

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2023.01.08>

dr Anna MALICKA-OCHTERA

<https://www.orcid.org/0000-0002-6149-8418>

Uniwersytet SWPS we Wrocławiu

e-mail: amalicka-ochtera@swps.edu.pl

Wpływ błędu organizacyjnego na odpowiedzialność karną lekarza

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest zagadnieniu błędu organizacyjnego i jego wpływu na odpowiedzialność karną lekarza. Analizie poddane zostają podstawowe pojęcia, takie jak błąd lekarski, należyta staranność, niepożądane zdarzenie medyczne, aby następnie przybliżyć kwestie podstaw i rodzajów odpowiedzialności karnej lekarza oraz zjawisko błędów natury organizacyjnej. W praktyce niezwykle rzadko w sprawach karnych rozważane są kwestie mankamentów w organizacji pracy w celu umniejszenia bądź wykluczenia zawinienia lekarza. Z kolei lekarz udziela świadczeń medycznych zawsze w konkretnych okolicznościach i często, nawet pomimo działania zgodnie ze standardem aktualnej wiedzy medycznej oraz z należyłą starannością, może nie być w stanie spełnić stawianych przed nim oczekiwań właściwego i skutecznego leczenia właśnie ze względów natury organizacyjnej, na które nie ma wpływu. Prawidłowe gromadzenie i ocena dowodów, takich jak przepisy wewnętrzne organizacji placówek, regulaminy, przesłuchania pracowników, pozwalają odtworzyć realia, w których udzielane było świadczenie i które mogą wpływać na odpowiedzialność karną lekarza. Za błędy natury organizacyjnej, z racji specyfiki odpowiedzialności cywilnej, konstrukcji winy organizacyjnej i zasad odpowiedzialności karnej, podmiot ponosi odpowiedzialność na gruncie prawa cywilnego. W celu ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza w postępowaniu należy zatem stwierdzić, czy lekarz swoim zachowaniem wypełnił komplet znamion przestępstwa, dopuszczając się błędu medycznego, za który można mu przypisać winę.

Słowa kluczowe: błąd organizacyjny, odpowiedzialność karna, lekarz, gwarant, należyta staranność, zdarzenie medyczne.

Wprowadzenie

Świadczenie usług medycznych, jak również udzielanie pomocy chorym pacjentom, odbywa się w warunkach zorganizowanych strukturalnie, złożonych

osobowo oraz regulowanych normatywnie. Niejednokrotnie ustalając odpowiedzialność karną lekarza w konkretnej sprawie, analiza stanu faktycznego prowadzi do ujawnienia występowania pomyłek, niedociągnięć, braku uregulowań oraz zaniedbań natury czysto organizacyjnej. Celem niniejszego artykułu jest przeanalizowanie korelacji, jakie zachodzą pomiędzy zjawiskiem błędu organizacyjnego a odpowiedzialnością karną lekarza, a także zwrócenie uwagi na wpływ, jaki niedociągnięcia organizacyjne w podmiotach medycznych mogą mieć na ustalanie istnienia i zakresu ewentualnej odpowiedzialności karnej lekarza. W orzecznictwie istnieje luka w zakresie udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy wystąpienie w sprawie karnej medycznej błędu organizacyjnego wpływa, a jeśli tak, to w jakim zakresie, na odpowiedzialność karną lekarza. W istocie dostrzec można w tym zakresie trzy możliwe tendencje interpretacyjne. Po pierwsze, błąd organizacyjny pozostaje bez wpływu na odpowiedzialność karną lekarza ze względu na ściśle osobisty charakter odpowiedzialności karnej osoby fizycznej, zgodnie z brzmieniem art. 1 § 1 k.k.¹ i cywilistyczny charakter odpowiedzialności podmiotów za błąd organizacyjny. Po drugie, błąd organizacyjny może co najwyżej umniejszać odpowiedzialność karną lekarza, a po trzecie, błąd organizacyjny może w sposób istotny wpływać na rozmiar odpowiedzialności karnej lekarza, a czasami wręcz wykluczać w ogóle możliwość jej przypisania.

Powodów bardzo nielicznego orzecznictwa sądów karnych w zakresie analizy błędów organizacyjnych placówek medycznych w kontekście ustalania odpowiedzialności karnej konkretnego lekarza upatrywać można w co najmniej dwu płaszczyznach – przede wszystkim doszukiwanie się błędów w organizacji placówek medycznych jest zadaniem trudnym, wymagającym i niewdzięcznym, należy bowiem przyrzeć się funkcjonowaniu jednostki poprzez przeanalizowanie procedur, regulaminów, przesłuchanie kierownictwa oraz personelu na okoliczności organizacji miejsca pracy. Ponadto ustalenie odpowiedzialności karnej z racji swojego stricte osobowo-fizycznego wymiaru wymaga odnalezienia sprawcy, czyli osoby fizycznej, której potencjalnie można postawić zarzut, co współgra z treścią art. 2 § 1 pkt 1 k.p.k. oraz 297 k.p.k.², zgodnie z którymi do zadań organów ścigania należy wykrycie i pociągnięcie sprawcy do odpowiedzialności.

Zasady odpowiedzialności w prawie karnym opierają się na regule odpowiedzialności człowieka za czyn stanowiący przestępstwo. W praktyce brak jest podstaw do przyjęcia synonii odpowiedzialności karnej z pojęciem odpowiedzialności prawnej w ogóle³. Co więcej, doszukiwanie się przyczyn niepożądanego zdarzenia medycznego w organizacji placówki nie jest intratne ze względów medial-

¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku kodeks karny, Dz. U. z 2022 poz. 1138 ze zm. [dalej: k.k.].

² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku kodeks postępowania karnego, Dz. U. z 2022 poz. 1375 ze zm. [dalej: k.p.k.].

³ I. Kunert, *Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej*, „Prokuratura i Prawo” 2019, nr 7–8, s. 165.

nych, gdyż efekty zaniedbań w placówkach medycznych nie są tak spektakularne, jak błędy lekarzy, a bywają trywialne, jak choćby niewłaściwa segregacja leków, niewłaściwy opis pótek, na których one się znajdują, nieodpowiedni podział kompetencji w zespole, bądź błędnie sporządzony regulamin placówki medycznej w zakresie dostępu do zdjęć rtg.

