

6

Wiktoria Jasik

Odpowiedzialność karna lekarza w dobie pandemii COVID-19

Opiekun naukowy: dr Mateusz Woiński



Wiktoria Jasik

Studentka V roku prawa w Akademii Leona Koźmińskiego. Pracę w zawodzie rozpoczęła na pierwszym roku studiów, podejmując praktykę w renomowanych kancelariach prawniczych w Warszawie. Główne obszary jej zainteresowań naukowych to: błędy medyczne, prawo farmaceutyczne, prawo nowych technologii, internet i social media, przestępczość internetowa.

Abstrakt

W związku z wprowadzeniem ograniczenia odpowiedzialności karnej lekarzy za działania podejmowane w celu rozpoznawania lub leczenia COVID-19 na mocy art. 24 ustawy z 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 pojawiły się liczne wątpliwości – zarówno lekarzy, jak i samych pacjentów – co do możliwości dochodzenia swoich roszczeń w zakresie wystąpienia potencjalnego błędu medycznego. Ustawa nie określa jasnych granic odpowiedzialności, jak również nie zawiera definicji legalnej pojęcia „działania w szczególnych okolicznościach”. Artykuł dotyczy wyjaśnienia konstrukcji klauzuli i zestawia ją z konstrukcją kontratyków. Ma na celu zwrócić uwagę na zmiany, jakie pociąga za sobą jej wprowadzenie. Ponadto autorka podejmuje próbę zdefiniowania pojęcia „rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach”. W dalszej części ocenia wpływ klauzuli dobrego samarytanina na odpowiedzialność przy błędzie diagnostycznym, terapeutycznym, technicznym, organizacyjnym, informacyjnym, jak również błędzie rokowania.

Słowa kluczowe: klauzula dobrego samarytanina, odpowiedzialność karna lekarza, kontratyki pozaustawowe, pandemia

Criminal liability of the medical practitioner in the era of the COVID-19 pandemic

Abstract

In response to the implementation of the limitation of criminal liability of medical practitioners for actions taken to diagnose or treat COVID-19 under Article 24 of the Act of 28 October 2020 amending certain acts in connection with counteracting COVID-19 emergencies have arisen among doctors, as well as patients regarding the possibility of claiming for a potential medical mistake. The Act does not define clear limits of liability, and also does not provide a legal definition of the term “acting in special circumstances”. The article concerns the explanation of the construction of the clause and compares it with the construction of justification. It is intended to draw attention to the changes connected with the introduction of the Act. In addition, it tries to define the concept of “gross negligence of care necessary in the given circumstances”. The following part evaluated the impact of the Good Samaritan clause on liability in diagnostic mistake, therapeutic mistake, technical mistake, organizational mistake, informational mistake, as well as prognostic mistake.

Keywords: good samaritan clause, medical practitioner criminal liability, non-statutory justification, pandemic

Wprowadzenie

Wraz z następującymi po sobie falami pandemii SARS-CoV-2 liczba błędów medycznych cały czas się zwiększa. Nowa sytuacja na świecie pociąga za sobą konieczność szybkiej reakcji i wprowadzania nowych rozwiązań. Lekarze i cały personel medyczny musieli w szybkim tempie dostosować się do niełatwych zmian. Pomysłem ustawodawcy na rozwiązanie problemu związanego z roszczeniami pacjentów za błędy medyczne w tym okresie było wprowadzenie przepisu umożliwiającego wyłączenie odpowiedzialności karnej lekarza. Regulacja ta jest szerzej kojarzona pod nazwą „klauzuli dobrego samarytanina”, co wskazuje bezpośrednio na biblijny obraz osoby miłosiernej, wykazującej się chęcią pomocy osobom słabym i schorowanym.

W związku z wprowadzeniem ograniczenia odpowiedzialności karnej lekarzy za działania podejmowane w celu rozpoznawania lub leczenia COVID-19 na mocy art. 24 ustawy z 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 pojawiły się liczne wątpliwości lekarzy, jak również samych pacjentów,² co do możliwości dochodzenia swoich roszczeń w zakresie wystąpienia potencjalnego błędu medycznego. Artykuł ma na celu wyjaśnienie konstrukcji klauzuli i zestawienie jej z konstrukcją kontratypów. Ponadto w dalszej części znajduje się ocena wpływ klauzuli dobrego samarytanina na odpowiedzialność przy błędzie diagnostycznym, terapeutycznym, technicznym, organizacyjnym, informacyjnym, jak również błędzie rokowania.

1. Kontratypy pozaustawowe

W sytuacji wyłączenia bezprawności czynu najczęściej mówimy o istnieniu kontratypów. W zakresie odpowiedzialności karnej wyróżniamy trzy kontratypy ustawowe zlokalizowane w części ogólnej, tj. obrona konieczna (art. 25 KK), stan wyższej konieczności (art. 26 KK) i ryzyko nowatorstwa (art. 27 KK) oraz w części szczególnej dodatkowo dozwoloną krytykę (art. 213 KK) i kontratyp działalności artystycznej, edukacyjnej, kolekcjonerskiej lub naukowej, który wyłącza bezprawność w zakresie propagowania totalitaryzmu i mowy nienawiści (art. 256 § 3 KK). Kodeks karny w części wojskowej przewiduje jako kontratyp również ostateczną potrzebę (art. 319 KK). Katalog ten nie jest jednak zamknięty, ponieważ istnieje grupa kon-

tratypów pozaustawowych, które są wynikiem interpretacji systemowej lub zwyczaju, np. eksperyment medyczny czy działanie w ramach uprawnień lub obowiązków.

