

Anna Jacek, Katarzyna Ożóg

OCHRONA KARNA PRAW PACJENTA

I. Ogólne zasady odpowiedzialności karnej

Podstawową przesłanką pociągnięcia personelu medycznego do odpowiedzialności karnej jest postępowanie wyczerpujące znamiona przestępstwa określone w normie prawa karnego. W myśl art. 1 ust 1 kodeksu karnego (zwanego dalej k.k.) przestępstwo to zawiniony czyn człowieka, zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia.

Podjętując rozważania związane z odpowiedzialnością karną personelu medycznego, trzeba przedstawić istotne elementy przestępstwa, do których należy zaliczyć:

1. podmiot – zgodnie z art. 10 k.k. jest to osoba fizyczna, która ukończyła siedemnaście lat w chwili popełnienia czynu zabronionego i nie działa w szczególnej sytuacji motywacyjnej. W myśl art. 10 ust 2 k.k. od tej zasady istnieją wyjątki – w szczególnych przypadkach do odpowiedzialności może zostać pociągnięta osoba, która w chwili popełnienia czynu ukończyła piętnaście lat,
2. stronę podmiotową, która wyraża stosunek psychiczny sprawcy do czynu i stanowi przesłankę winy. Czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, gdy sprawca ma zamiar jego popełnienia, chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi. Wyróżnia się dwie postacie zamiaru popełnienia czynu zabronionego: bezpośredni – gdy sprawca przejawia wolę i chęć popełnienia czynu zabronionego lub ewentualny – gdy sprawca przewiduje możliwość popełnienia czynu zabronionego w wyniku swojego zachowania lub zgadza się na jego popełnienie.
3. przedmiot – są to wszelkie dobra prawne, takie jak życie, zdrowie, bezpieczeństwo, wolność,
4. stronę przedmiotową – aby doszło do zaistnienia przestępstwa, muszą zajść trzy przesłanki:

- a) wina sprawcy – może wyrażać się przez działanie, np. podanie leku, wykonanie zastrzyku lub iniekcji, bądź zaniechanie, np. nieudzielenie pomocy, niepodanie leku,
- b) popełnienie czynu zabronionego – polega na samych doznaniach psychicznych człowieka, np. podczas zniesławienia, zniewagi, bądź przybiera postać materialną, np. niebezpieczeństwo grożące utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, uszczerbek na zdrowiu, śmierć człowieka,
- c) zaistnienie związku przyczynowego pomiędzy czynem a skutkiem, który nastąpił w wyniku popełnienia przestępstwa. Ustalenie takiego związku składa się z dwóch etapów. Pierwszy z nich ma na celu rozpoznanie danego związku w aspekcie pozytywnym, jak i negatywnym. Sąd poszukuje wtedy odpowiedzi na dwa podstawowe pytania dotyczące tego, czy gdyby personel medyczny nie podjął niewłaściwych działań, to nie miałby miejsca skutek wymieniony w przepisach prawa karnego oraz czy gdyby zachował się wówczas właściwie, czyli podjął odpowiednie działanie medyczne, doszłoby do takiego skutku, czy też nie. Do drugiego etapu analizy danego związku przyczynowego sąd przystępuje w przypadku udzielenia pozytywnych odpowiedzi na dwa wcześniej wspomniane pytania. Etap ten służy określeniu adekwatnego związku między zachowaniem się sprawcy a skutkiem. Sprawcy szkody mogą być przypisane tylko normalne, obiektywnie przewidywalne następstwa jego zachowania.

Na stopień naganności czynu składają się takie elementy, jak: rodzaj naruszonego dobra (np. godność osobista, zdrowie), rozmiar powstałej szkody, motywy zachowania sprawcy, sposób popełnienia czynu, rodzaj naruszonych reguł ostrożności. W przypadku braku społecznej szkodliwości albo jej znikomości czyn nie stanowi przestępstwa, co nie oznacza, że sprawca będzie wolny od wszelkiej odpowiedzialności, np. dyscyplinarnej czy za wykroczenie¹.

Charakter pracy personelu medycznego sprawia, że najczęstszymi przestępstwami przez niego popełnianymi mogą być przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu, które zostały uregulowane w rozdziale XIX k.k. Należą do nich:

- zabicie człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego,
- nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka,
- spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,
- naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia,

¹ M. Kordela, *Elementarne wiadomości o prawie karnym* [w:] *Kompendium wiedzy o społeczeństwie, państwie i prawie*, red. S. Wronkowska, M. Zmierzak, Warszawa – Poznań 1993, s. 221.

- narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
- nieudzielenie pomocy.

