

Agnieszka Liszewska

WĄTPLIWOŚCI WOKÓŁ POJĘCIA BŁĘDU W SZTUCE LEKARSKIEJ

Obowiązujące przepisy prawa karnego nie przewidują szczególnej regulacji odpowiedzialności karnej lekarza za niekorzystny dla pacjenta rezultat podejmowanych czynności leczniczych. Odpowiedzialność ta jest w każdym wypadku oparta na zawinionej realizacji znamion jednego z typów przestępstw przeciwko życiu lub zdrowiu, choć spotkać można w literaturze pogląd, zgodnie z którym należałoby stworzyć podstawy do odrębnej kwalifikacji wadliwego postępowania lekarza, nadając mu cechy przestępstwa zawodowego¹. Są to postulaty *de lege ferenda*. *De lege lata* zaś, brak jest odpowiednich typów przestępstw stworzonych specjalnie z myślą o skutkach nieprawidłowo przeprowadzonych czynności leczniczych. Z tego względu pozostaje jedynie kwalifikacja oparta na przepisach statuujących przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Wypełnienie znamion któregośkolwiek z tych przestępstw uwarunkowane zostało jednak zaistnieniem przesłanki w postaci tzw. błędu w sztuce lekarskiej. Jest to okoliczność, z którą zarówno doktryna, jak i orzecznictwo już od dawna wiążą odpowiedzialność karną lekarza, choć poglądy na temat znaczenia tego pojęcia przeszły swoistą ewolucję.

Przez pewien czas błąd w sztuce lekarskiej utożsamiano z winą nieumyślną, którą przypisywano lekarzowi ze względu na to, że naruszył on obowiązujące zasady postępowania z pacjentem, wyznaczone przez naukę i sztukę medyczną, pomimo ciężącego na nim, z racji wykonywanego zawodu, obowiązku przestrzegania tych zasad². Stanowisko łączące naruszenie reguł wiedzy i sztuki medycznej z winą nieumyślną wyrażane było w literaturze albo wprost³, albo też poprzez definiowanie błędu lekarskiego jako błędu karygodnego (zawinionego), z czym możemy spotkać się m. in. u L. Wachholza. Autor ten,

¹ Por. G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 36-37.

² Por. J. Sawicki, *O odpowiedzialności za błędny zabieg leczniczy. Problem winy*, „Państwo i Prawo” 1954, nr 6, s. 1000 i powołana tam literatura.

³ Por. J. Ruff, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1929, s. 10.

omawiając problematykę błędu lekarskiego, używa sformułowania „karygodny błąd lekarski” i określa go jako błąd widoczny, możliwy do uniknięcia przy zastosowaniu zwykłych, a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności, a także będący wynikiem należytego namysłu lekarza, nie zaś działania dorywczego, wywołanego nagłością przypadku. Przy ocenie błędu należy – zdaniem L. Wachholza – brać pod uwagę także „wyjątkowe okoliczności, wśród których on zaszedł”, a które mogą wykluczyć jego karygodność⁴. Z podobną definicją spotykamy się u W. Grzywo-Dąbrowskiego, który uważa, że „za swoją czynność (w pojęciu błędu lekarskiego) lekarz może być odpowiedzialny tylko wtedy, gdy przekroczył ze szkodą dla chorego ogólnie przyjęte zasady postępowania w wypadku zwykłym, nie wymagającym jakichś nadzwyczajnych umiejętności i zdolności od lekarza, oraz gdy jednocześnie da się ustalić ścisły związek przyczynowy między tą czynnością lekarza (lub zaniedbaniem wykonania pewnej czynności) a wynikłą stąd szkodą dla chorego”⁵.

Stanowisko utożsamiające błąd sztuki lekarskiej z błędem zawinionym znajdujemy także w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 I 1974 r.⁶, w uzasadnieniu którego powołany został cytowany wcześniej pogląd L. Wachholza. Krytycznie ustosunkował się do tego orzeczenia K. Buchała, podnosząc m. in., iż „błąd sztuki jest kategorią obiektywną, zależną tylko od aktualnego stanu wiedzy medycznej, nie zależy zatem od wieku, doświadczenia, umiejętności lub samopoczucia konkretnego lekarza wykonującego zabieg i jest kategorią z zakresu nauki medycyny, a nie z zakresu odpowiedzialności”⁷.

