

**PIOTR PAWŁOWSKI**

Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu, Wydział Finansów i Bankowości  
piotr.pawlowski@wsb.poznan.pl

## **Odpowiedzialność karna w związku ze współdziałaniem w procesie leczenia pacjenta**

**Streszczenie.** W artykule podjęto próbę przedstawienia i uporządkowania zagadnienia odpowiedzialności karnej, która może być poniesiona za błąd powstały w związku ze współdziałaniem kilku osób w procesie leczenia pacjenta. Złożoność procesu leczenia wymaga często współdziałania, przez co przy ewentualnym błędzie może dojść do kolizji odpowiedzialności za skutek. Niezwykle ważne jest, by przypisując konkretnej osobie odpowiedzialność karną, wziąć pod uwagę zakres jej obowiązków przy konkretnym pacjencie. Stosując metodę teoretyczno-prawną, przeanalizowano literaturę omawiającą zagadnienie, przedstawiono zjawisko współdziałania i dokonano analizy problematyki przypisania odpowiedzialności karnej w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia pacjenta.

**Słowa kluczowe:** prawo karne, odpowiedzialność karna, pacjent, proces leczenia, współdziałanie, kolizja odpowiedzialności za skutek

### **1. Wprowadzenie**

Opracowanie analizuje zagadnienie odpowiedzialności karnej za błędy medyczne w związku ze współdziałaniem w procesie leczenia pacjenta kilku osób. W wyniku takiego współdziałania może bowiem dojść do sytuacji nazywanej kolizją odpowiedzialności za skutek. Ocena prawnokarne w przypadku takiego współdziałania wymaga za każdym razem szczegółowego i wnikliwego odniesienia do zakresu obowiązków każdej z osób, która brała udział w procesie leczenia pacjenta, a więc każdej osoby współdziałającej [Lipski 2014: 1–2, 7].

Problem, który niniejsze opracowanie porusza, dotyczy istotnych elementów (przesłanek/czynników), które należy brać pod uwagę przy przypisywaniu odpowiedzialności karnej wynikającej ze współdziałania w procesie leczenia pacjenta jednej bądź wielu osób.

W trakcie przebiegu procesu leczenia pacjenta może dojść do wystąpienia błędu medycznego. Często ma to miejsce wskutek niedochowania zasad ostrożności przez osoby biorące udział w tym procesie. Udowodnienie wystąpienia błędu me-

dycznego, a następnie przypisanie winy osobie, przez którą do niego doszło, nie jest łatwe, zwłaszcza gdy w procesie leczenia danego pacjenta brało udział wiele osób, co często dzieje się w praktyce. Problem ten jest obecnie coraz częstszy, więc i przepisy, a także opracowania go dotyczące powinny w możliwie łatwy sposób pomagać w doprowadzeniu do przypisania odpowiedzialności za błąd konkretnej osobie. By stało się to łatwiejsze, konieczne jest zebranie informacji w tym zakresie w jednym miejscu i skondensowane ich przedstawienie. Celem artykułu jest zatem uporządkowanie wiedzy dotyczącej zagadnienia odpowiedzialności karnej w związku ze współdziałaniem w procesie leczenia pacjenta, w szczególności poprzez omówienie analizowanej problematyki, przedstawienie jej w aspekcie współdziałania na gruncie prawa medycznego przy jednoczesnym wzięciu pod uwagę przesłanek odpowiedzialności karnej wynikających z prawa karnego — Kodeksu karnego. Ponadto opracowanie wymienia, co jest istotne dla przypisania odpowiedzialności karnej za współdziałanie w procesie leczenia pacjenta.

Na wstępie konieczne jest przybliżenie między innymi tego, czym w ogóle jest odpowiedzialność karna, oraz zdefiniowanie pojęcia „pacjent”. Niezbędne jest również wskazanie, jak należałoby definiować, w obszarze poruszanej w artykule problematyki, pojęcie „współdziałanie”, bowiem pojęciu temu przypisuje się przymiot „szerokiego” [Lipski 2014: 1].

## 2. Odpowiedzialność karna — podstawy jej przypisania

Przez odpowiedzialność karną należy rozumieć odpowiedzialność ponoszoną przez sprawcę czynu, który to czyn jest niebezpieczny społecznie oraz zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia. Zasada ta wynika z przepisu art. 1 Kodeksu karnego<sup>1</sup>. Ustawa ta reguluje zasady odpowiedzialności karnej, których spełnienie jest niezbędne, by dana osoba (sprawca) mogła karne odpowiadać. Co istotne, za podstawę odpowiedzialności karnej nie mogą zostać uznane myśli człowieka, jego poglądy ani właściwości fizyczne czy psychiczne. Odpowiedzialność karna zostaje wyłączona również w określonych przepisami kodeksu karnego sytuacjach, np. w przypadku obrony koniecznej czy stanu wyższej konieczności<sup>2</sup>.

