

Piotr ZIELIŃSKI

mgr, doktorant w Katedrze Teorii i Filozofii Państwa i Prawa Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego

## Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego

### I. Wprowadzenie

Wielu autorów skupia swoje zainteresowania naukowe na problematyce odpowiedzialności prawnej lekarzy. Rozważania dotyczące wyżej wymienionej oraz bardzo obszernej materii stanowią przedmiot licznych monografii i opracowań. Powyższe może wynikać z faktu, że lekarze w związku z wykonywaniem zawodu narażeni są na ponoszenie aż trzech zróżnicowanych rodzajów odpowiedzialności prawnej. Przedmiotowe zagadnienie wkracza zatem w zakresy kilku gałęzi dogmatycznych, w naturalny sposób powodując zainteresowanie szerokiego grona uczonych. W tym miejscu wskazuje się, że lekarze mogą ponosić: odpowiedzialność cywilną, zawodową oraz karną<sup>1</sup>. Wydaje się jednak, że przedstawiony powyżej powód dużego zainteresowania doktryny tą tematyką nie jest jedynym. Nie tylko lekarzom bowiem grozi odpowiedzialność prawna, która może przybrać każdą z wskazanych powyżej postaci. Mnogość publikacji dotyczących przedmiotowej problematyki może być również spowodowana rosnącą liczbą skarg na postępowanie personelu medycznego, które trafiają do organów ścigania. Wyłącznie w latach 1992–2008 ich liczba wzrosła ponad sześciokrotnie<sup>2</sup>. Wymagania oraz oczekiwania społeczeństwa względem lekarzy są coraz większe. Przedstawione statystyki nie powinny raczej nakłaniać do stwierdzenia, że jakość świadczonych usług medycznych w Polsce spada. Przynajmniej, zdaniem autora niniejszego artykułu, ich poziom wydaje się być wyższy, aniżeli w latach ubiegłych. Tak samo jak polepszają się warunki szpitalne, w których pacjenci otrzymują świadczenia zdrowotne. Jaki wpływ na literaturę naukową mają zatem skargi składane przez pacjentów? Otóż, tak zwane procesy medyczne często omawiane w mediach, opisywane na łamach codziennej prasy, nakłaniają beneficjentów świadczeń zdrowotnych do zastanowienia się nad procesem leczenia oraz rozważeniem „ukarania” lekarzy, jeśli tylko zachodzi u chorych podejrzenie, iż członkowie personelu medycznego mogli popełnić błąd. Świadomość chorujących jest coraz większa, zarówno dzięki postępowi technologicznemu – Internetowi, jak i z uwagi na dostęp do materiałów dotyczących praw pacjenta, obowiązków szpitali oraz lekarzy. Doktryna dysponująca szerokim materiałem badawczym i nieobojętna na wyżej wymienione procesy publikuje prace, których walory należy określić jako nieocenione. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, tylko ok. 20% wszystkich spraw

<sup>1</sup> R. Szostak, M. Kozak, *Odpowiedzialność karna za błędy w sztuce medycznej*, „Studia Prawno-ustrojowe” 2014, nr 25, s. 121.

<sup>2</sup> Szerzej zob. M. Kis-Wojciechowska, Z. Przybylski, *Błąd medyczny*, „Homines Hominibus” 2011, t. 7, s. 139.

zgłoszonych do policji i prokuratury zakończyło się stwierdzeniem popełnienia błędu medycznego<sup>3</sup>. W większości przypadków nie popełniono błędu, a leczenie po prostu kończyło się niepowodzeniem. Nie mniej jednak, należy wyraźnie podkreślić, że błędy medyczne zdarzają się nawet bardzo doświadczonym specjalistom, a ich wystąpienie wiąże się z licznymi tragicznymi konsekwencjami dla pacjentów<sup>4</sup>.

Lekarze jako przedstawiciele jednego z zawodów zaufania publicznego pełnią szczególną rolę w społeczeństwie. Od podejmowanych przez nich decyzji, wiedzy, umiejętności oraz intuicji zależy życie i zdrowie innych ludzi. Pomijając dyskusje dotyczące konfrontowanych ze sobą koncepcji paternalizmu oraz partnerstwa w procesie leczenia<sup>5</sup>, stwierdza się, że to od lekarzy w głównej mierze zależą dalsze losy chorych. Czym zatem jest odpowiedzialność prawna, która im grozi oraz jak należy rozumieć każdą z jej odmian? Definiując odpowiedzialność prawną wskazuje się, że są to „określone prawem ujemne konsekwencje (zastosowanie sankcji) wobec określonego podmiotu, związane z zaistnieniem negatywnie ocenianego stanu rzeczy”<sup>6</sup>. Innymi słowy, są to dotkliwe następstwa prawne wymierzone względem osoby, która dopuściła się niepożądanego działania lub zaniechania<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> Zob. M. Kis-Wojciechowska, Z. Przybylski, *Błąd...*, op. cit., s. 139.

<sup>4</sup> Zgodnie z dokumentacją prowadzoną przez Naczelną Izbę Lekarską, w latach 2006–2008 w Polsce zgłoszono 8062 skargi dotyczące błędów medycznych. Odnotowano również 1903 zgony spowodowane niepożądanymi działaniami podjętymi przez członków personelu medycznego. Zob. E. Medak, A. Aftyka, I. Rozalska-Walaszek, *Błędy medyczne w praktyce lekarskiej i pielęgniarzkiej – definicja, klasyfikacja, przyczyny, odpowiedzialność*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2014, nr 2, s. 43–46. Por. również M. Godycki-Ćwirko, M. Koziarska-Rościszewska, K. Kosiek, *Błędy medyczne – próba oceny semantyki i taksonomii oraz danych statystycznych*, „Orzecznictwo Lekarskie” 2009, s. 131–134 oraz E. Gmurzyńska, R. Morek, *O problemach dotyczących rozstrzygania spraw o błędy lekarskie i o roli mediacji*, „ADR Arbitraż i Mediacja” 2011, nr 3, s. 54–58.

<sup>5</sup> O relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz koncepcjach paternalizmu i partnerstwa, rozumiane go jako współdecydowanie w procesie leczenia zob. M. Mielnik-Błaszczak, A. Ziolo, E. Kawiak-Jawor, *Relacja lekarz–pacjent – od paternalizmu do partnerstwa*, „Zdrowie Publiczne”, Lublin 2011, s. 95–98; A. Zembala, *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ” 2015, nr 11, s. 35–50; T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2005, s. 20–24; A. Klich, *Paternalizm czy współodpowiedzialność? Stosunek lekarz–pacjent a zgoda pacjenta na zabieg medyczny w polskim porządku prawnym*, „Prawo i Medycyna” (praca nadesłana na II edycję konkursu na najlepszy esej poruszający tematykę prawa medycznego), <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1031>, 28.09.2016; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016, s. 83–85.