Problem wpływu błędu organizacyjnego na odpowiedzialność karną lekarza wydaje się w orzecznictwie wciąż za mało dostrzegany i doceniany, czego skutkiem może być pochopne i surowe pociąganie lekarzy do odpowiedzialności karnej, często bez szczegółowej analizy czynników *ceteris paribus*, które rzutowały – ograniczały bądź wpływały – na działania lekarza, od którego być może w ogóle nie sposób było wymagać w danej sytuacji zgodnego z oczekiwaniami postępowania, z przyczyn po prostu od niego niezależnych.

Należy postawić tezę, że lekceważenie przez organy ścigania, a następnie sądy, zjawiska i skali wpływu błędu organizacyjnego na ustalanie odpowiedzialności karnej lekarza, w konsekwencji prowadzić może do wydawania orzeczeń nietrafnie skazujących bądź zbyt surowo karzących. Pamiętać bowiem trzeba, że zdarzenie medyczne podlega ocenie nie *ex post*, a *ex ante*⁴, a źródłem niepożądanego zdarzenia medycznego może być także, albo wyłącznie, błąd organizacyjny, który – w przeciwieństwie do błędu medycznego – nie wymaga ustalenia zawinienia po stronie lekarza.

1. Podstawowe pojęcia

Na wstępie rozważań należy uściślić podstawowe pojęcia, które dotyczą analizowanego tematu, takie jak niepożądane zdarzenie medyczne, niedołożenie należytej staranności oraz błąd medyczny.

Ustawodawca definiuje samo zdarzenie medyczne jako spowodowanie zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną diagnozy, leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego⁵.

Kategorią najbardziej pojemną w zakresie treści jest natomiast konstrukcja niepożądanego zdarzenia medycznego⁶, bowiem zawiera ona w sobie zarówno błędy medyczne lekarzy, błędy personelu medycznego, sytuacje niezachowania należytej staranności, jak i niepożądane zdarzenia medyczne *sensu stricto*, u podłoża których leżą błędy organizacyjne, takie jak zła organizacja pracy w pla-

⁴ Zob. Wyrok SN z dnia 8 września 1973 roku, sygn. akt I KR 116/72, OSNKW 1974/2/26.

⁵ Art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2022 poz. 1876 [dalej: ustawa o prawach pacjenta].

⁶ D. Wąsik, *Śmierć na stole operacyjnym (mors in tabula) jako konsekwencja błędu w sztuce lekarskiej*, „Prokuratura i Prawo” 2016, nr 12, s. 59–60.

cówce, zatrudnienie niewykwalifikowanego personelu, dopuszczenie do operacji lekarza po przekroczeniu limitu godzin pracy⁷. Niepożądane zdarzenie medyczne stanowić będzie także sytuacja, w której brak będzie zawinienia lekarza i członków personelu medycznego, zachowana zostanie przy udzielaniu świadczenia należyta staranność, nie zajdą również błędy o charakterze organizacyjnym, a jednak pacjent odczuje negatywne konsekwencje świadczenia, które przybrać mogą wymiar niepowodzenia w leczeniu⁸. Można wyobrazić sobie przecież sytuację, w której pacjent zostaje zoperowany przez wykwalifikowany zespół lekarzy, zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i z zachowaniem należytej staranności, a jednak efekt zabiegu będzie daleki od pożądanego z przyczyn niezawinionych i nie do ustalenia stanowiących tzw. niepowodzenie w leczeniu.

W doktrynie pojawiają się różne stanowiska w zakresie zasadności rozróżnienia i granic pomiędzy pojęciami niedołożenia należytej staranności a błędu medycznego⁹. Rozpoczynając od kategorii należytej staranności, należy w pierwszej kolejności przywołać art. 355 k.c.¹⁰, zgodnie z którym dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju, przy czym należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. W aktualnym orzecznictwie wyrażono pogląd, że profesjonalizm dłużnika powinien być dostrzegalny w dwóch podstawowych płaszczyznach – wymaga się, poza fachowymi kwalifikacjami, zwiększonego zaangażowania w działania przygotowujące i realizujące świadczenie w postaci większej zapobiegliwości, rzetelności, dokładności w stosunku do innych podmiotów¹¹.

W zakresie zawodu lekarza w ustawie regulującej działalność lekarzy wskazane jest, że lekarz poza kierowaniem się wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, korzystaniem z dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób powinien postępować zgodnie z zasadami etycznymi oraz z należyta starannością¹². Należyta staranność lekarza to staranność ponadprzeciętna, charakteryzowana ze względu na przedmiot zabiegów i charakter skutków. W zakres należytej staranności wchodzić będą cechy takie jak zręczność, uważność, ilość poświęconego pacjentowi czasu¹³.

⁷ M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2007, s. 187–188, 338–353.

⁸ Zob. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 30 października 2019 roku, sygn. .akt I ACa 713/18, LEX nr 2855265.

⁹ A. Dąbek, *Rozważania nad przydatnością pojęcia błędu medycznego dla ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w procesie leczenia na gruncie polskiej literatury i orzecznictwa*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Iuridica” 2016, vol. 77.

¹⁰ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku kodeks cywilny, Dz. U. z 2022 poz. 1360, [dalej: k.c.].

¹¹ Zob. Wyrok SA w Krakowie z dnia 31 maja 2022 roku, sygn. akt I ACa 748/20, Lex nr 3369989.

¹² Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2022 poz. 1731 [dalej: ustawa o zawodzie lekarza].

¹³ Zob. wyrok SA w Gdańsku z dnia 28 lutego 2018 roku, sygn. akt I ACa 310/17, Lex nr 2698111.

