

Wstęp

Błędy lekarskie i wiążąca się z nimi odpowiedzialność karna od dawna poruszane stanowiły przedmiot uwagi zarówno lekarzy, jak i prawników.

W drugiej połowie XIX w. wiele autorytetów medycznych usiłowało zdefiniować błąd. Zaczęto wówczas określać warunki oraz zasady poprawnego działania, a także wskazywać zakres powinności lekarzy wobec chorych.

Jednocześnie kwestia błędu lekarskiego od zawsze budziła kontrowersje. Wynikały one przede wszystkim z faktu, że w prawie oraz w doktrynie popełnienie błędu wiąże się z odpowiedzialnością lekarza.

Nadto, spory i polemiki wokół wyrażenia „błąd w sztuce lekarskiej” wiążą się także z wieloznacznością słów wchodzących w jego skład. Niewiele jest określeń, które od dawna po dziś dzień wywoływały tak wiele nieporozumień. Ciekawe jest, że nieporozumienia te dotyczą nie tylko świata lekarskiego, lecz również władz wymiaru sprawiedliwości. Na wstępie wypada więc poświęcić trochę uwagi kwestiom terminologicznym.

Odpowiedzialność karna powstaje wówczas, gdy postępowanie – w tym przypadku lekarza wobec pacjenta – staje się sprzeczne z konkretnym przepisem prawa zakazującym takiego postępowania pod groźbą kary. Odpowiedzialność karna zawsze wiąże się z faktem popełnienia przestępstwa. W przypadku odpowiedzialności karnej za negatywne wyniki działalności zawodowej, sam fakt podjęcia czynności jest uzasadniony prawem. Czyn prawny przekształca się w bezprawny dopiero, gdy sposób wykonania czynności jest wadliwy.

Jeśli chodzi o błąd w sztuce lekarskiej, to należy go traktować jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Ścisła, a przy tym krótka definicja błędu lekarskiego nie jest łatwa i istnieje ich wiele, dlatego też cały rozdział I tej pracy poświęcony jest na wyjaśnienie tego terminu. Najprościej ujmując, należy stwierdzić, że błąd lekarski jest postępowaniem wbrew powszechnie uznanym zasadom wiedzy lekarskiej, które to postępowanie może polegać na działaniu lub zaniechaniu wbrew zasadom wiedzy lekarskiej, które są przyjęte i utrwalone w medycynie. Błędem lekarskim jest więc szkodliwe dla chorego działanie lub zaniechanie, którego można było uniknąć, stosując się do podstawowych zasad wiedzy lekarskiej.

Celem pracy było ustalenie znaczenia błędu w sztuce w kategoriach prawnokarnych. Zastanawiano się również nad tym, dlaczego, mimo tak wielu postępowań sądowych prowadzonych przeciwko lekarzom, z reguły unikają oni odpowiedzialności za popełnione przez siebie błędy.

Praca koncentruje się wokół przesłanek odpowiedzialności lekarza za niewłaściwe wykonanie zabiegu, tj. za błąd w sztuce lekarskiej. Zawarte w niej uwagi mają na celu wyjaśnienie kategorii nieprawidłowości w postępowaniu medycznym. Dążono także do ustalenia przyczyn, które decydują o tym, liczba spraw karnych dotyczących błędów lekarskich jest stosunkowo niewielka. Podjęto również próbę pokazania, że lekarz nie jest bezkarny, że za swoją błędną diagnozę czy też terapię może ponieść odpowiedzialność karną.

Traktując błąd jako postępowanie sprzeczne z obowiązującymi zasadami wiedzy medycznej, starano się dociec, czy nieostrożność lekarza powodującą naruszenie tych reguł należy mierzyć miarą lekarza przeciętnego, dobrego, czy też bardzo dobrego? Zamierzano ustalić, czy postępowanie lekarza oceniać z uwzględnieniem warunków, w jakich musiał podejmować swoje działania? Usiłowano stwierdzić, jak

kształtuje się odpowiedzialność przy zespołowym wykonywaniu czynności medycznych? Dążono do ustalenia granic legalności zabiegu medycznego, szczególnie przy przeszczepach i eksperymentach.

Oprócz zagadnień dotyczących odpowiedzialności karnej lekarza, podjęto także kwestię określenia błędu lekarskiego. Zamierzano ustalić, co należy rozumieć pod pojęciem błędu w sztuce lekarskiej? Usiłowano dociec, dlaczego pojęcie to budzi tak wiele kontrowersji? Starano się w końcu rozstrzygnąć, czy samo określenie „sztuka lekarska” jest właściwe?

Odpowiedzi na powyższe pytania, jak również zagadnienia dotyczące odpowiedzialności karnej lekarza za błąd w sztuce lekarskiej przedstawiono w poszczególnych rozdziałach. Szczególnie przydatne okazały się prace: A. Liszewskiej, M. Filara, G. Rejman, L. Kubickiego, Z. Marka, M. Nesterowicza, J. Sawickiego, A. Zolla. Z prac J. Jaroszka korzystano natomiast przy omawianiu problematyki przeszczepów organów.

W rozdziale I zaprezentowane są poglądy różnych autorów na temat definicji błędu lekarskiego. Poglądy te przedstawiono w dwóch grupach. Do pierwszej należą poglądy autorów, którzy utożsamiają błąd z winą lekarza, czyli ujmują oni błąd subiektywnie. Druga grupa pokazuje ujęcie obiektywne, czyli poglądy obiektywizujące błąd sztuce i czyniące z niego przesłankę bezprawności czynu. Ponieważ w literaturze często pojawia się poważna wątpliwość, co do prawidłowości używanego terminu „błąd” i „sztuka” w kontekście odpowiedzialności karnej, starano się przedstawić zapatrywania zarówno zwolenników, jak i przeciwników tego terminu.