<sup>6</sup> S. Sykuna, *Odpowiedzialność prawna*, w: *Leksykon współczesnej teorii i filozofii prawa*, red. J. Zajadło, Warszawa 2007, s. 215. Ponadto, odpowiedzialność prawną definiuje również np. W. Lang, który twierdzi, że należy ją rozumieć jako „ponoszenie przez podmiot przewidzianych prawem ujemnych konsekwencji za zdarzenia lub stany rzeczy podlegające ujemnej kwalifikacji normatywnej, które można prawnie przypisać określonemu podmiotowi w danym porządku prawnym. Zob. W. Lang, *Struktura odpowiedzialności prawnej*, ZN UMK – Prawo – VIII, Toruń 1968, z. 31, s. 12, cyt. za P. Wojciechowski, *Z problematyki odpowiedzialności administracyjnej i karnej w prawie żywnościowym*, „Przegląd Prawa Rolnego” 2011, nr 1 (8), s. 68. J. Warylewski uważa natomiast, że „odpowiedzialność prawna polega na ponoszeniu ujemnych konsekwencji prawnych określonego (przewidzianego) w prawie stanu rzeczy (zdarzeń lub sytuacji niezależnych od zachowania jakiegokolwiek podmiotu) lub zachowania (działania bądź zaniechania) jakiegoś podmiotu (niekoniecznie tego, który tę odpowiedzialność ponosi)”. Zob. J. Warylewski, *Prawno karne. Część ogólna*, Warszawa 2009, s. 181.

<sup>7</sup> Należy także pamiętać, że odpowiedzialność nie może być utożsamiana z sankcją. Zgodnie z ujęciem „formalnym” lub inaczej normatywnym, sankcją są ujemne elementy normy prawnej, któ-

Pierwszy z jej rodzajów, a więc odpowiedzialność cywilna powstaje z momentem wyrządzenia szkody określonej pacjentowi. Kwestie związane z cywilno-prawnymi konsekwencjami błędów lekarskich, brakiem należytej staranności w procesach diagnostyczno-terapeutycznych oraz zagadnieniami pokrewnymi nie wchodzi jednak w zakres niniejszego artykułu. W związku z powyższym, wyłącznie sygnalizuje się, że jedną z form odpowiedzialności prawnej, na którą narażeni są lekarze jest odpowiedzialność cywilna<sup>8</sup>.

Kolejnym rodzajem odpowiedzialności jest odpowiedzialność zawodowa. Przedstawiciele wyżej wymienionej profesji jako członkowie samorządu lekarskiego odpowiadają za przewinienia polegające na postępowaniu sprzecznym z zasadami etyki zawodowej oraz naruszeniu innych przepisów prawa dotyczących wykonywanej przez nich pracy<sup>9</sup>.

Ostatnią postacią odpowiedzialności prawnej, którą mogą zostać objęci lekarze jest odpowiedzialność karna. Skupiając uwagę *stricte* na leczeniu stwierdza się, że przedstawiciele wyżej wymienionego zawodu ponoszą ją w sytuacji: 1) gdy nie leczą, a powinni; 2) gdy leczą nie tak, jak powinni; 3) gdy leczą, a nie powinni<sup>10</sup>. To właśnie wybrane aspekty błędów medycznych, ukrytych pod pkt 2) stanowią będą przedmiot rozważań podejmowanych w toku niniejszego artykułu. Refleksji naukowej poddane zostaną koncepcje legalności działania lekarza. Następnie uwaga zostanie skierowana na poglądy doktryny na temat pojęcia błędu medycznego oraz jego rodzajów. W ostatniej części artykułu analizie poddane zostaną wybrane orzeczenia Sądu Najwyższego, których przywołanie ma stanowić uzupełnienie wcześniejszych rozważań.

Tak jak wspomniano, problematyka błędu medycznego wkracza w zakres zainteresowań licznych gałęzi prawa. Niniejszy artykuł z pewnością nie jest opracowaniem *stricte* z zakresu prawa karnego, jednakże wykorzystuje jego bogaty dorobek. Tym bardziej podjęcie próby uporządkowania zagadnień terminologicznych, które mogą mieć znaczenie dla specjalistów z wielu dziedzin, wydaje się być zasadne.

## II. Koncepcje legalności działań lekarza

Przed szczegółowym omówieniem wypracowanych w doktrynie sposobów definiowania błędu medycznego oraz wskazaniem jego rodzajów, uwagę poświęca się zagadnie-

---

re określają negatywne skutki zachowań ich adresatów. Sankcja może być również rozumiana jako reakcje organów dysponujących środkami przymusu. Drugie z ujęć określa się mianem „realnego”. Zob. W. Dziedziczak, *Próba charakterystyki sankcji prawnych i moralnych*, „Annales UMCS” 1992, t. XXXIX, s. 34 oraz M. Lewicki, *Pojęcie sankcji prawnej w prawie administracyjnym*, „Państwo i Prawo” 2002, z. 8, s. 64, cyt. za P. Wojciechowski, *Z problematyki...*, op. cit., s. 69.

<sup>8</sup> Najprawdopodobniej pierwszą publikacją na polskim rynku wydawniczym, która kompleksowo omawiała zagadnienie odpowiedzialności cywilnej lekarzy za szkody w leczeniu była monografia K. Bączyk-Rozwadowskiej. Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.

<sup>9</sup> Szerzej zob. R. Szostak, M. Kozak, *Odpowiedzialność karna za błędy...*, op. cit., s. 121. Ponadto, o odpowiedzialności zawodowej lekarzy zob. autor nieznany, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy*, <http://www.gandalf.com.pl/files/products/text/325542.pdf>, 19.10.2016 oraz T. Kulik, J. Pacian, A. Pacian, *Prawne podstawy odpowiedzialności zawodowej pracowników ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, s. 96–100.

<sup>10</sup> M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 18.

niu legalności działań lekarza. Wśród jej wielu koncepcji wskazuje się na najstarszą, opierającą się na założeniu, że skoro regulacje prawne dopuszczają wykonywanie zawodu lekarza, to tym bardziej dopuszcza się podejmowanie takich czynności, które mogą prowadzić do naruszenia integralności ciała pacjenta. Doktryna zwraca jednak uwagę na fakt, że przyjęcie wskazanego poglądu noszącego nazwę koncepcji prawa zawodowego niesie ze sobą pewne zagrożenia. Po pierwsze, odpowiedzialnością karną za popełnienie przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu obejmowano by osoby, które podjęły się wykonania określonego zabiegu w celu udzielenia pomocy i przeprowadziły go *lege artis* (zgodnie z wiedzą i sztuką), jednakże nie mając odpowiednich uprawnień. Ponadto, istnieje niebezpieczeństwo nadużycia ze strony państwa, które obejmowałoby legalizację czynności podejmowanych przez lekarzy bez uzyskania uprzedniej zgody pacjenta. Kolejna postawa od dawna funkcjonująca w doktrynie, opierająca się na prawie zwyczajowym, nakazuje respektowanie działań podejmowanych przez lekarzy z uwagi na ich cel społeczny. Nie odnalazła ona jednak wielu zwolenników. Ostatnią z teorii, która nie wyróżnia się spośród innych szerokim gronem zwolenników jest koncepcja stanu wyższej konieczności. Jej istota sprowadza się do stwierdzenia, że lekarz może dokonać interwencji medycznej naruszającej integralność ciała, albowiem znajduje się on w sytuacji, w której bezprawność jego czynu jest wyłączona. Co do zasady jednak, stan wyższej konieczności dotyczy sytuacji, w których osoba podejmująca zabieg działa, albowiem istnieje bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta. Specyfika zabiegów medycznych charakteryzuje się natomiast tym, że skoro pacjent wymaga określonej interwencji, to najprawdopodobniej ciężkie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia już nastąpiły<sup>11</sup>.