Aby można było pociągnąć do odpowiedzialności karnej sprawcę danego czynu, czyn przez niego popełniony musi być spenalizowany, przez co należy rozumieć uznanie go za czyn zabroniony lub wykroczenie. Należy pamiętać, że jeżeli

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj. Dz.U. 2022 poz. 1138 z późn. zm.), dalej: „k.k.”.

<sup>2</sup> Zob. art. 25–31 k.k.

popelniony przez sprawcę czyn nie będzie wypełniał znamion danego (spenalizowanego) czynu zabronionego albo nie będzie zabroniony przez ustawę w chwili jego popełniania, to sprawca nie może podlegać odpowiedzialności karnej.

Za przestępstwo nie uznaje się czynu zabronionego, którego społeczna szkodliwość jest znikoma. Natomiast sprawca czynu zabronionego nie popełnia przestępstwa, w przypadku gdy nie można mu przypisać winy w czasie popełniania tego czynu. Zasady te ustawodawca wskazał w przepisach art. 2 i 3 k.k. i wynika z nich oparcie odpowiedzialności karnej na zasadzie winy, co oznacza, że „sprawca czynu zabronionego ponosi odpowiedzialność karną tylko na tyle, na ile można mu postawić zarzut, przy czym skalę tego zarzutu, a więc i zakres odpowiedzialności wyznaczają zasady subiektywizacji i indywidualizacji”<sup>3</sup>. Tym samym do przesłanek tego, by przypisać sprawcy danego czynu winę, należy zaliczyć, po pierwsze, podmiotową zdolność sprawcy czynu do ponoszenia odpowiedzialności karnej, która, jak już wskazano, zależy od osiągnięcia przez sprawcę określonego wieku; po drugie, zdolność do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, co przekłada się na uznanie, że osoba, która jest chora psychicznie, upośledzona umysłowo lub przejawia inne zakłócenia czynności psychicznych, nie może w czasie popełniania czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem, a więc tym samym nie popełnia przestępstwa; po trzecie, rozpoznawalność bezprawności czynu, czyli rozpoznanie sprzeczności zachowania się sprawcy z normą sankcjonowaną (nakazującą lub zakazującą określonego zachowania) oraz fakt, że nie ma żadnej innej okoliczności wyłączającej bezprawność. Jeżeli bowiem sprawca popełnia czyn zabroniony w usprawiedliwionej nieświadomości jego bezprawności, to nie popełnia przestępstwa [Giezek, 2021: komentarz do art. 2 k.k.], po czwarte, brak usprawiedliwionego błędu co do okoliczności wyłączającej bezprawność albo winę. Zgodnie z tą przesłanką, wynikającą z art. 29 k.k., sprawca czynu zabronionego nie popełni przestępstwa, jeżeli działa „w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że zachodzi okoliczność wyłączająca bezprawność” [Giezek 2021: komentarz do art. 29 k.k.]. Okolicznościami tymi mogą być obrona konieczna albo stan wyższej konieczności wyłączający winę, wynikający z przepisu art. 26 § 2 k.k.

Powyższe ma zastosowanie również wobec lekarzy w procesie leczenia pacjenta. Słusznie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 26 stycznia 2016 r. wydanym w sprawie o sygn. akt I ACa 173/15 wskazał, że „wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiek-

<sup>3</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2002 r., sygn. akt: III KK 58/02, LEX nr 56846.

tywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy. Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza jako jego staranności zawodowej<sup>4</sup>. Problematyka przypisania czy wręcz ustalenia odpowiedzialności lekarza za spowodowaną pacjentowi szkodę w wyniku udziału w procesie jego leczenia zależy więc od spełnienia wielu przesłanek. Niezwykle istotne jest wspomniane zachowanie lekarza w danym procesie leczenia i wobec danego pacjenta. Sąd Apelacyjny w Łodzi ocenił tę kwestię w wyroku z dnia 19 marca 2015 r. wydanym w sprawie o sygn. akt I ACa 1219/14, wskazując, że „jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości (...). Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje, posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. (...) Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie-narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia”<sup>5</sup>.

Podsumowując, przypisanie określonej osobie, np. lekarzowi, odpowiedzialności za popełnione przestępstwo skutkowe wiąże się z koniecznością wskazania przede wszystkim zachowania sprawczego osoby, która popełniła dany czyn, oraz skutku, który nastąpił, a także ukazania współzależności pomiędzy tym zachowaniem a zaistniałym skutkiem. Kodeks karny wyodrębnia zachowanie spraw-

<sup>4</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2016 r., sygn. akt I ACa 173/15, LEX nr 1994445.

