

# **Odpowiedzialność publicznoprawna. System Prawa Medycznego. Tom 6**

Przejdź do produktu na [ksiegarnia.beck.pl](https://ksiegarnia.beck.pl)

# **Dział I**

## **Zagadnienia ogólne**



# Rozdział 1. Odpowiedzialność publicznoprawna w prawie medycznym

## Spis treści

	Nb
1.1. Uwagi wprowadzające .....	1
1.2. Odpowiedzialność publicznoprawna w prawie medycznym w aspekcie społecznym .....	10
1.3. Zbieg odpowiedzialności (w tym publicznoprawnej) w prawie medycznym .....	23
1.4. Czy tzw. błędy medyczne powinny być w ogóle lub łagodniej karane?	41
1.5. Zasady i dyrektywy wymiaru kar i sankcji w ramach odpowiedzialności publicznoprawnej w prawie medycznym .....	70

**Literatura:** *Y. Alhafaji*, The role of criminal law within the healthcare sector, *Medicine and Law* 2012, No 31; *N. Allen*, Medical or Managerial Manslaughter?, w: *The Criminal Justice System and Health Care* (eds. *Ch.A. Erin, S. Ost*), Oxford 2007; *D. Archard*, Criminalising medical negligence, w: *Bioethics, Medicine and Criminal Law*, Vol. 1, *The Criminal Law and Bioethical Conflict: Walking the Tightrope* (eds. *A. Alghrani, R. Bennett, S. Ost*), Cambridge 2013; *M. Brazier, N. Allen*, Criminalizing Medical Malpractice, w: *The Criminal Justice System and Health Care* (eds. *Ch.A. Erin, S. Ost*), Oxford 2007; *M. Brazier, S. Ost*, *Bioethics, Medicine and the Criminal Law*, Vol. 3, *Medicine and Bioethics in the Theatre of the Criminal Process*, Cambridge 2013; *A. Brezcko*, Human Enhancement in the Context of Disability (Bioethical Considerations from the Perspective of Transhumanism), *Białostockie Studia Prawnicze* 2021, Nr 3; *A. Campbell*, A Place for Criminal Law in the Regulation of Reproductive Technologies, *Health Law Journal* 2002, No 10; *S. Dekker*, Criminalization of medical error: who draws the line?, *ANZ Journal of Surgery* 2007, Nr 10; *E. Deutsch, A. Spickhoff*, *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht*, Berlin–Heidelberg 2014; *H.-J. Ehni, D. Aurenque*, On Moral Enhancement from a Habermasian Perspective, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2012, vol. 21, No 2; *P. Gooderham, B. Toft*, Involuntary automaticity and medical manslaughter, w: *Bioethics, Medicine and the Criminal Law*, Vol. 2, *Medicine, Crime and Society* (eds. *D. Griffiths, A. Sanders*), Cambridge 2013; *D. Griffiths, A. Sanders*, The road to the dock: prosecution decision-making in medical manslaughter cases, w: *Bioethics, Medicine and the Criminal Law*, Vol. 2, *Medicine, Crime and Society* (eds. *D. Griffiths, A. Sanders*), Cambridge 2013; *P. Herissone-Kelly*, Habermas, Human Agency, and Human Genetic Enhancement The Grown, the Made, and Responsibility for Actions, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2012, vol. 21, No 2; *J. Herring*, *Medical Law and Ethics*, Oxford 2016; *J. Holocher, U. Kosielińska-Grabowska*, Dopuszczalność ulepszania natury ludzkiej (*enhancement*), *Ethics in Progress* 2015, Vol. 6, No 1; *J.C. Joerden*, *Medizinstrafrecht – Einführung* w: *Das vierte deutsch-japanisch-polnische Strafrechtsskolloquium der Stipendiaten der Alexander von Humboldt-Stiftung* (Hrsg. *J.C. Joerden, A.J. Szwarc, K. Yamanaka*), Poznań 2011; *M. Kaliński*, w: *System prawa*

