

Marcin Lipski

Kolizja odpowiedzialności za przestępny skutek w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia

1. Wprowadzenie

Ukazało się do dzisiaj wiele prac poświęconych problematyce odpowiedzialności karnej za błędy medyczne czy też za niewłaściwe leczenie. Celem niniejszego opracowania nie jest wyczerpujące przedstawienie wszystkich problemów pojawiających się w kontekście tego szerokiego zagadnienia. Celem artykułu jest przyjrzenie się wyłącznie wybranemu aspektowi odpowiedzialności karnej za błędy medyczne, jakim jest problematyka kolizji odpowiedzialności za przestępny skutek w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia.

Pojęcie współdziałania jest terminem szerokim, dlatego już na samym początku niniejszego opracowania należy sprecyzować jego zakres. Pod pojęciem tym rozumiem udział przynajmniej dwóch osób w procesie leczenia konkretnego pacjenta, niezależnie od tego, czy osoby te działają w ramach zawartego wcześniej porozumienia, czy też niezależnie od siebie. Ze współdziałaniem w powyższym znaczeniu będziemy mieć do czynienia przy spełnieniu dwóch przesłanek: tożsamości pacjenta oraz tożsamości jednostki chorobowej, której dotyczy proces leczenia. Na gruncie niniejszego artykułu pojęcie współdziałania w procesie leczenia nie będzie więc utożsamiane z pojęciem przestępnego współdziałania, którym posługuje się obecnie obowiązująca ustawa karna, ani też z pojęciem współsprawstwa jako jednej z form zjawiskowych popełnienia przestępstwa.

Zagadnienie kolizji odpowiedzialności za skutek będzie ograniczone wyłącznie do wybranych przestępstw materialnych przeciwko życiu lub zdrowiu, ponieważ to właśnie w ich kontekście analizowana problematyka jest,

w mojej ocenie, najlepiej widoczna. Zanim jednak przejdziemy do szczegółowej analizy przedmiotowego zagadnienia, konieczne wydaje się krótkie wprowadzenie w samą problematykę obiektywnego przypisania skutku. W dalszej części artykułu przedstawione zostaną także zasady współdziałania osób udzielających świadczeń zdrowotnych, których naruszenie może prowadzić do sytuacji określanej mianem kolizji odpowiedzialności za skutek. Na koniec, posługując się dwoma stanami faktycznymi, będącymi przedmiotem analizy Sądu Najwyższego, omówiona zostanie kwestia sposobów rozstrzygania kolizji odpowiedzialności za skutek w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia.

2. Kryteria obiektywnego przypisania skutku

Przypisanie określonej osobie odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe wymaga wykazania szeregu elementów o charakterze przedmiotowym, w tym przede wszystkim zaistnienia zachowania sprawczego, nastąpienia opisanego w ustawie skutku oraz wykazania powiązania między zachowaniem potencjalnego sprawcy a powstałym skutkiem. O ile dwa pierwsze elementy – zachowanie sprawcze oraz skutek – są opisane w ustawie karnej jako odrębne znamiona typu czynu zabronionego, o tyle trzeci element, określany mianem relacji sprawczej, nie został wyodrębniony przez ustawodawcę jako samodzielne znamię typu czynu zabronionego. Nie budzi jednak wątpliwości, że bez elementu spajającego zachowanie potencjalnego sprawcy z powstałym skutkiem nie byłoby możliwe przypisanie odpowiedzialności karnej za jego spowodowanie.

Relacja sprawcza to w uproszczeniu związek o charakterze ontologicznym oraz normatywnym pomiędzy zachowaniem potencjalnego sprawcy a powstałą zmianą w świecie zewnętrznym. Badanie tego powiązania następuje za pomocą stworzonej w doktrynie prawa karnego konstrukcji obiektywnego przypisania skutku. Stanowi ona w istocie „zespół przesłanek, jakie należy wykazać badając realizację znamion przedmiotowych przestępstwa materialnego w celu wykazania relacji sprawczej pomiędzy zachowaniem podmiotu odpowiedzialności karnej, a stanowiącym znamię typu czynu zabronionego skutkiem przestępnym”¹.

¹ M. Bielski, *Kryteria obiektywnego przypisania skutku na tle współczesnej polskiej dogmatyki prawa karnego*, w: *Państwo prawa i prawo karne. Księga Jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla*, t. II, red. P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel Warszawa 2012, s. 500.

Płaszczyzna ontologiczna przypisania skutku, nazywana także płaszczyzną empiryczną, pozwala na zbadanie powiązań przyczynowych poprzez odwołanie się do wiedzy i doświadczenia życiowego z zakresu nauk społecznych i przyrodniczych². Dzięki temu aspektowi przypisania skutku możliwe jest wyodrębnienie z kręgu analizowanych zjawisk tych zdarzeń, które z obiektywnego punktu widzenia stanowią przyczynę powstania określonej zmiany w świecie zewnętrznym. Powiązanie kauzalne na płaszczyźnie ontologicznej ma charakter czysto fizyczny i nie uwzględnia ocen społecznych badanych zdarzeń czy zachowań. Nie może tym samym stanowić wyłącznego kryterium przypisywalności skutku. W uproszczeniu stwierdzić można, iż ustalenie powiązania przyczynowego na płaszczyźnie ontologicznej wymaga wykazania, że pomiędzy zachowaniem określonej osoby a powstałym skutkiem istniał nieprzerwany łańcuch zdarzeń, określane mianem łańcucha przyczynowo-skutkowego. Innymi słowy, działanie określonej osoby może stanowić przyczynę powstania przestępnego skutku, jeżeli w świetle znanej dzięki wiedzy i doświadczeniu kauzalnemu prawidłowości prowadzi do skutku przestępnego³.

Trafnie wskazuje się, iż przesądzenie o istnieniu powiązania przyczynowego na płaszczyźnie ontologicznej nie jest jeszcze wystarczające do przypisania określonej osobie skutku⁴. Konieczne jest także sięgnięcie do kryteriów o charakterze normatywnym, aby z kręgu osób, których zachowania pozostają w przyczynowym związku ze skutkiem, wskazać te działania lub zaniechania, które w ocenie społecznej uzasadniają przypisanie określonej osobie odpowiedzialności za powstałą zmianę w świecie zewnętrznym. Tej swoistej weryfikacji dokonuje się w oparciu o sformułowane w doktrynie prawa karnego kryteria normatywne przypisania skutku.

Pierwszym kryterium normatywnym jest bezprawność zachowania potencjalnego sprawcy. W tym zakresie konieczne jest ustalenie, że czyn określonej osoby, oceniając go z perspektywy *ex ante*, naruszył normę sankcjonowaną. Innymi słowy należy wykazać, że sprawca przez złamanie określonych reguł postępowania z dobrem prawnym stworzył społecznie nieakceptowane niebezpieczeństwo dla tego dobra lub wręcz dobro to

² Zob. J. Giezek, *Przyczynowość oraz przypisanie skutku w prawie karnym*, Wrocław 1994, s. 41; a także: W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2013, s. 200.

