
DEBIUTY

Agnieszka Napora¹

Niepełnosprawność dziecka a błąd medyczny

Streszczenie: Błędem medycznym jest naruszenie zasad wiedzy lekarskiej przez lekarza, którego skutkiem jest nierozmyślne uszkodzenie ciała. Często skutkiem błędów medycznych jest niepełnosprawność dziecka. Z tytułu popełnienia błędu medycznego lekarz ponosi odpowiedzialność cywilną, karna i dyscyplinarną. Natomiast podmiot leczniczy może ponosić bowiem odpowiedzialność odszkodowawczą zastępczą za zawinione wyrządzenie szkody przez zatrudnionych w nim lekarzy. Lekarz ani podmiot leczniczy nie ponosi natomiast odpowiedzialności w przypadku niepowodzenia w leczeniu.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, błąd medyczny, nieprawidłowy poród odpowiedzialność lekarza, odpowiedzialność podmiotu leczniczego.

Child's disability and medical error

Summary: An infringement of the rules of the medical knowledge is a medical mistake by the doctor, of which an unpremeditated bodily harm is resulting. Disability of the child is often an effect of medical mistakes. On account of making a medical mistake the doctor is incurring the civil liability, disciplinary and disciplinary. However the healing subject can because incur the substitute liability for damages for just causing the damage by doctors employed in it. However the doctor or the healing subject aren't bearing responsibility in case of the failure in the treatment.

Key words: disability, medical mistake, abnormal childbirth responsibility of the doctor, responsibility of the healing subject.

¹ Agnieszka Napora – studentka Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.

1. Wstęp

Zawód lekarza należy do zawodów zaufania publicznego, ponieważ pacjent powierza lekarzowi swoje najcenniejsze dobra, czyli życie i zdrowie. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością². Jeżeli lekarz dokonując czynności leczniczych naruszy zasady postępowania obowiązujące go, w wyniku czego pacjent zostanie narażony na utratę zdrowia lub życia, wówczas lekarz może narazić się na zarzut popełnienia błędu w sztuce lekarskiej. Często skutkiem błędów medycznych jest niepełnosprawność dziecka.

2. Błąd medyczny

Błąd medyczny nazywany jest również błędem w sztuce lekarskiej, błędem lekarskim, błędem leczniczym, błędem wiedzy medycznej. Pojęcie błędu medycznego nie posiada definicji normatywnej w ustawodawstwie polskim, a w piśmiennictwie występują różne definicje błędu medycznego. Błąd medyczny polega na naruszeniu przez lekarza podejmującego 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 ostrożności³. Błędem medycznym jest nierozmyślne uszkodzenie ciała bądź pozbawienie życia chorego, dokonane przez lekarza lub inną osobę do upoważnioną do wykonywania leczniczej działalności, dokonane wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniedbania, przy czym błąd może powodować odpowiedzialność karną, jeżeli był widoczny, jeżeli można było go uniknąć przez zastosowanie zwykłych a nie nadzwyczajnych wiadomości i umiejętności oraz jeżeli był wynikiem należytego namysłu lekarza tzn. nie był związany z działaniem porywczym wywołanym nagłym przypadkiem leczenia⁴. Błędem medycznym jest wadliwe z medycznego punktu

² Ustawa zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.

³ A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2010, s. 73; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Zakamycze, Kraków 1998, s. 28.

⁴ Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 1999, s. 34.

widzenia rozpoznanie lub leczenie w wyniku braku wiadomości przeciętnie wymaganych od praktykującego lekarza lub braku należytej staranności, przy zachowaniu której nie nastąpiłyby skutki ujemne dla zdrowia czy życia pacjenta⁵.

Z kolei w świetle orzecznictwa SN „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Zaniedbania lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej”⁶. Ponadto „ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej”⁷.

Błędy medyczne powstają w sferze kontaktów pacjenta z lekarzami i personelem medycznym na różnych etapach leczenia. Z uwagi na to, że błędy powstają na różnych etapach działalności leczniczej więc mogą wywoływać różne skutki dla życia lub zdrowia pacjenta, a nawet nie wywołać żadnych skutków, pomimo obiektywnego wystąpienia błędu. Błąd medyczny powstaje niezależnie od zgody pacjenta, która to zgoda jest wymagana na każdym etapie leczenia, przed zabiegiem, badaniem inwazyjnym oraz związana jest z udzieleniem pacjentowi wyjaśnień co do przebiegu leczenia w sposób dla niego zrozumiały

Błędy medyczne klasyfikowane są z uwagi na kryterium etapu leczenia na błędy diagnostyczne, błędy terapeutyczne, błędy techniczne i błędy organizacyjne⁸.

Błąd diagnostyczny polega na wadliwym rozpoznaniu stanu zdrowia pacjenta i przejawia się w nieprawidłowym ustaleniu, że pacjent cierpi na określone schorzenie w momencie, gdy w rzeczywistości jest zdrowy (błąd pozytywny) bądź nieprawidłowym ustaleniu, że pacjent jest zdrowy, gdy faktycznie jest chory (błąd negatywny) lub rozpoznaniu innej choroby u pacjenta, niż ta, na którą faktycznie on choruje (błąd mieszany)⁹. W świetle orzecznictwa „błąd diagnostyczny jest rodzajem błędu medycznego, z którym mamy do czynienia

⁵ L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hińcz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2009, t. 2, z. 4, s. 288.

⁶ Orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. IV CR 39/54, „OSNCK” 1957, nr 1, poz. 7.

⁷ Wyrok SN z dnia 8 września 1972 roku; sygn. akt I KR 116/72, „OSNKW” 1974/2/26.

⁸ M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2005, s. 155–161.

⁹ M. Filar, [w:] M. Fiar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2005, s. 145–147.

nia, gdy lekarz wyciągnie z objawów chorobowych inne wnioski niż te, które wynikają z ogólnej wiedzy medycznej. Może polegać także na nierozpoznananiu pewnych objawów, bądź na wadliwym wykonaniu badań diagnostycznych lub całkowitym ich pominięciu¹⁰. Błąd diagnostyczny może pojawić się w położnictwie i ginekologii w związku z nierozpoznanieniem ciąży pozamacicznej.