Za popełnione przestępstwa kodeks karny przewiduje następujące sankcje:

- grzywnę wymierzoną w stawkach dziennych (najniższa liczba stawek wynosi 10, natomiast najwyższa 360). Wysokość stawki dziennej nie może być niższa od kwoty 10 zł ani przekroczyć 2000 zł²,
- ograniczenie wolności, czyli wykonywanie nieodpłatnej pracy w celach społecznych w miejscu wskazanym przez sąd. Może to być: odpowiedni zakład pracy, placówka ochrony zdrowia, pomocy społecznej, organizacja lub instytucja niosąca pomoc charytatywną lub działająca na rzecz społeczności lokalnej. Prace wykonuje się w wymiarze od 20 do 40 godzin w stosunku miesięcznym. Sąd zamiast pracy społecznej może orzec potrącenie od 10 do 25% wynagrodzenia za pracę na rzecz Skarbu Państwa lub na cel społeczny,
- pozbawienie wolności (może trwać od miesiąca do 15 lat),
- 25 lat pozbawienia wolności,
- dożywotnie pozbawienie wolności.

Sankcje te orzekane są po przeprowadzeniu postępowania przez sąd powszechny. W celu wszczęcia postępowania przed sądem niezbędne jest złożenie aktu oskarżenia przez prokuratora lub oskarżyciela prywatnego.

Wszelkie działania personelu medycznego można uznać za bezprawne tylko wtedy, gdy stanowią naruszenie normy sankcjonowanej przy jednoczesnym braku okoliczności wyłączających bezprawność. Bezprawność, jako naruszenie nakazu lub zakazu prawa, to nie tylko formalna sprzeczność zachowania z normą sankcjonowaną prawa karnego – wypełnienie ustawowych znamion, ale także okoliczność, że czyn ten godzi w chronione prawem dobra, czyli narusza je lub naraża na niebezpieczeństwo. Przedstawione uwagi w odniesieniu do błędu medycznego w przypadku lekarza dotyczą przejawów niezachowania zasad ostrożności koniecznych w postępowaniu medycznym.

Podsumowując, stwierdzić należy, że niespełnienie wymogów ostrożności w postępowaniu medycznym niesie różnego stopnia zagrożenia dla najwyższych dóbr, jakimi są zdrowie i życie człowieka. Przepisy k.k. określają fakultatywne lub obligatoryjne nałożenie na sprawcę obowiązku naprawienia szkody. W wyznaczonych przez k.k. przypadkach sąd może zobowiązać sprawcę do naprawienia w całości lub w części szkody wyrządzonej przestępstwem. Takie orzeczenie nie zamyka jednak pokrzywdzonemu drogi do dochodzenia niezaspokojonych roszczeń w drodze procesu cywilnego.

² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. DzU z 2016 r., poz. 1137).

II. Wybrane przypadki odpowiedzialności karnej personelu medycznego

1. Odpowiedzialność za narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki

Obowiązek pomocy lekarskiej zawarty jest w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki³. Jest on zobowiązany do świadczenia pomocy w każdej sytuacji, w której brak jej udzielenia rodzi dla pacjenta niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia.

Podobny obowiązek pielęgniarki i położnej określa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej, gwarantując udzielenie pacjentowi pomocy, zgodnie z posiadanymi przez pielęgniarki i położne kwalifikacjami, w przypadku niebezpieczeństwa utraty przez niego życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu. Wówczas mają one obowiązek podejmowania profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej oraz udzielenia pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w stanach zagrożenia życia⁴.

Przypadek niecierpiący zwłoki należy zdefiniować jako okoliczność, która bezpośrednio zagraża życiu, ale także sytuację stwarzającą pośrednio zagrożenie dla życia pacjenta. Może wystąpić w związku z nagłym zdarzeniem takim jak wypadek drogowy lub być następstwem działań rozciągniętych w czasie. Jeśli chodzi o przypadki niecierpiące zwłoki, udzielenie pomocy obejmuje świadczenia ratujące życie pacjenta lub chroniące go przed poważnym uszczerbkiem na zdrowiu. Natomiast rozważając problem niedochowania wymogu udzielenia natychmiastowej pomocy, bierze się pod uwagę zarówno nieudzielenie w ogóle świadczeń zdrowotnych pacjentowi, jak i opóźnienie w ich udzieleniu. Personel medyczny ma obowiązek udzielania pomocy nie tylko, gdy wykonuje czynności wynikające z umowy o pracę lub ze stosunku kontraktowego, ale także gdy jest świadkiem zdarzenia, w którym niezbędna jest interwencja medyczna. Obowiązek ten istnieje bez względu na to, czy wypadek niecierpiący zwłoki powstał z przyczyn obiektywnych, czy w związku z działaniami osoby zagrożonej oraz niezależnie od tego, czy są szanse na sku-

³ Art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. DzU z 2015 r., poz. 464 ze zm.).

