

Katarzyna Bargiel¹, Michał Sułkowski²

¹ Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych i Nesamodzielnych w Krakowie

² Student VI roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie Collegium Medicum, Wydział Lekarski

Błąd medyczny – termin, rodzaje i podstawa prawna

Medical error – term, types and legal basis

STRESZCZENIE

Pojęcie błędu medycznego nie jest dostatecznie jasno zdefiniowane w aktach prawnych obowiązujących w Polsce. W literaturze przedstawia się różne definicje, a ich elementem wspólnym jest działanie osoby wykonującej zawód medyczny niezgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej. Niestety zjawisko błędu medycznego jest coraz częstsze. Duży odsetek pacjentów deklaruje, że został skrzywdzony przez błąd medyczny, a prokuratura prowadzi coraz więcej spraw o błąd w sztuce lekarskiej (występuje tendencja wzrostowa). Wyróżnia się następujące rodzaje błędów medycznych: diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny, prognostyczny, organizacyjny i informacyjny. Za dopuszczenie się błędu medycznego pracownik medyczny podlega odpowiedzialności karnej, cywilnej i zawodowej. W świetle prawa karnego błąd medyczny jest zwykle przestępstwem zaniechania działania, ponieważ pracownik wykonujący zawód medyczny jest gwarantem zdrowia i życia pacjenta. Pracownik medyczny może być skazany przez sąd karny po spełnieniu znamion jednego z czynów zabronionych określonych w Kodeksie karnym.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, pracownik medyczny, lekarz, prawo karne, skazanie

ABSTRACT

The notion of medical error hasn't been defined clearly enough in legal terms. Numerous authors have presented various definitions of a medical error – the essence of the concept and the common element of the definitions is the action of a healthcare worker that is incompatible with the requirements of current medical knowledge. Unfortunately, the phenomenon of medical error is becoming more and more common. A large percentage of patients declare that they have been harmed by a medical error and there is an upward trend in the number of medical malpractice cases investigated by the prosecutor's office. There are different types of medical error, which can be classified as follows: diagnostic, therapeutic, technical, prognostic, organizational and informational error. A healthcare worker is subject to criminal, civil and professional liability for committing a medical error. According to the criminal law, a medical error is usually a criminal offence of failure

Adres do korespondencji / Address for correspondence: michal.maciej.sulkowski@gmail.com

ORCID: Katarzyna Bargiel  <https://orcid.org/0000-0002-8200-1087>

Michał Sułkowski  <https://orcid.org/0000-0003-0523-1388>

Licencja/License: CC BY 4.0 

to act, because the healthcare worker is liable for patient's health and life. A healthcare worker may be convicted by criminal court after fulfilling the characteristics of one of the prohibited acts specified by the penal code.

Keywords: medical error, healthcare worker, physician, the criminal law, conviction

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

UZLLD – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2022, poz. 1731 ze zm.).

UPP – Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022, poz. 1876 ze zm.).

KK – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku, Kodeks karny (Dz.U. z 2022, poz. 1138 ze zm.).

BŁĄD MEDYCZNY W LICZBACH

Jak wskazują badania przeprowadzone przez CBOS w 2001 roku, co czwarty badany doświadczył błędu medycznego w swoim życiu, z czego 17% błędów stanowiło niewłaściwą diagnozę lub leczenie (Centrum Badania Opinii Społecznej, 2001). W 2014 roku już 33% badanych deklarowało, że doświadczyli błędu medycznego, z czego aż 26% z nich stanowiło błąd diagnozy i leczenia (Centrum Badania Opinii Społecznej, 2014). Wraz z biegiem lat wzrasta również liczba prowadzonych postępowań karnych, które dotyczą popełnienia błędu medycznego (Tymiński, Serocka, 2018). W roku 2016 było to 4963 postępowań, a w 2017 roku już 5678 spraw (Niemczyk, 2018; Prokuratura Krajowa, 2018). Rosnąca liczba postępowań przeciwko lekarzom nie jest zjawiskiem występującym tylko w Polsce. Również doświadczenia ukraińskie wskazują na taką tendencję (Soroka, 2022).

Szacuje się, że liczba niewykrytych błędów medycznych jest bardzo wysoka – dochodzić może do 30 000 rocznie. Przyczyny niezgłaszania przypadków błędów to przede wszystkim niewiedza poszkodowanych o możliwości dochodzenia swoich praw oraz obawy natury finansowej (Zych, 2021).