Błąd terapeutyczny polega na stosowaniu w terapii metod niezgodnych z obowiązującą wiedzą i praktyką medyczną, a także stosowanie wadliwych metod leczenia¹¹. Błąd terapeutyczny występuje więc przede wszystkim, gdy zastosowano zły sposób leczenia wobec schorzenia w postaci zastosowania innych leków, bądź nie podjęto decyzji o zabiegu chirurgicznym lub podjęto ją zbyt późno. Błąd terapeutyczny może wystąpić jako efekt wcześniejszego błędnego postawienia diagnozy i ma wtedy charakter wtórny albo jako zastosowanie nietrafnego leczenia przy właściwym rozpoznaniu, wówczas ma charakter samoistny. Wskazuje się, że lekarza przystępującego do leczenia pacjenta powinna obowiązywać zasada ograniczonego zaufania wobec czynności poprzednika. W związku z tym nie może podstawą jego działań być wyłącznie ustalenia poprzednika, lecz ma on obowiązek sprawdzenia tych informacji, przede wszystkim gdy ma wątpliwości co do trafności diagnozy lub okoliczności wskazują iż mogło dojść do pomyłki. Do najczęściej popełnianych błędów terapeutycznych należą błędy operacyjne polegającym na wadliwym przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego

Błąd techniczny polega na zwykłym zaniedbaniu lub niepoprawnym realizowaniu decyzji lekarskich np. pomylenie tożsamości pacjentów, pozostawienie ciał obcych w polu operacyjnym¹². Najczęściej błąd techniczny popełniany jest w trakcie skomplikowanych zabiegów operacyjnych przy zastosowania specjalistycznych urządzeń technicznych. Za błąd techniczny uznaje się także niewykonanie czynności poprzedzających operacje, które są konieczne do odpowiedniego przygotowania zabiegu np. zaniechanie przeprowadzenia lub zlecenia prób uczuleniowych, ustalenia zgodności grupy krwi, wykonania niezbędnych szczepień¹³.

Z kolei błąd organizacyjny nie jest błędem w sztuce lekarskiej w ścisłym znaczeniu, gdyż polega na niedopełnieniu lub nienależytym pełnieniu funkcji

¹⁰ Wyrok Sądu Okręgowego w Tarnowie, z dnia 24 października 2013 r. sygn. akt II Ka 405/13.

¹¹ K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3, s. 39.

¹² A. Rutkowski, dz.cyt. s. 76.

¹³ R. Kędziora, dz.cyt., s. 226.

administracyjnych lub organizacyjnych, a nie na wadliwym leczeniu¹⁴. Istotą błędu organizacyjnego jest niewłaściwa organizacja leczenia, która prowadzi do a uszczerbku na zdrowiu i życiu pacjenta, a więc z przyczyn od lekarza niezależnych. Zła organizacja leczenia pozostaje więc przyczyną popełnienia błędu terapeutycznego przez pracującego w danym ośrodku lekarza. Podmiotem sprawczym za wystąpienie błędu organizacyjnego jest osoba pełniąca funkcje administracyjno-organizacyjne i kierujące pracą lekarzy. Zgodnie z orzecznictwem sądowym, „zakład opieki zdrowotnej (szpital) ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta”¹⁵.

Od błędu medycznego należy odróżnić niepowodzenie w leczeniu, którym jest nieprzewidziany oraz niepomyślny wynik leczenia, który wystąpił pomimo prawidłowej diagnozy, zastosowanego właściwego leczenia oraz starannej opieki medycznej. Przyczyny niepowodzenia w leczeniu mogą mieć różne podłoże, ale głównie zależy od natury samej choroby, w tym jej rodzaju, jej przebiegu, okoliczności zachorowania i dostępności do leczenia, a także zdolności fizycznej organizmu pacjenta do przezwyciężenia schorzenia, co związane jest często ze zbyt późnym zgłoszeniem się do lekarza czy nieprzebrnięciem zaleceń¹⁶.

Niepowodzenie medyczne a błąd medyczny różni postępowanie lekarza zgodne lub sprzeczne z powszechnie przyjętymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Obowiązek lekarza zapewnienia należytego leczenia wynika z szeregu przepisów. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej oraz ma prawo do świadczeń zdrowotnych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Z kolei lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze, ale powinien ograniczyć czynności diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Lekarz powinien także przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Le-

¹⁴ Tamże, s. 228.

¹⁵ Wyrok SA w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., I AC a 377/06, „Prawo i Medycyna” 2009/3/145-151.

¹⁶ Z. Marek, *Niepowodzenie lecznicze*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8 (vol. 2), s. 141.

karz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznictwowych. Ponadto lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień¹⁷.

Od błędu medycznego należy odróżnić również pojęcie zdarzenia medycznego, którego definicja została uregulowana w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁸. Zgodnie z art. 67a tej ustawy zdarzeniem medycznym jest „zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby, leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, albo zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Przepisy (...) stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.” Zdarzenie medyczne stanowi niezamierzone oraz niespodziewane wydarzenie w czynnościach leczniczych, „które powodują przejściowe lub trwałe szkody u pacjenta w postaci uszczerbku na życiu lub zdrowiu, w wyniku dokonania złej diagnozy, niewłaściwego leczenia lub zastosowania produktów leczniczych. Wystąpienie zdarzenia medycznego skutkuje odpowiedzialnością cywilnoprawną szpitala¹⁹.

3. Niepełnosprawność dziecka

Błędy medyczne występują często w trakcie porodu, a wtedy ich skutkiem jest kalectwo i niepełnosprawność dziecka w zakresie sprawności fizycznej, umysłowej, bądź intelektualnej. W porządku prawnym brak jest jednolitej definicji niepełnosprawności, chociaż funkcjonują różne definicje niepełnosprawności. Według prawa międzynarodowego niepełnosprawność to długotrwała obniżona sprawność fizyczna, umysłowa, intelektualna lub sensoryczna, która

¹⁷ M. Filar, [w] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2005, s. 134–135.

¹⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm.

¹⁹ D. Korytkowska, *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodzensis”, Folia Oeconomica 2012, nr 274, s. 69.

w interakcji z różnymi barierami może ograniczać pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami²⁰. Z kolei według ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych niepełnosprawność to trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności jako niezdolność do pracy²¹.

Posiadanie dziecka niepełnosprawnego często powoduje zakłócenia w realizacji podstawowych funkcji rodziny. Jest to związane z brakiem akceptacji społecznej, wsparcia, zwiększonej liczby obowiązków, a w związku z tym większego zmęczenia oraz stresu. Fakt bycia rodzicem niepełnosprawnego dziecka stawia rodziców wobec dylematu akceptacji lub odrzucenia własnego dziecka i własnego losu. Często dochodzi do kryzysu rodzinnego wynikającego ze zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym, czego efektem jest rozpad rodziny²².

