Odpowiedzialność zawodowa i karna dotyczyć może tylko osoby fizycznej, a odpowiada się za czyny własne względem tej osoby¹⁴.

Pojęcie błędu medycznego

Aby można było mówić o odpowiedzialności karnej lekarza, musi dojść do błędu medycznego lekarza bądź osoby wykonującej zawód medyczny.

Termin „błąd medyczny” czy też „błąd w sztuce lekarskiej” jest różnorodnie pojmowany i rozumiany. Przez wieki przyjmowano odmienne koncepcje, definicja ewaluowała, a jej rozszerzony zakres sięgnął stwierdzenia, że błąd wynikający z niedbalstwa nie ma nic wspólnego z zastosowaniem wiedzy medycznej. Adam Górski słusznie rozpatruje to pojęcie z punktu widzenia prawa cywilnego oraz prawa karnego. Do pierwszej grupy zalicza takie postępowanie, które narusza założenia prawa i wiedzy medycznej. Pojęcie błędu lekarskiego w prawie karnym nie zostało natomiast usystematyzowane – termin ten określa przestępstwo skutkowe przeciwko życiu i zdrowiu¹⁵. Mirosław Nesterowicz definiuje błąd lekarski jako sprzeczne postępowanie z określonymi zasadami wiedzy medycznej, które nie jest zależne od danej osoby i okoliczności przyczyniających się do jego powstania¹⁶. Zasady prawa medycznego rozumieć należy jako regulacje w relacji pacjent–lekarz, które ustalają wzorce postępowania w przypadku powstania konfliktów w sferze medycyny i prawa. Zasady te służą uniknięciu kolizji między prawem a medycyną. Normy gwarantują przestrzeganie ustalonych reguł, wyrażają podstawowe wartości prawne i etyczne¹⁷. Lekarz podejmujący działanie lecznicze zgodnie z obowiązującymi regułami prawa medycznego działa dla dobra pacjenta, ratując jego zdrowie i życie¹⁸.

Zdaniem niektórych przedstawicieli doktryny zakres pojęcia „błąd sztuki” obejmuje nie tylko zachowanie sprzeczne z zasadami nauki prawa medycznego, ale także zasadami etyki i deontologii. Błędne jest natomiast prze-

¹⁴ Por. M. Boratyńska, P. Konieczniak, op. cit., s. 432.

¹⁵ Szerzej: A. Górski (red.), op. cit., s. 3–9.

¹⁶ Por. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. 7, Toruń 2005, s. 156.

¹⁷ A. Górski (red.), op. cit., s. 282.

¹⁸ Por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Wolters Kluwer Polska 2009.

konanie o ocenie błędu w sztuce na podstawie kryterium zwyczaju, który stanowić może jedynie uzupełnienie wiedzy medycznej¹⁹. Podejmując próbę wyjaśnienia ww. pojęcia, należy wskazać na kwalifikację błędu lekarskiego jako terminu wyłącznie prawnego albo wyłącznie medycznego. Autorzy artykułu twierdzą, że pojęcie to oznacza niewłaściwość postępowania przy określonym zdarzeniu medycznym. Zdzisław Marek określa błąd medyczny jako przekroczenie kompetencji przez lekarza, niedołożenie należytej staranności, postępowanie niezgodne z zasadami wiedzy lub *contra lege artem*²⁰. Termin ten rozumiany jest jako niezastosowanie określonych środków (kuracji, aplikacji określonego leku), które były wskazane w danych okolicznościach.