Pogląd, zgodnie z którym zaistnienie błędu w sztuce lekarskiej podlega ocenie opartej wyłącznie na kryteriach obiektywnych i stanowi odrębną od winy przesłankę odpowiedzialności karnej lekarza, jest obecnie poglądem dominującym zarówno w nauce, jak i orzecznictwie. Po raz pierwszy został on w polskiej doktrynie prawnokarnej jasno wyrażony przez J. Sawickiego, który w swoich wypowiedziach⁸ konsekwentnie podkreśla konieczność zobiektywizowania oceny zachowania lekarza kwalifikowanego jako błąd w sztuce. Zdaniem tego autora naruszenie zasad wiedzy medycznej, powodujące uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, czy nawet śmierć pacjenta, wpływa jedynie na bezprawność czynu lekarza, nie może być zatem wystarczającym warunkiem

⁴ L. Wachholz, *Medycyna sądowa*, Warszawa-Kraków 1925, s. 429.

⁵ W. Grzywo-Dąbrowski, *Medycyna sądowa dla prawników*, Warszawa 1957, s. 374. Definicję tę Autor powtórzył także w pracy: *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1958, s. 12.

⁶ III KR 311/73, „Służba MO” 1974, nr 6, s. 882–883.

⁷ K. Buchała, glosa do wyroku S.N. z 16 I 1974 r., „Nowe Prawo” 1974, nr 11, s. 1583.

⁸ Por. J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym*, Warszawa 1965, s. 65.

jego odpowiedzialności. Pozostałe okoliczności, takie jak np. młody wiek, niedoświadczenie czy wyjątkowość sytuacji, w której wykonywany jest zabieg, „wchodzą w skład elementu subiektywnego i ulegają badaniu dopiero w związku z przypisaniem winy dokonującemu zabiegowi”⁹.

W tym samym kierunku poszło orzecznictwo Sądu Najwyższego. W orzeczeniu z dnia 3 XII 1958 r.¹⁰ Sąd Najwyższy stwierdził, że „odpowiedzialność lekarza w związku z wykonywaniem przez niego zawodu lekarskiego opiera się przede wszystkim na trzech zasadniczych przesłankach, a mianowicie: 1) na tzw. «błędzie sztuki lekarskiej»; 2) związku przyczynowym pomiędzy zabiegiem lekarskim, opartym na «błędzie sztuki lekarskiej», a jego skutkiem; 3) winie w rozumieniu jej w myśl art. 14 § 1 lub 2”. W orzeczeniu tym powołany został art. 14 § 1 i 2 k.k. z 1932 r., który stanowił odpowiednik obecnego art. 7 § 1 i 2 k.k., a zatem przepisu definiującego przestępstwo umyślne i nieumyślne. Z przytoczonej tezy wynika, że zdaniem Sądu Najwyższego, błąd sztuki lekarskiej jest w tym stopniu kategorią obiektywną, iż jego stwierdzenie nie wyklucza możliwości przypisania sprawcy umyślności działania (zaniechania). Rozważenie kwestii zawinienia czynu zostało oddzielone od problematyki błędu w sztuce, decydującego jedynie o bezprawności zachowania lekarza. Na gruncie obowiązującego obecnie kodeksu karnego stanowisko Sądu Najwyższego w przedmiocie przesłanek odpowiedzialności karnej lekarza nie uległo zmianie i zostało sformułowane w wyroku z dnia 8 IX 1973 r.¹¹, w którego uzasadnieniu czytamy m. in.: „Lekarz może odpowiadać karne za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej. Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej”.

Z obiektywizacją błędu lekarskiego spotykamy się także w doktrynie prawa cywilnego, w której powszechnie panuje pogląd, że błąd ten reprezentuje obiektywny element winy¹². M. Sośniak traktuje błąd lekarski jako naruszenie ogólnie przyjętych reguł medycyny, które ani nie przesądza winy, ani też niedopełnienia obowiązku staranności; jest zatem kategorią do tego stopnia obiektywną, że pozbawioną jakiegokolwiek wartościowania¹³.

⁹ Sawicki, *O odpowiedzialności...*, s. 1004.

¹⁰ IV K 28/58, „Państwo i Prawo” 1960, nr 1, s. 200 z glosą J. Sawickiego.

¹¹ I KR 116/72, OSNKW 1974, nr 2, poz. 26.