Przedstawione powyżej koncepcje zostały zastąpione dwiema, które współcześnie wydają się dominować w nauce prawa karnego. Pierwsza z nich opierająca się na założeniach legalności wtórnej, stanowi, że zachowanie lekarza jest sprzeczne z normą sankcjonowaną, zakazującą działań powodujących naruszenie integralności cielesnej i następnie „wyłączana” jest bezprawność tegoż naruszenia ze względu na kolizję wskazanej normy sankcjonowanej z inną normą sankcjonowaną nakazującą z kolei lekarzowi ratowanie zagrożonego życia i zdrowia. Opisane powyżej wyłączenie bezprawności opiera się na zasadzie kontratypu. Wśród znamion obiektywnych charakteryzujących tenże kontratyp należy wymienić: posiadanie uprawnień do przeprowadzenia zabiegu, zachowanie zasad wiedzy i sztuki lekarskiej oraz uprzednie uzyskanie zgody pacjenta na wykonanie zabiegu. Do katalogu znamion subiektywnych zalicza się cel leczniczy, który jest rozumiany jako ratowanie życia, ochronę zdrowia lub zmniejszenie cierpień. Podkreślenia wymaga konieczność łącznego wystąpienia wszystkich znamion w celu uznania danego zabiegu za legalny. W przypadku niewypełnienia któregokolwiek ze znamion daną czynność medyczną należy uznać za bezprawną. W tym miejscu podkreśla się jednak, że zwolennicy koncepcji legalności wtórnej twierdzą, iż

<sup>11</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 65–68; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 6–15; S. Glaser, *Kilka uwag o podstawie prawnej działalności lekarskiej*, Lwów 1920, s. 2 oraz A. Zoll, *Stan wyższej konieczności jako okoliczność wyłączająca przestępność czynu w praktyce lekarskiej*, <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=156>, 22.03.2017.

nie zostaną wypełnione znamiona przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu, jeżeli czynność została dokonana *lege artis*, w celu poprawy stanu zdrowia lub ratowania życia chorego, za jego zgodą, lecz przez osobę nieposiadającą stosownych uprawnień. W takim przypadku lekarz będzie odpowiadał jedynie za wykroczenie z art. 58 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jeżeli jednak zabiegu dokonano w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, to zgodnie z ustępem 2 wyżej wymienionego artykułu odpowie on za popełnienie przestępstwa. Diametralnie zmienia się zatem nie tylko sama kwalifikacja prawna czynu, ale również wysokość i rodzaj sankcji karnej<sup>12</sup>.

Zwolennikiem tzw. koncepcji „legalności pierwotnej” działań lekarza, która stoi w opozycji do poglądu pozaustawowego kontratypu, jest A. Zoll. Zdaniem wyżej wymienionego przedstawiciela nauki prawa karnego, czynność lecznicza, która ma prowadzić do ochrony zdrowia lub ratowania życia człowieka nie może zostać jednocześnie uznana za atak na te wartości. Autor wskazuje, że w przypadku przyjęcia koncepcji kontratypu ciężar dowodu spoczywałby na osobie powołującej się na zaistnienie sytuacji kontratypowej. To lekarz zatem byłby zobowiązany do udowodnienia braku bezprawności swoich działań. Ostatnim z przytaczanych elementów krytyki koncepcji opartej na konstrukcji kontratypu, jest konieczność odpowiadania lekarza za przestępstwo umyślne przeciwko życiu lub zdrowiu, jeżeli zabieg zostałby wykonany niezgodnie z *lege artis*. Jak twierdzi autor, skoro bowiem lekarz umyślnie naruszył integralność ciała pacjenta, to znaczy, że popełnił przestępstwo umyślne<sup>13</sup>.

### III. Pojęcie błędu medycznego

Wielu przedstawicieli nauki zamiennie używa następujących terminów: błąd medyczny, błąd w sztuce medycznej, błąd wiedzy medycznej, błąd lekarski, błąd w sztuce lekarskiej. Z pewnością pierwsze trzy wyrażenia cechuje szerszy zakres, aniżeli pozostałe. Każda osoba wykonująca zawód medyczny jest bowiem narażona na popełnienie błędu medycznego/w sztuce medycznej/wiedzy medycznej, nie każdej zaś grozi popełnienie błędu lekarskiego/w sztuce lekarskiej. Innymi słowy, nie wszyscy przedstawiciele zawodów medycznych są lekarzami. Każdy lekarz jest natomiast przedstawicielem zawodu medycznego<sup>14</sup>. W doktrynie pojawia się także pojęcie błędu leczniczego<sup>15</sup>. Wydaje się, że podobnie jak błąd medyczny, jest to termin o bardzo szerokim

<sup>12</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, op. cit., s. 68–71; A. Złotek, *Charakter prawny zabiegu leczniczego – zarys problemu*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2010, z. 2, s. 53–54. Ponadto, o wtórnej legalności pozaleczniczych czynności medycznych zob. R. Kędzióra, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 137–139. Zob także J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 2009, s. 280–287; ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.; P. Brzozowski, *Podstawa prawna odmowy wszczęcia (umorzenia) postępowania karnego w sytuacji wystąpienia pozaustawowego kontratypu*, „Acta Iuris Stetinesis. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2014, nr 835, s. 198–203.

<sup>13</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, op. cit., s. 68–71; A. Złotek, *Charakter prawny zabiegu...*, op. cit., s. 53–54.

<sup>14</sup> Por. M. Wolińska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, „Prokuratura i Prawo” 2013, nr 5, s. 21–22.

<sup>15</sup> Pojęcia „błąd medyczny” używa B. Świątek, *Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego*,

znaczeniu. Za błąd leczniczy uznaje się te pomyłki lekarzy, które zostały popełnione w związku z prowadzeniem procesu leczenia określonego pacjenta. Należy bowiem być świadomym, że lekarze prowadzą również działania zmierzające np. wyłącznie do zdiagnozowania danego chorego. Nie są one zatem terapeutyczne.