Błąd lekarski stanowi obiektywny element winy, ale nie przesądza o jej istnieniu. Daje bowiem podstawy do stwierdzenia nieprawidłowej postawy lekarza, a więc postępowania wychodzącego poza ramy ogólnie przyjętych zasad medycznych²¹. Czynności lecznicze powinny być podejmowane i wykonywane na podstawie wskazań wiedzy i sztuki lekarskiej, o czym stanowi art. 4 ustawy o zawodzie lekarza. Lekarz ma obowiązek wykonywać swój zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Obecnie stosowane są takie terminy, jak: „błąd w sztuce medycznej”, „błąd w sztuce lekarskiej”, „błąd lekarski”, „błąd medyczny” czy „błąd wiedzy lekarskiej”. Pojęcia te często błędnie, używane są zamiennie. Agnieszka Fiutak podaje, że błąd w sztuce medycznej jest pojęciem szerszym od pozostałych, gdyż obejmuje działania nie tylko samego lekarza, ale także pielęgniarek czy położnych²². Ciekawej systematyki błędów w sztuce medycznej dokonali Margit Kis-Wojciechowska i Zygmunt Przybylski, którzy wyróżnili: błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny, błąd techniczny, błąd organizacyjny, błąd decyzyjny, błąd wykonawczy, błąd opiniodawczy²³.

Izabella Dziekońska-Staśkiewicz podkreśla, że leczenie nie należy do kategorii sztuki, lecz polega na wykonywaniu zawodu²⁴. Cytuje też wyrok z dnia 8 grudnia 1953 r.²⁵, w którym Sąd Najwyższy podkreślił, że praktyka lekarska opierać się musi na wynikach nauki lekarskiej, aby można było przewidywać skutki postępowania leczniczego. Błąd stanowi kategorię omyłności człowieka, za którą lekarz nie może ponosić odpowiedzialności. Lekarz

¹⁹ Por. M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 74.

²⁰ Por. Z. Marek, *Błąd medyczny*, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 1999, s. 83.

²¹ Por. M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 64.

²² Por. A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, C.H. Beck, Warszawa 2011, s. 77.

²³ M. Kis-Wojciechowska, Z. Przybylski, op. cit., s. 133–135.

²⁴ Por. I. Dziekońska-Staśkiewicz, *Tak zwany błąd w sztuce lekarskiej (definicje, zakres pojęcia, propozycje)*, [w:] B. Hołyst (red.), *Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne*, t. 1, wyd. PWN, Warszawa 1974.

²⁵ Wyrok SN z dnia 8 grudnia 1953 r., sygn. II K 811/53.

bowiem ponosi odpowiedzialność za zawinienie, które przejawia się m.in. niedopełnieniem obowiązków, zignorowaniem objawów u pacjenta. Autorka negatywnie odnosi się do łączenia pojęć „błąd” i „sztuka”, gdyż jej zdaniem sztuka wymaga wyobraźni i kreatywności twórczej, a lekarz powinien jak najdokładniej leczyć i wykonywać swój zawód na podstawie wiedzy. Termin „sztuka lekarska” budzi wiele kontrowersji.

Mieczysław Sośniak uważa, że pojęcie „sztuka” w konstrukcji „błąd w sztuce lekarskiej” nie ma naukowego charakteru²⁶, jako że jest to sformułowanie niejednoznaczne i nie należy doszukiwać się błędu lekarskiego w każdym postępowaniu lekarza niezgodnym z zasadami prawa medycznego. Medycyna jest nauką stale rozwijającą się. Metody, które w danym momencie uznać należy za błąd sztuki ze względu na niemożność ich zastosowania, nie muszą być uważane za błąd w innych okolicznościach. Właściwe wydaje się traktowanie kategorii błędu lekarskiego jako postępowania sprzecznego z ogólnie przyjętymi zasadami w czasie powstania błędu oraz w chwili określonego stanu wiedzy lekarza. Błędne byłoby natomiast ocenienie danego postępowania jako nieprawidłowego po określonym czasie, w którym nastąpił znaczny postęp medycyny i metody leczenia stosowane przez danego lekarza w chwili przeprowadzenia terapii są już nieaktualne²⁷. Zgodnie z tym stanowiskiem, wszelkie zabiegi przeprowadzane zgodnie ze sztuką lekarską w danym dniu mogą zostać ocenione jako naruszające zasady medyczne w późniejszym okresie.