<sup>5</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 marca 2015 r., sygn. akt I ACa 1219/14, LEX nr 1665829.

cze i skutek, natomiast nie wydziela znamienia czynu zabronionego w postaci relacji sprawczej. Jednak bezspornie należy uznać, że owa relacja sprawcza jest elementem koniecznym do tego, by połączyć zachowanie się sprawcy danego czynu z powstałym w wyniku tego zachowania skutkiem i by w konsekwencji móc przypisać temu sprawcy odpowiedzialność karną za ten czyn. Odnosząc powyższe na grunt odpowiedzialności obecnej w procesie leczenia pacjenta, będącej przedmiotem zainteresowania niniejszego tekstu, należy przytoczyć tezę wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2013 r. wydanego w sprawie o sygn. akt II K 124/12, która wskazuje, że „lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej. 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 albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej”<sup>6</sup>.

Wymienione przesłanki i reguły odpowiedzialności karnej mogą znaleźć zastosowanie w stosunku do każdej z osób, które współdziałają w procesie leczenia pacjenta [Lipski 2014: 6].

### 3. Sposób rozumienia pojęcia „pacjent”

Przez pacjenta należy rozumieć osobę, która zwraca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub która korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub przez osobę wykonującą zawód medyczny. Powyższa definicja jest definicją ustawową zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>7</sup>. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia definiuje pacjenta jako osobę korzystającą z opieki zdrowotnej niezależnie od tego, czy jest to osoba chora, czy zdrowa. Jak wskazuje Dorota Karkowska, przyjęta w obrocie prawnym definicja „pacjenta” jest „nawiązaniem do podejścia prezentowanego przez WHO w MDPP i pozwala na wyodrębnienie kilku elementów” [Karkowska 2016: komentarz do art. 3]. Biorąc powyższe pod uwagę, pacjentem może być każdy człowiek — osoba fizyczna bez względu na wiek oraz na to, czy jest zdrowa, czy chora, który nawiązuje relację z podmiotem udzie-

<sup>6</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2013 r., sygn. akt II K 124/12, LEX nr 1277697.

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2003 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. 2022 poz. 1876 z późn. zm.).

lającym świadczenia zdrowotne bądź bezpośrednio z osobą wykonującą zawód medyczny w celu skorzystania z usług medycznych, m.in. profilaktycznych lub służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, poprawie zdrowia [Karkowska 2016: komentarz do art. 3]. Pod pojęciem „każdego człowieka” należy rozumieć każdego, kto wymaga pomocy w zakresie ochrony swojego zdrowia. Przez człowieka należy natomiast rozumieć osobę od chwili jej poczęcia aż do chwili stwierdzenia zgonu i jego przyczyny, a więc pacjentem może być także *nasciturus*, czyli dziecko poczęte, ale jeszcze nieurodzone.

#### 4. Współdziałanie w procesie leczenia pacjenta

W obowiązujących przepisach prawa na próżno szukać „systemowej klasyfikacji reguł współdziałania” w procesie leczenia pacjenta [Lipski 2014: 7]. Ustawodawca nie podjął się uregulowania tego zagadnienia. Stąd konieczne było wskazanie tego w umowach, które dany podmiot leczniczy zawiera z osobami bezpośrednio udzielającymi świadczeń zdrowotnych, lub wydanie przez kierownika podmiotu leczniczego stosowanych zarządzeń, regulaminów, wytycznych obejmujących tę tematykę. W wymienionych dokumentach często jednak zapisy tego dotyczące mają charakter podstawowy, ogólny, w sposób pobieżny regulujący omawianą problematykę [Lipski 2014: 7]. Nie powinno ulegać więc wątpliwości, że zajmowanie się tak istotną dziedziną na poziomie wskazanych dokumentów jest niewystarczające, będzie bowiem powodowało rozbieżności między podmiotami leczniczymi i wprowadzało chaos organizacyjny zarówno na poziomie współdziałania pracowników danego podmiotu leczniczego, jak i na poziomie współdziałania ze sobą podmiotów leczniczych. Po pierwsze, najczęściej tego rodzaju dokumenty nie są publicznie dostępne i w przypadku współdziałania konieczne będzie w pierwszej kolejności sprawdzenie, jakie reguły obowiązują w danym podmiocie. Po drugie, dokumenty wewnętrzne podmiotu leczniczego mają mniejsze znaczenie niż akty prawa powszechnie obowiązującego. Niezaprzeczalnie, w przypadku gdy chodzi o ratowanie ludzkiego zdrowia i życia, powinno się ograniczyć zbędne formalne działania do minimum. Systemowe ujęcie tego zagadnienia z pewnością pozwoliłoby na uniknięcie wielu czasochłonnych proceduralnych zabiegów, a umożliwiło skupienie na samym procesie leczenia pacjenta — we współdziałaniu w sposób możliwie niezakłócony. *De lege ferenda* ustawodawca powinien uregulować tę kwestię w sposób kompleksowy, wprowadzając do porządku prawnego właściwe przepisy odnoszące się do kwestii współdziałania w procesie leczenia pacjenta.