Dziecko niepełnosprawne narażone jest na wykluczenie społeczne. Dla procesu zmniejszenia zagrożenia wykluczeniem niepełnosprawnych dzieci ma funkcjonowanie rodziny. Rodzina jednak staje przed trudnym wezwaniem, a zwłaszcza łączenie funkcji opiekuńczej i ekonomicznej jest szczególnie trudne. Również zdarza się, że niezawinione przez kobietę choroby i zaburzenia rozwoju dziecka stanowią podstawę jej pejoratywnej oceny przez społeczeństwo. Również osoby z najbliższego otoczenia niekiedy obwiniają matkę, że dziecko jest niepełnosprawne oraz zarzucają jej niewłaściwe postępowanie w czasie ciąży przyczynę niepełnosprawności dziecka²³.

Niemalý odsetek dzieci niepełnosprawnych to nie są jednak dzieci z wrodzoną wadą niepełnosprawności, ale dzieci, których niepełnosprawność jest wynikiem wadliwie przeprowadzonego porodu. Poród jest nadal obarczone ryzykiem medycznym, a zwłaszcza często lekarze decydują o porodzie siłami natury, chociaż możliwe jest dokonanie zabiegu cesarskiego cięcia. Zaniedbania lub niewykonanie procedur medycznych w czasie porodu. mogą doprowadzić nie tylko trwałe kalectwo dziecka, czyli niepełnosprawności, ale także do śmierci dziecka.

²⁰ Konwencja ONZ z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, Dz.U. 2012 r., poz. 1169.

²¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776.

²² I. Grzegorzewska, *Sprawowanie funkcji rodzicielskiej wobec dziecka niepełnosprawnego*, [w:] G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska (red.), *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych*, Kraków 2008, s. 351–352.

²³ A. Maciarz, *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Warszawa 2004, s. 16.

Zdaniem judykatury „błędem w sztuce lekarskiej jest kontynuowanie porodu siłami natury mimo istniejących od pewnego momentu bezwzględnych wskazań do dokonania zabiegu cesarskiego cięcia. Szpital ponosi odpowiedzialność zarówno za działanie lekarza wadliwie prowadzącego poród, jak i za uchybienia w organizacji oddziału położniczo-ginekologicznego, które były przyczyną szkody²⁴. Oznacza to, że lekarz nadzorujący przebieg porodu, który pomimo wskazań medycznych do wykonania cięcia cesarskiego nadal zaleca kontynuowanie porodu siłami natury dopuszcza się popełnienia błędu lekarskiego.

4. Odpowiedzialność lekarzy za błąd medyczny

Każdy błąd w trakcie porodu wynikający ze złego postępowania niesie za sobą wszelkiego rodzaju konsekwencje natury medycznej, a także karnej, zawodowej czy odszkodowawczej. Odpowiedzialność to ogół negatywnych następstw, które wymierzane są przez upoważnione organy za zachowania, które w świetle prawa są niewłaściwe. Odpowiedzialność karna ma represyjny charakter i ma na celu ukaranie sprawcy czynu, który popełnił czyn zabroniony pod groźbą kary. Natomiast odpowiedzialność cywilna ma charakter kompensacyjny, gdyż wiąże się z naprawieniem szkody wyrządzonej innemu podmiotowi.

Popełnienie błędu medycznego stanowi niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach może być podstawą przypisania lekarzowi odpowiedzialności karnej za dokonanie nieumyślnego czynu zabronionego²⁵. Odpowiedzialność lekarza za błąd medyczny to w istocie odpowiedzialność za ujemne skutki błędu lekarskiego, które są kwalifikowane jako przestępstwo o charakterze materialnym. Nie jest bowiem możliwe pociągnięcie do odpowiedzialności karnej lekarza wyłącznie za sam fakt niewłaściwego zastosowania czynności leczenia, bez względu na ewentualne jego następstwa.

Przesłankami odpowiedzialności karnej występuje w przypadku zaistnienia łącznie następujących przesłanek:

- nieprawidłowe postępowanie lekarskie,
- wystąpi negatywny skutek wobec życia lub zdrowia pacjenta,
- występuje związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem (działaniem lub zaniechaniem) lekarza a ujemnym skutkiem dla zdrowia bądź życia pacjenta,

²⁴ Wyrok SA w Lublinie z dnia 10.01.2002r sygn I Aca 576/01, niepubl.

²⁵ A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce medycznej*, „Edukacja Prawnicza” 2009, nr 5, s. 3

– lekarzowi można przypisać winę²⁶.

Przesłanką błędu medycznego jest przede wszystkim nieprawidłowe postępowanie medyczne, które ma charakter bezprawny. Bezprawność postępowania lekarza będzie występowała w przypadku niezachowania przez niego wymaganych zasad ostrożności w świetle obiektywnej wiedzy i praktyki lekarskiej. Zdaniem orzecznictwa „uszkodzenia ciała będące następstwami zabiegów leczniczych, a więc czynności zmierzających również do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, pozbawione są cech materialnej bezprawności, pod warunkiem dokonania zabiegu w sposób zgodny z powszechnie uznawanymi zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej”²⁷. Miernikiem zgodności czynności leczniczych ze stanem wiedzy najwyższych wymagań wiedzy medycznej i najwyższych obowiązujących standardów, przy czym źródłem wiedzy medycznej są aktualne podręczniki medyczne i literatura z zakresu medycyny oraz powszechnie przyjęta praktykę, zaś standardy postępowania medycznego tworzone są przez stowarzyszenia lekarskie oraz wyspecjalizowane instytuty naukowe na podstawie nauki²⁸.

Przesłanką odpowiedzialności karnej jest wystąpienie uszczerbku na zdrowiu lub życiu pacjenta. Przesłanką negatywnego skutku zachowania lekarza występuje w dwóch formach, tj. naruszenia dobra prawnego lub narażenia na niebezpieczeństwo takiego dobra²⁹. W przypadku przestępstwa nieudzielenia pomocy odpowiedzialność karną może ponieść lekarz jedynie wówczas, gdy nie ciążył na nim obowiązek troszczenia się o osobę zagrożoną, natomiast jeżeli był on gwarantem bezpieczeństwa osoby zagrożonej to odpowiedzialność karną należy rozważać na płaszczyźnie narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu³⁰.

Przesłanką odpowiedzialności karnej lekarza jest występowanie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem lekarza niezgodnym z wiedzą i praktyką lekarską, a skutkiem jego popełnienia dla zdrowia i życia pacjenta³¹. W prawie karnym istnieją dwie podstawowe koncepcje związku przyczynowego tj. teoria ekwiwalencji oraz teoria adekwatności. Według teorii ekwiwalencji za przyczynę następstwa powinno się uznać każdy warunek, którego hipotetycz-

²⁶ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 230.