Przechodząc do kluczowej dla rozważań kategorii błędu medycznego, zauważyć trzeba, że jest ona niezwykle pojemna, mieści bowiem w sobie zarówno błąd lekarski, jak i błąd członków personelu medycznego, w jej ramach rozróżnia się błąd diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny i organizacyjny, o którym szczegółowo w dalszej części rozważań. Co istotne, termin błędu medycznego, czy też błędu lekarskiego, wywodzi się z języka prawniczego, bowiem brak jest definicji legalnej, co prowadzi do nieścisłości w zakresie interpretacji tego pojęcia¹⁴. Słusznie uwagę zwraca A. Dąbek, że pojęcie błędu jest jedynie narzędziem pomocniczym przy konstruowaniu odpowiedzialności karnej lekarza, który odpowiada w istocie nie za błąd medyczny, a za zawinione popełnienie czynu bezprawnego¹⁵. Błąd medyczny pełni rolę konstrukcyjną pewnego pomostu obudowanego doktryną i orzecznictwem pomiędzy czynem lekarza a kwalifikacją prawną jego zachowania.

2. Odpowiedzialność karna lekarza

Problem odpowiedzialności prawnej lekarza ogniskuje się wokół konsekwencji prawnej powinności leczenia w ogóle i związanej z nią problematyki przypisania skutku, a także zawinienia¹⁶. Na wstępie rozważań o odpowiedzialności karnej lekarza należy przypomnieć koncepcję autorstwa A. Zolla, zgodnie z którą warunkiem odpowiedzialności karnej w ogóle jest ustalenie, że doszło do popełnienia czynu bezprawnego, karalnego i karygodnego¹⁷. Odpowiedzialność karna lekarza zależy więc od wypełnienia przez lekarza swoim działaniem znamion określonego typu przestępstwa.

M. Filar wskazuje, że lekarz naraża się na odpowiedzialność karną w trzech typowych sytuacjach: gdy nie leczy, choć powinien, gdy leczy nie tak, jak powinien, gdy leczy, choć nie powinien¹⁸. Istota odpowiedzialności karnej lekarza sprowadza się do ustalenia wystąpienia w sprawie negatywnych skutków po stronie pacjenta i zawinionego błędu w sztuce lekarskiej po stronie lekarza oraz ustalenia zaistnienia w takim układzie adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego. Sam błąd lekarski, pomimo że stanowi naruszenie reguł wynikających z nauki i praktyki medycznej, nie pociąga jeszcze za sobą odpowiedzialności

¹⁴ Zob. M. Nestorowicz, op. cit., s. 145 i nn., Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 1999, s. 36–38 i s. 83; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych*, Kraków 2012, s. 317–318; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie*, Warszawa 2013, s. 457.

¹⁵ Zob. A. Dąbek, op. cit., s. 81 i nn.; A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna*, t. 1: *Komentarz do art. 1–116 k.k.*, Warszawa 2004, s. 44–57.

¹⁶ A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019, s. 26.

¹⁷ A. Zoll, op. cit., s. 44–57.

¹⁸ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.

karnej, kluczowe znaczenie ma w tym względzie kwestia zawinienia i obiektywnego przypisania. Lekarz odpowie karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym dopiero w razie zawinionego błędu w sztuce lekarskiej¹⁹. Decydujące dla odpowiedzialności karnej lekarza jest odtworzenie procesu motywacyjnego na podstawie faktów i właściwości lekarza ocenianych *ex ante*, a także ustalenie wystąpienia w sprawie adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego, który pozwoli na przypisanie odpowiedzialności lekarzowi za dany czyn.

Sam związek przyczynowy pomiędzy działaniem lekarza a skutkiem w sferze praw pacjenta nie wystarcza – trzeba wykazać, że sprawca zachował się nieodpowiednio oraz że swoim nieodpowiednim zachowaniem zwiększył ponad dopuszczalną miarę ryzyko wystąpienia uszczerbku na zdrowiu u pacjenta, które w skutku zostało urzeczywistnione²⁰. Ustawodawca wielokrotnie w normach prawnych posługuje się sformułowaniem „powoduje” (art. 160 k.k., 156 k.k., 157 k.k.), wskazując na szeroki zakres możliwych działań bądź zaniechań sprawcy. Lekarze, w związku ze świadczeniem pomocy prawnej, narażać się mogą przede wszystkim na zarzuty z kodeksu karnego, takie jak: art. 160 k.k. narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, art. 162 k.k. nieudzielenie pomocy, art. 156 k.k. spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, art. 157 k.k. spowodowanie średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu oraz art. 155 k.k. nieumyślne spowodowanie śmierci.

Podstawowym problemem związanym z odpowiedzialnością karną lekarza jest ustalenie, czy *in concreto* lekarz był tzw. gwarantem świadczenia. Zgodnie z art. 2 k.k. za przestępstwo skutkowe z zaniechania odpowiada ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia skutkowi²¹. Przy czym źródłem takiego obowiązku może być kontrakt, świadczenie usług w ramach działalności gospodarczej, wykonywanie pracy na podstawie umowy o pracę w placówce służby zdrowia²². W praktyce spotyka się szereg problemów związanych z ustaleniem gwaranta świadczenia, przykładowo, gdy inny lekarz operuje pacjenta, inny dyżuruje, a jeszcze inny jest lekarzem prowadzącym danego pacjenta, wówczas rozgraniczenie zakresów odpowiedzialności napotyka szereg komplikacji prawnych, które często stykają się z kwestiami organizacyjnymi, takimi jak przydział sal, przekazywanie dyżuru, przekazywanie informacji o pacjencie, a także prowadzenie dokumentacji medycznej.

¹⁹ Zob. Wyrok SN z dnia 8 września 1973 roku, sygn. akt I KR 116/72, OSNKW 1974/2/26; Wyrok SA w Szczecinie z dnia 11 maja 2017 roku, sygn. akt I ACa 560/15, Lex nr 2376937.

²⁰ J. Giezek, *Komentarz do art. 156 k.k. i art. 157 k.k.*, [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, Warszawa 2021.

²¹ Art. 2 k.k.

²² M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 111.