„Współdziałaniem” w procesie leczenia pacjenta jest uczestniczenie w tym procesie minimum dwóch lub większej liczby osób. Istotne jest, by współdziała-

nie tych osób dotyczyło tej samej osoby – tego samego pacjenta. Natomiast bez znaczenia jest, czy osoby współdziałające wykonują swoje określone czynności po uprzednim uzgodnieniu tego współdziałania w procesie leczenia, czy też każda z osób podjęła sama z siebie decyzję o włączeniu się w proces i nie nastąpiło wcześniejsze porozumienie w tym zakresie [Lipski 2014: 1].

Pojęcia „współdziałania” w procesie leczenia pacjenta użytego w kontekście niniejszego opracowania nie należy odnosić do pojęcia współsprawstwa będącego zjawiskową formą przestępstwa, jak też pojęcia współdziałania przestępnego w rozumieniu k.k.

W niniejszej pracy „współdziałanie w procesie leczenia pacjenta” należy rozumieć zatem w sposób, który przedstawił w swoim opracowaniu Marcin Lipski, to znaczy przez pryzmat spełnienia określonych przesłanek. Pierwszą z nich jest tożsamość pacjenta. Współdziałanie co najmniej dwóch osób musi obejmować tę samą osobę – jednego konkretnego pacjenta. Drugą przesłanką jest „tożsamość jednostki chorobowej”. Proces leczenia współdziałających osób musi dotyczyć tej samej choroby występującej u tego danego pacjenta [Lipski 2014: 1].

Warto przytoczyć tu tezę wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2016 r. wydanego w sprawie o sygn. akt I ACa 173/15. W wyroku tym sąd zwraca uwagę na istotę współdziałania – współpracy lekarzy przy jednym poszkodowanym (pacjencie), wskazując, że „potrzeba wzajemnych konsultacji i wymiany poglądów między osobami, które z ramienia instytutu naukowego sporządzają opinie, zawsze zależy od charakteru badanego zagadnienia i uwarunkowana jest rzeczywistą potrzebą oceny tego samego zagadnienia przez różnych specjalistów. W sprawach szkód na osobie wywołanych tzw. błędem medycznym czy diagnostycznym potrzeba osobistego badania poszkodowanego i wzajemnych konsultacji przez lekarzy różnych specjalności występuje zwłaszcza tam, gdzie charakter doznanego uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia wskazuje na potrzebę poddania ich interdyscyplinarnej ocenie, a dopiero suma wiadomości specjalnych z różnych gałęzi medycyny pozwala na kompleksową ocenę charakteru i rozmiaru szkody”<sup>8</sup>. Choć powyższe nie odnosi się wprost do pacjenta i procesu leczenia, a dotyczy kwestii odszkodowawczych, to jednak ukazuje, co jest istotą współdziałania, dlatego współdziałanie w procesie leczenia pacjenta występuje. Bez wątplenia należy zgodzić się z tym, że dopiero suma wiadomości, którą można uzyskać poprzez współdziałanie kilku lekarzy w procesie leczenia pacjenta, pozwoli uzyskać pełną informację na temat stanu zdrowia i tym samym podjąć kolejne kroki zmierzające do wyleczenia.

---

<sup>8</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2016 r., sygn. akt I ACa 173/15, LEX nr 1994445.

W przypadku współdziałania mamy zatem do czynienia z sytuacją, że na te same dobra prawne — w tym przypadku przede wszystkim zdrowie pacjenta — mają wpływ minimum dwie, a najczęściej więcej osób. Często ingerencja ta ma miejsce w różnym miejscu i czasie. Należy też pamiętać o tym, że osoby współdziałające mogą albo wzajemnie uzupełniać się w procesie leczenia pacjenta i w sposób wspólnie uzgodniony udzielić świadczenia zdrowotnego, albo podejmować działania niezależne od siebie nawzajem.