CEL PRACY

Celem niniejszego artykułu jest promowanie świadomości prawnej w dziedzinie prawa medycznego oraz edukacja czytelników (w szczególności pracowników medycznych) w temacie błędu medycznego.

DEFINICJA BŁĘDU MEDYCZNEGO

Pojęcie błędu medycznego jest przedmiotem analizy w doktrynie prawa medycznego, w literaturze prawniczej i orzecznictwie sądowym. Pojęcie to nie jest bezpośrednio zdefiniowane w przepisach prawa (Dajnowicz-Piesiecka, Jurgielewicz-Delegacz, Pływaczewski, 2022). W rozważaniach nad przedmiotowym tematem pojawiają się pojęcia „błędu lekarskiego”, „błędu w sztuce lekarskiej” i „błędu w stosowaniu wiedzy lekarskiej”, które są pojęciami wąskimi pod względem podmiotowym, gdyż dotyczą wyłącznie działalności lekarzy. Podkreślenia wymaga, że terminy „błąd medyczny” lub „błąd w sztuce medycznej” są znacznie szersze (podmiotowo), ponieważ dotyczą również działania (lub zaniechania) przedstawicieli innych (niż lekarz) profesji medycznych (Bonin, 2023). Wspomnienia wymaga fakt, że osoby wykonujące zawód medyczny mogą wykonywać swoje obowiązki na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. W obu przypadkach ponoszą odpowiedzialność za popełnienie błędu medycznego. Obecnie w orzecznictwie oraz w literaturze błąd medyczny postrzegany jest jako kategoria obiektywna (Dąbek, 2016). Ogólnie rzecz ujmując, za błąd medyczny można uznać nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniedbanie lekarza, lekarza dentysty, położnej, pielęgniarki lub osoby wykonującej inny zawód medyczny (Kościelniak, 2014). Jednocześnie należy zaznaczyć, że nie ma jednej uniwersalnej definicji błędu medycznego (Puch, Nowak-Jaroszyk, Swora-Cwynar, 2020; Bonin, 2023). Zakres błędu medycznego jest różnorodnie określany przez autorów prawniczych,

przykładowo Erazm Baran (1996) wskazuje, że „błąd sztuki należy rozumieć jako błąd w stosowaniu wiedzy lekarskiej”. Z kolei Marian Filar (2000) opisuje pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej” jako „naruszenie przez lekarza wykonującego czynność leczniczą obowiązującego w relacji do tej czynności zespołu reguł i zasad postępowania zawodowego, których źródłem jest wiedza i praktyka medyczna”. Podobną definicję podaje Renata Kędziora (2009), określając błąd w sztuce medycznej jako „postępowanie lekarza sprzeczne z powszechnymi, obowiązującymi go w odniesieniu do konkretnej czynności medycznej zasadami postępowania zawodowego, mającymi swoją podstawę w nauce i praktyce medycznej”. Jednocześnie autorka wskazuje, iż z argumentum *a contrario* wynika, że poza zakresem błędu w sztuce medycznej pozostaje nieprawidłowe postępowanie lekarza, gdy wadliwość nie wiąże się z naruszeniem zasad wiedzy i praktyki medycznej. Na zasadność szerokiego pojmowania przedmiotowego pojęcia wskazuje Tomasz Sroka (2013):

Konieczność oceny postępowania lekarza zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy i nauki medycznej to odwołanie się do zasady udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, natomiast (...) zgodność z powszechnie przyjętą praktyką lekarską to ocena postępowania lekarza z punktu widzenia ich prawidłowości działań leczniczych pod kątem ich prawidłowości wykonania, a zatem jest to odniesienie do zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością.

Analogiczne stanowisko prezentuje Zdzisław Marek (1999) podkreślając, że „o błędzie mówimy, jeżeli lekarz postąpi niezgodnie z zasadami wiedzy, nie dołoży koniecznej staranności, przekroczy swoje kompetencje”. Poszerzoną definicję przedstawia Agnieszka Liszewska (1998):

Błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, 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.

Tymoteusz Zych (2021) opisuje błąd medyczny jako nieprawidłowe działanie osoby wykonującej zawód medyczny w związku z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi. By stwierdzić błąd medyczny, działanie pracownika medycznego musi być niezgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej lub być niezgodne z zasadami etyki zawodowej lub być działaniem bez należytej staranności lub polegać na nieza stosowaniu dostępnych pracownikowi metod i środków zapobiegania, rozpoznawania oraz leczenia chorób. Według autora jednocześnie błąd medyczny musi charakteryzować się postępowaniem pracownika medycznego niezgodnie z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej i nieumyślnym działaniem sprawcy, ponieważ umyślne działanie stanowi przestępstwo, a nie błąd medyczny.