⁴ Art. 19 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. DzU z 2016 r., poz. 1251).

teczne udzielenie pierwszej pomocy. Odmowa udzielenia pomocy musi być oparta wyłącznie na racjonalnych przesłankach. Personel medyczny może nie udzielić pomocy, gdy:

- jest niezdolny do jej udzielenia z powodu choroby lub stanu psychofizycznego,
- jest w trakcie udzielania pomocy innej osobie, która wymaga interwencji medycznej,
- udzielenie pomocy naraża życie lub zdrowie personelu medycznego,
- choremu nie zagraża niebezpieczeństwo utraty życia, wystąpienia negatywnych dla zdrowia skutków lub nie istnieje sytuacja niecierpiąca zwłoki.

W stanach nagłych powinno się udzielać świadczeń niezwłocznie, a więc bez skierowania oraz z pominięciem procedury dostępowej w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. listy oczekujących na świadczenia zdrowotne, a także bez względu na limity określone w umowach między świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia. W art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej określanej w skrócie ustawą o p.p.) wyróżniono prawo do natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Natomiast zgodnie z ustępem 2 tego artykułu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem⁵. W tym przepisie zawarty jest bezwzględny nakaz udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych w sytuacji nagłej, wymagającej natychmiastowej pomocy lekarskiej z powodu stanu zagrożenia życia lub zdrowia. Wtedy żadne okoliczności nie mogą być podstawą odmowy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Niedopełnienie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych osobie wymagającej natychmiastowej pomocy z uwagi na zagrożenie zdrowia lub życia może stanowić przesłankę odpowiedzialności karnej personelu medycznego. Nieudzielenie pomocy jest bowiem jednoznaczne z popełnieniem czynu niedozwolonego. W k.k. nie występuje odrębny przepis dotyczący odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne za zaniechanie udzielania świadczenia medycznego. Kwalifikacja prawna wspomnianego czynu zależy od relacji łączącej personel medyczny z pacjentem. Personel ten jest gwarantem bezpieczeństwa osoby zagrożonej w sferze życia i zdrowia tylko w sytuacji, gdy spoczywa na nim szczególnie obowiązek prawny zapobiegania negatywnym skutkom dla życia i zdrowia, tj. gdy konkretny lekarz w stosunku do konkretnego pacjenta znajduje się w szczególnej relacji polegającej na tym, iż w związku z wykonywaniem swego zawodu w ramach publicznoprawnego stosunku pracy w podmiocie leczniczym lub w ramach umowy cywilnoprawnej jest zobowiązany do zapobiegania

⁵ Art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. DzU z 2016 r., poz. 186 ze zm.).

negatywnym dla zdrowia i życia pacjenta skutkom. Gdy takie relacje nie występują, wówczas odpowiedzialność karna może mieć podstawę tylko w art. 162 k.k. Zgodnie z nim każdy, kto nie udziela pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat. Odnosząc się do omawianego artykułu, należy zaznaczyć, że przedmiotem przestępstwa staje się ten, kto może udzielić pomocy osobie znajdującej się w niebezpieczeństwie bez narażenia siebie lub innej osoby na analogiczne niebezpieczeństwo, ale tego nie czyni. Pojęcie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zostało wyjaśnione w art. 156 k.k. Zgodnie z tym przepisem za ciężki uszczerbek uważa się: pozbawienie człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, inne ciężkie kalectwo, ciężką nieuleczalną lub długotrwałą chorobę, chorobę realnie zagrażającą życiu, trwałą chorobę psychiczną, całkowitą albo znaczną trwałą niezdolność do pracy w zawodzie lub trwałe, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała⁶.

Można wnioskować, że w sytuacjach zagrożenia średnim lub lekkim uszczerbkiem na zdrowiu nie istnieje obowiązek udzielenia pomocy. Przepis art. 162 dotyczy jedynie tych osób, które mogą jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała. Nie podlegają mu także osoby wtedy, gdy do udzielenia pomocy konieczne jest poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo potrzebna jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej⁷.

Aby doszło do popełnienia przestępstwa z art.162 k.k., sprawca musi nie udzielić pomocy człowiekowi, któremu grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężki uszczerbek na zdrowiu. Osoby wykonujące zawody medyczne bezsprzecznie posiadają tę świadomość i znają granice, w jakich można udzielać pomocy bez narażenia kogokolwiek na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Odpowiedzialność personelu medycznego zależy także od faktu, czy w konkretnym przypadku jest on gwarantem bezpieczeństwa osoby, której życie albo zdrowie są zagrożone.