Współdziałanie w procesie leczenia pacjenta opiera się na pewnych zasadach. Nie muszą one być następstwem wiedzy medycznej, mogą wynikać również z ogólnych zasad doświadczenia życiowego, które są jedynie uzupełniającymi dla posiadanej wiedzy medycznej. Inaczej można to wytłumaczyć w ten sposób, że wiedza medyczna odnosi się bezpośrednio do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi w procesie jego leczenia. Z kolei zasady doświadczenia życiowego dotyczą wzajemnych obowiązków współdziałających w tym procesie osób udzielających świadczeń [Lipski 2014: 7].

Kolejnym podziałem, który można wyróżnić, jest ten wyodrębniający z jednej strony ogólne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, pozostające w związku wyłącznie z jedną osobą wykonującą czynności medyczne, a z drugiej — szczególne zasady współdziałania w procesie leczenia pacjenta, dotyczące takich sytuacji, w których świadczenie jest udzielane konkretnemu pacjentowi przez co najmniej dwie osoby. Do tych szczególnych zasad współdziałania w procesie leczenia pacjenta można przypisać zasadę prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, należytego nadzoru, ograniczonego zaufania, kolegialnego podejmowania decyzji [Lipski 2014: 7].

Pierwsza z wyżej wymienionych zasad współdziałania dotyczy obowiązków o charakterze administracyjnym oraz organizacyjnym. W praktyce zasada ta zostaje odzwierciedlona m.in. poprzez zagwarantowanie właściwego sprzętu medycznego, skoordynowanie jednostek, komórek składających się na dany podmiot leczniczy. Realizacja tej zasady nie ma więc bezpośredniego związku z świadczeniem zdrowotnym udzielanym danemu pacjentowi przez współdziałające osoby. Regulacji dotyczących zasady prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych należy szukać np. w regulaminie organizacyjnym danego podmiotu leczniczego. Warto wspomnieć również, że w ramach opisywanej zasady zawarty jest także nadzór, ale tylko w odniesieniu do kwestii organizacyjnych; nie ma on charakteru nadzoru medycznego, który to nadzór został wyodrębniony w innej zasadzie. Kompetencje nadzorcze o charakterze organizacyjnym nad prawidłowością procesu leczenia pacjenta posiada kierownik podmiotu leczniczego. Pojęcie „kierownika” podmiotu leczniczego jest terminem ustawowym, którego definicja zawarta została w przepisie art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności



lecniczej<sup>9</sup>. Jeżeli ustawa nie dookreśla bądź nie stanowi w inny sposób, to przez termin „kierownik” należy rozumieć m.in. zarząd spółki kapitałowej albo osobę posiadającą uprawnienia do kierowania i reprezentowania na zewnątrz podmiotu wykonującego działalność leczniczą (innego niż podmiot leczniczy działający w formie spółki kapitałowej). W praktyce bardzo rzadko można spotkać się z wykorzystaniem pojęcia „kierownik” dla określenia stanowiska, które zajmuje osoba zarządzająca podmiotem leczniczym. Nazwa tego stanowiska, na którym obsadza się zarządzającego podmiotem leczniczym, powinna wynikać ze statutu danej jednostki – podmiotu leczniczego. W praktyce najczęściej można spotkać się ze stanowiskiem „dyrektora” podmiotu leczniczego. Zgodnie z art. 46 ust. 1 udl kierownik podmiotu leczniczego ponosi pełną odpowiedzialność za zarządzanie podległą mu jednostką. Odpowiedzialność ta może mieć m.in. charakter cywilny czy podatkowy, ale też i karny [Dercz, Rek 2019: komentarz do art. 46 udl]. Swoje obowiązki kierownik podmiotu leczniczego wykonuje z uwzględnieniem postanowień statutu i regulaminów organizacyjnych jednostki, do jego zadań należy m.in. zapewnienie organizacji pracy podmiotu leczniczego oraz współdziałania jego jednostek i komórek organizacyjnych.

W przypadku pierwszej z zasad, biorąc pod uwagę kwestię ponoszenia odpowiedzialności, można wyróżnić odpowiedzialność za błąd organizacyjny. Należy jednak pamiętać, że błąd ten zasadniczo będzie miał charakter niemedyyczny.