³ Zob. M. Bielski, *Kryteria...*, s. 507; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie...*, s. 199–200.

⁴ Zob. A. Zoll, w: *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Tom I. Komentarz do art. 1–116 k.k.*, red. A. Zoll, Warszawa 2007, s. 42; J. Giezek, *Przyczynowość...*, s. 50; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie...*, s. 200.

naruszył⁵. Przesądzenie naruszenia normy sankcjonowanej wymaga także wykazania, że skutek przestępny zrealizował się „w takim przebiegu przyczynowym, przed którego wystąpieniem miała chronić naruszona przez sprawcę reguła postępowania”⁶. Może się bowiem zdarzyć, że:

[...] dany sposób nastąpienia skutku stanowiącego znamię czynu zabronionego, może w pewnych sytuacjach różnić się z przewidywalnym, typowym sposobem dojścia do skutku, który jest założeniem racjonalnie ukształtowanego zakresu normowania normy postępowania⁷.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się dodatkowo, że przypisanie sprawcy skutku na płaszczyźnie normatywnej wymaga wykazania „istotnego” naruszenia reguł postępowania z dobrem prawnym, które to naruszenie w określonym stanie faktycznym w sposób „znaczący” zwiększyło ryzyko wystąpienia danego skutku i jednocześnie było ono dla potencjalnego sprawcy obiektywnie przewidywalne⁸. W ocenie Sądu Najwyższego tylko bowiem w takiej sytuacji można mówić o karygodnym przyczynieniu się do powstania przestępnego skutku.

Drugą przesłanką obiektywnego przypisania skutku na płaszczyźnie normatywnej jest wykazanie hipotetycznej relacji sprawczej pomiędzy zachowaniem określonej osoby a powstałą zmianą w świecie zewnętrznym za pomocą opracowanej w doktrynie prawa karnego konstrukcji hipotetycznego przebiegu przyczynowego. Stanowi ona w uproszczeniu operację myślową, polegającą na zastąpieniu bezprawnego zachowania potencjalnego sprawcy działaniem zgodnym z normą sankcjonowaną i tym samym zbadaniu, czy w takim układzie sytuacyjnym skutek przestępny również by nastąpił. Jeżeli mimo zgodnego z prawem zachowania określonej osoby można będzie uznać, że z odpowiednio wysokim prawdopodobieństwem skutek i tak by wystąpił, nie będzie mógł on zostać przypisany tej osobie jako jego sprawcy.

Opisane kryteria obiektywnego przypisania skutku na płaszczyźnie normatywnej odnoszą się do sytuacji, w których na wystąpienie określonej zmiany w świecie zewnętrznym wpływ miała tylko i wyłącznie jedna osoba. W praktyce jednak bardzo często zachodzą przypadki nakładania się

⁵ Zob. W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie...*, s. 171; tak też: T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013, s. 555.

⁶ M. Bielski, *Kryteria...*, s. 519; tak też: W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie...*, s. 201.

⁷ M. Małecki, *Z problematyki obiektywnego przypisania skutku (przypadek płonącego anioła)*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013, z. 2, s. 51–52.

⁸ Postanowienie SN z 15 II 2012 r., II KK 193/11, LEX nr 1212351.

na siebie zachowania wielu osób, które komplikują proces ustalania osoby odpowiedzialnej za spowodowanie przestępnego skutku. Problem ten w uproszczeniu sprowadza się do sytuacji, w których „podmiotu odpowiedzialności karnej nie można uznać za wyłącznie odpowiedzialnego za skutek przestępny w postaci naruszenia dobra prawnego, ze względu na relewantne dla skutku zachowanie osoby trzeciej”⁹. Z tego względu w doktrynie prawa karnego sformułowano tzw. negatywne przesłanki przypisania skutku, których zaistnienie może w pewnych okolicznościach wykluczyć przypisanie potencjalnemu sprawcy odpowiedzialności za powstałą zmianę w świecie zewnętrznym.

Jedną z negatywnych przesłanek przypisania skutku jest włączenie się w przebieg przyczynowy osoby trzeciej, której działanie lub zaniechanie już samo w sobie stanowiło naruszenie reguł postępowania z dobrem prawnym, i które w połączeniu z wcześniejszym bezprawnym zachowaniem potencjalnego sprawcy doprowadziło w efekcie do powstania przestępnego skutku lub też spowodowało skutek dalej idący niż ten, który nastąpiłby w wyniku samego tylko bezprawnego zachowania potencjalnego sprawcy. Marek Bielski trafnie wskazuje, że rozstrzygnięcie ewentualnej kolizji odpowiedzialności za skutek powinno nastąpić przez „porównanie charakteru i stopnia naruszonych przez potencjalnego sprawcę i osobę trzecią reguł postępowania oraz ustalenie, jakie przełożenie na wystąpienie skutku przestępnego miało niebezpieczeństwo wynikające z poszczególnych ryzykownych zachowań potencjalnego sprawcy i osoby trzeciej”¹⁰. Włączenie się w przebieg przyczynowy osoby trzeciej może stanowić okoliczność zmniejszającą stopień zawinienia lub też stopień przypisywanego potencjalnemu sprawcy bezprawia. W sytuacji bowiem, gdy osoba trzecia narusza regułę postępowania z dobrem prawnym o mniejszej doniosłości w porównaniu z naruszoną regułą postępowania przez potencjalnego sprawcę, nie można mówić o wyłączeniu odpowiedzialności sprawcy za skutek¹¹. Dopiero wtedy, gdy naruszona przez osobę trzecią reguła postępowania z dobrem prawnym miała bardziej doniosłe znaczenie dla przebiegu przyczynowego, odpowiedzialność potencjalnego sprawcy za powstały skutek powinna zostać wyłączona.

Na podobnym stanowisku stanął także w jednym ze swych orzeczeń Sąd Najwyższy, stwierdzając m.in.:

⁹ M. Bielski, *Kryteria...*, s. 521; tak też: W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie...*, s. 201–202.

¹⁰ M. Bielski, *Kryteria...*, s. 523.

¹¹ Zob. M. Bielski, *Obiektywne przypisanie skutku przestępnego w przypadku kolizji odpowiedzialności za skutek*, „Państwo i Prawo” 2005, z. 10, s. 75–89.

Jeżeli oceniane działanie sprawcy uruchamiające dany przebieg kauzalny łączyło się ze sprowadzeniem bardzo znacznego ryzyka naruszenia dobra prawnego i stanowiło naruszenie w sposób rażąco reguły postępowania z tym dobrem, to ewentualne późniejsze zaniechanie przez osobę będącą gwarantem nienastąpienia skutku działań, które miały przerwać uruchomiony przebieg przyczynowy i odwrócić zagrożenie dla dobra prawnego, nie zwolni z odpowiedzialności za skutek osoby, która ten przebieg uruchomiła, ani też nie zmniejszy jej winy¹².