Za nieudzielenie pomocy pacjentowi lekarz odpowiada na podstawie normy z art. 162 k.k., zgodnie z którą karze podlega każdy, kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej. Sytuacje prawna lekarzy – w przeciwieństwie do każdego człowieka – jest odmienna o tyle, że obowiązki, powinności i status lekarza z racji specyfiki działalności oraz misji zawodu regulują także ustawa o zawodzie lekarza oraz Kodeks Etyki Lekarskiej.

Lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Reasumując powyższe, dla przypisania lekarzowi odpowiedzialności z art. 162 k.k. musi być on świadomy niebezpieczeństwa grożącego pacjentowi, a mimo tej świadomości podejmuje decyzję o nieudzieleniu pomocy i nie ciąży na lekarzu szczególny obowiązek prawny troszczenia się o tego właśnie pacjenta²³. Klauzula niebezpieczeństwa dla lekarza kształtuje się odmiennie z racji powinności zawodowych oraz etycznych.

Inaczej także kształtuje się odpowiedzialność lekarza gwaranta, gdzie swoim zachowaniem lekarz powodować może określony skutek. Obowiązek z art. 2 k.k. wynikać może z cywilnoprawnej umowy o pracę, podjęcia się leczenia w prywatnym gabinecie – w takich przypadkach najczęściej lekarz staje pod zarzutem odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 § 2 lub § 3 k.k. Narażenie na niebezpieczeństwo polega na tym, że lekarz swoim działaniem albo zaniechaniem powoduje taką zmianę w świecie zewnętrznym (skutek), że negatywne następstwa są wysoce prawdopodobne. Pacjent znajdzie się wówczas – w efekcie działań lekarza – w sytuacji grożącej bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, mimo że w takiej sytuacji nie był, przykładowo lekarz beczynościami zdynamizować może przebieg i rozwój procesów chorobowych. Innym przykładem odpowiedzialności za stworzenie stanu niebezpieczeństwa ponad miarę jest znane w orzecznictwie przechowywanie silnie działającego trującego środka na oddziale szpitalnym w szafce obok leków, co stwarza bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjentów, ponieważ w każdej chwili może być omyłkowo użyte²⁴.

²³ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, s. 55.

²⁴ Zob. wyrok SN z dnia 27 października 1983 roku, sygn. akt II KR 219/83, OSNKW 1984/5–6/54.

W przypadku penalizacji z art. 155 k.k., art. 156 i 157 k.k. niebezpieczeństwo które spowodował lekarz – gwarant przeradza się już w określony skutek.

Wpływ na odpowiedzialność karną lekarza w konkretnym przypadku może mieć również postawa pacjenta, który swoim działaniem bądź zaniechaniem może doprowadzić do niekorzystnego dla siebie zdarzenia medycznego. Pacjent obowiązany jest bowiem współdziałać z lekarzem przy wykonywaniu jego powinności. Współdziałanie pacjenta rozumiane jest jako zachowanie, bez którego spełnienie świadczenia przez podmiot leczniczy jest niemożliwe lub nadmiernie utrudnione oraz jako obowiązek nieprzeszkadzania lekarzowi w związku z udzielaniem świadczenia²⁵. Niejednokrotnie okoliczności, takie jak brak realizacji po stronie pacjenta zaleceń lekarskich, powodują brak możliwości przypisania lekarzowi odpowiedzialności – a za tym winy – za czyn zabroniony²⁶.

3. Błąd organizacyjny

Błąd organizacyjny uznawany jest w doktrynie za szczególną postać błędu medycznego – obok błędów terapeutycznych, diagnostycznych oraz technicznych. Poprzez błędy medyczne przedstawiciele nauki rozumieją postępowania sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, niedołożenie staranności lub przekroczenie kompetencji²⁷. W doktrynie zauważa się, że najwięcej problemów w postępowaniu karnym sądowym sprawiają właśnie błędy typu organizacyjnego. Jako przykłady błędów organizacyjnych wskazać można zakażenia wewnątrzszpitalne, zaniedbania logistyczne, brak dostępu do diagnostyki, brak wymaganego sprzętu, niewłaściwą politykę kadrową²⁸. Trudności na gruncie prawa karnego związane z błędami organizacyjnymi występują w sferze subsumpcji oraz w związku z faktem, że podmiotem odpowiedzialności karnej może być jedynie człowiek, a nie podmiot. Wina organizacyjna ma tymczasem cywilny charakter jako przesłanka odpowiedzialności. W przeciwieństwie do reguł odpowiedzialności karnej, błędy organizacyjne cechuje wina anonimowa, której nie można przypisać jednej osobie. Zgodnie z art. 42 ust. 1 Konstytucji RP oraz art. 1 § 1 k.k. podmiotem odpowiedzialności w prawie karnym jest człowiek, przy czym warunkiem odpowiedzialności za czyn jest ustalenie niezgodności

²⁵ A. Klein, *Skutki prawne braku współdziałania wierzyciela z dłużnikiem*, „Acta Universitatis Wratislaviensis” 1990, t. 186, s. 155; J. Dąbrowa, [w:] *System Prawa Cywilnego*, t. 1, s. 725.

²⁶ W. Borysiak, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1, M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2017, s. 919–925.

²⁷ M. Boratyńska, *Błąd w sztuce lekarskiej jako podstawa odpowiedzialności*, „ABC” nr 99709; Z. Marek, *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 76.

²⁸ A. Sieńko, D. Kaczmarczyk, *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej, Profesjonalne publikacje dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi*, Warszawa 2017, s. 64.

z prawem zachowania w sytuacji, kiedy dana osoba ma wpływ na zachowanie i może negatywnych konsekwencji uniknąć, nie wywołując sankcji o charakterze represyjnym²⁹.