Pojęcie „kontratyp” jest charakterystyczne dla prawa karnego jako „okoliczność wyłączająca wtórnie bezprawność”. Istotne jest, że zachowanie w sposób typowy spełnia wszystkie niezbędne przesłanki naruszenia określonego dobra chronionego prawem, jednak w danych okolicznościach naruszenie to uznaje się za usprawiedliwione (Wyrwiński, 2019).

W omawianym przypadku regulację wyłączenia odpowiedzialności karnej zgodnie z klauzulą dobrego samarytanina należałoby zakwalifikować właśnie jako jeden z kontratypów. Ponadto mówimy tu o kontratypie względnym, co znaczy, że uchylenie bezprawności czynu dotyczy tylko odpowiedzialności karnej, na co wskazuje dokładne stypizowanie przepisów, w zakresie których wyłączenie to następuje. Tym samym należy mieć na uwadze, że możliwe pozostaje dochodzenie roszczeń w związku z odpowiedzialnością cywilną lub administracyjną.

Dodatkowo potwierdził to Sąd Najwyższy: „W razie stwierdzenia w postępowaniu karnym, że sprawca działał w ramach jednego z kontratypów ustawowych, jako że są to okoliczności wyłączające winę albo bezprawność działania, sąd cywilny nie jest tymi okolicznościami związany, albowiem działanie w ramach kontratypu wyłącza możliwość wydania wyroku skazującego. Jednocześnie ustalenie, że sprawca przestępstwa działał w obronie koniecznej, której granice przekroczył (art. 25 k.k.), nie wyłącza dopuszczalności ustalenia przez sąd w postępowaniu cywilnym, że poszkodowany nie przyczynił się do powstania szkody”¹.

2. Klauzula dobrego samarytanina – rekonstrukcja normy

W październiku 2020 roku ustawą o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 ustawodawca wprowadził nową regulację, która zgodnie z uzasadnieniem miała na celu wprowadzenie rozwiązań chroniących przed odpowiedzialnością karną za niektóre czyny osób wykonujących zawody medyczne

¹ Uchwała z 11.01.1983 r., III CZP 56/82, OSNCP 1983/8, poz. 108.

w trakcie trwania epidemii COVID-19 z uwagi na wyższe ryzyko spowodowania błędu w tej szczególnej sytuacji².

Odnosząc się już bezpośrednio do przedmiotowej ustawy, artykuł 24 zakłada, że nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 i 1517), ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r., poz. 514, 567, 1291 i 1493), ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r., poz. 2150 oraz z 2020 r., poz. 1291), ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 562, 567, 945 i 1493), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r., poz. 882 i 2112) albo ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Analizując tę normę prawną, widzimy, że wyłaniają się dwie kluczowe kwestie – jej zakres przedmiotowy i podmiotowy, które są dokładnie sprecyzowane.

Wyłączenie odpowiedzialności karnej dotyczy tylko czterech przestępstw i są to: nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 KK); nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 2 KK); nieumyślne spowodowanie średniego lub lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 § 3 KK) oraz nieumyślne narażenie człowieka na niebezpieczeństwo (art. 160 § 3 KK).

W aspekcie podmiotowym norma dotyczy przede wszystkim lekarzy i lekarzy dentystrów, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, felczyrów, jak również osób uprawnionych do podejmowania działań na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Ostatniej z powołanych ustaw podlegają m.in. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, lekarze medycyny pracy czy kierownicy podmiotów leczniczych. Tym samym wykluczono spod zakresu tego artykułu innych członków personelu medycznego, którzy również powinni podlegać tożsamej ochronie.

² Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 28.10.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, IX kadencja, druk sejm. nr 683, s. 42.

Ponadto zwolnienie z odpowiedzialności dotyczy tylko sytuacji mających miejsce w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii. Pojęcia te definiujemy zgodnie z ustawą o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Stan epidemii to sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii³, a stan zagrożenia epidemicznego to sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych⁴. Warto wskazać, że stan zagrożenia epidemicznego trwał w Polsce od 14 marca 2020 roku do 20 marca 2020 roku, a stan epidemii trwa od 20 marca 2020 roku.

Dany podmiot musi popełnić czyn zabroniony w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i w dodatku „w szczególnych okolicznościach”, które nie zostały dookreślone przez ustawodawcę.

Niezbędnym elementem strony podmiotowej jest tutaj nieumyślność, rozpatrywana zgodnie z art. 9 § 2 KK. O nieumyślności mówimy zatem, gdy sprawca nie ma zamiaru popełnienia czynu zabronionego, ale popełnia go wskutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu zabronionego przewidywał albo mógł przewidzieć. Do znamion strony przedmiotowej należy więc skutek – tym samym są to przestępstwa materialne.

Kolejną kwestią, na jaką należy zwrócić uwagę, jest popełnienie przestępstwa związane z rażącym niezachowaniem ostrożności, która jest wymagana w danych okolicznościach. W takim przypadku sprawca nie będzie zwolniony z odpowiedzialności karnej. Niestety w zakresie pojęcia „rażące niezachowanie ostrożności” ustawodawca również nie poczynił jednolitych ustaleń.

3. Rażące niezachowanie ostrożności

Jak już zostało zaznaczone powyżej, działania podchodzące pod wyłączenie odpowiedzialności karnej na gruncie klauzuli dobrego samarytanina muszą cechować się nieumyślnością. Próbując zdefiniować pojęcie „rażące

³ Art. 2 pkt 22 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U.2021.2069 t.j. z dnia 11.17.2021.