¹² M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 63.

¹³ Tamże, s. 63.

Obiektywny charakter błędu w sztuce lekarskiej nie budzi dzisiaj w nauce żadnych wątpliwości. Pojęcia tego używa się dla określenia takiego zachowania lekarza, które pozostaje w sprzeczności z powszechnie przyjętymi zasadami postępowania, wypracowanymi na gruncie nauk medycznych, czyli – innymi słowy – narusza reguły ostrożności obowiązujące przy wykonywaniu czynności leczniczych.

Reguły ostrożności tworzone są ze względu na rodzaj i charakter dóbr podlegających ochronie prawnej, a ich stosowanie ma na celu zapewnienie tym dobrom maksimum bezpieczeństwa. Nie oznacza to jednak, że przestrzeganie reguł ostrożności prowadzi do wyeliminowania z życia społecznego wszelkich zachowań, nawet społecznie pożądanych, które mogą w jakikolwiek sposób narazić dobro na niebezpieczeństwo. Takie rozumienie funkcji tych reguł prowadziłoby bowiem przykładowo do zobowiązania lekarza, aby odstąpił od przeprowadzenia operacji, jeżeli nie istnieje pewność, że zakończy się ona rezultatem pomyślnym dla życia i zdrowia pacjenta. Zachowanie narażające na niebezpieczeństwo dobro mające wartość społeczną nie musi być sprzeczne z obowiązującymi zasadami ostrożności. Wiadomo powszechnie, że jazda samochodem po mieście w godzinach szczytu jest z istoty swej poczynaniem niebezpiecznym, jeżeli jednak kierowca przestrzega wszystkich reguł obowiązujących w ruchu drogowym, to nawet pomimo spowodowania groźnego dla życia, zdrowia czy mienia skutku, nie będzie on ponosił odpowiedzialności karnej. Czyn takiego kierowcy nie realizuje bowiem znamion typu przestępstwa ze względu na brak naruszenia obiektywnego obowiązku ostrożności¹⁴.

Dobrami, które mogą zostać zaatakowane na skutek niezgodnego z obowiązującymi regułami postępowania lekarza, są życie i zdrowie. Mówiąc o błędzie w sztuce lekarskiej mamy jednak na uwadze nie każde naruszenie reguł ostrożności, które prowadzi do zagrożenia życia lub zdrowia. Jeżeli np. lekarz na skutek zwykłej pomyłki zoperuje niewłaściwego pacjenta czy poda niewłaściwy lek, to choć narusza on w ten sposób reguły ostrożności obowiązujące w postępowaniu z życiem innego człowieka, nie będzie to jednak błąd w sztuce lekarskiej. Błędem w sztuce określamy bowiem tylko naruszenie takich reguł ostrożności, których przestrzeganie obowiązuje lekarza ze względu na zawód, jaki wykonuje i posiadaną w związku z tym wiedzą, nie zaś każdego innego człowieka, nie będącego lekarzem.

W niektórych dziedzinach działalności (w tym także w leczeniu) wykształciły się reguły ostrożnego postępowania obowiązujące każdego, kto podejmuje czynności należące do takiej dziedziny. Jak pisze K. Buchała, reguły te „są sformułowane tak, aby zapewniły zmniejszenie ryzyka ujemnych następstw, z drugiej zaś strony tak, by mogli im sprostać ludzie dysponujący odpowiednią wiedzą i doświadczeniem oraz wykazujący postawę starannego wypełniania

¹⁴ A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 43.

obowiązków, a więc nie pod kątem najwyższych wymagań, ani też «przeciętnych», lecz takich, którym mogą sprostać dobrzy: lekarze, kierowcy, operatorzy dźwigów, inżynierowie, kapitanowie statków itd.»¹⁵ Dodać jednak należy, że w danym wypadku następuje dalsza konkretyzacja tych reguł poprzez uwzględnienie wszystkich elementów stanu faktycznego, w tym również takich, które były dodatkowo znane działającemu¹⁶. Aby zatem ustalić, czy miało miejsce naruszenie obiektywnego obowiązku ostrożności, budujemy na wstępie wzorzec sumiennego lekarza, działającego w konkretnej sytuacji, wyznaczając w ten sposób zasady postępowania obowiązujące każdego lekarza znajdującego się w identycznej sytuacji. Następnie dokonujemy porównania faktycznego zachowania lekarza z tak ustalonymi regułami¹⁷. Ocena będąca wynikiem takiego porównania oparta jest zatem wyłącznie na kryteriach obiektywnych. Stąd też stwierdzenie sprzeczności zachowania lekarza z obowiązującymi go regułami ostrożności będzie elementem decydującym o bezprawności czynu, nie zaś o winie¹⁸. Teza ta stanowi potwierdzenie poglądu, że błąd w sztuce rozumiany jako naruszenie zasad wiedzy i sztuki medycznej obowiązujących lekarza podczas wykonywania czynności leczniczych ma charakter obiektywny.