Spyry budzi również posługiwanie się sformułowaniem „błąd w sztuce...”. Zdaniem I. Dziekońskiej-Staśkiewicz niewłaściwe jest używanie pojęcia „błąd” oraz „sztuka” w kontekście odpowiedzialności karnej lekarzy. W opinii autorki błąd oznacza przejaw zwykłej omyłności człowieka, za którą lekarz nie odpowiada. Odpowiada on za zawinienie, które polega na niedopełnieniu, przeoczeniu, przedawkowaniu, zignorowaniu lub nieuwzględnieniu. Ponadto, zgodnie z przywoływanym poglądem „sztuka” dotyczy wartości drugorzędnych dla oceny fachowości lekarza. W sztuce ważna jest wyobraźnia, inspiracja twórcza i talent, a powyższe cechy nie mogą mieć większego znaczenia w połączeniu z wiedzą medyczną posiadaną przez lekarza<sup>16</sup>.

Kolejnymi przedstawicielami nauki, którzy negatywnie ustosunkowują się do pojęcia błędu w sztuce są M. Boratyńska oraz P. Konieczniak. Wskazani autorzy twierdzą, że współcześnie medycyna to przede wszystkim nauka, następnie rzemiosło, a dopiero w trzeciej kolejności i tylko w niektórych aspektach sztuka. Wyżej wymienieni sądzą bowiem, że sztuka to taka kategoria, która nie ma określonych reguł postępowania. Jej elementy można odnaleźć w pewnych zachowaniach intuicyjnych, na które lekarz może sobie pozwolić tylko wtedy, gdy obiektywne schematy właściwego postępowania nie są możliwe do wytworzenia. Lekarz powinien postępować zgodnie z zasadami nauk medycznych, w oparciu o schematy oraz na podstawie umiejętności praktycznych, których można się nauczyć. Na temat pojęcia „błąd” w przedmiotowym kontekście autorki również wypowiadają się w sposób krytyczny. W ich opinii to termin, który oznacza postępowanie sprzeczne z regułami wykonywania określonych czynności, ale to również zachowanie przynoszące złe skutki oraz mylne i fałszywe wyobrażenie o czymś. Powyższe nie przystaje do oceny postępowania lekarza z punktu widzenia prawa karnego. Jak twierdzą M. Boratyńska oraz P. Konieczniak, odpowiedzialność karna lekarza wiąże się tylko z pierwszym ze wskazanych znaczeń tego pojęcia<sup>17</sup>.

„Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 39. Ze sformułowania „błąd w sztuce medycznej” korzysta A. Liszewska, która zamiennie posługuje terminem „błąd w sztuce lekarskiej”. Por. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, op. cit., s. 15. O „błędzie wiedzy medycznej” mówi S. Rutkowski, *Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 1999, nr 9, s. 71. Terminem „błąd lekarski” posługuje się A. Gubiński, *Wyłączenie bezprawności czynu (O okolicznościach uchylających społeczną szkodliwość czynu)*, Warszawa 1961, s. 48 oraz M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 61. Pojęcia „błąd w sztuce lekarskiej” używa T. Bojarski, *Polskie prawo karne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 2002, s. 154 oraz A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2000, s. 188. Pojęciem „błąd leczniczy” posługuje się L. Wilk, *Odpowiedzialność karna za błąd leczniczy*, „Problemy praworzędności” 1987, nr 4, s. 34. Powyższe spostrzeżenia cyt. za P. Daniluk, *Błąd w sztuce lekarskiej – wybrane problemy*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4, s. 46.

<sup>16</sup> I. Dziekońska-Staśkiewicz, *Tak zwany błąd w sztuce lekarskiej (definicje, zakres pojęcia, propozycje)*, „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” 1974, t. 1, s. 233, 237.

<sup>17</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 128–139 cyt. za P. Daniluk, *Błąd w sztuce...*, op. cit., 46. Por. M. Boratyńska, *Błąd w sztuce medycznej jako podstawa odpowiedzialności*, [http://www.poradnik-stomatologiczny.pl/pl/articles/item/17581/blad\\_w\\_sztuce\\_medycznej\\_jako\\_podstawa\\_odpowiedzialnosci](http://www.poradnik-stomatologiczny.pl/pl/articles/item/17581/blad_w_sztuce_medycznej_jako_podstawa_odpowiedzialnosci), 22.03.2017.

Wśród głosów broniących terminu „sztuka” w kontekście czynności podejmowanych przez lekarzy, należy zwrócić uwagę na stanowisko B. Popielskiego, który uważa, że co prawda medycyna jest nauką ścisłą i przyrodniczą, to jednak zawiera w sobie pewne subiektywne, nieuchwytne elementy wynikające z głęboko humanitarnego oblicza, które należy określić jako co najmniej bliskie szerokiemu znaczeniu pojęcia „sztuka”. Zdaniem autora są to: intuicja, spostrzegawczość, pamięć w diagnostyce, sugestywność oraz umiejętność zdobywania autorytetu, zdolności manualne<sup>18</sup>. Z. Marek neguje posługiwanie się pojęciem „sztuka”, jednakże zauważa, że do wykonywania zawodu lekarza oprócz wiedzy potrzebne są również określone cechy osobowości. Spośród nich zwraca uwagę na: otwartość na ludzi, gotowość do niesienia pomocy oraz intuicję<sup>19</sup>. Stanowisko tego przedstawiciela doktryny jest zatem mniej radykalne. Ważny głos w dyskusji zabrał również J. Sawicki, którego zdaniem „należy wreszcie zdać sobie sprawę i z tego, że rozpoznawanie choroby osiąga lekarz często nie drogą logicznego rozumowania, lecz przez niezwykły dar, jakim natura go wyposażyla do wczucia się w położenie chorego, przez fakt wspaniałej intuicji, którą nie każdy dysponuje w stopniu równym, a która zrównuje ten piękny zawód z wielką – prawdziwą sztuką”<sup>20</sup>. W opinii wyrażonej przez tego przedstawiciela nauki wyczuwalne jest zatem uznanie dla pracy lekarzy. Nie innego zdania jest autor niniejszego opracowania.

Słuszne wnioski wydaje się wyprowadzać R. Kędziora, która uważa, że wybór terminu, a więc decyzja czy posługiwać się pojęciem „błąd w sztuce...” jest tylko kwestią konwencji. Zdaniem autorki istotna jest nie nazwa, ale treść, jaką zawiera sporne pojęcie. W opinii tej przedstawicielki doktryny warto zastanowić się nad ustaleniem znaczenia przedmiotowego sformułowania. Propozycja zaproponowana przez wyżej wymienioną opiera się na zaakceptowaniu wszystkich zamiennie używanym terminów. Jednocześnie zauważa ona, że rozróżnienie błędu medycznego i lekarskiego nie stwarza większych problemów. Drugie z pojęć jest bowiem węższe i dotyczy osoby lekarza. Błąd medyczny może natomiast zostać popełniony również przez innych pracowników ochrony zdrowia. Autorka podkreśla także, że współcześnie należałoby raczej posługiwać się pojęciem „błąd medyczny” lub „błąd lekarski, jednakże „błąd w sztuce...” jest głęboko zakorzeniony w języku prawniczym, orzecznictwie oraz świadomości społecznej<sup>21</sup>.