²⁷ Wyrok SN z dnia 30 września 1960 r., sygn. II K 675/60, „OSNPG” 1961, nr 1, poz. 1.

²⁸ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 158.

²⁹ R. Kędziora, dz.cyt., s. 236.

³⁰ Wyrok SN z 28 kwietnia 2000 r., V KKN 318/99, Lex nr 50985.

³¹ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 24.

na eliminacja prowadzi do odpadnięcia danego następstwa w jego konkretnej postaci. W świetle tej teorii techniką badania istnienia związku przyczynowego jest warunek *conditio sine qua non*, który polega na tym, że „z łańcucha wydarzeń poprzedzających wystąpienie określonej w ustawie karnej jako znamię skutku zmiany w świecie zewnętrznym eksponujemy to, które stanowi istotę określonego czynu, którego znaczenie dla nastąpienia owej zmiany w świecie zewnętrznym pragniemy ustalić i zastanawiamy się, czy bez jego spełnienia owa zmiana w świecie zewnętrznym nastąpiłaby, czy też nie”³². Z kolei w przypadku teorii adekwatności personel medyczny może odpowiadać jedynie za normalne tj. przewidywalne następstwa swoich czynów, natomiast niemożliwe jest przypisywanie sprawcy następstw niezwykłych, lub niecodziennych skutków łączących się z podjęciem określonych czynności lekarskich lub ich zaniechaniem.³³ Zdaniem judykatury do przypisania lekarzowi ujemnego skutku zabiegu leczniczego nie jest konieczne, aby jego działanie lub zaniechanie było jedyną i wyłączną przyczyną takiego skutku, ale niezbędne jest, by zachowanie lekarza było przynajmniej jedną z przyczyn, bez której skutek nie nastąpiłby. Przyłączenie się do łańcucha przyczynowo-skutkowego innych jeszcze przyczyn nie wyłącza odpowiedzialności karnej lekarza, jeśli on co najmniej mógł je przewidzieć”³⁴.

Ostatnią przesłanką odpowiedzialności karnej lekarza jest wina, która przejawia się w postaci stosunku psychicznego sprawcy do popełnionego czynu zabronionego, który jest zarzucalny przez kodeks karny³⁵. Zgodnie z art. 9 k.k. czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi. Czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć. Oznacza to, że wina może mieć charakter umyślny lub nieumyślny, przy czym wina umyślna występuje w postaci zamiaru bezpośredniego lub zamiaru ewentualnego, natomiast wina nieumyślna występuje jako lekkomyślność i niedbalstwo. Zamiar bezpośredni można przypisać lekarzowi, gdy przejawia on wolę oraz chęć popełnienia czynu zabronionego, czyli celowo i z rozmysłem podjął zamiar działania na niekorzyść pacjenta. Natomiast zamiar ewentualny nie jest

³² Tamże, s. 25–26.

³³ J. Zajdel, *Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy*, Łódź 2007, s. 222.

³⁴ Wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1961 r., sygn. II K 1125/60, „RPEIS” nr 2, s. 361.

³⁵ M. Filar, dz.cyt., s. 29.

związany z celowym działaniem sprawcy, gdyż sprawca nie ma pewności, że zmierza do popełnienia czynu zabronionego, ale godzi się na to³⁶. Z kolei lekomyślność zawiera element przewidywania możliwości popełnienia czynu, gdy lekarz świadomie narusza zasady ostrożności i przewiduje możliwość popełnienia czynu zabronionego, natomiast zarzut polega na braku zaniechania czynności, ponieważ był pewny, że uniknie popełnienia czynu zabronionego. Niedbalstwo wiąże się zaś z tym, że sprawca nie przewiduje możliwości popełnienia przestępstwa, chociaż powinien ja przewidzieć³⁷. W przypadku niepowodzenia w leczeniu generalnie występuje wina nieumyślna, która polega na zachowaniu niezgodnym normami wiedzy lekarskiej, zasadami etycznymi oraz podstawowymi prawami i regułami medycznymi, ukształtowanymi na gruncie wiedzy medycznej, doświadczeniu oraz deontologii³⁸.

Lekarz popełniający błąd medyczny ponosi również odpowiedzialność cywilną. Odpowiedzialność cywilna ma zawsze charakter majątkowy, a jej zasady reguluje kodeks cywilny³⁹. Odpowiedzialność cywilna lekarza wiąże się z koniecznością spełnienia trzech przesłanek: wyrządzenia szkody, tj. uszczerbku majątkowego lub niemajątkowego na dobrach pacjenta, winy lekarza, wystąpienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem a szkodą. Szkada poniesiona przez pacjenta stanowi uszczerbek na jego dobrach prawnie chronionych, z którym ustawa wiąże powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej⁴⁰. Kolejną przesłanką jest wina lekarza, którą należy utożsamiać z winą na gruncie prawa karnego. Działanie lekarza ma charakter zawiniony, gdy można mu przedstawić zarzut, iż gdyby zachował należytą staranność oraz wykorzystał wszystkie dostępne w danych okolicznościach metody i środki, to mógłby nie dopuścić do wyrządzenia szkody.⁴¹ Trzecią przesłanką odpowiedzialności cywilnej lekarza jest związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem bądź zaniechaniem lekarza, a powstałą szkodą. Przyjmuje się adekwatny związek przyczynowy, co oznacza, że uszczerbek na zdrowiu pacjenta ma być normalnym następstwem działania bądź zaniechania personelu medycznego. Przy zdarzeniach medycznych ustalenie związku przy-

³⁶ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 1998, s. 76.

³⁷ Tamże, s. 80.

³⁸ M. Nestorowicz, dz.cyt., s. 79–80.

³⁹ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny, t. j. Dz.U. 2011, Nr 230, poz. 1370 ze zm.

⁴⁰ W. Czachórski, A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, *Zobowiązania – zarys wykładu*, Warszawa 1999, s. 98.

⁴¹ B. Lewaszkiwicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1, s. 13.

czynowego jest bardzo trudne, a wręcz czasami niemożliwe, dlatego nie jest wymagane ustalenie związku przyczynowego w sposób absolutnie pewny, lecz o wysokim stopniu prawdopodobieństwa, że szkoda wystąpiła jako następstwo określonego zdarzenia.