Do przesłanek odpowiedzialności personelu medycznego za to przestępstwo należą:

- świadomość personelu dotycząca istnienia niebezpieczeństwa grożącego pacjentowi,
- podjęcie decyzji o nieudzieleniu pomocy mimo posiadania tej świadomości,
- nieciążenie na personelu medycznym szczególnego prawnego obowiązku troski o danego pacjenta.

⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. DzU z 2016 r., poz. 1137).

⁷ A. Kilińska-Pękacz, *Odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy*, „Jurysta” 2012, nr 6, s. 6–7.

Warto wskazać trzy wyjątkowe sytuacje, w których lekarz, pielęgniarka i inne osoby wykonujące zawody medyczne nie ponoszą odpowiedzialności za niewywiązanie się z obowiązku udzielania pierwszej pomocy. Jedną z nich ma miejsce, gdy lekarz powołuje się na klauzulę własnego bezpieczeństwa. Narazenie personelu medycznego na utratę życia lub zdrowia musi wynikać z sytuacji lub otoczenia, w jakich się znajduje, udzielając pomocy. Jeśli członkowie personelu stwierdzą, że zastosowanie technik i metod minimalizujących ryzyko dla ich życia i zdrowia jest niewystarczające i są przekonani, iż udzielenie pomocy w konkretnej sytuacji oznacza jednocześnie poświęcenie ich własnego zdrowia, mogą jej nie udzielać, powołując się na stan wyższej konieczności. Wolno im tak postąpić tylko wtedy, gdy zagrożenie dla ich życia lub zdrowia nie jest związane ze stanem zdrowia osoby wymagającej pomocy medycznej, ale z czynnikami zewnętrznymi⁸. Sama istota zawodów medycznych przesądza, o tym że ci, którzy je wykonują, znają stosowane środki i techniki ograniczające ryzyko zainfekowania się chorobą zakaźną podczas kontaktu z chorym na nią pacjentem, dlatego nie mogą korzystać ze standardowych reguł wyłączających odpowiedzialność karną w związku z takim ryzykiem.

Drugą sytuacją zachodzi, gdy lekarz czy pielęgniarka są w trakcie udzielania pomocy jednemu pacjentowi, który wymaga natychmiastowej interwencji medycznej. Mogą wtedy odmówić udzielenia pomocy kolejnej osobie. Dzieje się tak wówczas, gdy poszkodowanych jest kilku i równoległe spełnienie w stosunku do nich obowiązku okazuje się fizycznie niemożliwe.

Trzeci wyjątek stanowi okoliczność, gdy lekarz czy pielęgniarka nie są zdolni do udzielenia pomocy ze względu na własną chorobę lub stan psychofizyczny. W tym przypadku osobie potrzebującej pomocy mogłoby grozić dodatkowe niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Taka sytuacja pojawia się, gdy wspomniany personel znajduje się w stanie upojenia alkoholowego, który uniemożliwia prawidłową ocenę i zagaża pacjentowi.

Personel medyczny może także podlegać odpowiedzialności za szereg przestępstw skutkowych przeciwko życiu lub zdrowiu, w których nie wystarcza jedynie sprawdzenie stanu niebezpieczeństwa lub nieudzielenia pomocy osobie zagrożonej.

W zależności od rodzaju skutków personel medyczny zostaje pociągnięty do odpowiedzialności za te wynikające z zaniechania udzielenia pomocy, np. powstanie uszkodzenia ciała (art. 156 k.k.), średni lub lekki rozstrój zdrowia (art. 157 k.k.) czy nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.). Osoby wykonujące zawody medyczne ponoszą odpowiedzialność z art. 160 k.k. za narazenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sprawca tego przestępstwa podlega karze pozbawienia

⁸ J. Zajdel, *Prawo w medycynie*, Łódź 2006, s. 199–201.

wolności do 3 lat. W myśl art. 160 ust. 2 k.k. karze od trzech miesięcy do pięciu lat pozbawienia wolności podlega sprawca czynu, gdy ciążył na nim obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo⁹. Jeśli sprawca czynu działa nieumyślnie, wówczas podlega karze grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku. Kary za to przestępstwo nie ponosi sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo.