W świetle powyższych rozważań stwierdza się, że błąd medyczny może zostać popełniony przez lekarza i przyjąć postać błędu lekarskiego albo pozostać ogólną kategorią. Niezależnie zatem od zastosowanej kwalifikacji poniżej przedstawione zostaną rozważania na temat znaczenia przedmiotowego terminu. Każdy z autorów wypracowywał indywidualny sposób jego rozumienia. W opinii Rudolfa Virchova błędem jest „niestosowanie się podczas zabiegu leczniczego do zasad wiedzy medycznej reprezentowanej przez miarodajne koła lekarskie, które odpowiadają od dawna

<sup>18</sup> B. Popielski, *Pogranicze etyki i prawa*, w: *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, s. 135, cyt. za P. Daniluk, *Błąd w sztuce...*, op. cit., s. 47.

<sup>19</sup> Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 1999, s. 37–38.

<sup>20</sup> J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie*, Warszawa 1965, s. 125, cyt. P. Daniluk, *Błąd w sztuce...*, op. cit., s. 47.

<sup>21</sup> R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem...*, op. cit, s. 193–194. Ponadto, o znaczeniu pojęcia dla odpowiedzialności karnej zob. T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013, s. 470 i n.

przyjętym poglądom rozważnych lekarzy i nie podlegają już dyskusji jako oparte na jednomyślniej opinii”. Zdaniem Leona Wachholza, błędem jest „nierozumne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego dokonane przez lekarza lub inną osobę do leczniczej działalności upoważnioną, a to wskutek nieświadomości zasad lub zaniedbania [...]”. Autor uważa, że „błąd może być tylko wtedy uznany za karygodny, jeżeli był widoczny, jeżeli go można było uniknąć, przez zastosowanie zwykłych a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności i jeżeli był wynikiem należytego namysłu lekarza, nie zaś działania porywczego wywołanego nagłością przypadku”. Zdaniem innego uczonego, Jana Olbrychta, „błędem jest nieumyślne uszkodzenie ciała lub śmierć człowieka, wynikłe z zaniedbania lekarskiego lub w następstwie sposobu leczenia”. Bolesław Popielski sądzi natomiast, że błędem jest „postępowanie wbrew powszechnie uznanym zasadom wiedzy lekarskiej w szkodliwym dla chorego działaniu lub zaniechaniu, którego można było uniknąć stosując się do zasad odpowiadających stanowi wiedzy lekarskiej”. Wiktor Grzywo-Dąbrowski twierdzi, że „za swoją czynność lekarz może być odpowiedzialny tylko wtedy gdy przekroczył ze szkodą dla chorego ogólnie przyjęte zasady postępowania w wypadku zwykłym, nie wymagającym jakichś nadzwyczajnych umiejętności i zdolności oraz gdy jednocześnie da się ustalić ścisły związek przyczynowy między tą czynnością lekarza (lub zaniedbaniem wykonania pewnej czynności) a wynikłą stąd szkodą chorego”<sup>22</sup>. A. Liszewska przez błąd rozumie „naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym przypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki, reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności”<sup>23</sup>. Tadeusz Tołłoczko uważa, że z perspektywy pacjenta błędem jest niezgodność pomiędzy rzeczywistością a wyobrażeniem o niej. Zdaniem tego autora „wszystko co nie odpowiada wyobrażeniu i oczekiwaniu chorego i jego rodziny stanowi błąd a oczekiwania zawsze przewyższają rzeczywistość i możliwości”<sup>24</sup>.

#### IV. Rodzaje błędów medycznych

W doktrynie oraz orzecznictwie wyróżnia się wiele rodzajów błędów medycznych. Podstawowa typologia obejmuje następujące: diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny i organizacyjny<sup>25</sup>. Ich charakterystyka stanowiła będzie przedmiot dalszych rozwa-

<sup>22</sup> Z. Marek, *Błąd...*, op. cit., s. 26–35. Ponadto, o błędzie medycznym w ujęciu znanego lekarza oraz filozofa – Tadeusza Marcinkowskiego zob. T. Marcinkowski, *Medycyna sądowa dla prawników*, Szczytno 2010, s. 561–562.

<sup>23</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, op. cit., s. 28.

<sup>24</sup> T. Tołłoczko, *Błąd lekarski. Spojrzenie klinicysty*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 49.

<sup>25</sup> Por. A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie...*, op. cit., s. 51–77; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 178–188; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2005, s. 155–161; Z. Marek, *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 33–37; L. Szczepaniak, *Błąd medyczny – przyczyny, skutki i odpowiedzialność*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii” 2007, nr 4, s. 97–109; I. Dziekońska-Staśkiewicz, *Tak zwany...*, op. cit., s. 233–238; E. Dytus, *Błąd w sztuce lekarskiej a prawo pacjenta do należy-*



zań. Błąd diagnostyczny to rodzaj nieprawidłowego postępowania lekarza oznaczającego niewłaściwe rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta. Przywołany rodzaj błędów może przyjąć dwie formy. Błąd nazywany „pozytywnym” oznacza nieprawidłowe ustalenie, że pacjent cierpi na dane schorzenie, gdy w rzeczywistości jest on zdrowy. Błąd „negatywny” oznacza zaś sytuację odwrotną. O tym błędzie mówimy, gdy lekarz uzna, że pacjent jest zdrowy, a tak naprawdę nie rozpoznał u niego określonej jednostki chorobowej. Należy w tym miejscu wspomnieć, że wyłącznie błąd określany jako „negatywny” powoduje obciążenie lekarza odpowiedzialnością karną. Zachowanie nienaruszające bowiem pacjenta na naruszenie dóbr prawnych nie wypełnia znamion żadnego przestępstwa, co innymi słowami nie może powodować sankcji karnej. Sama diagnoza nie stwarza zagrożenia, nawet gdy została postawiona w sposób błędny. Dopiero podjęcie działań terapeutycznych w wyniku nieprawidłowej diagnozy może prowadzić do negatywnych konsekwencji w postaci poniesienia odpowiedzialności karnej. Zdarza się również, że odpowiedzialność karna, ale także cywilna za błąd diagnostyczny zostaje w pełni wyłączona albo ograniczona wyłącznie do tych przypadków, które uznaje się za najbardziej rażące. Często przywołuje się bowiem stwierdzenie, że lekarz również może dopuścić się pomyłki. Błędem diagnostycznym nie jest każda nieprawidłowa diagnoza, lecz taka która spowodowana była nieprawidłowym postępowaniem lekarza, zobowiązanego działać ostrożnie i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Nawet wystąpienie opisywanego powyżej „negatywnego” błędów diagnostycznych nie zawsze rodzi odpowiedzialność karną po stronie lekarza, który się go dopuścił. Dzieje się tak dlatego, że w większości przypadków w trakcie dalszego leczenia dochodzi do skorygowania błędów. Tym samym, można by stwierdzić, że problematyka udowodnienia, iż to określony błąd diagnostyczny był powodem uszczerbku na zdrowiu chorego stanowi jedno z największych wyzwań postępowania karnego w sprawach z zakresu szeroko pojmowanego prawa medycznego<sup>26</sup>.