Z drugiej strony Mirosław Nesterowicz (2001) proponuje wąskie definiowanie błędu lekarskiego i wskazuje, że należy go rozumieć „ściśle jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej”.

Jak wynika z powyższego, w stanowiskach autorów istnieją zauważalne różnice odnośnie do pojęcia błędu medycznego (lekarskiego). Jednocześnie zasadny jest wniosek, że niezależnie od proponowanego szerszego bądź węższego rozumienia błędu medycznego wszyscy wyżej wymienieni autorzy są zgodni co do tego, że istotą pojęcia jest to, iż świadczenia zdrowotne zostały udzielone w sposób niezgodny z wymogami aktualnej wiedzy medycznej.

Wymaga także wskazania, że obecnie istnieje linia orzecznicza Sądu Najwyższego (Sąd Najwyższy, 1994, 2002) potwierdzona orzeczeniem Sądu Najwyższego z 12 lutego 2013 r. (Sąd Najwyższy, 2013). W wyroku tym wskazano, że „dla prawidłowego rozważenia odpowiedzialności karnej lekarza za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu pacjenta niezbędne jest ustalenie, czy czynności lecznicze zostały wykonane zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej, a więc czy lekarz dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej”.

W konsekwencji oczywistym jest, że również najwyższy organ sądowniczy w Polsce wskazuje,

że zasadniczą kwestią w ustalaniu, czy doszło do błędu medycznego, jest sprawdzenie, czy działanie medyczne było zgodne z bieżącymi (w momencie podejmowania działania) wymaganiami wiedzy medycznej.

RODZAJE BŁĘDU MEDYCZNEGO

Można wyróżnić następujące rodzaje błędu medycznego: diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny, rokowania, organizacyjny oraz informacyjny (Kościelniak, 2014; Białkowski, 2013; Zieliński, 2016; Trnka *et al.*, 2007; Korytkowska, 2012). Błąd diagnostyczny występuje w sytuacji, gdy dochodzi do postawienia błędnego rozpoznania. Obejmuje on sytuację zarówno niepodjęcia leczenia wskutek nierozpoznanie właściwej jednostki chorobowej, jak i podjęcia leczenia, które było zbyt późne, a pacjent w rzeczywistości nie cierpiał na leczoną chorobę (Puch, Nowak-Jaroszyk, Swora-Cwynar, 2020; Korytkowska, 2013). Odkładanie diagnozy oraz niezlecenie badań, które były niezbędne do postawienia właściwej diagnozy, również klasyfikowane są jako błąd rozpoznania (Trnka *et al.*, 2007; Korytkowska, 2012). Błąd diagnostyczny jest stosunkowo często spotykany w praktyce leczniczej (najczęściej w chirurgii, kardiologii, onkologii czy ginekologii) (Białkowski, 2013). Warto podkreślić, że samo błędne rozpoznanie nie stanowi zagrożenia. Jednak jego konsekwencje mogą być już niebezpieczne dla pacjenta, a nawet doprowadzić do jego zgonu. Jak podkreśla Piotr Zieliński (2016), błędem diagnostycznym nie jest każde błędne rozpoznanie, lecz to, które zostało spowodowane nieprawidłowym, niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną działaniem lekarza. Kolejnym rodzajem błędu jest błąd terapeutyczny. Jest on najczęściej konsekwencją diagnostycznego (Kościelniak, 2014). Polega na wyborze niewłaściwej metody lub błędnego sposobu leczenia, niewłaściwym przeprowadzeniu zabiegu, podjęciu działań medycznych bez uzasadnienia lub wskazań lekarskich oraz korzystania z metod i technik leczniczych, których praktykowanie zostało zaniechane (Zieliński, 2016). Kolejna grupa błędów, czyli błędy techniczne, jest często włączana do terapeutycznych. Błąd techniczny cechuje się niewłaściwym pod względem