Drugą z wyróżnionych zasad jest zasada należytego nadzoru. Obejmuje ona swym zakresem obowiązki osób, które biorą bezpośredni udział w procesie leczenia pacjenta. Zasada ta jest właściwa w przypadku istnienia wertykalnej organizacji współdziałania w procesie leczenia. W takim bowiem przypadku istnieje układ hierarchiczny, w którym jeden podmiot jest w stosunku podporządkowania drugiemu. Najistotniejszym celem tej zasady jest zapewnienie prawidłowego udzielenia świadczenia zdrowotnego w procesie leczenia. Zasada ta jest realizowana poprzez stałą bądź okresową kontrolę udzielanego świadczenia zdrowotnego oraz osób, które go udzielają. Podstawą dla prowadzenia kontroli są przede wszystkim umowy, które łączą osobę bezpośrednio uczestniczącą w procesie leczenia z podmiotem, w którym to świadczenie jest udzielane. Obowiązek kontroli może wynikać ponadto z przepisów prawa oraz aktów prawa wewnętrznego. Analizując przepisy prawa, można wyróżnić dwa rodzaje nadzoru – ogólny oraz bezpośredni, gdzie w każdym z nich należy odwoływać się do aktualnej wiedzy medycznej.

Nadzór nad procesem leczenia obejmuje kontrolę określonych czynności podjętych przez osobę współdziałającą w tym procesie. Kontrola nie musi być

---

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2022, poz. 633 z późn. zm.), zwana dalej: „udl”.

przeprowadzana w trakcie dokonywania czynności – udzielania świadczeń, może wystąpić po ich dokonaniu, jednak uznaje się, że osoba nadzorująca powinna mieć możliwość niezwłocznego pojawienia się w miejscu udzielania świadczenia zdrowotnego w sytuacji wystąpienia niebezpieczeństwa. W przypadku kontroli po udzieleniu świadczenia zdrowotnego osoba nadzorująca opiera się na dokumentacji medycznej lub ponownie zleconych badaniach stanu zdrowia pacjenta.

Przykładem nadzoru ogólnego jest opieka nad pacjentem po zakończeniu operacji przez anestezjologa. Ten rodzaj nadzoru nie wiąże się więc z reguły z sytuacjami bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta. Z kolei nadzór bezpośredni częściej ma miejsce właśnie w sytuacjach, w których występuje podwyższone ryzyko dla życia lub zdrowia pacjenta. Przykładem jest nadzór sprawowany przez lekarza anestezjologa nad lekarzem będącym w trakcie specjalizacji, który bezpośrednio wykonuje znieczulenie pacjentowi. W takiej sytuacji bezpośrednia obecność i nadzór nad udzielanym świadczeniem zdrowotnym przez lekarza przełożonego jest konieczna, umożliwia bowiem niezwłoczną ingerencję w proces w przypadku wystąpienia błędu mogącego zagrozić zdrowiu lub życiu [Lipski 2014: 10].

Trzecia zasada ma za zadanie zagwarantować efektywność i sprawność udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez ich specjalizację, czyli podział całego procesu leczenia pacjenta na poszczególne etapy i przypisanie do każdego z etapów osób, które posiadają najwłaściwsze dla danego etapu kompetencje i doświadczenie. Owo ograniczone zaufanie wynikające z tej zasady dotyczy osób, które współdziałają w procesie leczenia. Ta zasada w przeciwieństwie do zasady należytego nadzoru ma strukturę horyzontalną, obowiązuje bowiem podmioty współdziałające w procesie leczenia pacjenta, które są wobec siebie na równorzędnym poziomie. Nie ma tu sytuacji podległości jednego podmiotu od drugiego. Zasada ograniczonego zaufania do osób współdziałających wynika z ogólnych reguł ostrożności, które winny być oczekiwane w danych okolicznościach. W praktyce przejawia się ona tym, że osoby współdziałające są przekonane, że każda wykonuje swoje czynności w procesie leczenia w należyty sposób, czyli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i przyjętymi powszechnie standardami postępowania. Jeżeli osoby współdziałające otrzymają informację, że inna osoba współdziałająca wykracza poza przyjęte reguły, to ich obowiązkiem jest ograniczenie zaufania względem tej osoby z jednoczesnym podjęciem niezbędnych czynności, których wynikiem ma być jak najszybsze zaprzestanie przez nią dalszego naruszania reguł i przede wszystkim odsunięcie od pacjenta grożącego mu niebezpieczeństwa.