⁴ Art. 2 pkt 23 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U.2021.2069 t.j. z dnia 11.17.2021.

niezachowanie ostrożności” należy moim zdaniem na wstępie odwołać się do pojęcia niedbalstwa jako jednego z rodzajów nieumyślności. Zostało ono dość szeroko umówione przez judykaturę, jednak kluczowy w tym zakresie jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2004 roku o sygn. akt IV CK 151/03. Sąd stwierdził, że przypisanie określonej osobie niedbalstwa uznaje się za uzasadnione wtedy, gdy osoba ta zachowała się w określonym miejscu i czasie w sposób odbiegający od właściwego dla niej miernika należytej staranności. Dodatkowo na gruncie tej sprawy dookreślił, że przez rażące niedbalstwo rozumie się natomiast niezachowanie minimalnych (elementarnych) zasad prawidłowego zachowania się w danej sytuacji. O przypisaniu pewnej osobie winy w tej postaci decyduje więc zachowanie się przez nią w określonej sytuacji w sposób odbiegający od miernika staranności minimalnej⁵.

Sytuacją, w której spotykamy się najczęściej z niezachowaniem zasad prawidłowego zachowania na gruncie prawa karnego jest niezachowanie należytej ostrożności w ruchu drogowym. Zgodnie z orzecnictwem wyrażenie „należyta ostrożność” należy rozumieć jako „odpowiednia, właściwa, stosowna, a zatem taka, jaka jest wymagana w danych okolicznościach. Chodzi przy tym zarówno o „zwykłą ostrożność”, jak i „ostrożność szczególną”. (...) Konieczne jest ustalenie, że sprawca nie zachował „należytej ostrożności”, a więc takiej, jaka była wymagana w danej sytuacji. Każdy uczestnik ruchu drogowego jest obowiązany do zachowania ostrożności, czyli do postępowania uważnego, przeczernego, stosowania się do sytuacji istniejącej na drodze”⁶.

Podsumowując, rażącym niedbalstwem będzie niezachowanie elementarnych zasad prawidłowego zachowania się w danej sytuacji. Tym samym nie sposób wykluczyć, że jest to nieprzestrzeganie należytych reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach. Sąd Najwyższy podkreślił, że zakres niedbalstwa oceniany jest przez pryzmat odstępowania od należytej staranności. Jako że należyta staranność obejmuje reguły postępowania w sposób zobiektywizowany, to wypełnia jednocześnie zakres wyrażenia rażące niedbalstwo i tym samym rażącego niezachowania ostrożności. Tym samym należałoby przyjąć, że pojęcie „rażące niezachowanie ostrożności” zastosowane w art. 24 ustawy z dnia z 28.10.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z prze-

⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2004 roku o sygn. akt IV CK 151/03, LEX nr 151642.

⁶ Zarządzenie Sądu Rejonowego dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie z 2019-07-18 o sygn. akt III W 162/18, LEX nr 2749570.

ciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 jest tożsamy z pojęciem należytej staranności.

Należyta staranność w stosunku do lekarzy jest kluczowym pojęciem wpływającym na jego odpowiedzialność zawodową, dlatego niezbędnym działaniem do dalszych rozważań wydaje się jej omówienie. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Łodzi należyta staranność obejmuje reguły postępowania w sposób zobiektywizowany. Należyta staranność w stosunku do lekarzy powinna być rozumiana jako obiektywnie istniejący wzorzec postępowania obowiązujący każdego lekarza w tym samym stopniu. Musi to być jednak staranność wysokiego stopnia, oznaczająca, że powstanie wypadku czy innego ujemnego dla pacjenta zdarzenia wyrządzającego mu szkodę było nie do uniknięcia nawet przez najbardziej przezornego, starannego i kwalifikowanego lekarza⁷. To właśnie od należytej staranności będzie zależała możliwość przypisania odpowiedzialności za błąd medyczny. W sytuacji, w której zostanie wykazane, że lekarz dokonał wszystkich możliwych czynności zgodnie z przyjętymi wzorcami postępowania, nie będzie odpowiadał za zaistniałe szkody.

4. Błąd medyczny

W pierwszej kolejności, omawiając tytułowe zagadnienie, należałoby zdefiniować pojęcie błędu medycznego. Poszukując definicji legalnej, nie jesteśmy w stanie odnaleźć ustawowej definicji błędu medycznego, jednak Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta definiuje zagadnienie pokrewne, jakim jest zdarzenie medyczne. Zgodnie z art. 67a przedmiotowej ustawy za zdarzenie medyczne uznaje się zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Tym samym, uszczegóławiając, zdarzeniem medycznym jest czynność niezgodna z aktualną wiedzą medyczną. Może być to zarówno działanie, jak

⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 12.04.2017 r., I ACa 1327/16, LEX nr 2310611.

zaniechanie personelu medycznego. Zakres podmiotowy został niedookreślony, ale za przyjęciem szerokiego rozmienia, jakim jest każdy podmiot wykonujący zawód medyczny przemawia art. 2 tejże ustawy. Ustawodawca zakłada bowiem, że przestrzeganie praw pacjenta określonych w powyższej ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Przesłanką zdarzenia medycznego jest również wystąpienie skutku w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci, oraz niezgodność z aktualną wiedzą medyczną. Udzielanie pacjentowi świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej jest jedną z kluczowych zasad wykonywania poszczególnych zawodów medycznych. Pojęcie to zostało dookreślone przez doktrynę i orzecznictwo. Wiedza medyczna stanowi rezultat badań naukowych, dlatego musi być jawnie ogłoszona, czyli podana publicznie do wiadomości celem oceny jej poprawności przez całe środowisko medyczne. „Powinna być zatem zaprezentowana w formie weryfikowalnej – tak aby umożliwić nie tylko kontrolę i ewentualną krytykę poprawności zastosowanej metody, ale także powtórzenie badań wedle zaproponowanej metody celem porównania uzyskanych wyników”. Wiedza medyczna wykorzystywana w celu udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych w danym czasie musi spełniać bezwzględny warunek „aktualności”. Słownik języka polskiego definiuje przymiotnik „aktualna/y” jako „obowiązujący w danej chwili”, „zachowujący ważność”, „dotyczący teraźniejszości, będący na czasie”, a na gruncie nauk filozoficznych „istniejący lub działający realnie” (Karkowska i in., 2021, art. 6).