technicznym wykonaniem czynności leczniczych lub nieprawidłowym użytkowaniem aparatury specjalistycznej. Daria Korytkowska (2012, 2013) łączy dwie powyżej opisane grupy i traktuje błędy medyczne popełnione w trakcie wykonywania zabiegów operacyjnych (np. usunięcie niewłaściwej nerki) jako terapeutyczne. Zdaniem autorów niniejszej publikacji błąd terapeutyczny dotyczy będzie zaordynowania niewłaściwego zabiegu operacyjnego, a błąd techniczny mechanicznego uchybienia w trakcie zabiegu. Zasadnym wydaje się jednak omawianie tych grup razem i uwzględnienie błędu technicznego jako szczególnej podgrupy błędu terapeutycznego. Błąd rokowania (czy też inaczej błąd prognozy) polega na błędnym określeniu przewidywanego dalszego stanu zdrowia pacjenta, które skutkuje podjęciem lub zaniechaniem dalszego leczenia. Dotyczy on również stwierdzania zdolności do pracy lub nauki. Pod względem obejmowanego zakresu błąd prognozy łączy się z błędem opiniodawczym polegającym na wydaniu opinii i zaświadczeń lekarskich niezgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej i doktryną (Puch, Nowak-Jaroszyk, Swora-Cwynar, 2020; Trnka *et al.*, 2007; Korytkowska, 2012). Jak wskazuje Michał Białkowski (2013) błąd rokowania ma wpływ przede wszystkim na psychikę pacjenta. Podkreślić należy, że często współistnieje z diagnostycznym i wówczas oddziałuje zarówno psychicznie, jak i fizycznie na pacjenta. Błąd organizacyjny dotyczy przede wszystkim złej organizacji pracy jednostki medycznej czy personelu medycznego (Białkowski, 2013; Trnka *et al.*, 2007). Obejmuje zaniedbania w obszarze bezpieczeństwa, zły stan sanitarny jednostki medycznej, zaniedbanie opieki i higieny względem pacjenta oraz korzystanie z wadliwej aparatury medycznej (Czaplińska, 2019). Autorzy niektórych publikacji (Białkowski, 2013) włączają do tej grupy również pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym, z podkreśleniem, że jest to równocześnie niezachowanie należytej staranności w procesie leczenia (jest to błąd terapeutyczny lub błąd techniczny). Z kolei Sąd Najwyższy nie traktuje pozostawienia narzędzi chirurgicznych lub materiałów opatrunkowych w polu operacyjnym w kategorii błędu medycznego, a w kategorii niedopełnienia obowiązku staranności i ostrożności, do którego zobowiązany jest każdy, nie tylko

medyk (Białkowski, 2013). Ostatnim rodzajem błędu medycznego, który jest często przedstawiany w literaturze, jest błąd informacyjny. Polega on na nieudzieleniu choremu informacji, które mają istotne znaczenie dla jego funkcjonowania w przyszłości (Trnka *et al.*, 2007). Obowiązek udzielenia pacjentowi takich informacji wynika bezpośrednio z art. 31 ust. 1 UZLLD oraz art. 9 ust. 1 UPP.

Powyższy podział, przytaczany przez wielu autorów, jest stosunkowo szczegółowy. Jak wskazuje Elżbieta Puch w swojej publikacji (Puch, Nowak-Jaroszyk, Swora-Cwynar, 2020), w orzeczeniach Sądu Najwyższego najczęściej występuje podział błędu medycznego pod względem czynności. Wyróżnia się wówczas: błąd rozpoznania (diagnostyczny), błąd prognozy (rokowania), błąd w leczeniu (terapeutyczny).

Aby lepiej zrozumieć istotę omówionych błędów, poniżej przedstawiono kilka przykładów błędów medycznych różnego rodzaju.