W związku z takim przedstawieniem problematyki błędu pojawia się bardzo poważna wątpliwość co do prawidłowości używanego od wielu lat terminu, służącego określeniu postępowania lekarza stanowiącego warunek jego odpowiedzialności. Wątpliwość ta związana jest z obowiązującym znaczeniem pojęcia „błąd”, które należy rozumieć jako „niezgodność między rzeczywistością a jej odbiciem w świadomości człowieka w ramach jakiegoś aktu poznawczego”¹⁹. Nie każde przecież naruszenie przez lekarza zasad ostrożności jest rezultatem błędu, czyli mylnej oceny rzeczywistości. Reguły ostrożności można naruszyć umyślnie, a zatem świadomie, co nie wyklucza odpowiedzialności za nieumyślne spowodowanie skutku. Świadczy o tym choćby konstrukcja przestępstwa spowodowania wypadku komunikacyjnego z art. 145 k.k. Ponadto, zdaniem niektórych autorów, naruszenie reguł ostrożności jest elementem charakteryzującym także bezprawność przestępstw umyślnych, choć z uwagi na istnienie wówczas po stronie sprawcy zamiaru zaatakowania dobra mającego wartość społeczną problem ten traci na znaczeniu²⁰. Obiektywizując pojęcie błędu w sztuce lekarskiej, należy zdawać

¹⁵ K. Buchała, glosa do wyroku S.N. z 24 I 1973 r., „Państwo i Prawo” 1974, nr 3, s. 164.

¹⁶ Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 44.

¹⁷ Tamże, s. 45.

¹⁸ K. Buchała, *Przestrzeganie zasad ostrożności – problem bezprawności czy winy*, „Państwo i Prawo” 1963, nr 7, s. 89.

¹⁹ W. Wolter, *Funkcja błędu w prawie karnym*, Warszawa 1965, s. 8. Szerzej na temat pojęcia błędu pisze Z. Cwiakałski, *Błąd co do bezprawności czynu w polskim prawie karnym (zagadnienia teorii i praktyki)*, Kraków 1991, s. 63–69.

²⁰ A. Zoll, *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu*, Warszawa 1982, s. 35.

sobie sprawę z niewłaściwości operowania w takiej sytuacji terminem „błąd”, charakteryzującym świadomość sprawcy, czyli element rozważany na płaszczyźnie winy. Nie oznacza to jednak, że naruszenie reguł ostrożności nie może być rezultatem błędu, tyle tylko, że nie zawsze musi nim być. Dlatego też budzi wątpliwość stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w cytowanym na wstępie wyroku z dnia 3 XII 1958 r., zgodnie z którym odpowiedzialność karna lekarza uzależniona została od „błędu w sztuce lekarskiej” oraz winy, bez względu na jej rodzaj. Nie można bowiem z jednej strony ustalić, że lekarz był w błędzie co do okoliczności, w jakich działał, z drugiej zaś, że popełnił przestępstwo umyślne. Intencja Sądu Najwyższego była słuszna – chodziło bowiem o podkreślenie, że tzw. błąd w sztuce lekarskiej należy oceniać opierając się na kryteriach obiektywnych. Skoro jednak przyjmujemy takie założenie, to należałoby odstąpić od używania terminu „błąd w sztuce lekarskiej” i zastąpić go określeniem „obiektywne naruszenie reguł wiedzy i sztuki medycznej”. Jak słusznie zauważa G. Rejman, „w sprawach lekarskich uwaga orzecznictwa koncentruje się wokół określenia błędu sztuki lekarskiej, natomiast w pozostałych sprawach rozważania te oscylują wokół pojęcia nieostrożności, jednakże przy bliższym wejrzeniu w meritum sprawy widać, że i w jednym i w drugim wypadku mamy do czynienia ze zbliżoną problematyką. Błąd sztuki określa się jako naruszenie zasad ostrożności przy wykonywaniu czynności leczniczych”²¹.