Agnieszka Liszewska uznaje za błąd medyczny takie naruszenie reguł ostrożności i reguł postępowania zawodowego przez lekarza (świadomie podejmującego działanie), które godzi w dobra prawne takie jak życie czy zdrowie człowieka. Autorka twierdzi, że popełnienie błędu w myśl art. 9 § 2 k.k. to niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach i może być podstawą przypisania lekarzowi odpowiedzialności karnej za dokonanie nieumyślnego czynu zabronionego²⁸.

Błędy lekarskie, zgodnie z przyjętymi kryteriami, dzieli się na: diagnostyczne, terapeutyczne, techniczne, organizacyjne, opiniodawcze. Zatem można stwierdzić, że błąd powstaje wraz z błędną diagnozą, błędną terapią leczniczą, ewentualnie w wyniku zaniedbania lekarza. Należy jednak pamiętać, że błąd w sztuce medycznej nie dotyczy tylko samych lekarzy. Popędzają go także pielęgniarki, położne, laboranci, technicy medyczni czy ratownicy. To jednak lekarze najczęściej odpowiadają za dobro pacjenta i rozważania tego artykułu skupią się przede wszystkim na odpowiedzialności karnej tej grupy zawodowej.

²⁶ Por. M. Sośniak, op. cit., s. 64.

²⁷ Por. ibidem, s. 72.

²⁸ A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 28.

Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce medycznej

Rozważania nad źródłem odpowiedzialności karnej za błędy w sztuce medycznej, a także analizę tego zjawiska w kontekście jego istoty należy prowadzić z uwzględnieniem najistotniejszego elementu prawa karnego, a mianowicie winy sprawcy. Podobnie uważa Marian Filar, który pośród przesłanek odpowiedzialności karnej lekarzy wymienia właśnie winę przy jednoczesnym zaistnieniu błędu, jako czynu sprzecznego z wiedzą i praktyką medyczną, powodującego ujemny skutek w postaci naruszenia lub narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo dobra prawnego²⁹. Trzecim niezbędnym elementem jest ustalenie związku przyczynowego między zachowaniem lekarza a negatywnym skutkiem dla zdrowia lub życia pacjenta. Zarówno ustalenie związku przyczynowego, jak i określenie stopnia oraz postaci winy lekarza za błąd medyczny może nastroczać praktyce pewne trudności.

Związek przyczynowy to relacja pomiędzy błędem a zaistniałym skutkiem w postaci pogorszenia zdrowia pacjenta lub jego śmierci. Związek ten musi zostać udowodniony przez organy wymiaru sprawiedliwości. W rzeczywistości najwięcej trudności przysparza biegłym dokonanie oceny, czy diametralną rolę w pogorszeniu stanu pacjenta odegrał błąd medyczny, czy też naturalne przyczyny występującego u pacjenta schorzenia lub urazu³⁰. Tym bardziej że działanie lekarza powodujące pogorszenie stanu pacjenta według Sądu Najwyższego nie musi być jedyną i wyłączną przyczyną owego skutku i możliwe jest w takich sytuacjach przypisanie lekarzowi winy za skutek, jaki nastąpił w wyniku jego działania³¹. Jak twierdzi M. Filar: „Niezbędne jest natomiast, aby zachowanie lekarza było przynajmniej jedną z przyczyn, bez której skutek nie nastąpiłby. Przyłączenie się do łańcucha przyczynowo-skutkowego i innych jeszcze przyczyn nie wyłącza odpowiedzialności karnej lekarza, jeśli on co najmniej mógł je przewidzieć”³². Według Renaty Kędziory, najtrudniejszym elementem w procesie dowodzenia winy za błąd medyczny jest właśnie przypisanie ujemnego skutku³³. Z tego też powodu, pomimo dużej ilości skarg i zawiadomień o błędach lekarskich składanych przez pacjentów lub ich rodziny³⁴, niezwykle rzadko dochodzi do takich procesów i wyjątkowo do skazania lekarzy za spowodowane błędem skutki. Jak wskazuje M. Filar, naruszenie zasad wiedzy i praktyki bez możliwości przypisania skutku jest jedynie podstawą do odpowiedzialności dyscyplinarnej przed sądem lekarskim³⁵.