Lekarz może popełnić błąd na każdym etapie kontaktu z chorym i błąd ten dotyczyć może wszystkich czynności podejmowanych przez lekarza. Dlatego nie sposób pominąć – przy omawianiu odpowiedzialności karnej za błąd – klasyfikacji błędów. W piśmiennictwie prawniczym i lekarskim wprowadza się różne podziały błędów. Najczęściej spotyka się podział na błąd diagnostyczny i terapeutyczny. Każdy z nich pokazany został w rozdziale II. Przedstawione tam również zostały dwa szczególne przypadki błędu w sztuce, tj. błąd techniczny i błąd organizacyjny.

Rozdział III poświęcono przesłankom odpowiedzialności karnej. Polska doktryna prawa karnego nie wypracowała jak dotąd jednolitego stanowiska w kwestii definicji bezprawności czynu. Pokazano więc zasadnicze różnice w poglądach, które są próbą odpowiedzi na pytanie: „Czy bezprawność traktować jako sprzeczność zachowania z konkretną normą prawną, należącą do danej grupy prawa, czy też jako sprzeczność zachowania z całym porządkiem prawnym?”. Przy omawianiu bezprawności, scharakteryzowano koncepcję legalności czynności leczniczych i związanej z nią zgody pacjenta. Znaczenie zgody od dawna jest przedmiotem sporów toczących się między lekarzami a prawnikami. Chodzi o to czy przestrzegać zasady *salus aegroti suprema lex* (dobro chorego prawem najwyższym), czy zasady *voluntas aegroti suprema lex* (wola chorego prawem najwyższym)? Obie te zasady są ze sobą w konflikcie i możliwe jest ściśle przestrzeganie tylko jednej z nich. Lekarze chcieliby uczynić naczelną zasadą swojego postępowania dobro pacjenta, czyli przestrzegać pierwszej zasady. Z kolei prawnicy twierdzą i podkreślają to, że wola pacjenta i jego prawo do samostanowienia o swoim życiu i zdrowiu muszą być respektowane, o czym mówi zasada druga. Starano się dociec, czy istnieją sytuacje, w których możliwe będzie uchylenie odpowiedzialności za wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta i w jakich sytuacjach jest to możliwe. Ważnym, zaprezentowanym w tekście pojęciem, jest „zasada ostrożności”, której uchybienie powoduje dopiero odpowiedzialność karną. Przedstawiono skutek niezachowania ostrożności oraz kryteria jego przypisywalności, prezentowane w literaturze przedmiotu. Poza tym określono znaczenie winy oraz kiedy i jak ją się ustala.

Rozdział IV poświęcono błędom lekarskim przy wykonywaniu przeszczepu organów, gdzie przedstawiony został krótki rys historyczny rozwoju medycyny transplantologicznej. Wyjaśniono prawne jej aspekty oraz na czym polegają przeszczepy *ex vivo* i *ex mortuis*, a także jakie są przesłanki

ich legalności. W związku z tym, że przeszczep ex mortuo dotyczy człowieka nieżyjącego, powstaje konieczność określenia momentu jego śmierci. Ponieważ śmierć jest zjawiskiem złożonym, dlatego opisana została w oparciu o rozróżnienie wypracowane na gruncie medycyny – tj. podział na śmierć kliniczną, biologiczną i mózgową.

W rozdziale V przedstawiono eksperymenty medyczne, ich rodzaje, cele jakim służą oraz przesłanki ich dopuszczalności. Przy omawianiu zwrócono uwagę na dozwolone ryzyko, z którym związany jest każdy eksperyment, jak również na zgodę uczestnika eksperymentu, bez której nie byłby on legalny. Dążono do ustalenia, na czym polega błąd przy wykonywaniu eksperymentów oraz jak kształtuje się z związku z tym odpowiedzialność karna.

W rozdziale VI zastanawiano się nad odpowiedzialnością karną w pracy zespołowej. Na proces leczenia składa się wiele zabiegów całego personelu leczniczego, dlatego niewystarczające jest ocenianie tylko pojedynczego pracownika. Ze względu na stale komplikujący się podział pracy, ocena zachowania konkretnego lekarza nie zawsze jest możliwa bez powiązania go z całym zespołem osób, które brały udział w procesie leczenia. Mimo to pojęcie zespołu nie eliminuje indywidualnej odpowiedzialności, dlatego też, zgodnie z zasadą indywidualizacji i subiektywizacji, wszystkie przesłanki odpowiedzialności karnej należy rozpatrywać oddzielnie w stosunku do każdego uczestnika zespołu.

Dążąc do odpowiedzi na poszczególne pytania i wyjaśniając zagadnienia poruszone w poszczególnych rozdziałach, starano się przede wszystkim przedstawić lekarzom, jak również i pacjentom zakres ich powinności, a także praw w świetle obowiązujących norm. W miarę możliwości została przedstawiona istota błędu lekarskiego, obowiązujące w tym zakresie normy prawne i związana z tym odpowiedzialność karna lekarza.

Przy pisaniu pracy zastosowana została egzegeza tekstu prawnego. Praca została napisana metodą deskryptywną, w oparciu o przedstawioną w bibliografii literaturę przedmiotu – głównie publikacje medyczne, orzecznictwo Sądu Najwyższego i ustawy. Szczególnie pomocna była ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Stosowano w niej także metody instytucjonalną i genetyczną.