5. Odpowiedzialność podmiotu leczniczego

Oprócz odpowiedzialności indywidualnej personelu medycznego odpowiedzialność ponosi także zakład leczniczy, w którym lekarz popełniający błąd medyczny pracuje, przy czym jest to odpowiedzialność cywilna. Podmiot leczniczy może ponosić bowiem odpowiedzialność zastępczą za zawinione wyrządzenie szkody przez zatrudnionych w nim lekarzy i personel medyczny na podstawie art. 430 k.c., a także winę własną wynikającą z niewłaściwej organizacji zakładu leczniczego na podstawie art. 415 k.c.

Zgodnie z treścią art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Odpowiedzialność zakładu leczniczego jest możliwa poprzez uznanie personelu medycznego za podwładnych i podporządkowania ich względem zakładu leczniczego na konstrukcji zwierzchnictwa organizacyjnego, gdyż wykonywana przez nich działalność pozostaje w związku z ogólną zależnością organizacyjną personelu medycznego wobec zakładu leczniczego⁴². Zakład będzie odpowiadał za wyrządzone przez personel medyczny szkody na zasadzie ryzyka, przy czym przesłanką będzie zawinione działanie podwładnego. W konsekwencji odpowiedzialność zakładu leczniczego oraz podwładnego będzie solidarna na podstawie art. 441 k.c.

Z kolei wina organizacyjna może wynikać z: nieuzasadnionej odmowy przyjęcia chorego do szpitala, braku odpowiedniej i wymaganej dla prawidłowego działania szpitala liczby doświadczonych lekarzy, zwłoki w udzieleniu pomocy lekarskiej, zaniedbania w zakresie organizacji bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym podczas jego pobytu w zakładzie leczniczym, braku zapewnienia odpowiednich warunków leczenia, posługiwanie się wadliwym i niesprawnym sprzętem medycznym itp.

W zakresie odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych istnieje bogaty dorobek judykatury. W świetle orzecznictwa „odmowa przyjęcia pacjenta

⁴² G. Bieniek, [w:] G. Bieniek, H. Ciepła, S. Dmowski i in., *Komentarz do kodeksu cywilnego, księga trzecia. Zobowiązania*, Warszawa 2011, s. 2024.

do szpitala i dokonania zabiegu, którego celowość stwierdzono, nie może być dowolną decyzją lekarza, lecz wymaga istnienia ważnych powodów (potwierdzonych stosownymi konsultacjami) oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej. W przeciwnym razie szpital może ponieść odpowiedzialność nie tylko za pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, lecz także za utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeśli w wyniku zabiegu zostałby on wyeliminowany⁴³. Ponadto „w procesach lekarskich rozstrzygnięcia mogą być oparte na domniemaniu faktycznym, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłankę. Stąd też szpital, aby uwolnić się od odpowiedzialności, będzie musiał obalić domniemanie albo przynajmniej osłabić je wskazując, że istniały inne, bardziej prawdopodobne (niż niedbalstwo lekarza bądź szpitala) przyczyny powstania szkody”⁴⁴.

Odrębne postępowanie za błąd medyczny zawiera ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która reguluje tryb i zasady ustalania odpowiedzialności i zadośćuczynienia za zdarzenie medyczne, jako alternatywę do postępowania cywilnego⁴⁵. Zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo jego śmierć, będąca następstwem niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, w sytuacji gdy spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczenia, w tym zabiegu operacyjnego oraz zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Postępowanie to stosuje się tylko do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Postępowanie wszczyna wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, a rozpatruje go wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

6. Postępowanie dowodowe przy błędach medycznych

W sprawach o błąd w sztuce lekarskiej istotnym środkiem dowodowym jest przesłuchanie podejrzanego, przesłuchanie świadków, zabezpieczenie dokumentacji medycznej, uzyskanie opinii biegłego, a w przypadku śmierci pacjenta także oględziny zwłok.

Podstawowym środkiem dowodowym są wyjaśnienia podejrzanego, czyli ustne lub pisemne dobrowolne wypowiedzi złożone w sprawie przez podej-

⁴³ Wyrok SN z 11 XII 2002 r., I CKN 1386/00, niepubl.

⁴⁴ Wyrok SN z 22 I 1998, II UKN 465/97, „OSN” 1999/1, poz. 24.

⁴⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.

rganego, uzyskane przez organ w trakcie przesłuchania, podlegające zaprotokołowaniu lub włączeniu jako załącznik do protokołu⁴⁶. W wyjaśnieniach podejrzany przedstawia swoje spostrzeżenia odnośnie zdarzenia przestępnego i wypowiada się w kwestiach faktycznych o znaczeniu prawnym w procesie. Wypowiedzi podejrzanego mogą dotyczyć kwestii faktycznych i prawnych. Przesłuchanie podejrzanego stanowi szczególne źródło dowodowe, ponieważ podejrzany zazwyczaj zna przebieg inkryminowanego zdarzenia, a ponadto jeżeli jest winny zarzucanego czynu, to ma on interes w ukryciu prawdy. Stąd dowód z przesłuchania podejrzanego jest wprawdzie niezmiernie ważny oraz równoprawny z innymi, ale podlega ocenie przez organ procesowy ze szczególną ostrożnością, gdyż szczerze oraz prawdziwe wyjaśnienia podejrzanego winnego zarzucanego czynu są rzadkością⁴⁷.

Dowodem wykorzystywanym w procesie karnym są także zeznania świadków, w tym pokrzywdzonego, jego osób bliskich, personelu medycznego. Świadkiem może być każda osoba fizyczna, jeśli osiągnęła zdolność spostrzegania, zapamiętywania oraz odtwarzania spostrzeżeń⁴⁸. Każda osoba wezwana w charakterze świadka ma obowiązek stawić się oraz złożyć zeznania (art. 177 k.p.k.). W świetle art. 180 § 2 k.p.k. osoby obowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. Przed rozpoczęciem przesłuchania należy uprzedzić świadka o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oraz pouczyć świadka o prawie odmowy składania zeznań oraz odpowiedzi na poszczególne pytania. Świadek może uchylić się od odpowiedzi na poszczególne pytania zadawane w trakcie przesłuchania, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo. (art. 183 k.p.k.). Ocena wiarygodności zeznań świadka zależy od zdolności zeznawania świadka oraz stopnia jego zaangażowania w proces zeznawania, ale wiarygodność ujawnia się głównie przy zestawieniu jego zeznań z innymi dowodami i okolicznościami sprawy oraz przy przeprowadzonej przy tej okazji analizie dowodów⁴⁹.

Dokumentacja medyczna ma duże znaczenie jako materiał dowodowy w postępowaniu sądowym jako dowód z dokumentu. Dokumentacja medyczna

⁴⁶ Z. Muras, *Wyjaśnienia oskarżonego w procesie karnym i prawie karnym materialnym. Komentarz*, Warszawa 2005, s. 35.