1. Na podstawie USG stwierdzono, że pacjentka jest w ciąży, po czym wdrożono postępowanie mające na celu podtrzymać ciążę. Do rozpoznania konieczne jednak było wykonanie dodatkowych badań, a stwierdzenia ciąży nie można opierać tylko i wyłącznie na interpretacji wyniku USG. W rzeczywistości pacjentka nie była w ciąży, a wprowadzono u niej leczenie podtrzymujące nieistniejącą ciążę. Pacjentka była wówczas krótko po poronieniu i zabiegu łyżeczkowania jamy macicy i w krótkim okresie dwukrotnie dowiedziała się o utracie ciąży. Jak wskazano powyżej, jedna z ciąż nie miała miejsca, zatem przekazana informacja była błędna. Jest to przykład wystąpienia błędu diagnostycznego oraz w konsekwencji terapeutycznego (Sąd Najwyższy, 2002).
2. W czasie zabiegu operacyjnego usunięcia wyrostka robaczkowego i prawego jajnika w ciele pacjentki pozostawiono chustę chirurgiczną. Jest to przykład błędu technicznego, który może być również postrzegany w kategorii organizacyjnego z uwagi na nieprzeprowadzenie właściwych procedur przez personel medyczny – nieprzeliczenie materiału operacyjnego przed zabiegiem i po nim (Sąd Apelacyjny w Poznaniu, 2010).
3. Biegły medycyny sądowej sporządził raport z sekcji zmarłej kobiety, z którego wynikało, że aorta, tętnica wieńcowa, trzustka, żołądek oraz wyrostek robaczkowy są wolne od zmian chorobowych oraz przedstawił opinię, że do zgonu mogło dojść w wyniku gwałtownego uduszenia. W związku z okolicznościami postawiono zarzut popełnienia przestępstwa z art. 148 § 1 KK (umyślne spowodowanie śmierci) mężowi zmarłej kobiety i aresztowano go tymczasowo na miesiąc. Zlecono również przeprowadzenie kolejnej sekcji zwłok kobiety. W jej trakcie opisano między innymi miażdżycę tętnic wieńcowych, brak uprzedniego wykonania sekcji żołądka i trzustki oraz nieobecność wyrostka robaczkowego. Wykluczona została śmierć wskutek gwałtownego uduszenia, a za przyczynę śmierci podano ostrą niewydolność krążenia. Aby rozstrzygnąć wskazane sprzeczności, zasięgnięto opinii kolejnego ośrodka medycyny sądowej, który zgodził się z opinią drugiego biegłego. W przypadku biegłego, który jako pierwszy przeprowadził sekcję, mamy do czynienia z błędem opiniodawczym w wyniku nieprawidłowego przeprowadzenia sekcji zwłok i w konsekwencji wydania opinii niezgodnej ze stanem faktycznym. Na skutek popełnionego błędu niewinna osoba (mąż denatki) została osadzona w areszcie (Szostak, Sołtyszewski, 2017).
4. Po przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego endoprotezoplastyki stawu biodrowego z dostępu tylnobocznego konieczne jest przestrzeganie przez pacjenta zaleceń dotyczących np. unikania wykonywania ruchów zgięcia powyżej 90 stopni w stawie biodrowym, prowadzenia ponad linię środkową ciała oraz rotacji wewnętrznej (Ridan, Ogródzka, Kłis, 2013). Obowiązkiem personelu medycznego (najczęściej lekarza lub fizjoterapeuty) jest zapoznanie pacjenta z zasadami postępowania po zabiegu oraz przedstawienie możliwych konsekwencji ich nieprzestrzegania. Niedopełnienie tego obowiązku będzie stanowiło błąd informacyjny.

Norbert Bonin (2023) przedstawił zestawienie zebranych przez niego błędów medycznych, które

pojawiają się najczęściej podczas wykonywania zawodu medycznego.

Uważa za nie m.in.: nieudzielenie właściwej informacji przed zabiegiem operacyjnym; przeprowadzenie zabiegu niepotrzebnego pacjentowi; pozostawienie ciała obcego w ciele pacjenta (np. chusty w trakcie operacji); nieprawidłowe podłączenie kroplówki (dotyczy głównie pielęgniarów i położnych); nieuzasadnione odroczenie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, wskutek którego stan zdrowia pacjenta uległ pogorszeniu; niewykonanie tomografii komputerowej głowy po urazie, choć jej wykonanie było możliwe (Bonin, 2023).

RODZAJE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA POPEŁNIENIE BŁĘDU MEDYCZNEGO

W przypadku popełnienia błędu medycznego pracownikowi medycznemu grozi odpowiedzialność karna, cywilna oraz zawodowa. Odpowiedzialność cywilna będzie w zależności głównie od sposobu zatrudnienia osoby wykonującej zawód medyczny (umowa o pracę lub umowa cywilno-prawna). W przypadku postępowania cywilnego pacjent może domagać się przede wszystkim wypłaty odszkodowania za błąd medyczny, wypłaty zadośćuczynienia lub renty (Bonin, 2023). Odpowiedzialność zawodowa zależy jest od korporacji, do której należy dany pracownik medyczny oraz regulowany wewnętrznymi przepisami korporacyjnymi (np. w przypadku lekarza) – Kodeks Etyki Lekarskiej (Chalecki, 2020). W poniższym fragmencie skupiono się na odpowiedzialności karnej pracownika.