²⁹ M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, „Prawo i Medycyna” 1999, t. 1, s. 71.

³⁰ M. Kis-Wojciechowska, Z. Przybylski, op. cit., s. 140.

³¹ Zob. wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1961 r., sygn. II K 1125/60.

³² M. Filar, op. cit., s. 74.

³³ R. Kędzióra, op. cit., s. 145.

³⁴ Szerzej na ten temat: M. Kis-Wojciechowska, Z. Przybylski, op. cit., s. 127–141.

³⁵ M. Filar, op. cit.

Wracając do problematyki winy w sprawach o błąd medyczny, warto zauważyć, iż w przypadku oceny stopnia winy i jej formy należy uwzględnić szczególne okoliczności, jakie zachodzą w procesie leczenia człowieka i ratowania życia przez lekarzy. Dlatego też winę należy rozpatrywać na różnych płaszczyznach, tj. moralnej, społecznej, psychologicznej czy też procesowej i karnomaterialnej³⁶. Na potrzeby niniejszego opracowania posłużono się definicją, która przyjmuje, iż winą w przypadku błędu medycznego jest wadliwość procesu decyzyjnego, którego elementami są decyzje oparte na niedostatecznej specjalistycznej wiedzy lub decyzje, które podjęto bez zachowania należytej w danym obszarze i w danym przypadku staranności. Wina lekarza lub osoby uprawnionej do interwencji medycznej polega zatem na podjęciu owej interwencji ze świadomością posiadania niewystarczających umiejętności lub/i niewystarczającej wiedzy do realizacji czynności zmierzających do poprawy zdrowia pacjenta. Osoba dokonująca interwencji medycznej musi zatem zdawać sobie sprawę z możliwości dopuszczenia się błędu, jak również oceniać ryzyko i prawdopodobieństwo uniknięcia błędu i jego skutków. Ma ona oczywiście wolny wybór spośród katalogu możliwych zachowań, np. powierzenia interwencji innej osobie, posiadającej w danym przypadku właściwe kwalifikacje. M. Filar trafnie określił opisane powyżej sytuacje mianem „odpowiedzialności, gdy lekarz leczy nie tak, jak powinien”. Należy przez to rozumieć zarówno interwencje lekarzy, jak i innych osób uprawnionych do ich dokonywania, lecz w rzeczywistości niewystarczająco przygotowanych do ich poprawnego przeprowadzenia. Wina opiera się więc na wyborze dokonania interwencji medycznej przy jednoczesnym braku właściwych dla danej sytuacji umiejętności³⁷. Sprawca, bowiem przewiduje z całą pewnością możliwość popełnienia czynu zabronionego, myśli jednak, iż uniknie błędu, ryzykując zdrowie i/lub życie pacjenta. Podjęcie ryzyka mogłoby być uzasadnione jedynie w przypadkach niecierpiących zwłoki, gdy stan pacjenta wymaga natychmiastowej interwencji, a udzielająca jej osoba jest jedyną obecną w danym miejscu i czasie. W innych przypadkach takie ryzyko należy traktować jako okoliczność zaostrzającą wymiar kary, gdyż to właśnie lekarz powinien być gwarantem bezpieczeństwa osoby zagrożonej, co wynika ze szczególnego obowiązku prawnego, którego podstawą jest dobrowolnie przyjęte przez niego zobowiązanie do świadczenia czynności medycznych³⁸.

Łatwo również zauważyć, że w przypadku błędu spowodowanego decyzją o interwencji medycznej nieopartej właściwym doświadczeniem/wiedzą mamy do czynienia ze świadomą nieumyślnością, czyli lekkomyślnością podczas zabiegu medycznego. Nieumyślność świadoma to nic innego jak przewi-

³⁶ T. Bojarski (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 5, Warszawa 2012, s. 30–31.