Negatywną przesłankę przypisania skutku w postaci kolizji odpowiedzialności za jego spowodowanie uwzględniał także projekt nowelizacji Kodeksu karnego z 4 kwietnia 2013 r., który modyfikował treść art. 2 k.k. w ten sposób, że dodawał do niego nowy § 3 w następującym brzmieniu: „Skutku nie przypisuje się osobie niezachowującej reguły postępowania z dobrem prawnym, jeżeli późniejsze naruszenie tej samej lub innej reguły postępowania przez inną osobę w sposób istotny wpłynęło na zmianę okoliczności wystąpienia tego skutku”¹³. Przepis ten miał regulować sytuację włączenia się w przebieg przyczynowy osoby trzeciej. Jak wynika z proponowanej treści przepisu, nie każde zachowanie osoby trzeciej, włączającej się w określony ciąg zdarzeń, może doprowadzić do kolizji odpowiedzialności za skutek. Znaczenie może mieć bowiem tylko takie naruszenie przez osobę trzecią reguł postępowania z dobrem prawnym, które w sposób istotny, a więc znaczący, wpłynęło na okoliczności wystąpienia przestępnego skutku.

Warto podkreślić, że potencjalny sprawca i osoba trzecia mogą dopuścić się naruszenia różnych reguł postępowania z dobrem prawnym, jednakże oba zachowania muszą przyczynić się do wystąpienia tego samego skutku. W związku z tym wydaje się, że w sytuacji, gdy zachowanie osoby trzeciej spowoduje dalej idący skutek niż ten, do którego mogło doprowadzić samo zachowanie potencjalnego sprawcy, przedstawiona reguła nie znajdzie zastosowania, a za powstały skutek przestępny odpowie osoba trzecia jako wyłączny sprawca. Nie jest jednak wykluczona w takim wypadku odpowiedzialność osoby działającej czasowo wcześniej za przestępstwo konkretnego narażenia dobra prawnego na niebezpieczeństwo.

Na koniec warto również zwrócić uwagę na fakt, iż z proponowanego brzmienia przepisu wynika, że jego zakres zastosowania obejmuje wyłącznie sytuacje, w których zachowanie osoby trzeciej nastąpiło czasowo później

¹² Postanowienie SN z 9 V 2013 r., V KK 342/12, LEX nr 1388235.

¹³ Zob. projekt Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Karnego z dn. 4 IV 2013 r., < <http://bip.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/komisje-kodyfikacyjne/komisja-kodyfikacyjna-prawa-karne-go/download,2278,0.html> >.

w stosunku do zachowania pierwotnego sprawcy. Tym samym wydaje się, iż poza zakresem zastosowania tego przepisu znajdują się sytuacje, w których dwie osoby, działając równolegle w tym samym czasie, dopuszczają się naruszenia reguł postępowania z tym samym dobrem prawnym.

3. Zasady współdziałania w procesie leczenia

Spoglądając na zagadnienie współdziałania w procesie leczenia z perspektywy przesłanek odpowiedzialności karnej należy podkreślić, że w stosunku do każdej ze współdziałających osób znajdują zastosowanie ogólne reguły odpowiedzialności karnej. Specyfika opisywanego zjawiska polega jednak na tym, że na te same dobra prawne oddziałuje wiele osób, często w różnym czasie i w różny sposób. Zachowania osób współdziałających mogą być od siebie niezależne, ale mogą też wzajemnie się uzupełniać i często dopiero łącznie stanowią one kompleksowo udzielone świadczenie zdrowotne. Prawnokarna ocena tych zachowań wymaga posłużenia się dodatkowymi regułami postępowania normującymi wzajemne obowiązki poszczególnych osób współdziałających. Innymi słowy, w tego typu sytuacjach ogólne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych muszą być każdorazowo uzupełniane szczególnymi regułami współdziałania osób uczestniczących w procesie leczenia¹⁴.

Przepisy powszechnie obowiązującego prawa nie wprowadziły do tej pory systemowej klasyfikacji reguł współdziałania w procesie leczenia. Tym samym określenie zakresu wzajemnych obowiązków osób udzielających świadczeń zdrowotnych wymaga sięgnięcia przede wszystkim do treści umów zawieranych z tymi osobami przez podmioty lecznicze. Dookreślenie zakresu tych obowiązków może nastąpić w formie zarządzeń kierownika podmiotu leczniczego lub za pomocą ustnych wytycznych osób pełniących w danym podmiocie funkcje kierownicze. Regulacji w tym zakresie można także doszukiwać się w regulaminach organizacyjnych podmiotów leczniczych, jednak w praktyce zawierają one najczęściej przepisy o charakterze wyłącznie ramowym, które trudno jest odnieść bezpośrednio do wąskich grup osób współdziałających w procesie leczenia.

Zasady współdziałania osób udzielających świadczeń zdrowotnych nie zawsze wynikają wprost z wiedzy medycznej. Ich źródeł można także doszukiwać się w ogólnych zasadach doświadczenia życiowego. W stosunku do medycznych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych mają one

¹⁴ Zob. T. Sroka, *Odpowiedzialność...*, s. 386.

charakter pomocniczy, odnoszą się bowiem wyłącznie do wzajemnych obowiązków poszczególnych osób współdziałających w procesie leczenia.

W ramach szeroko rozumianych zasad udzielania świadczeń zdrowotnych można wyróżnić dwie grupy reguł: ogólne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, które odnoszą się do sytuacji wykonywania czynności medycznych wyłącznie przez jedną osobę, oraz szczególne zasady współdziałania w procesie leczenia, dotyczące sytuacji, w których przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określoneemu pacjentowi uczestniczy więcej niż jedna osoba. Do szczególnych zasad współdziałania w procesie leczenia zaliczyć można:

- a) zasadę prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych,
- b) zasadę należytego nadzoru,
- c) zasadę ograniczonego zaufania,
- d) zasadę kolegialnego podejmowania decyzji.

Zasada prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach wyżej zaprezentowanego podziału obejmowałaby swoim zakresem obowiązki o charakterze organizacyjnym i administracyjnym, dotyczące w szczególności zapewnienia odpowiednich warunków sprzętowych i sanitarnych, właściwego współdziałania poszczególnych jednostek podmiotu leczniczego oraz innych zagadnień, które nie odnoszą się *stricte* do medycznego aspektu współdziałania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Regulacje w tym zakresie zawarte są m.in. w ustawach systemowych, rozporządzeniach, regulaminach organizacyjnych podmiotów leczniczych oraz aktach prawnych o charakterze wewnętrznym.

Pod pojęciem zasady prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych rozumie się często szeroko rozumiany nadzór nad prawidłowością prowadzonego procesu leczenia. W mojej ocenie zagadnienie nadzoru można odnieść do dwóch aspektów udzielania świadczeń zdrowotnych: organizacyjnego oraz medycznego. W zaprezentowanym wyżej podziale nadzór organizacyjny mieściłby się w ramach zasady prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Nadzór ten sprawowany jest najczęściej przez kierownika podmiotu leczniczego i dotyczy m.in. organizacji pracy podmiotu leczniczego, współdziałania jego poszczególnych komórek, zapewnienia odpowiednich warunków kadrowych oraz szeroko rozumianej sfery administracyjnej udzielania świadczeń zdrowotnych. Nadzór organizacyjny nie wymaga posiadania wiedzy medycznej, może być tym samym sprawowany przez osoby, które nie wykonują zawodów medycznych.