Już na wstępie warto zwrócić uwagę, że niektórzy przedstawiciele doktryny argumentują, iż niepoprawne jest umiejscowienie błędu organizacyjnego w katalogu błędów medycznych z racji jego organizacyjno-administracyjnego charakteru. Analizując definicję błędu medycznego, widać, że dotyczy on nieprawidłowego postępowania członka personelu medycznego. Tymczasem wskazuje się, że bardziej adekwatnym określeniem dla sytuacji, w której negatywne skutki dla pacjenta powstają nie z winy lekarza bądź członka personelu, a z przyczyn organizacyjno-porządkowych, jest pojęcie „zdarzenia niepożądanego”³⁰, także z powodu braku konieczności udziału biegłych i odwoływania się do ich specjalistycznej wiedzy przy ustalaniu okoliczności zdarzenia. Prawidłowa organizacja pracy placówki medycznej zapewnia warunki poprawnego diagnozowania, profilaktyki i leczenia. *A contrario*, braki organizacyjne, a czasem wręcz błędy, doprowadzać mogą do szkód po stronie pacjentów, niweczając częstokroć wysiłki lekarzy³¹. U podstaw błędów organizacyjnych leżą najczęściej niewłaściwe decyzje kierowników placówek albo brak takich decyzji. Co istotne, skutki błędów organizacyjnych powodować mogą szkody zarówno dla pacjentów, jak i trudności w pracy personelu medycznego. Celnie uwagę zwraca A. Dąbek, że w praktyce medycznej nie mniej istotne niż wskazania aktualnej wiedzy i praktyki medycznej bywają przepisy o charakterze porządkowym³².

Błąd organizacyjny rozumie się jako sytuację, w której uszczerbek na dobrach pacjenta powstanie nie w następstwie wadliwego przeprowadzenia procesu leczenia, lecz w związku ze złą organizacją pracy lekarzy i personelu³³. Z błędem organizacyjnym mamy do czynienia najczęściej jako z konsekwencją niepoprawnej pracy zespołu, w którym kierownik nie dopilnował rytmu pracy lub wykonywania zleceń, przykładowo brakiem kontroli nad prowadzeniem dokumentacji medycznej – brakiem zapisów w historii choroby pacjenta, któremu lekarz nie może przez to udzielić adekwatnego świadczenia medycznego i wdrażana przez niego terapia okazuje się nieskuteczna. Kolejnym przykładem błędu organizacyjnego jest niewłaściwe przechowywanie i zabezpieczanie leków, które powoduje podanie pacjentowi nieprawidłowej, często śmiertelnej substancji. W doktrynie znany jest także przypadek podania podczas operacji spirytusu albo preparatu dezynfekcyjnego, które doprowadziło do śmierci w wyniku oparzenia

²⁹ I. Kunert, op. cit., s. 164.

³⁰ A. Engler-Jakubiak, *Organizacyjny błąd medyczny*, „Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego” 2013, t. 27, s. 276–277; A. Liszewska, *Błąd w sztuce medycznej, przypadki szczególne*, „ABC” nr 71986.

³¹ Z. Marek, *Błąd medyczny odpowiedzialność etyczno-deontologiczna...*, s. 91

³² A. Dąbek, op. cit.

³³ L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2009, t. 2, nr 4, s. 288–292.

błony śluzowej żołądka i przebicia jego ściany³⁴. Jeszcze innym rodzajem błędów organizacyjnych są niewłaściwe postępowania kierowników zespołów oraz osób kierujących, takie jak braki w zaopatrzeniu, niewłaściwa organizacja sal szpitalnych czy transportu w placówce.

Ciekawym przykładem błędu organizacyjnego jest odpowiedzialność za pozostawienie ciała obcego w operowanym polu. W tym zakresie w teorii ugruntowała się – w latach 60. i 70. XX wieku – koncepcja kapitana na okręcie, analogiczna do konstrukcji odpowiedzialności kierownika zakładu w stosunkach pracy, zgodnie z którą kierownik odpowiadać ma za wszystkich i za wszystko³⁵. Dziś coraz częściej w praktyce orzeczniczej dostrzec można recypowanie uwag M. Nestorowicza, który pisał, że każdy z członków zespołu ma swoje w nim zadania³⁶. W zakresie zaszcicia ciała obcego w ciele pacjenta także możemy mieć do czynienia z błędami o charakterze organizacyjnym, takimi jak nieprzydzielenie zadań członkom personelu w zakresie obowiązku liczenia materiałów czy niewłaściwa komunikacja pomiędzy członkami personelu. Kwestie organizacyjne, które mogą mieć wpływ na zaistnienie zdarzenia niepożądanego, to ustalenie podziału kompetencji, przestrzeganie zaleceń służbowych tego, na kim ciążył obowiązek liczenia wydanych i odbieranych materiałów, fakt przydziału takiego obowiązku, pilnowanie oznaczenia opakowań z materiałami. Nie zawsze istnieją przesłanki do przypisania odpowiedzialności karnej oskarżonemu lekarzowi np. na podstawie art. 160 k.k. i 156 k.k., ponieważ treść protokołu zużytych materiałów może być prawidłowa, a sprawdzenie pola operacyjnego nie musi być uporczywe, jeśli taki bilans się zgadza³⁷.

Rutynowym postępowaniem organów w sprawach tzw. medycznych jest zasięganie opinii biegłych z zakresu medycyny. Tymczasem w kontekście procesu karnego, w którym mamy do czynienia z błędem o charakterze organizacyjnym, jest to postępowanie bezcelowe, gdyż okolicznościami podlegającymi udowodnieniu nie jest ani poprawność działań lekarzy, ani personelu medycznego. Prawidłowe postępowanie organów powinno dotyczyć egzekwowania przedstawienia właściwych procedur i trybu ich wdrożenia, przesłuchań świadków, w tym personelu zatrudnionego w placówce na okoliczności organizacji pracy i znajomości dokumentacji w tym zakresie³⁸. Warto przy tym zaznaczyć, że niejednokrotnie w sprawach medycznych zjawisko błędu organizacyjnego krzyżuje się z podejrzeniem lekarza bądź członka personelu o inny rodzaj błędu, np. diagno-

³⁴ Z. Marek, *Błąd medyczny odpowiedzialność etyczno-deontologiczna...*, s. 92–93.

³⁵ Zob. wyrok SN z dnia 17 lutego 1967 roku, sygn. akt I CR 435/66; wyrok SN z dnia 9 grudnia 1970 roku, sygn. akt II CR 556/70; A. Malicki, *Zmiany orzecznictwa sądowego w sprawach o pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym*, „Palestra Świętokrzyska” 2022, nr 59–60, s. 101–108; A. Malicki, A. Malicka-Ochtera, *Z problematyki opinii sądowo-lekarskich w procesach medycznych*, „Medyczna Wokanda” 2020, nr 14, s. 23–37.