prywatnego. Prawo zobowiązań – część ogólna. Tom 6 (red. *A. Olejniczak*), Warszawa 2014; *M. Kazarian*, Who should we blame for healthcare failings? Lessons from the French tainted blood scandal, *Medical Law Review* 2019, Vol. 27, No 3; *J. Kuźmicka-Sulikowska*, Funkcje cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej, *PS* 2008, Nr 9; *A.R. Di Landro*, Criminal Law as a Response to Medical Malpractice: Pluses and Minuses – Comparing Italian and U.S. Experiences, *Medicine and Law* 2012, No 31; *R.B. Leflar, F. Iwata*, Medical error as reportable event, as tort, as crime: a transpacific comparison, *Widener Law Review* 2005, Vol. 12; *A. Liszewska*, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Kraków 1998; *M. Lątka*, Kara pieniężna za naruszenie zakazu przemieszczania się przez osobę niepełnoletnią w stanie epidemii COVID-19; *CzPKiNP* 2021, Nr 1; *F. McDonald*, The criminalization of medical mistake in Canada: a review, *Health Law Journal* 2008, No 16; *J. Montgomery*, Medicalising Crime? Criminalizing Health?, w: *The Criminal Justice System and Health Care* (eds. *Ch.A. Erin, S. Ost*), Oxford 2007; *S. Ost*, The Medical Professional as Special before the Criminal Law, w: *Criminality at Work* (ed. *A. Bogg*), Oxford 2020; *S. Ost, Ch.A. Erin*, An Ill-Suited and Inappropriate Union? Exploring the Relationship Between the Criminal Justice System and Health Care, w: *The Criminal Justice System and Health Care* (eds. *Ch.A. Erin, S. Ost*), Oxford 2007; *O. Quick*, Medical Manslaughter: The Rise (and Replacement) of a Contested Crime?, w: *The Criminal Justice System and Health Care* (eds. *Ch.A. Erin, S. Ost*), Oxford 2007; *tenże*, Medicine, mistakes and manslaughter: a criminal combination?, *Cambridge Law Journal* 2010, No 1; *tenże*, Outing medical errors: questions of trust and responsibility, *Medical Law Review* 2006, No 1; *tenże*, Regulating Patient Safety. The End of Professional Dominance?, Cambridge 2017; *K. Palka*, O represyjnej (penalnej) funkcji zadośćuczynienia, *ZNUJ PWiOWI* 2009, Nr 4; *G. Rejman*, Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa 1991; *H.-P. Ries, K.-H. Schnieder, B. Papendorf, R. Großbölting, S. Berg*, *Arztrecht*, Berlin 2017; *A. Sanders*, Victims' voices, victims' interests and criminal justice in the healthcare setting, w: *Bioethics, Medicine and the Criminal Law, Vol. 2, Medicine, Crime and Society* (eds. *D. Griffiths, A. Sanders*), Cambridge 2013; *T. Sroka*, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, Warszawa 2013; *A. Szpunar*, O funkcjach odpowiedzialności cywilnej, *ZNUJ PWiOWI* 1974, Nr 1; *M. Šepec*, Medical Error – Should it be a Criminal Offence?, *Medicine, Law and Society* 2018, No 1; *P. Tuleja*, Zasada proporcjonalności jako podstawa prawnokarnej ingerencji w prawa jednostki w: *Kryminalizacja narażenia dobra prawnego na niebezpieczeństwo* (red. *J. Majewski*), Warszawa 2015; *M. Tyralik*, Administracyjne kary pieniężne a zasada *lex mitior retro agit* w postępowaniu administracyjnym i sądownoadministracyjnym, *Pal.*, 2021, Nr 3; *K. Ulsenheimer*, *Arztstrafrecht in der Praxis*, Heidelberg 2008; *A. Zoll*, Odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli. Ramy prawne w: *Odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli* (red. *J. Ruszkowski*), Warszawa 2008.

## 1.1. Uwagi wprowadzające

1. Odpowiedzialność publicznoprawna w prawie medycznym to zbiorcze określenie trzech reżimów odpowiedzialności. Po pierwsze, odpowiedzialnością publicznoprawną w prawie medycznym jest odpowiedzialność państwa czy też władzy publicznej za prawidłową organizację systemu opieki zdrowotnej. Zarówno z norm konstytucyjnych, jak i z prawa międzynarodowego oraz prawa Unii Europejskiej, które gwarantują prawną ochronę życia i zdrowia człowieka, powszechnie wyprowadza się pozytywne obowiązki państwa mające prowadzić do właściwej ochrony tych wartości. Elementem tych

obowiązków jest konieczność podjęcia przez władze publiczne odpowiednich działań prawno-organizacyjnych, które mają zapewniać minimalne gwarancje bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego. W wypadku systemu ochrony zdrowia obowiązkiem państwa jest podjęcie adekwatnych działań, które z jednej strony będą tworzyć ramy prawne i warunki organizacyjne dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych, a z drugiej – będą kreowały dla pacjentów gwarancje dostępu do odpowiednich działań medycznych odpowiedniej jakości w adekwatnym czasie do zagrożenia zdrowotnego. W konsekwencji można twierdzić, że państwo (władza publiczna) jest odpowiedzialna za stworzenie takich uwarunkowań prawno-organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej, które będą pozwalały na należytą ochronę życia, zdrowia oraz innych dóbr prawnych pacjentów<sup>1</sup>.