³⁷ Por. A. Liszewska, op. cit., s. 166–167.

³⁸ A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1998, s. 63–65.

dywanie przez sprawcę możliwości wystąpienia czynu zabronionego przy jednoczesnym podjęciu decyzji o niezachowaniu należytej w danej sytuacji ostrożności. Naruszenie ostrożności należy rozumieć w omawianym przypadku jako zachowanie podjęte w okolicznościach jednakowych dla wszystkich podmiotów uprawnionych do działania w warunkach profesjonalnej interwencji medycznej³⁹.

Jak słusznie zauważył M. Filar, w przypadku błędów medycznych osoby dokonujące interwencji medycznych nie chcą ani nie godzą się na ewentualne skutki błędów lub skutki niewłaściwie dokonanych interwencji, czyli na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta lub jego śmierć⁴⁰. W praktyce orzeczniczej, z całą pewnością nie często dochodzi zatem do sytuacji pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności karnej za celowe spowodowanie uszczerbku na zdrowiu lub za celowe spowodowanie śmierci pacjenta (zabójstwo – art. 148 k.k., zabójstwo eutanatyczne art. 150 k.k.). Mimo iż teoretycznie możliwe jest zawinione działanie lekarza, który w zamiarze pozbawienia życia lub spowodowania uszczerbku na zdrowiu dopuszcza się czynności medycznych noszących znamiona błędu medycznego, to w praktyce takie sytuacje nie zdarzają często⁴¹.

Kolejnym elementem, na którym może opierać się odpowiedzialność za błędy medyczne, są decyzje podjęte bez zachowania należytej w danym obszarze i w danym przypadku staranności. Takowe sytuacje kojarzyć się mogą z niedbalstwem, gdyż zazwyczaj do błędu dochodzi właśnie na skutek braku staranności w wykonywaniu zabiegów leczniczych, np. operacji chirurgicznych⁴². W prawie karnym niedbalstwo definiuje się jako tzw. nieświadomą nieumyślność. Polega ona na tym, że sprawca nie ma wprawdzie zamiaru popełnienia czynu zabronionego i nie jest świadomy zaistnienia czynu zabronionego, jednakże powinien był dołożyć staranności, by zachować się z należytą ostrożnością oraz przewidzieć, że jego zachowanie nosi znamiona czynu zabronionego. Lekarz, który operując pacjenta pozostawi w jamie brzusznej narzędzie chirurgiczne lub inny element wykorzystany podczas operacji, dopuszcza się właśnie niedbalstwa. W tym przypadku nie występuje ani zamiar bezpośredni, ani ewentualny. Sprawca nie jest świadomy tego, iż dopuszcza się czynu zabronionego, ale z całą pewnością powinien był zachować należyłą ostrożność, tj. starannie sprawdzić operowane miejsca z jednoczesnym założeniem, że na skutek dokonywanych czynności medycznych mogło dojść do pozostawienia ciała obcego w jamie brzusznej pacjenta. Brak takiego założenia będzie bowiem stanowił jedną z przesłanek odpowiedzialności na podstawie nieświadomej nieumyślności. Jeśli jednak lekarz starannie zbada pacjen-

³⁹ Por. T. Bojarski (red.), op. cit., s. 49.

⁴⁰ M. Filar, op. cit., s. 72.

⁴¹ Ibidem.

ta przed zakończeniem operacji, nie będzie podstawy do pociągnięcia go do odpowiedzialności karnej za błąd medyczny. Nie zostanie bowiem spełniona jedna z przesłanek niedbalstwa, a mianowicie przesłanka niezachowania należytej ostrożności – staranności. Zgodnie z art. 9 § 2 k.k., należyta ostrożność (staranność) to ostrożność jak winna być zachowana w danych okolicznościach⁴³, a w przypadku operacji chirurgicznej będzie to staranność przyjęta dla tego typu interwencji medycznych.