³⁶ M. Nestorowicz, op. cit., s. 228.

³⁷ Uzasadnienie wyroku SN z dnia 16 marca 2018 roku, s. 14.

³⁸ A. Sierko, D. Kaczmarczyk, op. cit., s. 65.

stycznego, i wówczas znaczenia nabiera precyzyjne określenie przedmiotu opinii specjalistów i niewymaganie od nich wypowiedziania się w zakresie spraw organizacyjnych placówki medycznej, które wykazywane być winny innym rodzajem dowodów. W praktyce powodem częstego sięgania po opinie biegłych jest pewnego rodzaju przyzwyczajenie organów i chęć sędowania odpowiedzialności za czynienie istotnych ustaleń faktycznych na ręce biegłego.

Sensem wyodrębnienia w praktyce kategorii błędu organizacyjnego jest możliwość dochodzenia przez poszkodowanego pacjenta roszczeń od instytucji – placówki medycznej, czy też Skarbu Państwa właśnie wówczas, gdy negatywne skutki u pacjenta były wynikiem czynników niezależnych od działań personelu medycznego³⁹. W przeciwieństwie do prawa karnego, w prawie cywilnym wyróżnia się kategorię tzw. winy organizacyjnej – takiej, której nie można przypisać konkretnemu lekarzowi czy członkowi personelu medycznego, ale można zakładowi leczniczemu, co pozwala domagać się spełnienia roszczeń⁴⁰. W orzecznictwie jasno wskazuje się, że zakłady opieki zdrowotnej, w tym szpitale, ponoszą odpowiedzialność za błędy organizacyjne, takie jak powierzenie lekarzowi odpowiedniego stanowiska pracy i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielania świadczeń zdrowotnych, które powodują szkody u pacjentów⁴¹.

4. Relacja pomiędzy błędem organizacyjnym a odpowiedzialnością karną

Błąd organizacyjny bywa jedynym źródłem niepożądanego zdarzenia medycznego, jednakże częściej współistnieje on z innym rodzajem błędu medycznego⁴². Przykładowo, na skutek źle zorganizowanej pracy w przychodni zdjęcie z opisem rtg nie trafi na czas do rąk lekarza zlecającego badania, jednakże lekarz – wbrew obowiązkowi – wydaje zaświadczenie o zdolności do pracy na podstawie niekompletnej dokumentacji i anonimowo dokonanego wpisu w dokumentacji medycznej. Mamy wówczas do czynienia z nakładaniem się zjawiska błędu organizacyjnego – w postaci złej organizacji pracy placówki, nieprawidłowego przepływu informacji pomiędzy personelem, braku podziału kompetencji odnośnie czynienia wpisów w dokumentacji medycznej – na błąd o charakterze diagnostycznym w postaci wydania opinii na podstawie niekompletnej dokumentacji.

³⁹ Z. Marek, *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna...*, s. 76.

⁴⁰ M. Nestorowicz, op. cit., s. 338–343; L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, op. cit.

⁴¹ Zob. wyrok SA w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, stgn. akt I ACa 377/06, PiM 2009/3/145–151; Wyrok SN z dnia 24 czerwca 1963 r., sygn. akt II CR 851/62, OSNCPIUS 1964, nr 11, poz. 224; wyrok SN z dnia 10 września 1953 r., sygn. II C 2527/52, OSNCiK, nr 2, poz. 50.

⁴² D. Wąsik, op. cit., s. 59–60.

Bywa, że taki rodzaj błędu może być bardzo poważnie odczuwany po stronie pacjenta, przykładowo w sytuacji, gdy na zaginionym zdjęciu rtg znajdował się guz, który – niezdiagnozowany – doprowadził do rozwinienia się poważnej choroby u pacjenta.

Pytanie o wpływ błędu organizacyjnego na odpowiedzialność karną lekarza to pytanie o to, co może zrobić gwarant w przypadku błędu organizacyjnego, czy ma możliwość zachowania się zgodnego z prawem i standardami wykonywania zawodu. W praktyce zdarza się, że źródło spowodowania, przykładowo stanu narażenia, o którym mowa w art. 160 k.k., jest poza zasięgiem oddziaływania lekarza, a stanowi wynik złej organizacji pracy i dopuszczania do poważnych operacji lekarzy bez doświadczenia zawodowego.

Należy zatem za każdym razem postawić pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji, z uwzględnieniem warunków, w jakich działał w chwili świadczenia i danych, jakimi dysponował i mógł dysponować, zgodne było z oczekiwaniami aktualnej wiedzy i nauki medycznej⁴³. O winie bądź jej braku decydują także okoliczności – warunki, które spowodowały, że lekarz przy świadczeniu pomocy nie przestrzegał albo nie mógł przestrzegać zasad wiedzy i sztuki lekarskiej, jak również zamiar działania lekarza⁴⁴. Przy ustalaniu odpowiedzialności karnej lekarza w przypadku wykrycia w sprawie wystąpienia błędu organizacyjnego organ winien zadać pytanie, jakie powinno być prawidłowe postępowanie konkretnego lekarza, czy można było takiego prawidłowego postępowania od lekarza wymagać, biorąc pod uwagę warunki panujące *ex ante*, i finalnie: czy i jaką rolę odegrał błąd organizacyjny.