Termin „aktualna wiedza medyczna” nie może odnosić się do publikacji internetowych, broszur producenta sprzętu medycznego, artykułów naukowych itd., ale całości kształtu wiedzy medycznej wraz z tezami potwierdzonymi udokumentowanymi i sformalizowanymi badaniami klinicznymi. Zasadą jest powstrzymanie się od stosowania niesprawdzonych metod, które są jeszcze na etapie eksperymentów i nie uzyskały dostatecznego uznania w środowisku medycznym, ponieważ jest to związane z wysokim ryzykiem, oraz od stosowania czynności zarzuconych, co do których stwierdzono, że są nieskuteczne, błędne czy niebezpieczne. Za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez miarodajne koła naukowe.

Zasady te muszą odpowiadać przyjętym poglądom, które nie podlegają dyskusji oraz oparte są prawie na jednogłośnie. Dla oceny, czy postępowanie względem pacjenta następowało zgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, istotny jest stan wiedzy z chwili postępowania, co ma szczególne znaczenie, jeśli weźmie się pod uwagę bardzo szybki postęp w medycynie⁸.

Pojęcie „zdarzenie medyczne” ma szerszy zakres pojęciowy niż „błąd medyczny”. Sąd Najwyższy jako błąd medyczny określił czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym⁹. Uogólniając, można stwierdzić, że pojęcie to z istoty obejmuje tylko działania nieumyślne (mogą wynikać zarówno z lekkomyślności, jak i niedbalstwa), które prowadzą do negatywnego skutku (szkody). Główną różnicą jest konieczność wskazania winy (w przypadku błędu medycznego). Wyróżniamy konkretny podmiot, który czynności się dopuścił, a tym samym przypisujemy mu z tego powodu odpowiedzialność. Przy zdarzeniu medycznym punkt wyjścia stanowi tylko stan faktyczny. Jego prawidłowe ustalenie powoduje przypisanie odpowiedzialności placówce medycznej (np. szpitalowi). Komisja w tym ostatnim przypadku nie ustala winy w odniesieniu do personelu zatrudnionego w szpitalu, a szpital co do zasady nie ma roszczenia regresowego z tytułu wypłaconego odszkodowania i zadośćuczynienia. Obecnie roszczenia poszkodowanych z tytułu stwierdzonego zdarzenia medycznego nie są objęte ubezpieczeniem z tytułu odpowiedzialności cywilnej (Karkowska i in., 2021, art. 67(a)).

5. Wpływ klauzuli na poszczególne rodzaje błędów medycznych

Przy rozpatrywaniu błędów medycznych możemy wyróżnić: błąd diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny, rokowania, organizacyjny oraz informacyjny. Ich odróżnienie nie wpływa na ustalenie odpowiedzialności karnej podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, ponieważ punktem wyjścia jest tutaj wystąpienie czynu zabronionego. Będzie jednak ułatwieniem dla możliwości zaobserwowania skutków wprowadzenia klauzuli dobrego samarytanina na odpowiedzialność podmiotów medycznych.

⁸ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 26.02.2019 r., VI SA/Wa 2179/18, LEX nr 2689804.

⁹ Orzeczenie Sądu Najwyższego z 1.04.1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, nr 1, poz. 7.

5.1. Błąd diagnostyczny

Błąd diagnostyczny związany jest z nieprawidłowym rozpoznaniem, dlatego też często nazywany jest również „błędem rozpoznania”. Polega on na nieprawidłowej diagnozie lub nieprawidłowej ocenie stanu pacjenta (w sytuacji, gdy badanie i jego wynik były prawidłowo przeprowadzone). Błędy diagnostyczne możemy najłatwiej podzielić na błędy zaniechania lub błędy rozumowania. Rozróżnienie to jest związane z przyczynami ich wystąpienia. Błąd zaniechania to np. skutek przeprowadzenia niedokładnego wywiadu medycznego z pacjentem. Najczęściej prowadzi do niego błędna interpretacja wyników badań pacjenta, a tym samym niepodjęcie na czas leczenia.

Nieprawidłowa diagnoza COVID-19 lub nieprawidłowa ocena stanu pacjenta z pewnością może doprowadzić do skutków w postaci uszczerbku na zdrowiu lub nawet śmierci. Biorąc pod uwagę, że w czasach pandemii na znaczeniu zyskały teleporady, podczas których lekarz nie ma możliwości dokładnego zbadania pacjenta, a tym samym musi polegać jedynie na informacjach zebranych podczas wywiadu, wszystkie podejmowane przez niego decyzje obarczone są ryzykiem błędu diagnostycznego. Bardzo często dochodzi do sytuacji, gdzie pacjent pomija objawy przez zapomnienie lub nieświadomość, że mogą mieć one wpływ na ostateczną decyzję dotyczącą terapii, a lekarz nie jest w stanie tego zweryfikować na odległość. Zbyt późne skierowanie na test diagnostyczny lub leczenie ambulatoryjne to tylko przykładowe przyczyny, które mogą doprowadzić do szkody. Jeżeli nie będą one zawinione, a wszelkie działania zostaną podjęte z należytą starannością to nastąpi wyłączenie odpowiedzialności karnej ze względu na klauzulę dobrego samarytanina w odniesieniu do podlegających jej czynów zabronionych.