Z zasady tej wynika obowiązek weryfikowania prawidłowości postępowania każdej z osób współdziałających w całym procesie leczenia i na każdym z jego eta-

pów. W praktyce zasada ta może zostać odzwierciedlona poprzez zawiadomienie podmiotów nadrzędnych o zauważonym odstępstwie od reguł postępowania lub bezpośrednio udzielenie świadczenia zdrowotnego, mające na celu uchronienie zdrowia lub życia pacjenta. Sposób działania jest więc zależny od posiadanych kwalifikacji i kompetencji, albowiem osoba, która nie posiada wiedzy medycznej, nie będzie w stanie podjąć się udzielenia świadczenia zdrowotnego, jedynie możliwe będzie zawiadomienie przez nią podmiotów nadrzędnych o dostrzeżonym uchybieniu. Należy też pamiętać, że owe uchybienia nie muszą mieć bezpośredniego związku z udzielaniem świadczeń pacjentowi, lecz dotyczyć mogą także nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej. Jeżeli bowiem proces leczenia pacjenta jest wieloetapowy, to każda kolejna czynność, każde kolejne badanie czy świadczenie będzie wynikało z już wcześniej podjętych. Jeśli na którymś z etapów procesu został popełniony błąd, to będzie on przyczyniać się do popełniania kolejnych błędów na dalszych etapach procesu leczenia, także przez osoby, które na wcześniejszym etapie nie uczestniczyły w tym procesie. Co istotne, w konsekwencji może przełożyć się to na przypisanie odpowiedzialności karnej nie tylko osobie, która jako pierwsza popełniła błąd, ale także kolejnym osobom współdziałającym, które choć powinny (biorąc pod uwagę np. doświadczenie zawodowe, posiadaną wiedzę medyczną) dostrzec błąd i skorygować kolejne kroki, nie zrobiły tego i swoim działaniem prowadzą do wystąpienia kolejnych błędów mających wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie pacjenta [Lipski 2014: 10–12].

Zasada kolegialnego podejmowania decyzji polega na zasięgnięciu opinii oraz grupowym podejmowaniu decyzji dotyczących procesu leczenia pacjenta. Wraz z rozwojem medycyny w coraz mniejszym stopniu mamy do czynienia z autonomią podejmowania decyzji w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych. Osoby współdziałające w procesie powinny między sobą konsultować i wspólnie ustalać przebieg procesu leczenia. Dzięki temu leczenie może stać się efektywniejsze, a cały proces leczenia spójny. Ułatwia to również udzielanie świadczeń zdrowotnych przez współdziałające osoby.

Wspólne podejmowanie decyzji wpływa na kwestię ewentualnego przypisania odpowiedzialności karnej. Wpływ ten należy ocenić jako niekorzystny albo zwiększający trudność w przypisaniu odpowiedzialności, gdy na większej liczbie osób oparty zostaje bowiem ciężar podjętej decyzji (wspólnej decyzji), to w sytuacji wystąpienia błędu powstaje pytanie, komu należy tę odpowiedzialność przypisać – jednej czy kilku osobom.

Kolegialne podejmowanie decyzji wiąże się z koniecznością m.in. konsultowania poszczególnych przypadków, zasięgnięcia opinii u innych specjalistów, wspólnego omawiania procesu leczenia i jego poszczególnych etapów z wyodrębnieniem świadczeń, które mają zostać podjęte w jego trakcie.

## 5. Odpowiedzialność wskutek współdziałania

Problem przypisania odpowiedzialności karnej w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia pacjenta pojawia się dość często. Nie można bowiem ograniczyć odpowiedzialności wyłącznie do zachowania się jednej osoby, jeżeli w procesie leczenia brało udział wiele osób i każda z nich miała wpływ na przebieg tego procesu, czy to w sposób pośredni, konsultując i wydając opinie, czy też bezpośredni — udzielając świadczenia zdrowotnego. Takie ograniczenie do jednej tylko osoby mogłoby mieć miejsce jedynie w przypadku, w którym „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” [Sroka 2013: 383]. Taka sytuacja w praktyce mogłaby mieć najczęściej miejsce na przykład w przypadku prowadzenia indywidualnej praktyki lekarskiej, gdzie pacjent jest obsługiwany przez jedną osobę, która samodzielnie ustala przebieg procesu leczenia i podejmuje określone czynności, udziela świadczeń zdrowotnych. W takich okolicznościach za ewentualny błąd osoba ta będzie ponosić odpowiedzialność karną. Naturalnie, muszą zostać spełnione również przesłanki do tego, by tę odpowiedzialność karną móc przypisać.

W przypadku współdziałania w procesie leczenia pacjenta wielu osób sytuacja jest bardziej skomplikowana. Zarówno naruszenie zasad współdziałania w procesie leczenia pacjenta, jak i naruszenie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych może doprowadzić do przypisania sprawcy odpowiedzialności karnej. Zatem zasady współdziałania w procesie leczenia pacjenta oraz zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do odpowiedzialności karnej należy stawiać na tym samym równoważnym poziomie. Ocena każdej z zaistniałych sytuacji wymaga za każdym razem odwołania się do obowiązków poszczególnych współdziałających w procesie leczenia osób. Przypisując odpowiedzialność karną za współdziałanie w procesie leczenia, należy brać pod uwagę w pierwszej kolejności czas, w którym poszczególne osoby, biorące udział w procesie, wykonywały określone czynności. W drugiej kolejności należy wziąć pod uwagę i ocenić, na ile istotne było naruszenie reguł postępowania. Na koniec należy ocenić stopień przyczynienia się tych okoliczności danego przypadku do powstania skutku w postaci np. błędu medycznego [Lipski 2014: 19].