PODSTAWY PRAWNE ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA POPEŁNIENIE BŁĘDU MEDYCZNEGO

Często czyn popełniony przez pracownika medycznego stanowi tzw. przestępstwo skutkowe z zaniechania (art. 2 KK), bowiem na pracowniku medycznym ciąży szczególnie prawny obowiązek zapobiegania skutkom o negatywnym znaczeniu dla zdrowia i życia pacjenta. Zależnie od szczegółów konkretnego przypadku pracownik medyczny może odpowiadać za: nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 KK) zagrożone karą od trzech

miesięcy do pięciu lat pozbawienia wolności; spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 1 KK) zagrożone karą do trzech lat pozbawienia wolności (art. 156 § 2 KK); spowodowanie średniego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 § 1 KK) lub lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 § 2 KK) zagrożone karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 157 § 3 KK); narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sytuacji, gdy na sprawcy ciążył obowiązek opieki nad pacjentem (art. 160 § 1 i 2 KK), zagrożone karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 160 § 3 KK).

Po udowodnieniu pracownikowi medycznemu winy oraz związku przyczynowo-skutkowego między jego działaniem a skutkiem negatywnym dla pacjenta sąd karny może skazać pracownika medycznego na jedną z ww. kar przewidzianych w kodeksie. Jednocześnie należy podkreślić, że oskarżony pracownik ma konstytucyjne prawo do obrony we wszystkich stadiach postępowania karnego oraz prawo do wyboru obrońcy lub (w przypadkach określonych ustawowo) korzystania z obrońcy z urzędu (art. 42 ust. 2 Konstytucji RP). Co więcej, obowiązuje zasada domniemania niewinności: w świetle przepisów każdego traktuje się jako niewinnego, dopóki jego wina nie zostanie stwierdzona prawomocnym wyrokiem sądu (art. 42 ust. 3 Konstytucji RP).

Warto wspomnieć o możliwości warunkowego umorzenia postępowania (art. 66 § 1 KK). Sąd może warunkowo umorzyć postępowanie karne w przypadku wystąpienia pewnych okoliczności: wina sprawcy i szkodliwość czynu są nieznaczne, okoliczności popełnienia czynu zabronionego nie budzą wątpliwości, a postawa sprawcy (dotychczas niekaranego za przestępstwa umyślne) oraz jego dotychczasowe postępowanie pozwalają przypuszczać, że mimo umorzenia postępowania będzie on postępował zgodnie z literą prawa. Warunkowe umorzenie postępowania karnego możliwe jest tylko w przypadku sprawcy przestępstwa zagrożonego karą do pięciu lat pozbawienia wolności (art. 66, § 2 KK).

W przypadku skazania sąd może w szczególnie uzasadnionych wypadkach zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary (art. 60, § 2

pkt 1-3 K). Ponadto sąd może warunkowo zawiesić wykonanie kary pozbawienia wolności orzeczonej w wymiarze nieprzekraczającym roku, jeżeli sprawca w czasie popełnienia przestępstwa nie był skazany na karę pozbawienia wolności i jest to wystarczające dla osiągnięcia wobec niego celów kary, a w szczególności zapobieżenia powrotowi do przestępstwa (art. 69, § 1 KK). Przy podejmowaniu decyzji o zawieszeniu wykonania kary sąd uwzględnia postawę sprawcy, jego osobiste właściwości i warunki, a także zachowywanie się po popełnieniu przestępstwa (art. 69, § 2 KK). Zawieszenie wykonania kary następuje na okres próbny, który wynosi od 1 roku do 3 lat i biegnie od uprawomocnienia się wyroku (art. 70, § 1 KK).

Zaznaczenia wymaga fakt, że nawet w przypadku warunkowego zawieszenia wykonania kary osoba skazana figuruje w Krajowym Rejestrze Karnym, co może implikować negatywne skutki dla skazanego, takie jak np. brak możliwości podjęcia pracy na stanowisku wymagającym przedstawienia zaświadczenia o niekaralności.

Zatarcie skazania (a także wykreślenie informacji o skazaniu z Krajowego Rejestru Karnego) następuje dopiero po sześciu miesiącach od zakończenia okresu próby (art. 76, § 1 KK). Jeżeli wobec skazanego orzeczono grzywnę lub środek karny, to zatarcie skazania nie może nastąpić przed ich wykonaniem, darowaniem albo przedawnieniem ich wykonania (art. 76, § 2 KK).