Z kolei nadzór o charakterze medycznym zasługuje, w mojej ocenie, na wyróżnienie jako odrębna zasada współdziałania w udzielaniu świadczeń

zdrowotnych, kształtuje ona bowiem bezpośrednio obowiązki poszczególnych osób uczestniczących w procesie leczenia. Nadzór medyczny sprawowany jest co do zasady przez osoby wykonujące określone zawody medyczne. Przykładem takiego nadzoru jest wiążący lekarza anestezjologa obowiązek skontrolowania stanowiska anestezjologicznego przed przystąpieniem do wykonania zabiegu¹⁵.

Zagadnienie prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych oraz związana z nim bezpośrednio kwestia odpowiedzialności za tzw. błąd organizacyjny, z uwagi na swoją złożoność i co do zasady niemedyyczny charakter, zostaną pominięte w dalszej części artykułu¹⁶. Omówione zostaną natomiast pozostałe zasady współdziałania w procesie leczenia.

3.1. Zasada należytego nadzoru

Zasada należytego nadzoru jest charakterystyczna dla struktury pionowej współdziałania w procesie leczenia, w której między poszczególnymi osobami istnieje pewien stopień hierarchicznego podporządkowania. Jej podstawowym celem jest zapewnienie prawidłowości udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez stałą lub doraźną kontrolę ich wykonywania przez osoby do tego zobowiązane.

Przyjęcie istnienia obowiązku nadzoru wymaga wskazania wyraźnej podstawy prawnej. Obowiązek ten może wynikać wprost z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, choć w praktyce jego źródłem są najczęściej umowy łączące określoną osobę z podmiotem leczniczym oraz akty prawne o charakterze wewnętrznym. W tym drugim wypadku zakres nadzoru należy każdorazowo rekonstruować z całokształtu kompetencji określonej osoby oraz pomocniczo przez odwołanie się do standardów aktualnej wiedzy medycznej.

Przepisy powszechnie obowiązującego prawa przewidują obowiązek nadzoru w przypadku niektórych procedur medycznych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, opieki okołoporodowej oraz w stosunku do lekarzy będących opiekunami osób odbywających staż podyplomowy¹⁷. Analiza

¹⁵ Zob. § 9 pkt 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 20 XII 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. 2013, poz. 15).

¹⁶ Szerzej na ten temat odpowiedzialności za naruszenie zasady prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych zob.: T. Sroka, *Odpowiedzialność...*, s. 387–421.

¹⁷ Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 20 XII 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. 2013, poz. 15); rozporządzenie

przepisów rozporządzeń prowadzi do wniosku, że prawodawca wyróżnił dwa rodzaje nadzoru: ogólny oraz bezpośredni¹⁸.

Nadzór ogólny oznacza obowiązek doraźnej kontroli czynności wykonywanych przez osobę podległą. Co do zasady nie wymaga on stałej obecności zwierzchnika podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Kontrola w takich wypadkach może być także dokonana *ex post*, a więc już po wykonaniu określonych czynności. Osoba sprawująca nadzór musi być jednak zawsze w gotowości, aby w razie wystąpienia niebezpieczeństwa móc niezwłocznie zjawić się w miejscu, w którym pacjentowi udzielane są świadczenia zdrowotne. Nadzór ogólny dotyczy czynności, które z reguły nie wiążą się z możliwością powstania bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta. Jako przykład wskazać można sprawowany przez lekarza anestezjologa obowiązek ogólnego nadzoru nad pacjentem w okresie pooperacyjnym, którego umieszczono w sali nadzoru pozbudzeniowego¹⁹.

Nadzór bezpośredni występuje najczęściej w sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku dla życia lub zdrowia pacjenta. Przykładowo wskazać można bezpośredni nadzór lekarza anestezjologa nad wykonywaniem znieczulenia przez lekarza w trakcie specjalizacji²⁰. W takich wypadkach zwierzchnik musi być zawsze obecny przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego, aby możliwa była jego natychmiastowa reakcja w razie dostrzeżenia błędu w działaniach osoby bezpośrednio mu podległej.

Obowiązek nadzoru może dotyczyć zarówno czynności aktualnie wykonywanych, jak i tych już wykonanych. W tym ostatnim wypadku nad-

Ministra Zdrowia z dn. 26 IX 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2012, poz. 1082); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 20 IX 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012, poz. 1100).

¹⁸ Zob. § 9 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 26 IX 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, który stanowi, że opiekun bezpośrednio nadzoruje wykonywanie przez stażystę zabiegów diagnostycznych i leczniczych, oraz § 9 ust. 2 pkt 7 cyt. rozporządzenia, który stanowi, że opiekun nadzoruje prowadzenie przez stażystę historii choroby pacjenta i innej dokumentacji medycznej.

¹⁹ Zob. § 9 pkt 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 20 XII 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. 2013, poz. 15).

²⁰ Zob. § 8 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 20 XII 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. 2013, poz. 15).

zór następuje w oparciu o sporządzoną dokumentację medyczną, a w razie wątpliwości co do prawidłowości jej sporządzenia lub niemiarodajności wyników badań, także w oparciu o osobiście wykonane lub zlecone innym powtórne badanie stanu zdrowia pacjenta.

Poziom sprawowanego nadzoru musi być zawsze odpowiedni, tzn. właściwy ze względu na okoliczności danego przypadku. Decydować będą w tym zakresie przede wszystkim kompetencje i doświadczenie osoby podlegającej nadzorowi, rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, stan zdrowia pacjenta oraz do pewnego stopnia możliwości kadrowe danego podmiotu leczniczego²¹. Z kolei o tym, czy nadzór ma być stały, czy też doraźny, decydować będą przede wszystkim standardy aktualnej wiedzy medycznej. Wyjątek stanowią sytuacje, w których rodzaj nadzoru jest wprost określony przepisami prawa.

3.2. Zasada ograniczonego zaufania

Zasada ograniczonego zaufania do osób współdziałających w procesie leczenia jest ogólną regułą postępowania, znajdującą zastosowanie nie tylko w sferze udzielania świadczeń zdrowotnych. Jej podstawową funkcją jest zapewnienie sprawności i efektywności udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez ich specjalizację, polegającą na powierzeniu poszczególnych etapów procesu leczenia osobom posiadającym odpowiednie kompetencje i doświadczenie w danej dziedzinie. Brak zaufania do osób współdziałających stwarzałby bowiem konieczność weryfikowania wszystkich działań podjętych przez poprzedników i tym samym uniemożliwałby sprawny przebieg procesu leczenia.

Omawiana zasada jest charakterystyczna dla poziomych struktur współdziałania, w których poszczególne podmioty są względem siebie w relacji równorzędnej. Obowiązuje ona co do zasady wszystkie osoby znajdujące się w tego typu strukturze i nie wymaga wskazywania wyraźnej podstawy prawnej jej obowiązywania.