Powołana autorka w innej swojej pracy przeprowadza wyraźne odgraniczenie błędu w sztuce od zachowania wypełniającego znamiona przestępstwa umyślnego, podnosząc, iż w tym ostatnim wypadku postępowanie lekarza „wykracza poza błąd”²². Stanowisko to jest rezultatem przyjętej definicji błędu, zgodnie z którą polega on na „mylnym wyobrażeniu o stanie pacjenta, bądź też na mylnym określeniu sposobu leczenia”²³. Definicja taka odpowiada faktycznemu znaczeniu pojęcia „błąd”, nie odpowiada jednak znaczeniu nadawanemu temu pojęciu w odniesieniu do zachowania lekarza, z którym prawo wiąże określone konsekwencje. Jeżeli zatem odpowiedzialność karna uzależniona została m. in. od obiektywnego naruszenia reguł ostrożności, to należy pamiętać, że posługiwanie się – dla określenia tego naruszenia – terminem „błąd w sztuce lekarskiej” jest poprawne tylko wówczas, gdy to naruszenie było wynikiem wadliwego odbicia rzeczywistości w świadomości lekarza.

Kolejne wątpliwości natury terminologicznej powstają w związku z określeniem „sztuka lekarska”. Wielu autorów kwestionuje prawidłowość po-

²¹ G. Rejman, *Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego w zakresie prawa karnego materialnego za lata 1973–1974*, „Nowe Prawo” 1975, nr 7–8, s. 1079.

²² Rejman, *Odpowiedzialność karna...*, s. 214.

²³ Tamże, s. 158.

sługiwania się terminem „sztuka” w odniesieniu do czynności podejmowanych przez lekarza w ramach wykonywanego zawodu, które polegają na praktycznym wykorzystaniu osiągnięć nauk medycznych i nie mają nic wspólnego z działalnością artystyczną. Z tego względu pojęcie „błąd w sztuce lekarskiej” bywa często w opracowaniach zastępowane określeniem „błąd lekarski”, w którym nie eksponuje się elementu sztuki²⁴. Pominięcie tego elementu charakteryzuje także definicje błędu lekarskiego rozumianego jako „działanie (lub zaniechanie) niezgodne z powszechnie przyjętymi zasadami wiedzy lekarskiej”²⁵. Rodzi się pytanie, czy rzeczywiście w postępowaniu lekarza brak jest jakichkolwiek elementów sztuki i stanowi ono wyłącznie stosowanie zasad wiedzy wypracowanych na gruncie nauki. Wszak sztuka to również „umiejętność, biegłość w wykonywaniu czegoś, kunszt, mistrzostwo, np. sztuka aktorska, cukiernicza, drukarska, fryzjerska, kulinarna, itp.”²⁶ Jeżeli poprawne jest nazywanie sztuką działalności kulinarnej czy uprawiania roślin w ogrodzie, które to zajęcia też opierają się na praktycznym stosowaniu opracowanych naukowo metod działania, dlaczego odmawia się prawidłowości używania tego słowa w stosunku do leczenia, stanowiącego przecież nie tylko rezultat posiadanej wiedzy, ale i umiejętności? Jeśli dodamy, że leczeniem jest także wykonywanie zabiegu operacyjnego wymagającego dodatkowo od lekarza dużej sprawności manualnej, niedostępnej przeciętnemu człowiekowi, a zabieg ten łączy się np. z koniecznością przeszczepienia tkanek, to sądzę, iż można dopatrzyć się w takim działaniu nawet elementów sztuki w potocznym tego słowa znaczeniu. Problematiczne wydaje się natomiast postawienie wymagania, aby każdy lekarz był zobligowany do posiadania szczególnych umiejętności i zdolności. Dlatego też nie jest pozbawione słuszności twierdzenie B. Popielskiego, który uważa, że na „sztukę lekarską” składają się tylko te zdolności i umiejętności, w większości wrodzone, „których nie można się nauczyć lub których nauczyć się można tylko częściowo”. Zdaniem tego autora, także w zakresie sztuki lekarskiej można popełniać błędy, lecz „popełniać je może tylko ten, kto tę sztukę posiada”. Dalej zaś czytamy: „Za nieumiejętność takiej sztuki lekarskiej nie można czynić lekarza odpowiedzialnym, gdyż nie każdy lekarz zdolny jest ją posiadać. Od każdego natomiast lekarza wymagane jest pewne minimum wiedzy lekarskiej i za błędy wynikające z nieznamości względnie wskutek przekroczenia powszechnie przyjętych zasad tej wiedzy, każdy lekarz musi być odpowiedzialny”²⁷.