5.2. Błąd terapeutyczny

Z błędem terapeutycznym wiążą się wszelkie sytuacje, w których czynności personelu medycznego są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, dlatego też zamiennie nazywany jest „błędem w leczeniu”. Sąd Apelacyjny w Szczecinie dookreślił, że rodzajem błędu w sztuce lekarskiej jest błąd terapeutyczny, który zachodzi wtedy, gdy została wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia¹⁰. Możemy je podzielić na błędy wyni-

¹⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 13.06.2018 r., I ACa 190/16, LEX nr 2688341.

kające z działania lub z zaniechania. Najczęstszymi błędami w tym zakresie są: niewłaściwe dawkowanie leków (błąd działania) lub nieprzeprowadzenie badania lub zabiegu, w sytuacji istnienia niepodważalnych do tego wskazań (błąd zaniechania). Dodatkowo Sąd Okręgowy w Łodzi wyodrębnił jako jeden z rodzajów – błąd operacyjny, który polega na nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego¹¹.

Wiedza medyczna na temat COVID-19 zmienia się z dnia na dzień. Naukowcy pracują nad opracowaniem skutecznych metod leczenia, dlatego w tym zakresie mówimy o bardzo szybkich zmianach „aktualnej wiedzy medycznej”. Obecnie zgodnie z rekomendacjami WHO optymalne leczenie wspomagające obejmuje podawanie tlenu ciężko chorym pacjentom i pacjentom z ryzykiem wystąpienia ciężkiej choroby, a także bardziej zaawansowane wspomaganie oddychania, takie jak wentylacja w przypadku pacjentów w stanie krytycznym. Ponadto zaleca się podawanie deksametazonu. Jest to kortykosteroid, który może pomóc skrócić czas pobytu pod respiratorem i uratować życie pacjentom z ciężką chorobą i w stanie krytycznym¹². Jak łatwo można zauważyć, proces terapeutyczny koncentruje się głównie na łagodzeniu objawów choroby, ze względu na brak skutecznego leku. Wskazywanie na dokonanie przez lekarza błędu terapeutycznego w sytuacji tak dynamicznej jak ogólnoswiatowa pandemia może okazać się niezasadne. Działanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną należy rozpatrywać również przez pryzmat możliwości danej placówki medycznej. Niemożliwe staje się wymaganie od lekarzy podawania najnowszych środków czy stosowania terapii, jeżeli przez szybkość ich wprowadzenia dany szpital nie jest organizacyjnie przygotowany na ich stosowanie.

Jednocześnie w tym zakresie trudno rozdzielić błąd terapeutyczny od błędu diagnostycznego. Najczęściej będą one występowały łącznie, bowiem na skutek wcześniejszego błędu diagnostycznego nastąpi błąd terapeutyczny, będący jego kontynuacją. Jeżeli lekarz natychmiastowo po zgłoszeniu objawów zakażenia nie skieruje pacjenta na test diagnostyczny to tym samym bez takowego wyniku nie będzie w stanie dobrać odpowiedniej metody leczenia, co w konsekwencji może wpłynąć na uszczerbek na zdrowiu pacjenta. W tym zakresie trudno mówić o niezawinionym zaniechaniu i wyłączeniu

¹¹ Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z 1.12.2017 r., I C 1831/15, LEX nr 2425875.

¹² Strona internetowa WHO: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>, dostęp 30.01.2022.

odpowiedzialności na skutek zastosowania kontratypu. Jednak są to sytuacje, które każdorazowo należy rozpatrywać ze względu na indywidualny stan faktyczny sprawy.

5.3. Błąd techniczny

Błąd techniczny związany jest z wszelkiego rodzaju zabiegami medycznymi. Dotyczy on niewłaściwego postępowania personelu medycznego, wskutek którego dochodzi do szkody. Polega na naruszeniu powszechnych norm ostrożności oraz jednocześnie na naruszeniu reguł wiedzy i sztuki medycznej. Nie dotyczy jednak leczenia, a działań *stricte* technicznych, które oczywiście mogą być powiązane z innymi rodzajami błędów medycznych, a nawet być ich bezpośrednią przyczyną. Najczęściej dokonywane są przez zaniedbanie. Wyróżniamy błędy przy leczeniu i ściśle techniczne. Z błędem przy leczeniu możemy mieć do czynienia np. przy pozostawieniu wacika w ciele pacjenta po operacji. Błąd ściśle techniczny jest co prawda rzadkością, ale nie można go wykluczyć i dotyczy np. sytuacji, w której dochodzi do pomyłki operowanego kolana na skutek złego przygotowania pacjenta do zabiegu.