Przy ocenie danego przypadku należy kierować się takimi kryteriami, jak m.in. posiadana wiedza medyczna, kwalifikacje, doświadczenie zawodowe, pełniona w podmiocie funkcja, stosunki zależności. O istotności przekroczenia reguły bądź reguł postępowania decydować będzie poziom doświadczenia osoby naruszającej, albowiem im bardziej doświadczona osoba, tym więcej się od niej oczekuje. Dalej, istotne będzie także to, czy błąd, który został popełniony, wynikał

z naruszenia normy postępowania w trakcie wykonywania podstawowych czynności, do których nie jest potrzebna wąska wiedza, czy też były to czynności, do których niezbędna była pogłębiona wiedza i bogate doświadczenie zawodowe. W tym przypadku ocenia się „reguły o charakterze elementarnym” [Lipski 2014: 19].

## 6. Podsumowanie

Aby właściwie ocenić i przypisać odpowiedzialność karną w związku ze współdziałaniem w procesie leczenia pacjenta, poza regułami wynikającymi z prawa karnego należy brać pod uwagę przesłanki odpowiedzialności karnej, reguły udzielania świadczeń zdrowotnych oraz reguły współdziałania poszczególnych osób w procesie leczenia, czyli zasady nadzoru czy zasady ograniczonego zaufania, zasady kolegiального podejmowania decyzji i zasady prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

Naruszenie zarówno zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i zasad współdziałania skutkować może przypisaniem sprawcy odpowiedzialności karnej. W przypadku wystąpienia kolizji odpowiedzialności za skutek spowodowanej współdziałaniem wielu osób w procesie leczenia pacjenta należy wziąć pod uwagę, jaki był zakres działania i jakie obowiązki wykonywały poszczególne osoby biorące udział w tym procesie, a więc ze sobą współdziałające. Przy kolizji odpowiedzialności za skutek istotny jest czas, w którym osoby współdziałające faktycznie działały, czy to przez bezpośrednie udzielanie świadczeń, czy to przez np. konsultację i wydanie opinii. Następnie kluczowa jest ocena istotności naruszenia przez osoby współdziałające określonych reguł postępowania i wskazanie zakresu wywołania skutku. W każdym przypadku wystąpienia kolizji odpowiedzialności należy oceniać tylko okoliczności danej sytuacji.

## Literatura

- Dercz M., Rek T., 2019, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Giezek J., 2021, w: D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Warszawa: Wolters Kluwer, <https://sip.lex.pl/#/commentary/587846583/644023/giezek-jacek-red-kodeks-karny-czesc-ogolna-komentarz?cm=URELATIONS> [dostęp: 11.10.2022].
- Karkowska D., 2016, w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, wyd. III, Warszawa: Wolters Kluwer, <https://sip.lex.pl/#/commentary/587281074/490023/karkowska-dorota-ustawa-o-prawach-pacjenta-i-rzeczniku-praw-pacjenta-komentarz-wyd-iii?cm=URELATIONS> [dostęp: 11.10.2022].

- Lipski M., 2014, Kolidacja odpowiedzialności za przestępny skutek w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*, 107–128.
- Sroka T., 2013, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, tj. Dz.U. 2022.1138 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2003 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. Dz.U. 2022.1876 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. Dz.U. 2022.633 z późn. zm.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2002 r., sygn. akt: III KK 58/02, LEX nr 56846.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 marca 2015 r., sygn. akt I ACa 1219/14, LEX nr 1665829.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2013 r., sygn. akt II K 124/12, LEX nr 1277697.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2016 r., sygn. akt I ACa 173/15, LEX nr 1994445.

### **Criminal liability resulting from cooperation in the treatment of a patient**

**Abstract.** The aim of the article is to present and systematize the problem of criminal liability for an error in the treatment of a patient in which several people were involved. Complex treatments often require cooperation, which, in the event of an error, may lead to a conflict of responsibility for the result. When attributing criminal liability to a given person, it is very important to take into account the scope of duties that they were responsible for with respect to the patient. The analysis of the problem is based on a review of the relevant literature by applying the theoretical and legal method.

**Keywords:** criminal law, criminal liability, patient, treatment process, cooperation, conflict of responsibility for the result