Zwrócić należy uwagę na istotne dla praktyki zjawisko, że nie tylko zawinione postępowanie lekarza w konkretnym przypadku może być podstawą przypisania przestępnego skutku⁴⁵. Przykładowo, do nierozpoznania choroby nowotworowej, widocznej na zdjęciu rtg klatki piersiowej pacjenta, dojść może na skutek braku regulaminu i procedur dotyczących postępowania z pacjentem skierowanym do zdjęcia rtg. Jeśli bowiem pacjent nie odebrał zdjęcia, na które został skierowany przez lekarza, a pielęgniarka odruchowo i rutynowo wypełniła kartę historii choroby pacjenta, wpisując, że zdjęcie nie przedstawia żadnych zmian, bo zabrakło w nim opisu radiologa, to negatywnym skutkiem dla życia i zdrowia pacjenta jest nierozpoznanie choroby nowotworowej, spowodowane przez zaniebdania natury organizacyjnej. Celem wyeliminowania odpowiedzialności karnej lekarza kierującego na badanie, jako gwaranta świadczenia, należy zadać pytanie, czy możliwe było dokonanie prawidłowej diagnozy w warunkach udzielania świadczenia medycznego. Idąc dalej, zadać można retoryczne pytanie, czy udzielający świadczenia medycznego lekarz jest odpowiedzialny za standardy organi-

⁴³ Zob. wyrok. SN z dnia 8 września 1973 roku, sygn. akt I KR 116/72.

⁴⁴ Zob. wyrok SN z dnia 30 września 1960, sygn. akt II K 675/60.

⁴⁵ R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych*, Kraków 2012, s. 325–326.

zacyjne placówki, w której pracuje, innymi słowy, czy w każdym konkretnym przypadku można od niego wymagać świadomości, a także konwalidacji wad i błędów organizacyjnych placówki.

W doktrynie dostrzega się niebagatelną dla przypisywania odpowiedzialności karnej lekarzom kwestię, że istnieje szereg reguł postępowania w zakresie udzielania świadczeń medycznych, których naruszenie może być podstawą przypisania skutku przestępnego. Szczególne znaczenie mają w tym względzie przepisy o charakterze porządkowym, technicznym, organizacyjnym placówek medycznych⁴⁶.

W tym miejscu zastanowić się można nad kwestią, czy kierownik podmiotu leczniczego, w którym brak jest regulaminu i procedur należytego postępowania, ponieść może odpowiedzialność za negatywny skutek u pacjenta. Warto wyrazić zastrzeżenie, że o ile z odpowiedzialnością karną mamy do czynienia tylko wówczas, gdy sprawca swoim zachowaniem wyczerpie komplet znamion określonego przestępstwa, o tyle reguły odpowiedzialności cywilnej są w tym zakresie znacznie szersze, operując odpowiedzialnością na zasadzie winy⁴⁷, umowną⁴⁸, na zasadzie ryzyka⁴⁹, za winę w wyborze⁵⁰ czy odpowiedzialnością Skarbu Państwa⁵¹.

Podsumowanie

W pierwszej kolejności należy zdać sobie sprawę z faktu, często nieakceptowanego przez pokrzywdzonego i jego rodzinę, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności za rezultat leczenia zawsze bez względu na okoliczności⁵². Pomimo presji społecznej i medialnej, lekarz obowiązany jest do działania w granicach swoich możliwości, popartych aktualną wiedzą i należytą starannością, której miernik jest profesjonalny, jednak nie absolutny. Lekarz nie może ponosić winy za wszystko i *erga omnes*, w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych.

Bardzo istotnym czynnikiem, rozgraniczającym kwestie odpowiedzialności karnej lekarza od kwestii błędu organizacyjnego w sprawie, jest możliwość ustalenia pierwszej okoliczności z pomocą wiedzy specjalistycznej z zakresu medycyny, w postaci zasięgnięcia opinii biegłego, podczas gdy organizacyjne problemy w jednostce ustala się za pomocą zupełnie odmiennych środków dowodowych, takich jak dokumentacja organizacyjna działalności jednostki, zeznania kierownika oraz pracowników ośrodka.

⁴⁶ A. Dąbek, op. cit., s. 85.

⁴⁷ Art. 415 k.c.

⁴⁸ Art. 471 k.c.

⁴⁹ Art. 435 k.c.

⁵⁰ Art. 429 k.c.

⁵¹ Art. 417 k.c.

⁵² Zob. wyrok SA w Szczecinie z dnia 11 maja 2017 roku, sygn.akt I ACa 560/15, Lex nr 2376937.

Odpowiedzialność za błędy organizacyjne mające miejsce w placówce udzielającej świadczeń cywilnych ma w przeważającej mierze charakter cywilnoprawny ze względu na konstrukcję winy anonimowej, a także różnorodne podstawy odpowiedzialności w prawie cywilnym, takie jak choćby zasada ryzyka czy winy w nadzorze.

W sprawach karnych, wobec nieuwzględniania specyfiki błędu organizacyjnego przez organy i niechęci, a także trudności jego analizy, istnieje tendencja do przejmowania odpowiedzialności przez lekarza za błąd organizacyjny, zwłaszcza gdy i w postępowaniu lekarza dopatrzyć można się przejawów błędu medycznego natury diagnostycznej lub terapeutycznej. Tymczasem tylko prawidłowa analiza stanu faktycznego, dokonywana za pomocą adekwatnych środków dowodowych, doprowadzić może do właściwej oceny działania lekarza, przy uwzględnieniu okoliczności, w jakich przyszło mu udzielać świadczenia medycznego. Należy podzielić stanowisko Sądu Najwyższego, który już w latach 70. wyraził pogląd, zgodnie z którym za niewinnych uznani zostali lekarze chirurdzy pozostawiający w polu operacyjnym szpatułkę metalową, powodując tym samym poważny rozstrój zdrowia pacjentki, a to ze względu na fakt, że prowadzili oni operację o godzinie 23.30, mając za sobą kilkanaście godzin pracy, w tym dwie ciężkie operacje. Sąd Najwyższy przyjął wówczas, że lekarze działali w stanie poważnego zmęczenia, które uniemożliwiło im koncentrację uwagi, zwracając uwagę właśnie na błędną organizację pracy w szpitalu⁵³ jako przyczynę nieszczęśliwego zdarzenia.