Wina w kontekście błędu medycznego koncentruje się wokół problematyki zachowania należytej ostrożności przez osoby dokonujące interwencji medycznych. Jak już wcześniej wspomniano, rzadko dochodzi do przypadków zamierzonego działania na szkodę pacjenta, którego celem jest doprowadzenie do pogorszenia zdrowia lub śmierci. Jak zauważa M. Filar, najczęstszą formą narażenia pacjenta na uszczerbek na zdrowiu lub śmierć jest zaniechanie udzielania pomocy⁴⁴. Warto w tym miejscu rozważyć, czy zakwalifikowanie tego typu zachowania do kategorii błędu medycznego jest słuszne. Jak wcześniej wspomniano, błędem lekarskim lub medycznym (pojęcie szersze) jest nieprawidłowe postępowanie lekarza lub innej osoby uprawnionej do interwencji medycznych, które wychodzi poza ramy ogólnie przyjętych zasad medycznych. Taka definicja pozwala na zakwalifikowanie wszystkich przypadków zaniechania udzielenia pomocy pacjentowi przez osoby zobowiązane do udzielenia profesjonalnej interwencji medycznej do kategorii błędów medycznych.

Główną zasadą medyczną, jaka obowiązuje w zawodach medycznych, jest właśnie obowiązek ratowania zdrowia i życia ludzkiego poprzez wykonywanie interwencji medycznych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy w tej dziedzinie. Nieprawidłowym postępowaniem będzie zatem odmowa udzielenia takowej interwencji wobec osoby, która jej wymaga ze względu na stan zdrowia. W tym przypadku z całą pewnością mamy do czynienia z świadomą nieumyślnością, gdyż lekarz ma świadomość skutków niepodjęcia interwencji, lecz owych skutków nie chce ani nie godzi się na nie. Polski kodeks karny nie zawiera przepisu, który w sposób bezpośredni regulowałby kwestię odpowiedzialności karnej lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego. Przewidziano natomiast tę odpowiedzialność na zasadach ogólnych, a jej podstawę stanowią przepisy art. 160 k.k. oraz art. 162 k.k.

⁴² W 1999 r. Sąd Apelacyjny w Lublinie zasądził zadośćuczynienie za krzywdę dla pacjentki, której po operacji wycięcia woreczka żółciowego zaszyto w jamie brzusznej szczypec chirurgiczne o długości 17 cm i szerokości 8 cm. Były one przyczyną dolegliwości i bólu, który leczono bez efektów, stwierdzając w kolejnych diagnozach: schorzenia nerek, wątroby, trzustki i serca. Obecność szczypec ujawniono po 6 latach od zabiegu na podstawie zdjęcie rtg wykonanego z inicjatywy pacjentki. Zob. [online] <www.poradnikzdrowie.pl/niezbednik-pacjenta/niedbalstwo-lekarza-czy-blad-w-sztuce-lekarskiej_33907.html>, dostęp: 25.06.2013.

⁴³ T. Bojarski (red.), op. cit., s. 50–51.

⁴⁴ M. Filar, op. cit., s. 70.

Art. 160 k.k. w § 1 przewiduje karę do 3 lat pozbawienia wolności za narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast § 2 podnosi dolną i górną granicę wymiaru kary (od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności) w przypadku, gdy na sprawcy czynu określonego w § 1 ciążył obowiązek opieki nad osobą narażaną na niebezpieczeństwo. Szczególne znaczenie dla omawianej problematyki ma właśnie § 2, odnoszący się do odpowiedzialności karnej lekarza, który jest gwarantem uchylenia grożącego pacjentowi niebezpieczeństwa. Sąd Najwyższy w wyroku z 1 kwietnia 2008 r.⁴⁵ wskazał, że warunkiem odpowiedzialności karnej lekarza gwaranta, który dopuszcza się zachowań opisanych w art. 160 § 2 lub § 3 (postać nieumyślna przestępstw z § 1 lub § 2), jest obiektywne przypisanie skutku należącego do znamion strony przedmiotowej przestępstwa⁴⁶. Strona przedmiotowa przestępstwa polega zaś na takim zachowaniu się sprawcy, które powoduje stan bezpośredniego narażenia człowieka na utratę życia lub wywołanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przy czym w doktrynie wskazuje się, iż narażenie na niebezpieczeństwo polega na przeniesieniu człowieka ze stanu, w którym niebezpieczeństwo mu nie groziło, w stan, w którym grozi mu niebezpieczeństwo⁴⁷.