2. Odpowiedzialność za wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta

Problem zgody pacjenta związany jest z konfliktem, jaki może powstać między prawem każdego człowieka do samostanowienia a samoistną ochroną w prawie karnym dóbr osobowych podczas wykonywania czynności leczniczych. Prawo karne chroni zdrowie i życie niezależnie od woli człowieka, który nie musi być automatycznie dysponentem prawnym tych wartości. Pacjentowi wolno narażać swoje zdrowie i życie, jednak personel medyczny nie może, nawet za zgodą pacjenta, przyczynić się do ich naruszenia. Przedmiotem ochrony prawa pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne jest autonomia i swoboda decyzji o niepoddawaniu się interwencji medycznej¹⁰. W myśl art. 192 ust. 1 k.k. działanie bez zgody pacjenta powoduje powstanie odpowiedzialności personelu medycznego. Zgodnie z nim każdy, kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia albo pozbawienia wolności do lat dwóch¹¹. Sprawcą tego przestępstwa może być wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny, zobligowana ustawowo do podejmowania interwencji na podstawie zgody pacjenta. W definicji zabiegu leczniczego ustawodawca położył nacisk na cel zabiegu, który ma leczniczy charakter. Zgoda pacjenta odnosi się tylko do osób uprawnionych do udzielania pomocy, a więc wyłącznie do personelu medycznego. Przestępstwo wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta może zostać popełnione wyłącznie umyślnie. Przyjmuje formy:

- zamiaru bezpośredniego, gdy personel medyczny ma świadomość, że brakuje prawnie ważnej zgody pacjenta na zabieg, a mimo to czynność taką wykonuje,
- zamiaru ewentualnego, gdy personel przewiduje możliwość, że pacjent nie wyrazi ważnej prawnie zgody na zabieg lub nie jest pewien, czy ją wyrazi, i mimo jej braku godzi się na dokonanie zabiegu. Sytuacja taka ma miejsce głównie w warunkach pracy zespołowej¹².

⁹ Art. 160 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. DzU z 2016 r., poz. 1137).

¹⁰ M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1, s. 17–21.

¹¹ Art. 192 ust 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. DzU z 2016 r., poz. 1137).

¹² A. Fiutak, *Zgoda pacjenta a odpowiedzialność karna lekarza*, „Jurysta” 2011, nr 2, s. 37–41.

Należy podkreślić, że zgoda musi zostać wyrażona świadomie w stosownej formie i po uprzednim poinformowaniu pacjenta. Zakres informacji powinien być uzależniony każdorazowo od indywidualnej oceny pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku czynności medycznych niebędących zabiegami operacyjnymi albo metodami leczenia stwarzającymi podwyższone ryzyko dopuszcza się każdą formę zgody pacjenta. Zwykle wyrażona jest ustnie lub poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez personel czynnościom medycznym. Jeśli chodzi o zabiegi operacyjne i metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko, wymagana jest zgoda pacjenta w formie pisemnej. Gdy w tej sytuacji została ona wyrażona ustnie, choć przepisy ustawy z dnia 6 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty określają wymóg jej pisemności, wówczas zgoda nie spełnia wszystkich warunków przewidzianych w ustawie. Jest więc nieważna. Należy nadmienić, iż występują jednak przypadki, gdy lekarz ze względów obiektywnych nie może otrzymać pisemnej zgody, mimo że pacjent jest świadomy. Wyraża wtedy zgodę w inny sposób, a ustawodawca uznaje tę formę za prawidłową.

Procedura wyrażania zgody wskazana jest głównie w art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przed wykonaniem zabiegu pacjent musi świadomie i dobrowolnie wyrazić zgodę. Gdy pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wówczas wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego. Jeśli porozumienie z nim jest niemożliwe bądź przedstawiciel ustawowy jest nieobecny, do przeprowadzenia zabiegu medycznego wymaga się zezwolenia sądu opiekuńczego. Opiekun faktyczny może wyrazić zgodę jedynie na badanie lekarskie. W myśl art. 32 ust. 4 omawianej ustawy w przypadku pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy. Jeśli jednak osoba jest w stanie wypowiedzieć swoją opinię w sprawie badania, istnieje konieczność uzyskania także jej zgody¹³. Zgoda pacjenta jest również wymagana, gdy ukończył 16 rok życia.

Zgodnie z art. 192 ust 1 k.k. kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch¹⁴. Zabieg leczniczy można zinterpretować jako zabieg lekarski przybierający formę zarówno czynności leczniczej (terapeutycznej), jak i lekarskiej (nieterapeutycznej), podejmowany w stosunku do pacjenta na etapie profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Wykonanie zabiegu może powodować bezpośrednie naruszenie powłoki cielesnej albo naruszenie tkanki mięśniowej, kostnej czy mózgowej przez umieszczenie przyrządów medycznych w ciele pa-

¹³ Art. 32 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. DzU z 2015 r., poz. 464 ze zm.).