BŁĄD MEDYCZNY A ZDARZENIE MEDYCZNE

Rozróżnienia od błędu medycznego wymaga pojęcie zdarzenia medycznego. Zgodnie z art. 67a ust. 1 pkt 1-3 UPP za zdarzenie medyczne uznaje się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym; uszkodzenie ciała; rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała niewłaściwe leczenie bądź opóźniła właściwe, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego; zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Przepis ten znajduje zastosowanie wyłącznie przy zdarzeniach medycznych, które wystąpią w trakcie działalności leczniczej w szpitalu (art. 67a ust. 2 UPP). Zatem ten zapis ustawy nie znajduje zastosowania

w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach innych podmiotów leczniczych, takich jak np. ambulatoria, przychodnie, pogotowie ratunkowe. Zdarzenie medyczne ma cechy charakterystyczne dla zdarzenia niepożądanego, gdyż jest to „niezamierzone i niespodziewane wydarzenie w procesie diagnostycznym lub leczniczym powodujące przejściową lub trwałą szkodę u pacjenta”. Korytkowska (2012) proponuje następującą definicję zdarzenia medycznego:

Zdarzeniem medycznym nazywać będziemy czynności szpitalne, które przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub spowodowały jego śmierć poprzez dokonanie złej diagnozy, niewłaściwego leczenia lub zastosowania produktów leczniczych. Przez czynności medyczne rozumiemy wszelkie działania podejmowane zgodnie z obowiązującymi w medycynie metodami i procedurami, których przedmiotem jest organizm człowieka, wykonywanymi na terenie szpitala.

Zatem pojęcie zdarzenia medycznego jest węższe niż błędu medycznego.

Ustawodawca w art. 67e UPP powołał wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W założeniu postępowanie przed tymi komisjami stanowi pozasądowy sposób dochodzenia roszczeń finansowych przez poszkodowanych pacjentów (bądź członków ich rodzin) związanych z wystąpieniem zdarzenia medycznego.

Analizując porównawczo omawiane pojęcia podkreślić należy, że przepisy UPP nie definiują wprost pojęcia „błąd medyczny” (Kościelniak, 2014), tak samo jak inne akty prawne. Istotna jest różnica co do miejsca wystąpienia – błąd medyczny może zostać popełniony w dowolnym miejscu, natomiast zdarzenie medyczne jest ściśle związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach działalności szpitala.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Podsumowując, błąd medyczny nie jest zdefiniowany w aktach prawnych. Autorzy przedstawiają różne jego definicje, przy czym ich istotą i wspólnym elementem jest działanie (pracownika

medycznego) sprzeczne z wymogami aktualnej wiedzy medycznej. Liczny odsetek pacjentów deklaruje, że był poszkodowany przez popełnienie błędu medycznego. Prokuratura prowadzi coraz więcej postępowań w sprawach błędów medycznych (występuje tendencja wzrostowa). Wyróżniamy takie rodzaje błędu medycznego, jak: błąd diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny, rokowania, organizacyjny oraz informacyjny. Na gruncie prawa karnego błąd medyczny stanowi najczęściej tzw. przestępstwo skutkowe z zaniechania, ponieważ pracownik medyczny jest gwarantem zdrowia i życia pacjenta. Pracownik medyczny może ponieść odpowiedzialność karną po wypełnieniu znamion jednego z czynów zabronionych wskazanych w kodeksie karnym (art. 155 KK; art. 156, § 1 i 2 KK; art. 157, § 1 i 2 KK; art. 160, § 1, 2 i 3 KK). W razie skazania w szczególnie uzasadnionych przypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet warunkowo zawiesić jej wykonanie. Nawet w tym przypadku skazanie wiąże się z wpisaniem sprawcy do Krajowego Rejestru Karnego, co może wiązać się z negatywnym skutkiem dla skazanego. Należy rozróżniać pojęcia błędu medycznego i zdarzenia medycznego, gdyż nie są one tożsame. „Błąd medyczny” jest pojęciem szerszym i może zostać popełniony w każdym miejscu, natomiast „zdarzenie medyczne” jest związane z działalnością szpitalną.