⁴⁷ P. Hofmański, E. Sadzik, K. Zgryzek, dz.cyt., s. 654.

⁴⁸ R. Kmiecik, E. Skrętowicz, *Proces karny. Część ogólna*, Kraków 2002, s. 348.

⁴⁹ A. Gaberle, *Dowody w sądowym procesie karnym*, Warszawa 2007, s. 137.

jest zbiorem dokumentów będących nośnikami informacji o charakterze medycznym. Dokumentacja medyczna obejmuje dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeniach zdrowotnych⁵⁰. Znaczenie dowodowe dokumentacji medycznej wynika stąd, że szpitale, zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty lecznicze mają obowiązek jej prowadzenia. Dokumentacja medyczna podlega udostępnieniu sądom i prokuratorom w związku z prowadzonym przez nich postępowaniem. W świetle orzecznictwa sądowego braki w dokumentacji medycznej świadczą na niekorzyść lekarza i nie mogą być wykorzystywane na niekorzyść pacjenta⁵¹. Z kolei zaginięcie lub zniszczenie dokumentacji nie stanowi przeszkody w przeprowadzeniu dowodu z zeznań świadków, którzy potrafią wykazać, jakie było rozpoznanie i stopień nasilenia schorzeń objętych dokumentacją sporządzoną w czasie przebiegu procesu leczenia w okresie wstecznym⁵².

Dowód z opinii biegłego jest stałym środkiem dowodowym w postępowaniu karnym w sprawach o błąd w sztuce lekarskiej. Dowód z opinii biegłego przeprowadza się, jeżeli i stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych (art. 193 k.p.k.). Zadaniem biegłego jest ustalenie, czy lekarz, przeciwko któremu toczy się postępowanie karne popełnił błąd w sztuce lekarskiej, czyli czy naruszenie zdrowia albo śmierć pacjenta są w związku przyczynowym z leczeniem zastosowanym przez lekarza, czy naruszenie zdrowia lub zgon pacjenta nie są lub nie mogły być wynikiem innych przyczyn, czy inny sposób leczenia nie spowodowałby podobnych następstw, a także czy w lepszych warunkach możliwe byłoby uniknięcie naruszenia zdrowia lub śmierci pacjenta następstw nawet przy zastosowaniu tej samej błędnej metody leczenia⁵³. W opinii biegłych nie powinny się natomiast znajdować się sformułowania dotyczące winy oskarżonego lub oceny prawnej jego czynu, ponieważ uprawnienia w tym zakresie są wyłączną domeną sądu⁵⁴. W świetle orzecznictwa zadaniem biegłego nie jest ustalanie stanu faktycznego sprawy, ale naświetlenie i wyjaśnienie okoliczności sprawy z punktu widzenia posiadanych przez biegłego wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebra-

⁵⁰ Art. 18 d ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tj. Dz. U. 2007, Nr 14, poz. 89 z późn. zm.

⁵¹ Wyrok SA w Poznaniu z dnia 29 września 2005, I ACa 236/05, „OSA” 2007, z. 7, poz. 22.

⁵² Wyrok SN z dnia 31 października 1983 r. II URN 87/83, LEX nr 14622.

⁵³ M. Wolińska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, „Prokuratura i prawo” 2013, nr 5, s. 27.

⁵⁴ Wyrok SN z 10 października 2007 r., III KK 116/07, „OSNK” 2007, nr 1, poz. 1492.

nego i przedstawionego biegłemu materiału sprawy⁵⁵. Opinia biegłego może mieć formę pisemną lub ustną, a decyduje o tym sąd w postanowieniu o jego powołaniu. Osoby, które brały udział w wydaniu opinii, mogą być, w razie potrzeby, przesłuchiwane w charakterze biegłych (art. 200 §3 k.p.k.). Dowód z opinii biegłego podlega kontroli i ocenie przez organ procesowy od strony formalnej oraz logicznej poprawności wnioskowania biegłego, a także pod względem merytorycznej trafności zawartych w niej ustaleń. Organ procesowy nie może oprzeć oceny opinii wyłącznie na podstawie jej konkluzji, bowiem powinien sprawdzić poprawność poszczególnych elementów składających się na trafność jej wniosków końcowych. Ocena opinii może być dokonana na podstawie jej całości obejmującej zarówno część pisemną, jak i jej część ustną⁵⁶.

7. Zadośćuczynienie na rzecz dziecka niepełnosprawnego

Z tytuł błędu medycznego poszkodowany może uzyskać zadośćuczynienie. Podstawą żądania odszkodowania i zadośćuczynienia są przepisy art. 444–448 k.c. Roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne ma jednocześnie charakter osobisty oraz związane jest z osobą uprawnionego i wygasa z chwilą jego śmierci.

Odszkodowanie należne pacjentowi obejmuje wszystkie koszty wynikające z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Zakres kosztów leczenia, które należą się pacjentowi w ramach odszkodowania jest otwarty i wynika z potrzeb pacjenta, przy czym zalicza się do nich nie tylko koszty leczenia w ścisłym znaczeniu tj. koszty pobytu w szpitalu, koszty opieki lekarskiej, wydatki na leki, ale także m.in. koszty transportu pacjenta do domu i szpitala, koszty specjalnego odżywiania, koszty związane z odwiedzinami u chorego, koszty leczenia sanatoryjnego, koszty pojazdu inwalidzkiego, koszty przygotowania do podjęcia pracy w nowym lub poprzednim zawodzie Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu (art. 444 §k.c.). Wysokość roszczenia odszkodowawczego nie zależy od skuteczności podjętych zabiegów leczniczych.. Ponadto pacjentowi w ramach odszkodowania przysługuje prawo do wyrównania utraconych dochodów, gdy utracił on zdolność do pracy zarobkowej natomiast utrata zdolności ma charakter okresowy.

W świetle art. 445 k.c. sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w przypadku

⁵⁵ Orzeczenie SN z 11 lipca 1969 roku ICR 140/69, „OSNP” 1970, nr 5, poz. 85.

⁵⁶ Postanowienie SN z dnia 1 października 2004 r., sygn. III KK 28/04, LEX nr 126705.

uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, przy czym naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Ponadto na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Roszczenie o zadośćuczynienie jest uzasadnione, gdy postępowanie lekarza wynikające z czynu niedozwolonego pogłębiło istniejący stan rozstroju zdrowia, zaostrzyło cierpienia fizyczne pacjentowi bądź spowodowało utratę szans wyleczenia⁵⁷. Celem zadośćuczynienia pieniężnego jest rekompensata doznanych krzywd i złagodzenie doznanych cierpień fizycznych oraz psychicznych. Ponadto zadośćuczynienie ma umożliwiać zaspokojenie potrzeb pacjenta dotkniętego naruszeniem⁵⁸.

Zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny, a nie represyjny. Jednakże w literaturze podkreśla się, że zadośćuczynienie nie może nigdy w pełni wynagrodzić krzywdy, dlatego powinno spełniać także funkcję represyjną wobec sprawcy czynu, czego przejawem będzie w wysokości sumy pieniężnej przyznanej tytułem zadośćuczynienia za krzywdy⁵⁹. Kwota zadośćuczynienia powinna więc odpowiadać doznanej krzywdzie i nie może nie stanowić dla pacjenta źródła zysku ani być odpowiednią karą dla sprawcy naruszenia jego praw⁶⁰. Ponadto kwota zadośćuczynienia powinna być odpowiednia i stanowić odczuwalną ekonomicznie wartość, jednak nie może być nadmierna, ale powinna zawierać się w rozsądnych granicach, odpowiadającym aktualnym warunkom oraz przeciętnej stopie społeczeństwa, z uwzględnieniem doznanej krzywdy. Wpływ na wysokość zadośćuczynienia będzie miała także indywidualna sytuacja pacjenta.

Zasądzenie zadośćuczynienie przez sąd ma charakter fakultatywny, gdyż zależy od oceny przez sąd okoliczności stanu faktycznego dotyczących rodzaju naruszonego dobra, rozmiaru doznanej krzywdy, intensywności cierpień pacjenta, stopnia winy sprawcy oraz sytuacji majątkowej zobowiązanego⁶¹. W konsekwencji sąd może uznać, że mimo spełnienia przesłanek do przyznania zadośćuczynienia, powództwo nie zostanie uwzględnione.

⁵⁷ M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Warszawa 2007, s. 65.

⁵⁸ M. Pazdan, [w:] M. Safjan (red.), *System Prawa Prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna*, t. I, Warszawa 2007, s. 1166.

⁵⁹ M. Nestorowicz, dz.cyt., s. 70.

⁶⁰ M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1, s. 21.

⁶¹ M. Wałachowska, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń 2007, s. 116.

Podstawą do żądania od podmiotu zobowiązanego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę jest także art. 4 ustawy o prawach pacjenta. W świetle tego przepisu w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Ponadto w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. Podstawą do żądania zadośćuczynienia jest w tym przypadku zawinione naruszenie praw pacjenta, a nie dóbr osobistych. Ponadto pacjent może domagać się kwoty należnej za wyrządzoną krzywdę na jego rzecz oraz na wskazany przez niego cel społeczny.

Zamiast zadośćuczynienia pacjentowi może być przyznana na jego żądanie renta. Renta może być zasądzona przez sąd, jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, przy czym jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa. Przesłanki przyznania renty poszkodowanemu pacjentowi są trzy tj.:

- utrata całkowicie lub częściowo zdolności do pracy zarobkowej, która ma charakter trwały,
- zwiększenie potrzeb poszkodowanego,
- zmniejszenie widoków powodzenia na przyszłość.

Celem renty jest wynagrodzenie szkody pacjentowi w postaci utraty możliwości uzyskania korzyści finansowych w przyszłości. Podstawą do określenia wysokości renty należnej pacjentowi są przeciętne zarobki, które uzyskałby pacjent w przyszłości, a których nie ma możliwości uzyskać z uwagi na ograniczenia zdolności do zarobkowania. Wysokość renty może ulec zmianie w sytuacji, gdyż każda ze stron może w razie zmiany stosunków żądać zmiany wysokości lub czasu trwania renty (art. 907 k.c.) Renta zasądzona wyrokiem sądu może być zmieniona, jeżeli nastąpiła zmiana stosunków, która jest istotna, co może wpływać na jej zmniejszenie lub zwiększenie.

Renta może być także zasądzona na rzecz osób bliskich. Otóż zgodnie z art. 446 §2 k.c. w sytuacji śmierci poszkodowanego od podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody można żądać renty. Z żądaniem renty może wystąpić osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny oraz inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, o ile z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia

społecznego. Wysokość roszczenia o rentę zależy od potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Renta na rzecz osób bliskich zmarłemu pacjentowi ma charakter fakultatywny, a jego okoliczności od których zależy zasądzenie renty jest stan majątkowy zmarłego i osoby domagającej się renty, relacje łączące zmarłego i osobę bliską, czy czas trwania świadczeń.

Z kolei zgodnie z art. 447 k.c. z ważnych powodów sąd może na żądanie poszkodowanego przyznać mu zamiast renty lub jej części odszkodowanie jednorazowe, zwłaszcza gdy poszkodowany stał się inwalidą, a przyznanie jednorazowego odszkodowania ułatwi mu wykonywanie nowego zawodu. Przyznanie jednorazowego odszkodowania zamiast renty ma charakter wyjątkowy i może nastąpić jedynie z ważnych powodów. Ważnym powodem jest każda istotna, leżąca w interesie poszkodowanego potrzeba zaspokojenia wydatków⁶². Przyznanie jednorazowego odszkodowania na podstawie art. 447 k.c. stanowi kapitalizację renty, które jest dopuszczalne, o ile zapewni pacjentowi zaspokojenie tych wszystkich potrzeb bieżących i przyszłych, dla których zaspokojenia zasądzona była renta, a jednocześnie ze względu na interes poszkodowanego jednorazowe odszkodowanie bardziej korzystne dla niego od renty. Jednorazowe odszkodowanie ma na celu przede wszystkim umożliwienie pacjentowi wykonywanie nowego zawodu.