2. Po drugie, odpowiedzialnością publicznoprawną w prawie medycznym są wszelkiego rodzaju reżimy odpowiedzialności, w ramach których w stosunku do osób wykonujących zawody medyczne, które przede wszystkim dopuściły się czynu zabronionego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jest możliwe zastosowanie przez państwo w ramach *ius puniendi* lub przez inne organy sprawujące władztwo publiczne środków stanowiących kary w rozumieniu art. 42 ust. 1 Konstytucji RP. Nie chodzi tylko o odpowiedzialność karną *sensu stricto* pracowników ochrony zdrowia za różnego rodzaju przestępstwa, w szczególności przeciwko życiu i zdrowiu, ale także o odpowiedzialność wykroczeniową czy dyscyplinarną (zawodową). Ponadto odpowiedzialność karna w analizowanym kontekście nie jest ograniczona do czynów zabronionych *stricto* popełnionych przez członków personelu medycznego, ale także innych czynów zabronionych, które – niejednokrotnie na przedpolu naruszenia dobra prawnego – mają chronić interesy pacjentów (np. związanych z obrotem produktami leczniczymi).

3. Po trzecie, odpowiedzialnością publicznoprawną w prawie medycznym jest także odpowiedzialność administracyjnoprawna związana z naruszeniem zasad reglamentacji działalności gospodarczej w systemie opieki zdrowotnej. Obecnie nie budzi wątpliwości, że nie tylko tworzenie i obrót różnymi dobrami dla potrzeb systemu opieki zdrowotnej (w szczególności produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi), ale i samo udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom jest świadczeniem usług i tym samym wykonywaniem działalności gospodarczej<sup>2</sup>. Ze względu na to, że prowadzenie tego rodzaju działalności musi się wiązać z jednoczesnym istnieniem odpowiednich gwarancji ochrony życia i zdrowia pacjentów, prawodawca często decyduje się na odpowiednią reglamentację działalności gospodarczej w systemie ochrony zdrowia, zaś ewentualne naruszenie tych zasad niejednokrotnie jest deliktem administracyjnym oraz może prowadzić do przypisania odpowiedzialności administracyjnoprawnej i zastosowania sankcji administracyjnych, przede wszystkim o charakterze pieniężnym.

---

<sup>1</sup> Szerzej na ten temat – zob. rozdz. 2, 3 i 4 M. Florczak-Wątor, J. Barcika i J. Kapelańskiej-Pręgoskiej.

<sup>2</sup> Zob. np. wyr. TSWE z 31.1.1984 r., sprawy połączone C-286/82 i 26/83, *Graziana Luisi i Giuseppe Carbone v. Ministero del Tesoro*, EU:C:1984:35, pkt 16; wyr. TSWE z 4.10.1991 r., C-159/90, *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd v. Stephen Grogan i in.*, EU:C:1991:378, pkt 17–21.