Nie można – jak sądzę – zgodzić się bez zastrzeżeń z wszystkimi tezami cytowanego wyżej autora. Słuszny wydaje się pogląd, zgodnie z którym nie

²⁴ Por. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność...*, s. 63.

²⁵ B. Popielski, [w:] B. Popielski, J. Kobiela, *Medycyna sądowa*, Warszawa 1972, s. 794.

²⁶ *Słownik języka polskiego*, PWN, t. 3, Warszawa 1983, s. 428.

²⁷ Popielski (cyt. w przyp. 25), s. 795.

każda czynność lecznicza nosi znamiona sztuki, lecz tylko taka, której wykonanie związane jest z koniecznością dysponowania przez lekarza pewnymi szczególnymi zdolnościami i umiejętnościami, niedostępnymi nie tylko przeciętnemu człowiekowi, ale nawet lekarzowi innej specjalności. W tym znaczeniu sztuką będzie wykonywanie skomplikowanych zabiegów operacyjnych, leczenie schorzeń psychicznych za pomocą hipnozy, itp. Czy jednak oznacza to, że chirurg posiadający owe szczególne umiejętności potrzebne do przeprowadzenia operacji nie może ponosić odpowiedzialności za niewłaściwie wykonany zabieg? Wniosek taki nasuwa się po przeanalizowaniu poglądów B. Popielskiego. Wszak mówiąc o „błędzie lekarskim”, autor ten celowo z jednej strony pomija ocenę zgodności zachowania lekarza z zasadami sztuki lekarskiej, z drugiej zaś zalicza do tejże sztuki wykonywanie zabiegów operacyjnych²⁸.

Wydaje się, że problem ten można rozstrzygnąć proponując rozwiązanie kompromisowe. Jak wynika z przedstawionych wyżej rozważań, nie stanowi zasadniczego błędu używanie terminu „sztuka lekarska”, o ile poczynimy zastrzeżenie, że termin ten należy odnosić tylko do pewnych czynności podejmowanych w procesie leczenia, przy wykonaniu których konieczne jest posiadanie szczególnych umiejętności. W takich właśnie sytuacjach, mówiąc o naruszeniu obowiązujących reguł ostrożności, mamy na uwadze zachowanie sprzeczne nie tylko z zasadami wiedzy, ale również sztuki lekarskiej. W pozostałych zaś wypadkach, badać należy jedynie sprzeczność z zasadami wiedzy; jeśli bowiem brak jest elementu sztuki przy wykonywaniu określonej czynności, to trudno o wypracowanie tejże sztuki. Nie oznacza to jednak, że od każdego lekarza wymagane jest posiadanie szczególnych umiejętności. Problem wymagalności zachowania zgodnego z zasadami sztuki lekarskiej powinien być rozważany na płaszczyźnie winy, nie zaś na płaszczyźnie bezprawności czynu. Jeżeli skomplikowaną operację wykonuje młody, niedoświadczony lekarz i robi to niewłaściwie, ponieważ nie posiadał jeszcze w dostatecznym stopniu „sztuki” wykonywania tego rodzaju zabiegów, to w istocie nie można czynić go odpowiedzialnym karnie za skutek, jaki spowodował, lecz nie z powodu braku bezprawności czynu, tylko z powodu braku winy. Lekarz doświadczony i posiadający umiejętności konieczne do wykonania takiej operacji nie mógłby zostać zwolniony z odpowiedzialności karnej, chyba że brak winy wynikałby z innych przyczyn, np. z powodu silnego zmęczenia. To, czy operacja została przeprowadzona prawidłowo, tj. zgodnie z zasadami wiedzy i w tym wypadku także sztuki medycznej, podlega ocenie obiektywnej, natomiast problem, czy od każdego lekarza można wymagać, aby wykonał tę operację zgodnie z zasadami sztuki, dotyczy zagadnienia winy.