¹⁴ Art. 192 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. DzU z 2016 r., poz. 1137).

cjenta, bez naruszenia jego zewnętrznej powłoki. Przesłępstwo z art. 192 ust 1 k.k. ma formalny charakter, niezaleźnie od skutku ewentualnego zabiegu. Wywołanie pogorszenia stanu zdrowia może spowodować odpowiedzialność na gruncie przepisów karnych chroniących życie i zdrowie. Karalność tych przestępstw należy różnicować w zaleźności od stopnia naruszenia warunku uzyskania zgody. Regulacja prawna zawarta w art. 192 ust 1 k.k. pozwala jasno stwierdzić, że dokonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest bezprawne, niezaleźnie od zgodności z zasadami postępowania medycznego. Kaźdy zabieg lekarski przyjmuje formę czynności leczniczej lub lekarskiej, która łączy się z zakłóceniem integralności cielesnej pacjenta przez naruszenie jego tkanki lub fizycznym inwazyjnym wniknięciem w jego ciało. Jeżeli lekarz na skutek czynności leczniczych wykonywanych bez zgody pacjenta naruszy zasady sztuki lekarskiej, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności w związku z popełnieniem przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu oraz w związku z wyczerpaniem znamion czynu zabronionego.

Na podstawie tego artykułu można odpowiadać także wtedy, gdy zabieg niespełniający wymogu uzyskania zgody, wykonany według reguł nie spowodował negatywnych konsekwencji dla zdrowia pacjenta, a nawet uratował mu życie¹⁵. W tych sytuacjach lekarz ma prawo powołać się zgodnie z art. 1 ust 2 k.k. na znikomą szkodliwość społeczną czynu¹⁶. Ocena taka jest możliwa jedynie w przypadku, gdy zabieg był dokonany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, wpłynął pozytywnie na stan zdrowia pacjenta, działania personelu medycznego uzasadniały towarzyszące zabiegowi szczególne okoliczności oraz zostały podjęte dla dobra pacjenta.

Poza niektórymi wyjątkami personel medyczny ma obowiązek poszanowania woli pacjenta, choćby był świadomy, że niewykonanie czynności, na którą nie otrzymał zgody doprowadzi do śmierci pacjenta. Zwykle uznaje się prawo pacjenta do żądania niepodejmowania lub zaprzestania działań mających na celu przedłużenie kończącego się życia. To pacjent decyduje o poddaniu się czynnościom medycznym lub zrezygnowaniu z nich, nawet gdyby konsekwencją jego decyzji była śmierć¹⁷. Personel medyczny nie zostanie pociągnięty do odpowiedzialności karnej za przestępstwa skutkowe przeciwko zdrowiu i życiu, choć nastąpi skutek w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta.

Postępowanie karne jest wszczynane jedynie na wniosek osoby pokrzywdzonej – pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź innej osoby uprawnionej do wyrażenia zgody w imieniu pacjenta.

¹⁵ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 124–132.

¹⁶ Art. 1 ust 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. DzU z 2016 r., poz. 1137).

¹⁷ R. Kędziora, *op. cit.*, s. 86–88.

Ustawodawstwo medyczne wskazuje, że istnieją wyjątkowe sytuacje, kiedy można legalnie dokonywać czynności leczniczych bez zgody pacjenta. Zgoda nie jest konieczna, gdy pacjent wymaga niezwłocznej interwencji lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może jej wyrazić i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Personel medyczny może także pominąć obowiązek uzyskania zgody, gdy w trakcie zabiegu okaże się, że trzeba rozszerzyć zakres pola operacyjnego, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody samego pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego¹⁸.

3. Odpowiedzialność za niepowodzenie w leczeniu

Przepisy k.k. nie zawierają regulacji, które pozwalałyby na pociągnięcie do odpowiedzialności lekarza za niewłaściwe leczenie, bez względu na ewentualne jego następstwa. Istnieją jednak przypadki, w których w wyniku leczenia pacjent doznał uszczerbku na zdrowiu, wskazanego w normach prawa karnego jako znamię określonych przestępstw skutkowych. Termin „niepowodzenie w leczeniu” oznacza nieoczekiwany, niekorzystny rezultat zastosowanej przez personel medyczny terapii, który powstał pomimo postawienia prawidłowej diagnozy, zastosowania odpowiedniego leczenia oraz starannej opieki medycznej. Niepowodzenie w leczeniu obejmuje nieprzewidziane powikłania leczenia, brak odporności czy gwałtowność przebiegu schorzenia. Niepomyślność w leczeniu może wystąpić w każdej chorobie, najczęściej w chorobach nowotworowych, chorobach układu krążenia o gwałtownym przebiegu lub rozwijających się bezobjawowo. Mimo prawidłowego leczenia mogą pojawiać się niepowodzenia, których przyczyny związane są z naturą choroby (jej rodzajem, przebiegiem, okolicznościami zachorowania, dostępnością leczenia) oraz z reaktywnością organizmu samego pacjenta (zbyt późnym zgłoszeniem się na wizytę u specjalisty, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich).