Kolejnym błędem medycznym, który został wyodrębniony w doktrynie jest tzw. błąd terapeutyczny. Przez ten rodzaj błędów rozumie się wszystkie czynności, które lekarz podejmuje w konsekwencji postawionej uprzednio diagnozy. Błędem terapeutycznym może być nieprawidłowe postępowanie wynikające z wadliwego rozpoznania. Tak samo o błędzie terapeutycznym powiemy w sytuacji, w której diagnoza została postawiona prawidłowo, choremu przypisano określoną jednostkę chorobową, zaś nieprawidłowe postępowanie lekarza nie miało związku z tymże etapem procesu udzielania świadczenia zdrowotnego. Błąd pojawił się dopiero w samej fazie leczenia. Mając na uwadze dychotomiczny podział błędów terapeutycznych na ściśle związane z błędem diagnostycznym, jak i na takie, które pojawiły się wyłącznie w wyniku

*tej opieki lekarskiej*, w: *Lege artis: problemy prawa medycznego*, red. J. Haberko, D. Kocyłowski, D. Pawelczyk, Poznań 2008, s. 144–147. Wszyscy autorzy cyt. za M. Wolińska, *Odpowiedzialność karna...*, op. cit., s. 24. Ponadto, typologię błędów medycznych porównaj z rozumowaniem D. Korytkowskiej. Zob. D. Korytkowska, *Pojęcie błędów medycznych i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” 274, 2012, s. 61–70. Por. także A. Fiutak, *Klasyfikacja błędów medycznych*, „Medycyna Rodzinna” 2010, s. 50–55.

<sup>26</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, op. cit., s. 153–198. Ponadto, o błędzie medycznym w diagnostyce, ale laboratoryjnej zob. A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, A. Czerw, D. Olejniczak, *Odpowiedzialność karna za błędy medyczne w diagnostyce laboratoryjnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna” 2013, nr 4, s. 411–417.

nieprawidłowego prowadzenia terapii, należy skupić uwagę na odmiennej charakterystyce obu przypadków. Jeżeli lekarz postawił złą diagnozę i następnie źle prowadził terapię, to rozważaniom co do legalności jego postępowania będą podlegały wszystkie jego czynności. Innymi słowy, analizowana będzie działalność lekarza od momentu powzięcia czynności zmierzających do postawienia diagnozy. Jeżeli na którymkolwiek etapie leczenia doszło do naruszenia przez lekarza norm ostrożności i norm wiedzy medycznej, to może on ponieść odpowiedzialność karną. Jeżeli inny lekarz stawiał diagnozę, inny zaś podejmował czynności terapeutyczne, to problematyka odpowiedzialności karnej kształtuje się w bardziej skomplikowany sposób. Każdy lekarz ma obowiązek weryfikacji uprzednich decyzji innych przedstawicieli tej samej profesji. Jeżeli postawiono diagnozę wstępną, to lekarz prowadzący terapię ma obowiązek, o którym mowa powyżej. Nie oznacza to, że postawiona już diagnoza nie ma być w ogóle brana pod uwagę. Przedmiotem kolejnych publikacji mogą być również rozważania dotyczące sytuacji bardziej złożonych, np. okoliczności, w których do leczenia włącza się również inny lekarz, np. sprawujący funkcję lekarza dyżurnego<sup>27</sup>.

Następnym rodzajem błędu, który wymaga scharakteryzowania jest błąd techniczny. Stanowi on specjalną formę błędu medycznego. Polega na niewłaściwym wykonaniu czynności leczniczej. Co do zasady jest on związany ze skomplikowanymi usługami medycznymi. Najczęściej dotyczy zabiegów operacyjnych. Ciężko byłoby bowiem wyobrazić sobie sytuację, w której dochodzi do nieprawidłowego zbadania stetoskopem, co w efekcie spowodowałoby skutki niepożądane i jednocześnie prowadziło do objęcia odpowiedzialnością karną sprawcy tego czynu. Błędy techniczne również podlegają ścisłemu rozróżnieniu. Tym razem jednak, zwraca się uwagę na cechy charakterystyczne błędu technicznego jako takiego i stojącego po przeciwnej stronie – zwykłego zaniedbania. Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której niewysterylizowanie narzędzi albo niestosowanie się do zasad higieny kwalifikowano by jako błąd medyczny. Tego typu nieprawidłowości może dopuścić się nie tylko osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego, ale również każdy inny człowiek. Przy błędach technicznych, które mogą popełnić wyłącznie przedstawiciele grupy zawodowej posiadającej uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych konieczne jest opieranie się na opinii biegłego, który zawsze odwołuje się do reguł wiedzy i praktyki lekarskiej. Nie ma natomiast konieczności odwoływania do tychże reguł w sytuacjach, gdy określonego naruszenia mógł się dopuścić każdy kto nie zastosowałby się do reguł ostrożności. Oczywiście, dochodzi do sytuacji, w których trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy popełniony błąd był błędem technicznym, czy nim nie był. Należy pamiętać, że błąd techniczny ma szeroki zakres przedmiotowy. Mogą nim być nie tylko niepoprawnie dokonane zabiegi np. wycięcia tzw. wyrostka robaczkowego, lecz także wiele innych czynności<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, op. cit., s. 153–198. Por. K. Bączyk-Rozwadowska, *Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Błąd Medyczny”*, Warszawa, 5–6 marca 2008 r. – część I, <http://prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=82>, 22.03.2017 oraz M. Mikos, G. Juszczyk, A. Czerw, *Odpowiedzialność cywilna ratownika medycznego za błąd medyczny*, <https://zenodo.org/record/166268/files/3988.pdf>, 22.03.2017; E. Medak, A. Aftyka, I. Rozalska-Walaszek, *Błędy medyczne w praktyce lekarskiej...*, op. cit., s. 43–46.

<sup>28</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, op. cit., s. 153–198.

Ostatnim z wyróżnianych błędów jest błąd organizacyjny. W podstawowym podziale omawianych rodzajów błędów to właśnie błąd organizacyjny dotyczy nie tyle wadliwego procesu leczenia, co złej organizacji pracy. Może on stanowić podstawę do późniejszego wystąpienia błędów technicznych. Jako przykład błędu organizacyjnego można wskazać na sytuację, w której dochodzi do zoperowania niewłaściwego pacjenta z powodu nieomówień w prowadzeniu dokumentacji medycznej. Błędem organizacyjnym będzie poważny uszczerbek w dobrach pacjenta, który nie powstał w wyniku źle prowadzonego leczenia, ale w związku ze źle zorganizowaną pracą personelu medycznego<sup>29</sup>.