Zasada ograniczonego zaufania do osób współdziałających nie jest wprost uregulowana przepisami prawa. Źródeł omawianej zasady można jednak doszukiwać się w ogólnych regułach ostrożności wymaganych w danych okolicznościach. Warto także dodać, że w niektórych sferach życia społecznego zasada ograniczonego zaufania została uregulowana wprost przepisami ustawy²².

²¹ Zob. T. Sroka, *Odpowiedzialność...*, s. 435.

²² Zob. art. 4 ustawy z dn. 20 VI 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. 2012, poz. 1137 z późn. zm.), który stanowi, że „uczestnik ruchu i inna osoba znajdująca się na drodze mają prawo liczyć, że inni uczestnicy tego ruchu przestrzegają przepisów ruchu drogowego, chyba że okoliczności wskazują na możliwość odmiennego ich zachowania”.

Na treść zasady ograniczonego zaufania składa się przede wszystkim prawo każdego do przekonania, że inne osoby współdziałające w procesie leczenia wykonują swoje obowiązki w sposób należyty, czyli zgodnie z powszechnie przyjętymi standardami postępowania. W sytuacji, w której osoba współdziałająca dopuszcza się obiektywnie rozpoznawalnego odstępstwa od przyjętych reguł postępowania, obowiązkiem każdego jest ograniczenie zaufania do tej osoby i jednocześnie podjęcie niezbędnych działań mających na celu doprowadzenie do zaprzestania dalszych naruszeń oraz uchylenie grożącego pacjentowi niebezpieczeństwa.

Podstawowym obowiązkiem wynikającym z zasady ograniczonego zaufania jest konieczność ogólnej weryfikacji prawidłowości postępowania osób współdziałających w procesie leczenia. Zakres tego obowiązku zależy od okoliczności danego przypadku, wykonywanego zawodu medycznego oraz warunków technicznych i sanitarnych istniejących w chwili udzielania świadczeń zdrowotnych. Wykonanie powyższego obowiązku może sprowadzać się do zwykłego powiadomienia o dostrzeżonych uchybieniach właściwych osób lub organów. W innych sytuacjach, z uwagi na przykład na posiadane przez określoną osobę odpowiednie kompetencje, obowiązek ten może polegać na podjęciu konkretnych czynności, w tym także na udzieleniu świadczenia zdrowotnego. Trzeba także zauważyć, że zasada ograniczonego zaufania obowiązuje niezależnie od czasu działania poszczególnych osób. Tym samym dotyczy ona zarówno przypadków współdziałania równoległego, jak i sekwencyjnego.

Omawiana zasada znajduje także zastosowanie do sporządzonej dokumentacji medycznej, w szczególności do przeprowadzonych przez inne osoby badań diagnostycznych, na podstawie których kolejna osoba ma podjąć decyzję odnośnie do udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego. Trzeba podkreślić, iż w sytuacji rażącej niemierności wyników badań lub dostrzeżenia innych istotnych uchybień, osoba będąca w posiadaniu dokumentacji medycznej ma obowiązek skonsultowania wyników badań z lekarzem specjalistą, a w razie potrzeby także zlecenia powtórnego przeprowadzenia badań diagnostycznych. Trafnie powyższy obowiązek ujmuje L. Kubicki, wskazując, że:

Wyniki zaskakujące skalą pomiaru [...] bądź nasuwające się podejrzenia co do adekwatności opisu wyniku z jego podstawą źródłową albo co do nastąpienia błędu organizacyjnego [...] zobowiązują lekarza do uzyskania niezbędnych, uzupełniających wyjaśnień. Nie dające się usunąć wątpliwości powinny zobowiązywać do powtórzenia specjalistycznego badania diagnostycznego²³.

²³ L. Kubicki, *Błąd w sztuce w toku interdyscyplinarnego postępowania leczniczego*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 9, s. 36.

Zakres obowiązku weryfikacji wyników badań diagnostycznych będzie oczywiście szerszy, gdy na określonej osobie ciąży szczególny obowiązek nadzoru. W takim wypadku kontrola powinna być dużo bardziej wnikliwa i szczegółowa, co jednocześnie oznacza, że zwierzchnik może ponosić odpowiedzialność także za takie błędy w postępowaniu osób mu podległych, które nie miały charakteru rażącego.

3.3. Zasada kolegialnego podejmowania decyzji

Jeszcze do niedawna udzielanie świadczeń zdrowotnych wiązało się ściśle z pewnego rodzaju autonomią decyzyjną po stronie osób wykonujących zawody medyczne. Jednakże w dobie wysokiej specjalizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych i przy jednoczesnym rozdzieleniu poszczególnych czynności procesu leczenia pomiędzy szerszą grupę osób, doszło do pewnego ograniczenia tej autonomii. Coraz częstsze w praktyce medycznej stają się bowiem sytuacje, w których konieczne jest zasięgnięcie opinii innych osób albo wręcz grupowe podejmowanie decyzji odnośnie dalszego przebiegu procesu leczenia.

Patrząc na tę kwestię z perspektywy przesłanek odpowiedzialności karnej należy stwierdzić, że przeniesienie ciężaru podejmowania decyzji na większą liczbę osób wiąże się zawsze z pytaniem, komu należy przypisać ewentualną odpowiedzialność za popełnione błędy. Nierzadko zdarza się również, że ta sama grupa osób, która podejmowała decyzję o kierunku procesu leczenia konkretnego pacjenta, w późniejszym okresie wykonuje także zaplanowane czynności, co w przypadku popełnienia błędu również na tym etapie leczenia dodatkowo komplikuje proces ustalania osoby odpowiedzialnej za powstały skutek.

Kolegialność podejmowania decyzji w toku procesu leczenia ma jednak nadal charakter wyjątkowy, regułą jest bowiem autonomia decyzyjna osób udzielających świadczeń zdrowotnych wynikająca z charakteru wykonywanego przez te osoby zawodu oraz posiadanych przez nie wysokich kwalifikacji. Podstawowym celem wprowadzenia w niektórych przypadkach obowiązku podejmowania decyzji w sposób kolegialny jest obiektywizacja wydawanych decyzji, która w swoim założeniu ma zmniejszać szansę popełnienia błędu.