Warto zaznaczyć, że kwestia ustalenia odpowiedzialności cywilnej, w tym zwłaszcza wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, niejednokrotnie bywa w praktyce poprzedzona postępowaniem karnym, które kończy się orzeczeniem wiążącym sąd cywilny w zakresie skazania⁵⁴. Z tego względu prawidłowe ustalenie przyczyn zdarzenia skutkującego negatywnie w sferze praw pacjenta ma wpływ na ustalenie osoby potencjalnie winnej przestępstwa, a następnie zobowiązanej do naprawienia szkody i zadośćuczynienia. W przypadku braku wiążącego ustalenia zawinienia lekarza w procesie karnym, poszkodowany zmuszony jest wytoczyć sprawę cywilną i w niej domagać się ustalenia odpowiedzialności podmiotu oraz potencjalnej szkody lub krzywdy, co bywa zadaniem niejednokrotnie bardziej złożonym, kosztownym i skomplikowanym aniżeli złożenie zawiadomienia „na lekarza” o możliwości popełnienia przestępstwa.

Bibliografia

Boratyńska M., *Błąd w sztuce lekarskiej jako podstawa odpowiedzialności*, „ABC” nr 99709.

⁵³ Zob. wyrok SN z dnia 20 lipca 1961 roku, sygn. akt V K 87/61, niepubl.

⁵⁴ Art. 11 ustawy z dnia 17 listopada 1964 roku kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. z 2021 r. poz. 1805 ze zm.

- Borysiak W., [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1, Warszawa 2017.
- Dąbek A., *Rozważania nad przydatnością pojęcia błędu medycznego dla ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w procesie leczenia na gruncie polskiej literatury i orzecznictwa*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica” 2016, vol. 77.
- Dąbrowa J., [w:] *System Prawa Cywilnego*, t. 1.
- Engler-Jakubiak A., *Organizacyjny błąd medyczny*, „Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego” 2013, vol. 27.
- Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Górski A., *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019.
- Klein A., *Skutki prawne braku współdziałania wierzyciela z dłużnikiem*, „Acta Universitatis Wratislaviensis” 1990, t. 186.
- Kubiak R., *Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych*, Kraków 2012.
- Kunert I., *Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej*, „Prokuratura i Prawo” 2019, nr 7–8.
- Liszewska A., *Błąd w sztuce medycznej, przypadki szczególne*, „ABC” nr 71986.
- Malicki A., Malicka-Ochtera A., *Z problematyki opinii sądowo-lekarskich w procesach medycznych*, „Medyczna Wokanda” 2020, nr 14.
- Malicki A., *Zmiany orzecznictwa sądowego w sprawach o pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym*, „Palestra Świętokrzyska” 2022, nr 59–60.
- Marek Z., *Błąd medyczny*, Kraków.
- Marek Z., *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007.
- Nestorowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2013.
- Podciechowski L., Królikowska A., Hincz P., Wilczyński J., *Organizacyjny błąd medyczny*, „Perinatologia. Neonatologia. Ginekologia” 2009, t. 2, z. 4.
- Sieńko A., Kaczmarczyk D., *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej*, *Profesjonalne publikacje dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi*, Warszawa 2017.
- Sroka T., *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie*, Warszawa.
- Wąsik D., *Śmierć na stole operacyjnym (mors in tabula) jako konsekwencja błędu w sztuce lekarskiej*, „Prokuratura i Prawo” 2016, nr 12.
- Zoll A., *Kodeks karny. Część ogólna*, t. 1: *Komentarz do art. 1–116 k.k.*, Warszawa 2004.

Orzecznictwo

- Wyrok SN z dnia 10 września 1953 r., II C 2527/52, OSNCiK, nr 2, poz. 50.
- Wyrok SN z dnia 30 września 1960, II K 675/60, LEX nr 170024.
- Wyrok SN z dnia 20 lipca 1961 roku, V K 87/61, niepubl.

Wyrok SN z dnia 24 czerwca 1963 r., II CR 851/62, OSNCPIUS 1964, nr 11, poz. 224.
Wyrok SN z dnia 8 września 1973 roku, I KR 116/72, OSNKW 1974/2/26.
Wyrok SN z dnia 27 października 1983 r., II KR 219/83, OSNKW 1984/5-6/54.
Wyrok SN z dnia 12 lutego 2013 r., II KK 124/12, LEX nr 1277697.
Wyrok SA w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, PiM 2009/3/145-151.
Wyrok SA w Szczecinie z dnia 11 maja 2017 roku, I ACa 560/15, LEX nr 2376937.
Wyrok SA w Gdańsku z dnia 28 lutego 2018 r., I ACa 310/17, LEX nr 2698111.
Wyrok SA w Szczecinie z dnia 30 października 2019 roku, I ACa 713/18, LEX nr 2855265.

Akty prawne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, t.j: Dz. U. 2022 r. poz. 1360 ze zm.
Ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku Kodeks postępowania cywilnego, t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1805 ze zm.
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, t.j. Dz. U. 2022 r. poz. 1375.
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, t.j: Dz. U. 2022 r. poz. 1138 ze zm.
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. 2022 r. poz. 1731 ze zm.
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. 2022 r. poz. 1876.

The impact of an organizational error on a physician's criminal liability

Abstract

The article is devoted to the issue of organizational error and its impact on the criminal liability of the physician. Basic concepts, such as medical malpractice, due diligence, undesirable medical event are analyzed, and then the issues of the basis and types of physician's criminal liability and the phenomena of organizational errors are discussed. In practice, issues of shortcomings in the organization of work are rarely considered in criminal cases in order to minimize or exclude the physician's fault. Physicians always provides services in specific circumstances and often, even despite acting in accordance with the standard of current medical knowledge and with due diligence, he may not be able to meet the expectations of proper and effective treatment due to organizational reasons beyond his control. Proper collection and assessment of evidence, such as internal regulations of the organization of facilities, regulations, interviews with employees, allow us to reconstruct the reality in which the services were provided and which may affect the criminal liability of the doctor. For errors of an organizational nature, due to the specificity of civil liability, the construction of organizational fault and the principles of criminal liability, the entity is liable under civil law. In order to determine the criminal liability of the doctor in the proceedings, it should be stated that the doctor fulfilled all the characteristics by his behavior, committed a medical error for which he can be blamed.

Keywords: organizational error, criminal liability, doctor, guarantor, due diligence, medical event.