²⁸ Tamże, s. 795.

Mając na względzie wszystkie zaprezentowane wyżej problemy nasuwające się podczas analizy używanego powszechnie w doktrynie i orzecznictwie terminu „błąd w sztuce lekarskiej” należy – jak się wydaje – stwierdzić nieadekwatność tego terminu do zachowania nim opisywanego. Nie oznacza to jednak konieczności całkowitej rezygnacji z używania tego pojęcia, choć celem tego opracowania było wskazanie wątpliwości, które powstają na skutek rozbieżności między znaczeniem terminu „błąd w sztuce lekarskiej” a prezentowanymi w literaturze definicjami. Wydaje się, iż błąd sztuki lekarskiej jest tylko jedną z możliwych sytuacji stanowiących podstawę odpowiedzialności karnej lekarza. Jeśli chcemy używać tego terminu – czyniąc zadość tradycji – należy uświadomić sobie, że nie oznacza to, wbrew podawanym definicjom, każdego naruszenia zasad wiedzy i sztuki medycznej. O błędzie w sztuce lekarskiej mówimy wówczas, gdy spełnione są następujące przesłanki:

1) lekarz zachowuje się sprzecznie z obowiązującymi regułami postępowania wypracowanymi w naukach medycznych;

2) reguły te stanowią dorobek zarówno wiedzy, jak i sztuki medycznej, rozumianej jako umiejętność wykonywania czynności leczniczych wymagających nieprzeciętnych zdolności;

3) przestrzeganie tych reguł obowiązuje tylko osoby posiadające kwalifikacje lekarskie;

4) brak jest w świadomości lekarza odzwierciedlenia faktu naruszenia zasad ostrożności, a zatem jest on w błędzie co do okoliczności swojego zachowania.

Błąd w sztuce lekarskiej, czy jak chcą niektórzy autorzy błąd lekarski, nie obejmuje zatem wypadków umyślnego (świadomego) naruszenia przez lekarza obowiązujących w procesie leczenia zasad postępowania, powodującego nieumyślne bądź nawet umyślne wypełnienie znamion przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu. W pojęciu tym nie mieści się także takie zachowanie lekarza, które narusza reguły ostrożności obowiązujące każdego człowieka, określane często dla odróżnienia od „błędu w sztuce” mianem pomyłki. Dlatego też brak jest precyzji w sformułowaniu cytowanego przeze mnie wyżej wyroku Sądu Najwyższego z 8 IX 1973 r., z którego wynika, że lekarz może odpowiadać karnie „tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej”. Istotnie, najczęściej lekarz odpowiada karnie za zawiniony błąd sztuki, nie jest to jednak wyczerpujące wskazanie warunków odpowiedzialności. Nie kwestionując zatem w pełni tradycyjnego terminu, wydaje się, że określenie przesłanki odpowiedzialności karnej lekarza jako obiektywnego naruszenia obowiązku ostrożności wynikającego z zasad wiedzy i sztuki medycznej jest bardziej precyzyjne i odpowiadające potrzebom – zarówno nauki, jak i praktyki stosowania prawa.

Agnieszka Liszewska

SOME DOUBTS ABOUT ERRORS IN MEDICAL ART

(Summary)

In the paper the evolution of the definition of so-called error in medical art, which is one of the factors of penal responsibility of physicians, has been presented.

The disputes about the definition of error in medical art concentrate around two problems. The first one is the problem of objectivization of the error in medical art and introduction of a substantial differentiation between an error and guilt of the person performing a medical operation. The other one is the problem of correctness of using the term medical art for medical intervention by a physician, within his acquired professional skills, which is rather profiting from the principles of medical knowledge based on science, than art in the common sense of the word.

The author agrees with that view according to which an error in medical art is an objective category, deciding about its wrongfulness, but remarks that using the term „error” is incorrect because it implies a conscious act which should be considered a guilt. In the opinion of the author it would be more precise to treat the objective penal responsibility of the physician as breach of rules of care resulting from the principles of medical knowledge and art.

Presenting the views concerning application of the term „medical art” the author remarks that in these medical disciplines in which performing operations requires special skills abilities, beyond the reach of not only common people but also physicians of other specializations, using the term is fully justified.

Ź tłumaczył Ludwik Lamentowski