Personel medyczny może odpowiadać za skutki powstałe w wyniku nieprawidłowego leczenia zgodnie z:

- art. 155 k.k. za nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka,
- art. 156 ust 2 k.k. za nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
- art. 157 ust 3 k.k. za nieumyślne spowodowanie lżejszego naruszenia czynności narządu ciała bądź rozstroju zdrowia,
- art. 160 ust 3 k.k. za nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

¹⁸ Ł. Pilarczyk, *Przestępstwo wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Aspekt podmiotowy*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 3–4, s. 219–221.

W k.k. brak regulacji, na podstawie której byłoby możliwe postawienie personelowi medycznemu zarzutu za sam fakt niewłaściwego leczenia bez względu na następstwa takiego postępowania.

Należy wskazać, że ciężki uszczerbek na zdrowiu definiowany jest jako naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia w postaci pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia lub innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej lub znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszczenia lub zniekształcenia ciała. Natomiast średni uszczerbek to naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, które trwają dłużej niż 7 dni, lekki zaś uszczerbek na zdrowiu należy pojmować jak średni, z tym że czas jego trwania wynosi nie dłużej niż 7 dni¹⁹.

W przypadku odpowiedzialności karnej za niepowodzenie w leczeniu niezbędne jest zaistnienie skutku. Ten skutek to określony uszczerbek na zdrowiu lub śmierć człowieka. Aby mówić o odpowiedzialności karnej sprawcy z tytułu błędu medycznego, istotne jest także przypisanie lekarzowi winy nieumyślnej. Można wysunąć wniosek, że personel medyczny generalnie odpowiada na zasadach ogólnych za nieumyślne przestępstwa przeciwko zdrowiu lub życiu człowieka. Niepowodzenie w leczeniu wywołuje poważne konsekwencje społeczne, wiąże się bowiem z ludzkimi tragediami, utratą osób najbliższych czy też z koniecznością zmiany stylu życia w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia pokrzywdzonego. Czyn realizujący znamiona przestępstwa nieumyślnego to naruszenie obowiązku ostrożności w sytuacji gdy sprawca, ze względu na swoje indywidualne właściwości, był zdolny do zachowania wymaganej ostrożności. Za przestępstwo nieumyślne uznaje się czyn:

- bezprawny (naruszający normę sankcjonowaną, niepopołniony w okolicznościach wyłączających bezprawność),
- karalny (realizujący znamiona czynu zagrożonego karą),
- karygodny (stopień społecznego niebezpieczeństwa jest wyższy niż znikomy),
- zawiniony (popołniony w sytuacji, w której sprawca mógł postąpić zgodnie z nakazem w normie prawnej).

Aby pociągnąć do odpowiedzialności w przypadku niepowodzenia w leczeniu, niezbędne jest:

- ustalenie czynu naruszającego wymaganą ostrożność,
- stwierdzenie związku przyczynowego między czynem a powstałym skutkiem,
- stwierdzenie przypisywalności określonemu lekarzowi takiego skutku.

Pierwsza przesłanka dotyczy czynu naruszającego obiektywny obowiązek ostrożności. W myśl art. 9 ust. 2 k.k. czyn zabroniony popołniony jest nieu-

¹⁹ Art. 156, 157 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. DzU z 2016 r., poz. 1137).

myślnie, jeśli 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.

Podstawowe znaczenie dla ustalenia nieumyślności ma niezachowanie wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, nieważne, czy sprawca czynu działał lekkomyślnie lub niedbale. Istotne jest ustalenie, że dane zachowanie naruszało wymagane zasady ostrożności. Naruszenie ostrożności stoi w sprzeczności z obowiązującymi zasadami postępowania, mającymi na celu ochronę określonych dóbr prawnych. Natomiast o czynności leczniczej decyduje przedmiot i sposób jej wykonania.

Druga przesłanka dotyczy wskazania związku przyczynowego między czynnością a określoną zmianą w świecie zewnętrznym, opisanego jako znamię skutku określonych przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Należy ustalić, czy gdyby lekarz nie podjął określonych działań podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, nie doszłoby do powstania uszczerbku na zdrowiu pacjenta oraz czy gdyby podjął właściwe działania, wystąpiłby ten sam skutek. W praktyce jest to niezwykle trudne, gdyż nie zawsze można przewidzieć skutki uboczne działań prowadzonych przez lekarza. Personel medyczny zwykle stosuje najwłaściwsze w danych warunkach procedury medyczne, które stwarzają największe szanse na powodzenie w leczeniu.