- 4 4. W ostatnich latach zauważa się wyraźny wzrost znaczenia odpowiedzialności publicznoprawnej w prawie medycznym. Rozwój doktryny praw człowieka, w tym coraz szersze rekonstruowanie z przepisów Konstytucji i aktów prawa międzynarodowego statuujących poszczególne prawa i wolności człowieka i obywatela pozytywnych obowiązków państwa w dziedzinie ochrony zdrowia, coraz częściej ogniskuje debatę publiczną w kierunku konieczności podejmowania przez władze publiczne skonkretyzowanych działań, które mają gwarantować prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej we wszystkich istotnych dla niej obszarach. Ze względu m.in. na postęp medycyny i ciągle poszerzanie się katalogu akceptowanych w świetle wiedzy medycznej procedur diagnostycznych i leczniczych, mobilność pacjentów, swobodę świadczenia usług w dziedzinie ochrony zdrowia, różnorodność mechanizmów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a przy tym ich kosztochłonność, olbrzymi wachlarz możliwych sposobów organizacji procesu udzielania pomocy medycznej, a także popyt na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, jasne jest, że zapewnienie wszystkim mieszkańcom kraju równego dostępu do adekwatnych świadczeń opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości, udzielanych w bezpiecznych warunkach, nie jest obecnie możliwe bez wzięcia przez państwo (władzę publiczną) przynajmniej częściowej odpowiedzialności za stworzenie odpowiednich ram prawno-organizacyjnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zakres tej odpowiedzialności determinowany jest treścią obowiązków władzy publicznej, jakie można wyprowadzić z art. 38 i 68 Konstytucji RP<sup>3</sup>.
- 5 5. W zakresie odpowiedzialności karnej nastąpił wyraźny wzrost liczby postępowań karnych prowadzonych przeciwko osobom wykonującym zawody medyczne, w szczególności na etapie postępowania przygotowawczego, czego wyrazem jest choćby utworzenie w jednostkach organizacyjnych prokuratur działów ds. błędów medycznych. Przyrost liczby spraw karnych w prawie medycznym<sup>4</sup> jest związany, z jednej strony, z poszerzeniem możliwości dokumentowania i dowodzenia tzw. błędów medycznych z uwagi na postęp nauki i techniki, a z drugiej – ze wzrostem świadomości i znaczenia interesów pokrzywdzonych pacjentów i osób najbliższych<sup>5</sup>.
- 6 6. Dodatkowo ciągły rozwój i postęp medycyny, w tym pojawianie się nowych procedur medycznych czy wręcz całych działów medycyny, często skutkuje nie tylko reglamentacją przez państwo zasad podejmowania danej kategorii działań medycznych, ale także kryminalizacją postępowania sprzecznego z tymi zasadami. Powoduje to kreowanie całego wachlarza nowych czynów karalnych w prawie medycznym. Przykładem może być wprowadzenie karalności wielu czynów dotyczących postępowania z komórkami rozrodczymi lub embrionami<sup>6</sup>. Należy też pamiętać o działalności

<sup>3</sup> Zob. szerzej *A. Zoll*, *Odpowiedzialność państwa*, s. 13–17; *T. Sroka* w: *Saffjan, Bosek*, *Konstytucja RP*, t. I, 2016, s. 946 i 948; *M. Florczak-Wątor*, rozdz. 2 w niniejszym tomie.

<sup>4</sup> O wzroście liczby postępowań karnych w tym zakresie w Niemczech piszą także: *H.-P. Ries*, *K.-H. Schnieder*, *B. Papendorf*, *R. Großbölting*, *S. Berg*, *Arztrecht*, s. 127; *K. Ulsenheimer*, *Arztstrafrecht*, s. 1–3.

<sup>5</sup> Zob. *A. Sanders*, *Victims' voices*, s. 96.

<sup>6</sup> Zob. *M. Brazier*, *S. Ost*, *Bioethics, Medicine and the Criminal Law*, s. 6.

samorządów zawodowych niektórych zawodów medycznych, które również stosują środki dyscyplinujące o charakterze represyjnym w stosunku do członków danego samorządu.

7. Nie można również bagatelizować obserwowanego od lat spadku zaufania społecznego do osób wykonujących zawody zaufania publicznego, w tym zawody medyczne, czy wręcz tworzenia się „klimatu podejrzliwości”, którego wymiernym efektem jest także wzrost liczby postępowań karnych prowadzonych przeciwko tym grupom zawodowym<sup>7</sup>. Nie bez znaczenia są również działania mediów i polityków, które dodatkowo tworzą lub co najmniej podsycają klimat społeczny dla potrzeby ścigania członków personelu medycznego na drodze postępowania karnego<sup>8</sup>. Wszystko to powoduje, że odpowiedzialność karna w prawie medycznym obecnie jest jednym z istotniejszych aspektów tej dziedziny prawa.

8. W wypadku odpowiedzialności administracyjnoprawnej wyraźnie zauważa się tendencję do wprowadzania przez prawodawcę coraz to nowych reżimów tej odpowiedzialności oraz nowych katalogów deliktów administracyjnych. Przykładem może być niezwykle obszerny katalog deliktów administracyjnych związanych z obrotem wyrobami medycznymi. Z jednej strony taki kierunek działań, będący także konsekwencją poszerzania granic reglamentacji wykonywania działalności gospodarczej w systemie ochrony zdrowia, wydaje się najbardziej adekwatnym sposobem dyscyplinowania przedsiębiorców do poddania się szczegółowym zasadom wykonywania działalności gospodarczej w poszczególnych sferach ochrony zdrowia. Z drugiej jednak strony, co w szczególności pokazała pandemia wirusa SARS-CoV-2, władza publiczna zaczęła stosować system odpowiedzialności administracyjnoprawnej także wobec jednostek<sup>9</sup>, celem sankcjonowania zachowań polegających na niepoddawaniu się określonym nakazom czy zakazom epidemicznym. Stosowanie w takim wypadku odpowiedzialności administracyjnoprawnej w znacznej liczbie sytuacji, w których sankcje administracyjne wydają się mieć *stricte* represyjny charakter i spełniać cechy kary w rozumieniu art. 42 ust. 1 Konstytucji RP, można jednak zakwalifikować jako próbę obejścia przez prawodawcę konstytucyjnych i prawnomiędzynarodowych gwarancji dla jednostki, związanych ze stosowaniem kar. Tym bardziej, że z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wynika, że „kara administracyjna nie jest [...] odpłatą za popełniony czyn, lecz stanowi środek przymusu służący zapewnieniu realizacji wykonawczo zarządzających zadań administracji”<sup>10</sup>. Także z orzecznictwa sądów administracyjnych wynika, że ma ona zagwarantować przestrzeganie obowiązków nałożonych na określone podmioty,