Analizując problematykę błędu technicznego w czasie pandemii COVID-19, możemy stwierdzić, że przypadkiem, który jako jedyny nasuwa się na myśl, jest dopuszczenie do użycia niesprawnego sprzętu medycznego. W ciężkich przypadkach leczenia wirusa koniecznością może być wentylacja mechaniczna. Wyróżniamy tutaj wentylację mechaniczną respiratorem resuscytacyjnym, respiratorem stacjonarnym lub urządzeniem napędzanym tlenem. Mają one na celu wspomóc układ oddechowy, gdy dochodzi do zaawansowanej niewydolności oddechowej. Dłuższe pozostawienie pacjenta niedotlenionego z ogromnym napędem oddechowym zmniejsza bowiem jego szanse na przeżycie. Respiratory, jak każde inne urządzenia mogą być wadliwe. Dopuszczenie takiego wadliwego sprzętu do użytku jest uznawane za błąd medyczny. Sąd Najwyższy orzekł, iż dopuszczenie do użycia niesprawnego sprzętu medycznego (w tym przypadku noża chirurgicznego, ale analogicznie można uznać na tej podstawie każdy inny sprzęt medyczny), narażającego pacjentów na możliwość uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, musi być uznane za zawinione zaniedbanie lekarza, skutkujące powstaniem odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę. Zdaniem sądu przyczynie oparzenia na skutek przebiecia prądu można było zapobiec

przy każdorazowym, starannym sprawdzaniu stanu technicznego sprzętu używanego podczas operacji¹³.

Zasadne jest więc określenie, czy w takiej sytuacji możemy mówić o podejmowaniu działań z należytą starannością. Jeżeli należyta staranność to wzorzec postępowania, który jednocześnie musi być wzorcem staranności wysokiego stopnia, to należy uznać, że sprawdzenie sprzętu medycznego przed podjęciem czynności ratunkowych powinno być podstawowym elementem działania lekarza i/lub personelu medycznego, który za poprawność działania tego sprzętu odpowiada. Zaniechanie dokładnego sprawdzenia sprzętu jest zawinionym nieumyślnym działaniem, ale ze względu na nieuwzględnienie przesłanki postępowania z należytą starannością w zakresie klauzuli dobrego samarytanina nie znajdzie on moim zdaniem zastosowania.

5.4. Błąd organizacyjny

Błąd organizacyjny związany jest z nieprawidłową organizacją pracy personelu medycznego. Przyczyn możemy wyróżnić wiele, m.in. brak wymaganego niezbędnego sprzętu, a tym samym brak dostępu do diagnostyki czy podjęcie nieprawidłowej decyzji przez osoby na stanowiskach kierowniczych w zakresie podpisywania umów z kontrahentami. Warto tutaj zaznaczyć, że jest to jedyny rodzaj błędu, za który odpowiedzialność może ponieść podmiot odpowiedzialny za pełnienie funkcji administracyjnych lub organizacyjnych¹⁴. Niezależne są tutaj kwestie posiadanych kompetencji i uprawnień z zakresu wiedzy medycznej, ponieważ mówimy o braku zapewnienia odpowiednich warunków leczenia. W tym zakresie przykładowo możemy wyróżnić nadmierne zagęszczenie pacjentów, zły stan techniczny budynku czy wadliwą organizację przechowywania leków i środków toksycznych na oddziale. Dla przypisania odpowiedzialności niezbędne będzie wykazanie następujących cech:

- 1) nieprawidłowe zarządzanie określonym obszarem działalności szpitala,
- 2) wywołanie stanu zagrożenia bezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjentów leczonych w podmiocie leczniczym i
- 3) możliwość wystąpienia zarówno medycznych, jak i pozamedycznych czynników ryzyka (Wąsik, 2021).

¹³ Wyrok Sądu Najwyższego z 11.05.1983 r., IV CR 118/83, OSNC 1983, nr 12, poz. 201.

¹⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z 12.10.2006 r., I ACa 377/06, PiM 2009, nr 3, poz. 145–151.

Pierwszym przykładem, jaki nasuwa się na myśl związanym z pandemią, jest oczywiście za mała liczba personelu medycznego – zarówno lekarzy, lekarzy o odpowiedniej specjalizacji np. anestezjologów, jak i pielęgniarek. Niedostateczna liczba pracowników w placówce medycznej bezsprzecznie zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów. Lekarze pracują zbyt długo, nieczęsto biorąc po kilka dyżurów bez przerwy, co w konsekwencji przyczynia się do błędów logicznych w działaniu, których ciężko uniknąć przy tak dużym wysiłku połączonym ze zmęczeniem. Na oddziałach covidowych, gdzie wymagana jest szybkość reakcji na zmieniający się stan chorych, odpowiednia liczba personelu ma charakter kluczowy.

W praktyce bardzo ciężko będzie wykazać, że jedynym źródłem odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę jest błąd organizacyjny. Zaniedbania wynikające z niedoboru kadrowego oczywiście będą jednym z czynników decydujących w przypadku oceny, jednak tylko jako wycinkowa część większej odpowiedzialności. Umożliwia to wprawdzie pociągnięcie do odpowiedzialności podmiot odpowiedzialny za pełnienie funkcji administracyjnych lub organizacyjnych, jednak udowodnienie tego stanu może być ciężkie, a częściowo nawet niemożliwe do wykonania,

Czy w przypadku błędu organizacyjnego możemy mówić o wyłączeniu odpowiedzialności karnej? Gdy lekarz dopuszcza się czynu zabronionego, jakim jest przykładowo nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta na skutek błędu w diagnozie (nawet związanej z leczeniem COVID-19) z powodu zmęczenia wynikającego z konieczności podjęcia większej ilości godzin pracy z uwagi na niewystarczającą liczbę personelu medycznego nadal dopuszcza się pogwałcenia przesłanki należytej staranności. Zgodnie z kodeksem etyki lekarskiej najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego, a mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady¹⁵. Biorąc powyższe pod uwagę, lekarz ma zawsze obowiązek niepogarszania stanu pacjenta i działania z należytą starannością. Przy podejmowaniu się zbyt dużej liczby godzin pracy lekarz nie tylko naraża zdrowie pacjentów, ale również narusza zasady etyki lekarskiej. Przy połączeniu tych rozważań z kwestią wywołania ewentualnej szkody trudno mówić o możliwości wyłączenia odpowiedzialności karnej, po-