Należy także ocenić sposób działania personelu w trakcie wykonywania czynności medycznych. Warunek przypisywalności wartościowanego skutku sprawcy każdego nieumyślnego przestępstwa przeciw życiu lub zdrowiu dotyczy naruszenia reguł postępowania w relacji do określonych dóbr prawnych. Odpowiedzialność personelu medycznego za niepowodzenie w leczeniu to odpowiedzialność za skutek. Niezbędnym warunkiem wypełnienia znamion tego przestępstwa jest powstanie zmiany w świecie zewnętrznym w postaci naruszenia dobra prawnego. Skutkiem może być śmierć pacjenta, spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub rozstroju zdrowia o lżejszym charakterze. Może nim również być stan zagrożenia w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia powstały w wyniku zachowania sprawcy. Warto ustalić działania mające cechy obiektywnej nieostrożności, czyli zachowania obiektywnie sprzeczne z obowiązującymi regułami postępowania medycznego²⁰. Chęć zminimalizowania rozmiaru błędów lekarskich powinna stać się celem działania wszystkich czynników wpływających na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Pacjent nie jest tylko bezwolnym subskrybentem świadczeń zdrowotnych, ale świadomym, współdecydującym kontrahentem dla personelu medycznego.

²⁰ R. Kędziora, *op. cit.*, s. 162–168.

III. Podsumowanie

Procesy karne mają swoją specyfikę, odbywają się z udziałem biegłych, sprawy są skomplikowane i ciągną się długo. Odpowiedzialność karna personelu medycznego w związku z wykonywaniem czynności medycznych to szeroki problem, ważny społecznie i wykazujący powiązania z prawem medycznym. W przypadku lekarza wykonującego czynności terapeutyczne uważane za pierwotnie legalne nie da się wykluczyć ryzyka związanego z tymi czynnościami. Personel, który je realizuje w celach leczniczych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i praktyki medycznej, a także z zachowaniem zasad ostrożności, działa zgodnie z obowiązującymi przepisami i nie poniesie odpowiedzialności za spowodowanie negatywnych dla zdrowia pacjenta skutków. Może jednak odpowiadać karnie w przypadku naruszenia przesłanek legalności czynności leczniczych, nieudzielenia pomocy czy też niepowodzenia w leczeniu. Sprawy te kwalifikowane są zasadniczo z przepisów określających skutkowe przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu oraz z art. 192 k.k. Aby personel medyczny odpowiadał za niepowodzenie w leczeniu, musi spełniać przedstawione w niniejszym artykule przesłanki, do których należą: realizacja ustawowych znamion czynu zabronionego, ustalenie związku przyczynowego, przypisywalności skutku oraz winy sprawcy czynu. Największe trudności wiążą się z przypisaniem personelowi medycznemu określonego skutku przestępnego, bowiem z charakteru pracy lekarza wynika, że są to głównie przestępstwa nieumyślne. Sprawy rozpatrywane na drodze sądowej dotyczą głównie odpowiedzialności za błędy medyczne i nieudzielenie pomocy lekarskiej.

Bibliografia

- Fiutak A., *Zgoda pacjenta a odpowiedzialność karna lekarza*, „Jurysta” 2011, nr 2.
- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.
- Kilińska-Pękacz A., *Odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy*, „Jurysta” 2012, nr 6.
- Kordela M., *Elementarne wiadomości o prawie karnym [w:] Compendium wiedzy o społeczeństwie, państwie i prawie*, red. S. Wronkowska, M. Zmierczak, Warszawa – Poznań 1993.
- Pilarczyk Ł., *Przestępstwo wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Aspekt podmiotowy*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 3–4.
- Safjan M., *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1.
- Zajdel J., *Prawo w medycynie*, Łódź 2006.

Streszczenie

Podstawą odpowiedzialności karnej personelu medycznego są przepisy Kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. Odpowiedzialność ta obejmuje czyny skierowane przeciwko dobrom szczególnie chronionym jak życie lub zdrowie człowieka. Konsekwencjami naruszenia tych dóbr mogą być kary grzywny, ograniczenia lub pozbawienia wolności. W artykule została omówiona problematyka związana ze wskazaniem i opisaniem instrumentów ochrony praw pacjenta na gruncie prawa karnego.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność karna, kodeks karny, przestępstwo,

CRIMINAL PROTECTION OF PATIENT'S RIGHTS

Summary

Provisions of the penal code are a base of the criminal liability of the medical staff from 6 June 1997. This responsibility includes acts directed against goods as particularly protected as the life or the health of the man. Penalties can be consequences of breaking into these goods: of the fine, the restriction or the imprisonment. The article included issues associated with pointing and describing instruments of the protection of patient's rights and based on the criminal law.

Keywords: criminal liability, the penal code, the crime