## V. Błąd medyczny a standardy medyczne

Sprawcy błędów medycznych mogą ponosić odpowiedzialność karną wyłącznie za nieumyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu. Jeżeli natomiast lekarze celowo naruszają *lege artis*, a więc zamierzenie dopuszczają się złamania zasad wiedzy i sztuki wykonywania zawodu, to ich działanie nie może być utożsamiane z błędem. W takim bowiem przypadku mamy do czynienia – jak słusznie twierdzi P. Daniluk – „ze świadomym, nacechowanym złą wolą, zaatakowaniem dóbr chronionych przez normy prawa karnego”. Powyższe powinno skutkować odpowiedzialnością karną za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu „pacjentów”. W tym miejscu należy również podkreślić, że nieosiągnięcie celu terapeutycznego także nie może zostać uznane za błąd medyczny. Innymi słowy, jeżeli lekarz postąpił w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy oraz zasadami sztuki, lecz terapia nie przyniosła zamierzonych efektów, to nie popełnił on błędu<sup>30</sup>. W naturalny sposób pojawia się zatem pytanie o to, które postępowania lekarzy są zgodne ze współczesną medycyną, a które nie spełniają przedmiotowego wymogu? Ponadto, gdzie należy szukać tychże wzorcowych modeli działania? Udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno następować w oparciu o obowiązujące standardy medyczne. Dokonując eksplanacji wyżej wymienionego pojęcia wskazuje się, że jest to zespół rekomendacji odnoszących się do wszystkich działań o charakterze zapobiegawczym, diagnostycznym oraz leczniczym<sup>31</sup>. Pojęcie standardów obejmuje wszelkiego rodzaju wytyczne, zalecenia, wskazówki, schematy etc. Charakter tychże dokumentów nie jest bezwzględnie wiążący, a stosowanie się przez lekarza do reguł w nich zawartych stanowi przejaw medycyny opartej na dowodach

<sup>29</sup> M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008, s. 59; L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2009, t. 2, z. 4, s. 288–292; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, op. cit., s. 153–198.

<sup>30</sup> M. Bała, J. Pomadowski, *Jak powstają wytyczne postępowania w praktyce lekarskiej*, „Służba Zdrowia” 2000, 36–37, s. 8–11; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa...*, op. cit., s. 158–168; J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie*, Warszawa 1965, s. 18; cyt. za P. Daniluk, *Uwagi o odpowiedzialności karnej lekarza w związku z naruszeniem wskazań wiedzy i sztuki lekarskiej (błędem w sztuce lekarskiej)*, „Przegląd Urologiczny” 2005, nr 5, s. 48.

<sup>31</sup> Standardy medyczne, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/standardy-medyczne/>, 23.03.2017.

obiektywnych (EBM – Evidence Based Medicine). Autorami przedmiotowych modeli postępowania są zazwyczaj uznane towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów o ugruntowanej i niepodważalnej renomie w danej dziedzinie medycyny. Część standardów wynika jednak z powszechnie obowiązujących aktów normatywnych – rozporządzeń. Zgodnie z poglądem wyrażanym przez Justynę Zajdel wielu ekspertów odnosi pojęcie standardu medycznego „wyłącznie do ujętych w postaci aktów normatywnych zasad postępowania medycznego, wyposażenia miejsc sprawowania opieki medycznej [...] oraz kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia [...]”<sup>32</sup>. Tym samym, standardy stają się prawem, a co za tym idzie niezastosowanie się przez lekarzy do przedmiotowych regulacji może niejako automatycznie skutkować odpowiedzialnością prawną. Takiej formie ustanawiania standardów zdecydowanie sprzeciwia się samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, który twierdzi, iż „określanie standardów postępowania medycznego w formie aktów prawnych stanowi nieuprawnione wkraczanie władz ustawodawczych i administracyjnych w autonomiczny obszar nauki i wiedzy [...]” dodając, że „standardy postępowania medycznego nie powinny mieć charakteru powszechnie obowiązujących przepisów prawnych, a jedynie zawodowych zaleceń i wytycznych [...]”. W opinii środowiska lekarskiego „standardy postępowania określone w drodze przepisów powszechnie obowiązujących nie uwzględniają i nie mogą uwzględniać tych wszystkich okoliczności branych pod uwagę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”<sup>33</sup>. Stanowisko lekarzy wydaje się być słuszne i uzasadnione charakterem ich pracy. W opinii autora niniejszego artykułu sposoby postępowania lekarzy nie mogą stanowić norm prawnych, albowiem w każdym przypadku lekarz powinien dostosować swoje działania do konkretnego pacjenta (uwzględniając liczne zróżnicowane i niepowtarzalne czynniki).

## VI. Pojęcie błędu medycznego w orzecznictwie Sądu Najwyższego

W tej części artykułu przedstawione zostaną fragmenty wybranych orzeczeń Sądu Najwyższego. Przytoczenie kilku wyroków, w których zdefiniowano błąd medyczny lub wskazano, które z niewłaściwych postępowań lekarzy nie posiada jego cech ma na celu dopełnienie wcześniejszych rozważań. Przynajmniej w większości stwierdza się, że pojęcie błędu medycznego, a ściślej błędu lekarskiego zostało zdefiniowane przez Sąd Najwyższy w jednym z orzeczeń wydanych w połowie lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia. W przedmiotowym wyroku z wskazano, że „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechania) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką

<sup>32</sup> J. Zajdel, *Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej*, <http://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/52342,moc-prawna-standardow-medycznych-i-wytycznych-praktyki-klinicznej>, 23.03.2017.

<sup>33</sup> A. Kobińska, *Obowiązek stosowania aktualnej wiedzy medycznej jako wyprzedzający stosowanie przepisów prawa czy opinii towarzystw naukowych*, <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2012/n201211/n20121111>, 19.03.2017; <http://www.rp.pl/Zdrowie/303169907-MZ-to-lekarzenie-chca-standardow-medycznych-w-przepisach-prawa.html#ap-1>; <http://www.zdrowie.abc.com.pl/aktualnosci/minister-zdrowia-standardy-medyczne-niepowinny-miec-charakteru-prawnego,109318.html>; <http://gazetalekarska.pl/?p=18764>.

medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym<sup>34</sup>. W uzupełnieniu przywołuje się również orzeczenie z dnia 13 grudnia 1958 r., w którym wyżej wymieniony sąd stwierdził, że odpowiedzialność karna lekarza opiera się na trzech przesłankach: błędzie w sztuce lekarskiej, związku przyczynowym pomiędzy zabiegiem opartym na błędzie oraz winą w rozumieniu Kodeksu karnego<sup>35</sup>. Jak wynika z powyższego, wina nie jest utożsamiana z błędem. Pojmowanie tych dwóch elementów jako odrębnych przesłanek odpowiedzialności karnej lekarzy potwierdzono również w wyroku z 8 września 1973 r., w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że aby błąd lekarski stał się podstawą odpowiedzialności karnej lekarza, to musi on być błędem przez tego sprawcę zawinionym<sup>36</sup>. Ostatnim przywoływanym orzeczeniem jest to, które zostało wydane w dniu 17 lutego 1967 r.<sup>37</sup> W przedmiotowej sprawie szpital twierdził, że odpowiedzialność za błąd ponosi wyłącznie lekarz, który nie umył rąk przed dokonaniem zabiegu. Sąd Najwyższy nie zgodził się z tą argumentacją podnosząc, iż „nie można [...] zaliczyć do błędów w sztuce lekarskiej zaniedbania polegającego na naruszeniu obowiązku stosowania przy dokonywaniu operacji elementarnych zasad aseptyki, której zachowanie jest kardynalnym obowiązkiem całego personelu zatrudnionego przy przeprowadzaniu zabiegów chirurgicznych, a przy tym nie wymaga posiadania specjalnych wiadomości ani nie może nasuwać przy jej stosowaniu najmniejszych wątpliwości tak natury praktycznej, jak i teoretycznej, podobnie jak nie stanowiłoby błędem w sztuce lekarskiej podanie pacjentowi trucizny zamiast lekarstwa<sup>38</sup>”.