Zasądzenie zadośćuczynienia było wielokrotnie przedmiotem wyroków sądów. Tytułem przykładu można wskazać wyrok z dnia 17 XII 2003 r. (II C 844/01/05), gdzie Sąd Okręgowy w Katowicach przyznał zadośćuczynienie wysokości 150 000 zł (w pozwie żądano kwoty 400 000 zł) na rzecz małoletniej powódki, która wskutek błędu lekarza (zastosowaniu przy porodzie zarzuconej w położnictwie metody Kristellera), doznała trwałego uszkodzenia obwodowego układu nerwowego. W uzasadnieniu wyroku wskazano, że zasądzona kwota jest odpowiednia z uwagi na znaczne cierpienia fizyczne spowodowane bolesnymi badaniami EMG, trwającymi ciężkimi i nieprzyjemnymi zabiegami rehabilitacyjnymi mającymi przywrócić funkcjonowanie splotu barkowego, cierpienia psychiczne związane z niepełną sprawnością ręki (jakie w środowisku rówieśników – w ocenie sądu – odczuwać może nawet małe dziecko ze względu na swoją ułomność i fizyczną odmienność), strach i stres związany z pobytami w szpitalu (w tym za granicą, w obcym dla dziecka środowisku), brak szans w przyszłości, pomimo rehabilitacji, na odzyskanie pełnej sprawności ręki. Jednocześnie w judykaturze i piśmiennictwie stwierdza się, że podstawy odmowy zadośćuczynienia nie może stanowić okoliczność, iż po-

⁶² Wyrok SA w Poznaniu z dnia 31 lipca 2003, I ACa 568/03, „OSA” 2005/3/11.

krzywdzony z uwagi na wiek lub stan fizyczny bądź psychiczny, nie jest w stanie odczuć ujemnych doznań związanych z uszkodzeniem ciała i/lub wywołaniem rozstroju zdrowia, a co za tym idzie – skorzystać z przyznanych mu środków i zadecydować o tym, w jaki sposób, za pomocą przyznanej kwoty pieniężnej, zniwelować doznaną krzywdę⁶³.

8. Zakończenie

Postępowania w sprawach o błąd w sztuce lekarskiej podlega ogólnym zasadom procedury karnej. Specyfika postępowania w sprawach o błąd jest trudność dowodzenia jego popełnienia przez lekarza. Opinia biegłego jest często głównym dowodem, który przesadza o zaistnieniu błędu w sztuce lekarskiej.

Bibliografia

- Bączyk-Rozwadowska K., *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3.
- Bieniek G., [w:] G. Bieniek, H. Ciepla, S. Dmowski i inni, *Komentarz do kodeksu cywilnego, księga trzecia. Zobowiązania*, Warszawa 2011.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Czachórski W., Brzozowski A., Safjan M., Skowrońska-Bocian E., *Zobowiązania – zarys wykładu*, Warszawa 1999.
- Fiutak A., *Prawo w medycynie*, Warszawa 2010.
- Filar M., [w:] M. Fiar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2005.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Gardocki L., *Prawo karne*, Warszawa 1998.
- Gaberle A., *Dowody w sądowym procesie karnym*, Warszawa 2007.
- Grajewski J., Paprzycki K., Płachta M., *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. I i II, Zakamycze, Kraków 2003.
- Grzegorzewska I., *Sprawowanie funkcji rodzicielskiej wobec dziecka niepełnosprawnego*, [w:] G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska (red.), *Terażniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych*, Kraków 2008.
- Grzegorzczuk T., *Dowody w procesie karnym*, Warszawa 1998.
- <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=145>.

⁶³ <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=145>.

- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.
- Kmieciak R., Skrętowicz E., *Proces karny. Część ogólna*, Kraków 2002.
- Konwencja ONZ z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, Dz.U. 2012 r., poz. 1169.
- Korytkowska A., *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2012, nr 274.
- Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Zakamycze, Kraków 1998.
- Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1.
- Maciarz A., *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Warszawa 2004.
- Marek Z., *Błąd medyczny*, Kraków 1999.
- Marek Z., *Niepowodzenie lecznicze*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8 (vol 2).
- Marcinkowski T., *Medycyna sądowa dla prawników*, t. I, Warszawa 2000.
- Muras Z., *Wyjaśnienia oskarżonego w procesie karnym i prawie karnym materialnym. Komentarz*, Warszawa 2005.
- Nestorowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2005.
- Orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. IV CR 39/54, „OSNCK” 1957, nr 1, poz. 7.
- Orzeczenie SN z dnia 11 lipca 1969 roku ICR 140/69, „OSNP” 1970, nr 5, poz. 85.
- Pazdan M., [w:] M. Safjan (red.), *System Prawa Prywatnego. Prawo cywilne – część ogólna*, t. I, Warszawa 2007.
- Podciechowski L., Królikowska A., Hińcz P., Wilczyński J., *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2009, t. 2, z. 4.
- Postanowienie SN z dnia 1 października 2004 r., sygn. III KK 28/04, LEX nr 126705.
- Safjan M., *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1.
- Stefański R., [w:] Z. Gostyński (red.), *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. II, Warszawa 2004.
- Tylman J., [w:] T. Grzegorzczak, T. Tylman, *Polskie postępowanie karne*, Warszawa 1998.
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. 1997, Nr 88, poz. 553 z późn. zm.

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, Nr 123, poz. 776 .
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tj. Dz.U. 2007, Nr 14, poz. 89 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, t. j. Dz.U. 2011, Nr 230, poz. 1370 ze zm.
- Wałachowska M., *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę*, Toruń 2007.
- Widacki J., *Kryminalistyka*, „Studia Prawnicze”, Warszawa 1999
- Wojciechowska I., *Postępowanie przygotowawcze wybrane zagadnienia, orzecznictwo, przykłady*, Piła 2000.
- Wolińska M., *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, „Prokuratura i prawo” 2013, nr 5.
- Wyrok SA w Katowicach z dnia 21 listopada 2002 r., II AKa 428/02, „Prokuratura i Prawo” 2003, nr 10, poz. 17.
- Wyrok SA w Lublinie z dnia 10.01.2002 r. sygn I Aca 576/01, niepubl.
- Wyrok SA w Poznaniu z dnia 31 lipca 2003 r., I ACa 568/03, „OSA” 2005/3/11.
- Wyrok SA w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05, „OSA” 2007, z. 7, poz. 22.
- Wyrok SA w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., I AC a 377/06, „Prawo i Medycyna” 2009/3/145-151.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Tarnowie, z dnia 24 października 2013 r. sygn. akt II Ka 405/13.
- Wyrok SN z dnia 10 października 2007 r., III KK 116/07, „OSNK” 2007, nr 1, poz. 1492.
- Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2002 r., I CKN 1386/00; niepubl.
- Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2000 r., V KKN 318/99, Lex nr 50985.
- Wyrok SN z dnia 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, „OSN” 1999/1, poz. 24.
- Wyrok SN z dnia 31 października 1983 r. II URN 87/83, LEX nr 14622.
- Wyrok SN z dnia 8 września 1972 r.; sygn. akt I KR 116/72, „OSNKW” 1974/2/26.
- Wyrok SN z dnia 28 sierpnia 1961 r., sygn. II K 1125/60, „RPEIS” nr 2, s. 361.
- Wyrok SN z dnia 30 września 1960 r., sygn. II K 675/60, OSNPG 1961, nr 1, poz. 1.
- Zajdel J., *Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy*, Łódź 2007.