BIBLIOGRAFIA

- Baran E. (1996). Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarzy w sprawach o błąd lekarski. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 47, 253–259.
- Białkowski M. (2013). Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego. *Adam Mickiewicz University Law Review*, 2, 57–70.
- Bonin Norbert (2023). *Błąd medyczny – definicja, przykłady i konsekwencje dla placówki i personelu*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, <https://www.wolterskluwer.com/pl-pl/expert-insights/blad-medyczny-definicja-przyklady-konsekwencje-dla-placowki-i-personelu> (dostęp: 7.06.2023).
- Centrum Badań Opinii Społecznej (2001). Komunikat z badań. Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Warszawa: CBOS, 27.
- Centrum Badań Opinii Społecznej (2014). Komunikat z badań CBOS. Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Warszawa: CBOS, 165.
- Chalecki P. (2020). Odpowiedzialność karna lekarza dentyisty za błąd w sztuce medycznej. *Neurologia Praktyczna*, 4, 87–90.
- Czaplińska O. (2019). Odpowiedzialność za błąd medyczny. *Zeszyty Studenckiego Ruchu Naukowego Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach*, 28(1), 39–49.
- Dajnowicz-Piesiecka D., Jurgielewicz-Delegacz E., Plywaczewski E. (2022). *Prawo karne i kryminologia wobec kryzysów XXI w.* Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Dąbek A. (2016). Rozważania nad przydatnością pojęcia błędu medycznego (sic!) dla ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w procesie leczenia na gruncie polskiej literatury i orzecznictwa. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica*, 77, 73–90.
- Filar M. (2000). *Lekarskie prawo karne*. Kraków: Zakamycze.
- Kędziora R. (2009). *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (tj. Dz.U. 2009, Nr 114, poz. 946).
- Korytkowska D. (2012). Pojęcie błędu medycznego, zdarzenia medycznego. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica*, 274, 61–70.
- Korytkowska D. (2013). Pojęcie błędu medycznego, zdarzenia niepożądanego i choroby jatrogennej – rozważania terminologiczne. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica*, 296, 55–59.
- Kościelniak M. (2014). Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne. Cz. 1: Pojęcie błędu medycznego. *Monitor Ubezpieczeniowy*, 56, <https://mu.rf.gov.pl/56/art-8.html> (dostęp: 24.10.2022).
- Liszewska A. (1998). *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Kraków: Zakamycze.
- Marek Z. (1999). *Błąd medyczny*. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Medyczne.
- Nesterowicz M. (2001). *Prawo medyczne*. Toruń: Wydawnictwo „Dom Organizatora”.
- Niemczyk F. (2018). Błąd medyczny w świetle statystyk. *Miesięcznik OIL w Warszawie Puls*, 5–6, 26–27.
- Prokuratura Krajowa (2018). Prokuratura prowadzi coraz więcej spraw dotyczących błędów medycznych.

- <https://pk.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-prokuratury-krajowej/prokuratura-prowadzi-coraz-wiecej-spraw-dotyczacych-bledow-medycznych/> (dostęp: 25.10.2022).
- Puch E., Nowak-Jaroszyk M., Swora-Cwynar E. (2020). Błąd medyczny w teorii i praktyce – przegląd najważniejszych zagadnień. *Medycyna Pracy*, 71(5), 613–630.
- Ridan T., Ogrodzka K., Kliš A. (2013). Postępowanie rehabilitacyjne po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Praktyczna Fizjoterapia*, 43, 6–22.
- Soroka O. (2022). Błędy medyczne – doświadczenia ukraińskie. *Kortowski Przegląd Prawniczy*, 1, 31–36.
- Sroka T. (2013). *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Szostak R., Sołtyszewski I. (2017). Odpowiedzialność karna za błąd opiniodawczy – studium przypadku. *Prokuratura i Prawo*, 1, 120–136.
- Trnka J. et al. (2007). Podstawy błędu medycznego z uwzględnieniem pracy lekarza rodzinnego. *Family Medicine & Primary Care Review*, 9(3), 880–883.
- Tymiński R., Serocka M. (2018). Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzeczniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błąd medyczny. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(1), 32–39.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz.U. 2022 r. poz. 1731 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.).
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 16 grudnia 2010 r. sygn. I ACa 973/10 (LEX nr 898671).
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2002 r. V KK 33/02 (LEX nr 75498).
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2013 r. II KK 124/12 (LEX nr 1277697).
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 r. sygn. V CKN 909/00 (LEX nr 56027).
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 kwietnia 1994 r. WR 70/94 (LEX: OSNKW 1994/11-12/70).
- Zieliński P. (2016). Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego. *Medyczna Wokanda*, 8, 181–196.
- Zych T. (2021). Błędy medyczne – statystyki. Fundacja pomocy ofiarom błędów medycznych, <https://fpobm.pl/blog/bledy-medyczne/bledy-medyczne-statystyki/> (dostęp: 25.10.2022).

Źródła finansowania / Funding sources: brak źródeł finansowania / no sources of funding

Wkład Autorów / Authors' contributions: Katarzyna Bargiel 50%, Michał Sułkowski 50%

Konflikt interesów / Conflict of interest: brak konfliktu interesów / no conflict of interest

Otrzymano / Received: 11.01.2023

Zaakceptowano / Accepted: 30.05.2023