W myśl natomiast art. 162 k.k. kara do 2 lat pozbawienia wolności grozi temu, kto nie udzieli pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, choć mógł jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na takie niebezpieczeństwo.

Zarówno nieudzielenie przez lekarza pomocy, jak i błąd lekarski mogą rodzić odpowiedzialność za szereg przestępstw skutkowych. Istotą przestępstw unormowanych w art. 156 k.k. (ciężki uszczerbek na zdrowiu) i art. 157 k.k. (średni i lekki uszczerbek na zdrowiu) jest spowodowanie swym zachowaniem śmierci lub konkretnego uszczerbku na zdrowiu i nie wystarczy, by sprawca naraził człowieka na niebezpieczeństwo.

Podsumowując, problematyka błędu medycznego jest dziedziną, która wymaga dalszych analiz. Konstrukcja przepisów kodeksu karnego, a także przepisów pozakodeksowych w sposób dostateczny konstruuje system zasad odpowiedzialności za błędy medyczne. Problem skuteczności zwalczania patologii, jaką są niewątpliwie zabiegi medyczne wykonywane bez zachowania należytej staranności, interwencje dokonywane przez osoby posiadające niewystarczające kwalifikacje i wiedzę czy też sytuacje, w których lekarz odmawia udzielenia pomocy medycznej, w przypadku gdy jest ona niezbędna, tkwi natomiast w samym procesie dowodzenia winy sprawcy. Z całą pewnością tak istotny dla państwa i społeczeństwa obszar życia, jakim jest świadczenie

⁴⁵ Sygn. IV KK 381/07, OSNKW, 2008, nr 7, poz. 56.

⁴⁶ T. Bojarski (red.), op. cit., s. 369.

⁴⁷ Ibidem, s. 368.

i korzystanie z usług medycznych, powinien doczekać się szczegółowych rozwiązań systemowych. Dokładna kontrola jakości świadczonych usług i skuteczne środki weryfikacji prowadzonych interwencji medycznych pozwolą zwiększyć efektywność przewidzianych w prawie karnym regulacji odnoszących się do zjawiska błędów medycznych. Tym samym zwiększy się bezpieczeństwo pacjentów, co bez wątpienia jest priorytetem nie tylko prawa karnego.

Summary

Criminal responsibility of medical doctors for mistakes in medicinal art

Key words: medical law, patient, doctor, diagnosis, pedophilia, accusation, patient, ombudsman, operation, medical committee, court, medical procedures, medical error.

Considerations of this article focuses mainly on the issue of criminal liability for committing mistakes in medicinal art. The main area of discussion were directed to consider the principles of responsibility and its sources. The authors also examined two forms of unlawful conduct of the offender, which are the basis of liability. Discussed in particular the performance of medical interventions in a manner inconsistent with the current state of knowledge and perform them in a careless manner. Both forms of unlawful conduct can be classified as pathological process of providing therapeutic functions. Published statistics and the results of the study indicate that the number of notifications recorded notice of the possibility of committing medical malpractice is increasing. This fact is explained by the increasing legal awareness of patients or the public better access to legal services, allowing for the investigation of their rights in relation to losses suffered as a result of medical interventions. They are obviously positive reactions and mechanisms, which should be expected in the case of these pathologies.