Jako że zasada kolegialnego podejmowania decyzji ma charakter wyjątkowy, jej podstaw należy w pierwszej kolejności doszukiwać się w przepisach obowiązującego prawa. Generalnie stwierdzić można, że prawodawca

wyróżnił w tym zakresie dwa typy współdziałania, z których pierwszy określić można jako ogólny obowiązek konsultacji przypadków wątpliwych. Drugi typ kolegiального podejmowania decyzji to w istocie szereg przypadków szczególnych, w których przepisy prawa nakładają na określone osoby obowiązek współdziałania polegający albo na wspólnym podejmowaniu decyzji, albo na wspólnym orzekaniu w określonej kwestii. Przykładem takiej sytuacji jest m.in. regulacja art. 202 k.p.k.²⁴

Ogólny obowiązek zasięgnięcia opinii innego specjalisty lub zwołania konsylium lekarskiego dotyczy każdej sytuacji, w której lekarz poweźmie wątpliwości odnośnie do procesu leczenia danego pacjenta²⁵. Trafnie wskazuje się, że podjęcie decyzji odnośnie do zasięgnięcia opinii innego specjalisty lub zwołania konsylium należy do lekarza²⁶. Wskazuje się jednak, że zasięgnięcie opinii w niektórych sytuacjach może przerodzić się w prawny obowiązek²⁷. Obowiązek konsultacji obejmuje swoim zakresem całość procesu leczenia, tak więc może on powstać zarówno na etapie przeprowadzania czynności diagnostycznych, jak i w trakcie prowadzenia terapii.

Realizacja obowiązku konsultacji może przybierać różne formy w zależności od okoliczności danego przypadku. Najprostsza sytuacja zachodzi wtedy, gdy w podmiocie leczniczym, w którym przebywa pacjent, zatrudniony jest specjalista z danej dziedziny medycyny. W takim wypadku konsultacja powinna polegać na bezpośrednim kontakcie z taką osobą. Jeżeli jednak w danym podmiocie leczniczym określony specjalista nie jest zatrudniony, obowiązek konsultacji może zostać zrealizowany poprzez skierowanie pacjenta do innego podmiotu leczniczego albo poprzez kontakt z lekarzem zatrudnionym w innej placówce za pomocą urządzeń służących do porozumiewania się na odległość.

W praktyce udzielania świadczeń zdrowotnych zdarzają się także przypadki, w których decyzje odnośnie kwalifikacji pacjenta do określonego zabiegu podejmuje strukturalnie wyodrębniony zespół specjalistów z danej dziedziny medycyny, składający się najczęściej z osób o wysokich kompetencjach i wieloletnim doświadczeniu zawodowym. Zadaniem takich zespo-

²⁴ Szerzej na ten temat zob. E. Zielińska, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 9, s. 43.

²⁵ Zob. art. 37 ustawy z dn. 5 XII 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2011, nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

²⁶ Zob. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Kraków 2008, komentarz do art. 37, t. 2.

²⁷ Wyrok SN z 24 V 2005 r., V KK 375/04, LEX nr 145155.

łów jest najczęściej podejmowanie decyzji o przeprowadzeniu określonej procedury medycznej na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej. Samo świadczenie zdrowotne jest już najczęściej udzielane przez inną grupę specjalistów. Zdarza się także, że z usług takich zespołów na podstawie odrębnych umów korzystają inne podmioty lecznicze.

Stosując przez analogię przepisy dotyczące konsyliów lekarskich, należałoby stwierdzić, że wydana przez taki zespół opinia nie ma charakteru wiążącego. Jednakże autorytet osób działających w ramach takich zespołów oraz fakt, że najczęściej daną procedurę medyczną wykonują w późniejszym czasie osoby o mniejszym doświadczeniu zawodowym, skłaniają raczej do przyjęcia odmiennego stanowiska.

Z pewną dozą ostrożności można więc stwierdzić, iż w konkretnych okolicznościach oba zespoły mogą znajdować się względem siebie w relacji pionowej, cechującej się pewnym stopniem hierarchicznego podporządkowania. Taka więc może być w praktyce oparta na relacji nauczyciel-uczeń lub też wynikać z zależności o charakterze organizacyjnym. Ten drugi przypadek może mieć miejsce w sytuacji, gdy oba zespoły działają w ramach tego samego podmiotu leczniczego. Wydana opinia może więc w pewnych przypadkach mieć charakter wiążącego polecenia, które drugi zespół, ze względu na istniejący stan faktycznego podporządkowania, będzie zobowiązany wykonać.

4. Odpowiedzialność za naruszenie zasad współdziałania w procesie leczenia

Przypadki współdziałania w procesie leczenia i problem odpowiedzialności za popełnione błędy występują w praktyce bardzo często. Ograniczenie odpowiedzialności karnej wyłącznie do zachowania jednej osoby ma bowiem miejsce tylko wówczas, gdy „w procesie leczenia pacjenta uczestniczyła tylko jedna, przez cały czas ta sama osoba, samodzielnie świadcząca pacjentowi pomoc i jednocześnie dbająca o wszystkie warunki, w jakich świadczenia są wykonywane”²⁸. Będą to więc przypadki jednostkowe, najczęściej związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Liczba osób współdziałających w procesie leczenia zależy przede wszystkim od formy prowadzenia działalności leczniczej, stopnia skomplikowania udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz czasu potrzebnego do wykonania określonej procedury medycznej.

²⁸ T. Sroka, *Odpowiedzialność...*, s. 383.

W dalszej części opracowania przedstawione zostanie zagadnienie odpowiedzialności za naruszenie zasad współdziałania w procesie leczenia. Dla lepszego zobrazowania tego zagadnienia posłużę się dwoma stanami faktycznymi, które były przedmiotem prawnokarnej analizy Sądu Najwyższego.

4.1. Przypadek 1

Pierwsze orzeczenie zapadło na kanwie sprawy, w której lekarka rentgenodiagnostka błędnie opisała prawidłowo wykonane zdjęcia tomograficzne głowy dwóch pacjentek, mylnie przypisując zmiany chorobowe jednej z nich, czym doprowadziła do przeprowadzenia na niej dwóch zbędnych zabiegów neurochirurgicznych²⁹. Na sporządzonych zdjęciach oskarżona lekarka wpisała właściwe dane osobowe pacjentek, jednakże opisy tych zdjęć zostały przez nią omyłkowo zamienione. Wadliwie sporządzona dokumentacja medyczna została następnie przekazana ordynatorowi oddziału neurologicznego. Ordynator nie dostrzegł rozbieżności między danymi osobowymi umieszczonymi na zdjęciach oraz tymi w opisie i zwrócił się o opinię do ordynatora oddziału neurochirurgicznego. Ten także nie zauważył oczywistej pomyłki i zdecydował o przeprowadzeniu zabiegu wszczepienia pacjentce zastawki komorowo-otrzewnowej.

Oceniając zachowanie lekarki rentgenodiagnostki należy w pełni podzielić zapatrywania biegłych, którzy w toku postępowania stwierdzili, iż mylne opisanie zdjęć przez oskarżoną stanowiło rażące naruszenie reguł ostrożności, które zapoczątkowało ciąg zdarzeń prowadzący w konsekwencji do powstania negatywnego skutku dla zdrowia pacjentki. Tym samym nie budzi wątpliwości, iż zachowanie lekarki nosiło znamiona bezprawności. Takie stwierdzenie jednak nie przesądza jeszcze o możliwości przypisania oskarżonej przestępnego skutku. Aby uznać jej sprawstwo, konieczna będzie analiza zachowań pozostałych osób współdziałających w procesie leczenia pokrzywdzonej pacjentki.