## VII. Zakończenie

W artykule podjęto próbę przedstawienia najpopularniejszych koncepcji legalności działań lekarza, zdefiniowano błąd medyczny oraz scharakteryzowano jego rodzaje. Biorąc pod uwagę całokształt przeanalizowanej materii wydaje się, że doktryna jest wyraźnie podzielona co do uznawania czynności lekarskich za pierwotnie legalne albo kontratypowe. Wysoce utrudnione jest wskazanie przeważającej teorii. Nieco łatwiejszym zadaniem jest udzielenie odpowiedzi na pytanie o dominujący sposób nazewnictwa błędów popełnianych przez lekarzy. Zarówno lektura poglądów wybitnych przedstawicieli doktryny, jak i próba autorefleksji zmierza w kierunku stwierdzenia, iż współcześnie powinno się posługiwać pojęciami nie zawierającymi elementu „sztuki”. Powyższe oczywiście stanowi wyłącznie śmiały wniosek, który wyprowadzono w oparciu o liczne argumenty wskazujące na archaiczność tegoż sformułowania.

<sup>34</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r. (sygn. akt IV CR 39/54, OSN 1957, nr 1, poz. 7), cyt. za P. Daniluk, *Prawne aspekty czynności lekarskich w świetle...*, s. 47 i n., <http://www.przeglad-urologiczny.pl/artukul.php?262>, 23.03.2017.

<sup>35</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1958 r. (sygn. akt IV K 28/58), „Państwo i Prawo” 1960, nr 1, s. 200–203, cyt. za P. Daniluk, *Prawne aspekty czynności lekarskich w świetle...*, op. cit., s. 47 i n., <http://www.przeglad-urologiczny.pl/artukul.php?262>, 23.03.2017.

<sup>36</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1973 r. (sygn. akt I KR 116/72, OSNKW 1974, nr 2, poz. 26).

<sup>37</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 1967 r. (sygn. akt I CR 435/66, OSN 1967, poz. 177), cyt. za M. Nesterowicz, *Prawo...*, op. cit., s. 208.

<sup>38</sup> M. Nesterowicz, *Prawo...*, op. cit., s. 208.

Prawne konsekwencje błędów medycznych stanowią przedmiot publikacji zarówno specjalistów o uznanym autorytecie, jak i młodych badaczy. Z oczywistych względów wyżej wymieniona problematyka cieszy się zainteresowaniem przede wszystkim prawników. Jak jednak wynika z przeprowadzonego przeglądu literatury nie tylko juryści poświęcają uwagę tym zagadnieniom. Rozważań o charakterze etyczno-prawnym, socjologiczno-prawnym oraz pokrewnym podejmują się także lekarze, a niekiedy również filozofowie, socjologowie i inni. Niezależnie od tego czy uczeni skupiają się w swoich badaniach na prawnych konsekwencjach błędów lekarskich, pielęgniarzkich czy też ich ogólnej kategorii, a więc prawnych konsekwencjach błędów medycznych, należy stwierdzić, iż wszystkie opracowania mają istotne znaczenie nie tylko dla samej teorii, ale również dla praktyki prawa.

W tym miejscu należy podkreślić, że od właściwego zdefiniowania błędu zależy los wielu przedstawicieli zawodów medycznych. W nawiązaniu do analizowanych poglądów doktryny stwierdza się, że błędem medycznym jest działanie albo zaniechanie osoby wykonującej zawód medyczny, które jest niezgodne z aktualnym stanem wiedzy i praktyki medycznej, dokonane wobec pacjenta w sposób nieumyślny, w procesie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Definicja zaproponowana przez autora niniejszego artykułu jest jednak wyłącznie jedną z wielu prób wyjaśnienia istoty błędu. Stanowczo można stwierdzić, że każda refleksja naukowa na powyższy temat ma jednak istotny wpływ na kształtowanie poglądów nie tylko doktryny, ale również przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. Jak wynika z badań przeprowadzonych wśród sędziów i prokuratorów (grupa 24 sędziów i 54 prokuratorów) respondenci odmiennie definiują błąd medyczny<sup>39</sup>. Powyższe ma istotne konsekwencje, albowiem brak jest jednomyślności co do uznawania określonych zachowań za wypełniające cechy błędu, a więc wypełniające znamiona przestępstwa. Rozróżnienie rodzajów błędu medycznego także wydaje się mieć istotne znaczenie przede wszystkim dla sądów, których orzecznictwo w wielu przypadkach korzysta z funkcjonujących w doktrynie typologii. Judykatura porównuje stan faktyczny określonego przypadku z innymi podobnymi sytuacjami, które stanowiły przedmiot postępowania sądowego. Innymi słowy, typologia błędów systematyzuje stany faktyczne tworząc swoistego rodzaju „wzorcowe błędy medyczne”. Najważniejsze, aby przykładów tychże wzorców było jak najmniej.

## Streszczenie

Artykuł zatytułowany *Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego* to opracowanie w którym autor skupił swoją uwagę na zagadnieniach terminologicznych. W toku rozważań omówił najważniejsze koncepcje legalności działań lekarza, przedstawił sposoby rozumienia błędu medycznego przez przedstawicieli różnych dziedzin nauki. Ponadto, omówił klasyfikację błędów medycznych. Rozważania uzupełniono wskazaniem wybranych orzeczeń Sądu Najwyższego.

**Słowa kluczowe:** błąd medyczny, prawa pacjenta, prawo medyczne

<sup>39</sup> M. Legień, M. Kobek, *Problematyka błędu lekarskiego w ocenie sędziów i prokuratorów*, Prawo i Medycyna 2000, t. 2, nr 8, s. 68, cyt. za M. Białkowski, *Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego*, Adam Mickiewicz University Law Review 2013, vol. 2, s. 57–70.

***A few words about the concept and types of medical error******Summary***

*In the article entitled A few words about the concept and types of medical error the author focused his attention on terminological issues. In the course of his reflections he discussed the most important concepts of the legitimacy of the physician's activities, he presented the ways of understanding the medical error by the representatives of different branches of science. In addition, he discussed the classification of medical errors. The deliberations were supplemented by an indication of selected judgments of the Supreme Court.*

***Key words:*** *medical error, patient rights, medical law*