¹⁵ Art. 2 Obwieszczenia Nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

nieważ przesłanka wykonywania działań z należytą starannością nie będzie spełniona. Podobna sytuacja ma miejsce przy wyłączeniu odpowiedzialności podmiotu medycznego, który najczęściej wywołuje perswazyjny nacisk na personel w kontekście nałożonych na nich obowiązków. Tutaj ciężko mówić o wyłączeniu odpowiedzialności karnej, ponieważ klauzula dobrego samarytanina obejmuje tylko czyny nieumyślne. Nie ma możliwości wykazania, że dyrekcja placówki działała nieumyślnie w zakresie likwidacji miejsc pracy lub lekceważenia zgłoszeń dotyczących zbyt małej liczby personelu. W takiej sytuacji nieumyślność charakteryzowałaby się tylko brakiem ogólnej wiedzy o tym, co dzieje się w danym podmiocie, co w konsekwencji również powoduje możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności.

5.5. Błąd informacyjny

Błąd informacyjny wynika bezpośrednio z art. 9 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który stanowi w ustępie pierwszym, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Jest ono podstawowym elementem najczęściej rozpoczynającym dalsze działanie, na które poinformowany pacjent musi wyrazić zgodę. Elementem warunkującym legalność zgody jest uprzednie uzyskanie informacji, na co zostaje wyrażona. W przeciwnym bowiem wypadku udzielenie zgody traci nie tylko oparcie w normie prawnej, ale też jest pozbawione sensu (Bernatek-Zagula, 2008, s. 63). Jest to jedno z najważniejszych praw, jakie przysługują pacjentowi. Skutki jego pogwałcenia ocenił Sąd Najwyższy, wskazując, że pacjent wyrażając zgodę na zabieg bierze na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy, najłżejszej choćby, lekarza. Z tego, między innymi, powodu ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga niebudzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały¹⁶. Tym samym błąd informacyjny polega na nieprawidłowym przekazaniu informacji na temat stanu zdrowia w tym wszelkich informacji na temat możliwych powikłań, które w konsekwencji prowadzą do wyrażenia zgody na leczenie przez pacjenta, który nie jest w posiadaniu wszystkich niezbędnych informacji i wydaje wadliwe oświadczenie woli. Potwierdził to

¹⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z 18.01.2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.

Sąd Apelacyjny w Katowicach, wskazując, że zgoda pacjenta w rozumieniu art. 34 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty musi być zgodą „objaśnioną”, „poinformowaną”, a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejęcie na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o dostępnych metodach, ryzyku i następstwach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej¹⁷.

Jak przytoczono powyżej, wyłączenie odpowiedzialności lekarza następuje tutaj na skutek zgody pacjenta, chyba że został on niewłaściwie poinformowany o skutkach terapii czy zabiegu. Wyrażenie zgody, przy poprzednim niedoinformowaniu pacjenta, jest bezsprzecznie naruszeniem zasady działania z należytą starannością. Dlatego też należy uznać, że nie ma możliwości wyłączenia odpowiedzialności lekarza za błąd informacyjny na podstawie klauzuli dobrego samarytanina. Mimo że dochodzi tutaj do zbiegu podstaw wyłączenia odpowiedzialności (dwóch kontratypów – zgody i klauzuli), to zawsze zgoda dostatecznie poinformowana będzie skutkować brakiem odpowiedzialności, a w przeciwieństwie zgoda bez dostatecznych informacji o zabiegu zawsze będzie naruszeniem należytej staranności i podstawą do pociągnięcia do odpowiedzialności.

5.6. Błąd rokowania

Błąd rokowania dotyczy niewłaściwej prognozy co do stanu zdrowia pacjenta. Tutaj wyróżniamy dwie możliwości – lekarz zakładając, że stan pacjenta nie jest aż tak poważny, informuje, że wyzdrowieje on wcześniej, niż faktycznie ma to miejsce lub przeciwnie – przewiduje, że jest on bardziej chory niż w rzeczywistości, a rekonwalescencja trwa krócej. Ma to duże znaczenie w kontekście wystawiania zaświadczeń o trwałej lub częściowej niezdolności do pracy, a w konsekwencji na pobieranie zasiłków. Przykładowo, gdy lekarz stwierdza czasową niezdolność pacjenta do pracy lub niezdolność do wykonywania określonych czynności, zaleca rehabilitację, jednak, jak się później okazuje, jest to trwała niezdolność do pracy, mamy do czynienia z błędem

¹⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 15.01.2015 r., I ACa 856/14, LEX nr 1649237.

rokowania. Podobnie, gdy lekarz uznaje czasowe ograniczenie w uprawianiu oznaczonej dyscypliny sportowej (Serwach i Liszewska, 2001).

Błąd rokowania przy leczeniu wirusa SARS-CoV-2 może oczywiście polegać na złej ocenie stanu pacjenta i braku skierowania na hospitalizację. Lekarz zakłada, że choroba nie jest aż tak mocno posunięta do przodu, że na ten moment skierowanie nie jest konieczne, mimo to stan pacjenta gwałtownie się pogarsza i koniecznym staje się natychmiastowa pomoc, której można byłoby uniknąć, gdyby wcześniej rozpoczęto leczenie zachowawcze. Tutaj warto podkreślić, że błąd rokowania zawsze będzie łączył się z błędem diagnostycznym i/lub terapeutycznym, ponieważ ich granice ulegają zatarciu. W tym przypadku wyłączenie odpowiedzialności karnej będzie rozpatrywane analogicznie, jak powyżej w zakresie dwóch pozostałych błędów.