Zachowania neurologa oraz neurochirurga sprowadzają się w gruncie rzeczy do braku należytej weryfikacji sporządzonej przez oskarżoną lekarkę dokumentacji medycznej. Oba zachowania były w istocie zaniechaniami, które należy oceniać przez pryzmat szczególnej normy zawartej w art. 2 k.k. Naruszenie reguł postępowania przez obu specjalistów polegało na braku weryfikacji sporządzonej dokumentacji medycznej, na podstawie której podjęto później błędną decyzję o przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego. Przed tego typu sytuacjami chronić ma zasada ograniczonego zaufania, zgodnie

²⁹ Wyrok SN z 24 II 2005 r., V KK 375/04, LEX nr 145155.

z którą każda osoba współdziałająca w procesie leczenia ma obowiązek ogólnej weryfikacji prawidłowości postępowania innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością można stwierdzić, iż należyta weryfikacja sporządzonej dokumentacji medycznej zapobiegłaby powstaniu skutku na takiej drodze, na jakiej on w rzeczywistości nastąpił. Naruszona przez obu specjalistów norma postępowania miała bowiem chronić pacjentkę właśnie przed takim przebiegiem przyczynowym, jaki w analizowanej sprawie miał miejsce.

Jak już wyżej wskazano, nie budzi wątpliwości, iż zachowanie oskarżonej lekarki rażąco naruszało reguły postępowania z dobrem prawnym, w szczególności zasadę należytej staranności. W mojej ocenie skutek w postaci uszczerbku na zdrowiu pacjentki nie może jednak zostać przypisany lekarce. Trzeba bowiem zauważyć, że w ciąg przyczynowy zapoczątkowany przez oskarżoną włączyły się inne osoby współdziałające, których zachowania również naruszały reguły postępowania z dobrem prawnym i jednocześnie zachowania te w sposób istotny przyczyniły się do powstania skutku. Wydaje się, iż w analizowanej sprawie od ordynatorów oddziału neurologii i neurochirurgii, przede wszystkim z uwagi na pełnione przez nich funkcje oraz odpowiednio wysokie doświadczenie zawodowe, można było wymagać należytej weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej. Tak więc należy uznać, że bezprawne zachowania lekarza neurologa oraz neurochirurga powinny wyłączyć odpowiedzialność karną oskarżonej za negatywne następstwa na zdrowiu pokrzywdzonej.

Mimo iż bezprawne zachowania lekarza neurologa oraz neurochirurga w sposób jednakowo istotny naruszały reguły współdziałania w procesie leczenia, to jednak mając na uwadze fakt, iż lekarz neurochirurg w przebiegu przyczynowym jako ostatni miał możliwość zapobiegnięcia skutkowi, w mojej ocenie to właśnie jemu należałoby przypisać odpowiedzialność za jego powstanie. Jednocześnie wydaje się, iż lekarzowi neurologowi nie można postawić zarzutu narażenia pacjentki na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, gdyż w czasie, w którym lekarz zaniechał koniecznego działania, zagrożenie dla zdrowia pacjentki nie miało jeszcze charakteru bezpośredniego.

4.2. Przypadek 2

Drugie orzeczenie Sądu Najwyższego zapadło na kanwie następującego stanu faktycznego³⁰. Na oddział chirurgii dziecięcej przyjęto małoletniego

³⁰ Wyrok SN z 21 IX 2006 r., V KK 10/06, LEX nr 196961.

pacjenta w celu przeprowadzenia planowego zabiegu usunięcia przepukliny pachwinowej. Lekarz dyżurny przyjmujący pacjenta przeprowadził wywiad z jego matką, w czasie którego otrzymał informację o przeszłości alergicznej dziecka, jego niedawnej hospitalizacji oraz rozpoznaniu astmy oskrzelowej. Lekarz przyjął małoletniego pacjenta na oddział i zakwalifikował go do zabiegu chirurgicznego. Następnie przekazał sporządzoną przez siebie dokumentację medyczną ordynatorowi oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, który bez przeprowadzenia wywiadu anestezjologicznego zlecił lekarzowi w trakcie specjalizacji wykonanie znieczulenia pacjenta. W trakcie podawania środka znieczulającego ordynator nie był obecny przy wykonywanych przez lekarza specjalizanta czynnościach. W czasie operacji doszło u dziecka do nagłego zatrzymania krążenia i w efekcie tego do powstania niedowładu spastycznego czterokończynowego oraz niedowidzenia znacznego stopnia, który to skutek zakwalifikowany został przez biegłych jako ciężki uszczerbek na zdrowiu z art. 156 § 2 k.k.

W toku postępowania biegli uznali, iż lekarz przyjmujący małoletniego pacjenta w sposób wadliwy zebrał informacje od matki dziecka, w szczególności nie zwrócił się do niej o dostarczenie dokumentacji medycznej leczenia pacjenta oraz nie wystąpił do lekarza pediatry o konsultację w celu ustalenia, czy w związku ze zdiagnozowaną u dziecka alergią nie ma przeciwwskazań do przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego. Biegli wskazali także, iż zachowanie ordynatora oddziału anestezjologii, polegające na zaniechaniu przeprowadzenia wywiadu anestezjologicznego oraz zleceniu lekarzowi w trakcie specjalizacji podania pacjentowi środka znieczulającego, mimo istniejących bezwzględnych przeciwwskazań do przeprowadzenia zabiegu, rażąco naruszało standardy udzielania świadczeń zdrowotnych. Biegli zarzucili również anestezjologowi zaniechanie bezpośredniego nadzoru nad podaniem znieczulenia.

Oceniając zachowanie lekarza dyżurnego nie budzi wątpliwości, iż naruszało ono standardy udzielania świadczeń zdrowotnych. Lekarzowi zarzucić można w szczególności naruszenie zasady należytej staranności poprzez zebranie niekompletnego wywiadu oraz nieuzyskanie od matki dziecka niezbędnej dokumentacji medycznej. Lekarzowi można także zarzucić naruszenie zasady kolegiąlnego podejmowania decyzji poprzez zaniechanie przeprowadzenia obowiązkowej w tej sytuacji konsultacji z lekarzem pediatrą.

Zachowanie ordynatora oddziału anestezjologii sprowadzało się w istocie do zaniechania należytej weryfikacji sporządzonej dokumentacji medycznej, z której w ocenie biegłych jasno wynikały bezwzględne przeciwwskazania do znieczulenia małoletniego pacjenta. Należy więc przyjąć, iż lekarz naru-

szyl zasadę ograniczonego zaufania do osób współdziałających w procesie leczenia. Anestezjolog nie przeprowadził również szczegółowego wywiadu anestezjologicznego, co z kolei naruszało zasadę należytej staranności. Wreszcie lekarz zaniedbał w późniejszym okresie prowadzenia bezpośredniego nadzoru nad podawaniem przez lekarza specjalizanta środka znieczulającego, mimo iż obowiązek ten wynikał wprost z obowiązującego wówczas rozporządzenia w sprawie standardów udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Doszło więc w tym wypadku do naruszenia zasady należytego nadzoru.