Podsumowanie

Pandemia COVID-19 wprowadziła nam nową rzeczywistość, w której na masową skalę rozpoczęliśmy korzystanie z dobrodziejstw telemedycyny. W kontekście konieczności rozpoczęcia teleporad wprowadzenie klauzuli dobrego samarytanina mogło zostać odczytane jako konieczne. Jest ona jednym z kontratypów, które umożliwiają wyłączenie odpowiedzialności karnej. Dotyczy Jednak zbyt wąskiego zakresu podmiotowego i tylko czterech przestępstw (nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 155 KK); nieumyślnego spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 2 KK); nieumyślnego spowodowania średniego lub lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 § 3 KK) oraz nieumyślnego narażenia człowieka na niebezpieczeństwo (art. 160 § 3 KK)).

W zakresie błędów medycznych należy zauważyć, że wyłączenie odpowiedzialności może nastąpić tylko przy tzw. błędach merytorycznych, gdzie następuje ocena stanu pacjenta przez wzgląd na aktualną wiedzę medyczną. Mówimy tutaj o błędzie diagnostycznym, terapeutycznym lub błędzie rokowania. W innych przypadkach ciężko jest znaleźć sytuację, w której błąd będzie niezawiniony i nie będzie związany z brakiem należytej staranności.

W tym miejscu należałoby się zastanowić, czy wprowadzona regulacja rzeczywiście zmienia sytuację prawną lekarzy i pacjentów. W moim przekonaniu nie. Jak zostało wskazane, jedną z przesłanek zastosowania tego kontratypu jest wystąpienie skutku, który nie jest wynikiem rażącego niezachowania

ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Wyrażenie to bezspornie zachowuje tożsame znaczenie z działaniem z należytą starannością. Brak należytej staranności jest bowiem również przesłanką odpowiedzialności lekarza za szkodę. Zgodnie ze strukturą przestępstwa, aby móc mówić o ewentualnej odpowiedzialności, musimy wykazać winę sprawcy. Ustawodawca w art. 1 § 3 KK stanowi, że „Nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie czynu”. Zawinienie w sprawach dotyczących błędów medycznych będzie dotyczyło właśnie działania niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną i ustalonymi wzorcami postępowania, czyli bez zachowania należytej staranności. Wyłączenie odpowiedzialności karnej nastąpi zawsze, gdy nie będzie możliwe przypisanie lekarzowi winy. Jeżeli postępuje on zgodnie z należytą starannością, nie będzie miało znaczenia, czy zastosujemy tutaj klauzulę z omawianej ustawy, ponieważ do omawianego zawinienia nie dojdzie.

Bibliografia

Piśmiennictwo

- Karkowska, D. (2021). W: Bielak-Jomaa E., Błażewicz, G., Bryzek, R., Chmielowiec, B., Ćwikiel, M., Grzesiewski, P., Kmiecik, B., Nowak, A., Karkowska, D., *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa 2021, art. 6 oraz art. 67(a).
- Wąsik, D. (2021). „Błąd medyczny a błąd organizacyjny podmiotu leczniczego”. W: *Metodyka prowadzenia postępowania przygotowawczego w sprawach o błędy medyczne*. Warszawa.
- Bernatek-Zagała, I. (2008). *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*. Toruń.
- Serwach, M. i Liszewska, A. (2021). „Rodzaje błędów medycznych”. W: Dukiet-Nagórska, T., Liszewska, A., Zielińska, E. (red.), *System Prawa Medycznego. Tom III. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*. Warszawa.
- Wyrwiński, M. (2019). „4.4.8. Kontratypy”. W: *Autorskie prawa osobiste w obrocie prawnym*. Wolters Kluwer Polska.

Publikacja internetowa

- WHO, <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19> (dostęp 30.01.2022).

Akty prawne

- Kodeks karny, Dz.U. 1997 Nr 88, poz. 553 tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 2345.
- Obwieszczenie Nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.
- Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dz.U. 2006 Nr 191, poz. 1410 tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 2053.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 tj. Dz.U. z 2020 r., poz. 849.
- Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz.U. 2008 Nr 234, poz. 1570 tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 2069.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152 tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 790.
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U. 2011 Nr 174, poz. 1039 tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 479.
- Ustawa o zawodzie felczera Dz.U. 1950 Nr 36, poz. 336 tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 742.
- Ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 Dz.U. z 2020 r., poz. 2112.
- Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia z 28.10.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, IX kadencja, druk sejm. nr 683, s. 42.

Orzecnictwo

- Orzeczenie SN z 1.04.1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, nr 1, poz. 7.
- Uchwała Sądu Najwyższego z 11.01.1983 r., III CZP 56/82, OSNCP 1983/8, poz. 108.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 15.01.2015 r., IACa 856/14, LEX nr 1649237.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 12.04.2017 r., IACa 1327/16, LEX nr 2310611.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 13.06.2018 r., IACa 190/16, LEX nr 2688341.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z 12.10.2006 r., IACa 377/06, PiM 2009, nr 3, poz. 145–151.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 18.01.2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 10.03.2004 roku o sygn. akt IV CK 151/03, LEX nr 151642.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 11.05.1983 r., IV CR 118/83, OSNC 1983, nr 12, poz. 201.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z 1.12.2017 r., I C 1831/15, LEX nr 2425875.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 26.02.2019 r., VI SA/Wa 2179/18, LEX nr 2689804.

Zarządzenie Sądu Rejonowego dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie z 2019-07-18, III W 162/18, LEX nr 2749570.