W analizowanym stanie faktycznym przebieg przyczynowo-skutkowy zapoczątkował lekarz dyżurny przyjmujący pacjenta, który błędnie zakwalifikował go do zabiegu chirurgicznego, nie przeprowadzając niezbędnej konsultacji z lekarzem pediatrą. Choć nie budzi wątpliwości, że jego zachowanie było istotne z punktu widzenia przebiegu zdarzenia, wydaje się, iż nie powinien on ponosić odpowiedzialności za uszczerbek na zdrowiu pacjenta, z uwagi na późniejsze rażące naruszenie reguł postępowania przez ordynatora oddziału anestezjologii. Powstała kolizję odpowiedzialności za skutek, przede wszystkim z uwagi na porównanie stopnia naruszonych reguł postępowania, w mojej ocenie należałoby rozstrzygnąć w ten sposób, że bezprawne zachowanie ordynatora wyłączyłoby odpowiedzialność za skutek lekarza dyżurnego. Jednocześnie lekarzowi dyżurnemu nie można postawić zarzutu narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, gdyż na tym etapie zagrożenie to nie było jeszcze bezpośrednie.

Jak już wcześniej wskazano, liczne zaniechania po stronie ordynatora oddziału anestezjologii bez wątpienia miały charakter rażący. Jako osoba decyzyjna w zakresie poddania małego pacjenta znieczuleniu, pełniąc jednocześnie funkcje kierownicze na oddziale, lekarz powinien był dochować niezbędnych standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie z bardzo wysokim prawdopodobieństwem stwierdzić można, iż zarówno właściwa weryfikacja dokumentacji medycznej, jak i późniejszy należyty nadzór nad czynnościami specjalizanta, mogły zapobiec powstaniu skutku na takiej drodze, na jakiej on w analizowanej sprawie wystąpił.

4.3. Rozstrzygnięcie kolizji odpowiedzialności za przestępny skutek

Jak pokazują wyżej zaprezentowane przykłady, naruszenie zasad współdziałania w procesie leczenia może pociągać za sobą odpowiedzialność karłą sprawcy, tak samo jak naruszenie ogólnych reguł udzielania świadczeń

zdrowotnych. W tym zakresie obie grupy zasad należy więc traktować równorzędnie.

Prawnokarna ocena tego typu przypadków wymaga zawsze szczegółowego odwołania się do zakresu obowiązków poszczególnych osób współdziałających. Rozstrzygając kolizję odpowiedzialności za skutek należy kierować się przede wszystkim czasem, w którym działały poszczególne osoby oraz istotnością naruszonych przez te osoby reguł postępowania i w konsekwencji stopniem ich przyczynienia się do powstania skutku.

Istotność naruszonych reguł postępowania należy każdorazowo badać odwołując się do okoliczności konkretnego przypadku. Wydaje się, iż można w tym celu posłużyć się kryteriami odnoszącymi się do cech podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Znaczenie w tym zakresie może mieć w szczególności fakt pełnienia funkcji kierowniczej w danym podmiocie leczniczym, posiadanie określonej specjalizacji czy też wysoki poziom doświadczenia zawodowego w danej dziedzinie medycyny. Istotność naruszenia reguł postępowania oparta jest w tych przypadkach na zasadzie, zgodnie z którą osobom bardziej doświadczonym należy stawiać wyższe wymagania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Nie bez wpływu na stopień przyczynienia się do powstania skutku pozostają także okoliczności o charakterze przedmiotowym. Znaczenie może mieć w szczególności fakt, że popełnienie błędu było wynikiem naruszenia normy postępowania przy wykonywaniu procedury rutynowej, niewymagającej posiadania specjalistycznej wiedzy medycznej. Istotność naruszenia standardów udzielania świadczeń zdrowotnych wynika w tym wypadku z faktu złamania reguł o charakterze elementarnym.

5. Podsumowanie

Analiza zagadnienia współdziałania wielu osób w procesie leczenia oraz kwestii kolizji odpowiedzialności za przestępny skutek prowadzi do następujących wniosków.

Prawnokarna ocena zachowań osób współdziałających w procesie leczenia wymaga posłużenia się dodatkowymi regułami postępowania, normującymi wzajemne obowiązki osób udzielających świadczeń zdrowotnych. Innymi słowy, w tego typu sytuacjach ogólne zasady udzielania świadczeń

zdrowotnych muszą być każdorazowo uzupełniane szczególnymi regułami współdziałania, do których można zaliczyć: zasadę prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, zasadę należytego nadzoru, zasadę ograniczonego zaufania oraz zasadę kolegialnego podejmowania decyzji.

Naruszenie zasad współdziałania w procesie leczenia, tak samo jak naruszenie ogólnych reguł udzielania świadczeń zdrowotnych, może pociągać za sobą odpowiedzialność karną potencjalnego sprawcy. W tym zakresie obie grupy zasad należy traktować równorzędnie.

Przypadki współdziałania wielu osób w procesie leczenia stosunkowo często prowadzą do sytuacji określanych mianem kolizji odpowiedzialności za skutek. Prawnokarna ocena tego typu przypadków wymaga zawsze szczegółowego odwołania się do zakresu obowiązków współdziałających osób.

Rozstrzygając ewentualną kolizję odpowiedzialności za skutek należy kierować się przede wszystkim czasem, w którym poszczególne osoby działały oraz istotnością naruszonych przez nie reguł postępowania i w konsekwencji stopniem ich przyczynienia się do powstania skutku. Istotność naruszonych reguł postępowania należy każdorazowo badać odwołując się do okoliczności konkretnego przypadku. Wydaje się, iż można w tym celu posłużyć się kryteriami odnoszącymi się zarówno do cech podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, jak i okolicznościami o charakterze przedmiotowym, w tym w szczególności stopniem skomplikowania wykonywanych procedur medycznych.

Collision of liability for a criminal result in case of cooperation in a treatment process

Summary

The article discusses the issue of criminal liability for medical malpractices in the case of cooperation of many people in a treatment process. Considerations apply in particular to selected issues of criminal responsibility for consequence crimes and to the issue of objective attribution of result. Particular emphasis was placed on the issue of collision of liability in case of cooperation of many people in a treatment process. The issue is presented in theoretical and practical terms, based on examples from the practice of Polish courts of law. The article attempts to develop criteria on the basis of which it is possible to resolve the cases of collision of liability for the criminal result. The key to resolve this type of collisions is to assess the significance of violations of rules of conduct and to reference to the characteristics of the entity providing health services. Important in this matter may be in particular being a manager in the therapeutic entity, having medical specialization or having a high experience in particular field of medicine. The impact on the significance of violation of the

rules of conduct have also the circumstances of an objective nature, especially the fact that the medical malpractice was caused by violation of the basic rules of conduct requiring no special medical knowledge.

Key words: collision of liability, cooperation in a treatment process, objective imputation of a criminal result

Marcin Lipski – Uniwersytet Jagielloński, Wydział Prawa i Administracji (mgr prawa)