<sup>7</sup> Zob. *O. Quick*, *Medical Manslaughter*, s. 36–37; *D. Griffiths, A. Sanders*, *The road to the dock*, s. 132–133; *O. Quick*, *Regulating Patient Safety*, s. 122.

<sup>8</sup> Zob. *S. Ost, Ch.A. Erin*, *An Ill-Suited and Inappropriate Union?*, s. 3–4; wyr. ETPC z 14.6.2011 r., skarga Nr 36921/07, *Miroslaw Garlicki v. Polska*, CE:ECHR:2011:0614JUD003692107, pkt 34–36 i 132–133.

<sup>9</sup> Zob. też *M. Tyralik*, *Administracyjne kary*, s. 76, oraz wątpliwości podnoszone co do takiej kwalifikacji tych sankcji, tamże, s. 78 i n.

<sup>10</sup> Wyr. TK z 15.1.2007 r, P 19/06, *Legalis*.



a nie – jak ma to miejsce w przypadku zakazów i nakazów związanych z sytuacją epidemiologiczną – na wszystkich obywateli<sup>11</sup>.

- 9 9. Zarysowany powyżej bardzo ogólnie wzrost znaczenia odpowiedzialności publicznoprawnej w prawie medycznym wymaga pogłębionej analizy poszczególnych zagadnień związanych z tą kategorią odpowiedzialności, czemu mają służyć rozważania zaprezentowane w tym tomie Systemu. W tym miejscu trzeba jednak zwrócić uwagę na kilka kwestii natury ogólnej.

## **1.2. Odpowiedzialność publicznoprawna w prawie medycznym w aspekcie społecznym**

- 10 10. Odpowiedzialność publicznoprawna w prawie medycznym kierowana do jednostek, jak też stosowanie wymierzanych w ramach tej odpowiedzialności środków (w tym sankcji), musi z jednej strony uwzględniać interesy wszystkich podmiotów uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a zatem nie tylko osób wykonujących zawody medyczne, ale i osób będących beneficjentami świadczonych przez te podmioty usług, a z drugiej strony – interesy ogólnospołeczne, w tym w zakresie ochrony zdrowia publicznego, oraz możliwości ekonomiczne i organizacyjne państwa. W każdym wypadku jest konieczne odpowiednie wyważenie poszczególnych kolidujących ze sobą interesów, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w zakresie i zasadach odpowiedzialności karnej czy administracyjnoprawnej. Właściwy sposób rozstrzygnięcia kolizji pomiędzy interesami pacjentów, osób wykonujących zawody medyczne oraz państwa w obrębie kształtowania systemu opieki zdrowotnej, który będzie gwarantował dostępność w odpowiednim czasie do adekwatnych w świetle wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości, musi również znaleźć odzwierciedlenie na gruncie prawa karnego czy administracyjnego, zarówno w zakresie wykładni znamion czynu karalnego lub deliktu administracyjnego, jak i w odniesieniu do zasad i dyrektyw wymiaru kar lub sankcji administracyjnych.
- 11 11. Stanowienie i stosowanie prawa w zakresie odpowiedzialności karnej czy administracyjnej w prawie medycznym powinno dążyć do rozwiązań, w ramach których zostaną uwzględnione słuszne interesy pacjentów, w tym pokrzywdzonych czynami karalnymi, środki stosowane względem osób wykonujących zawody medyczne czy przedsiębiorców nie będą miały charakteru nadmiernie ingerującego w swobodę działalności gospodarczej czy też prawa lub wolności osobiste, a jednocześnie wykonywanie środków będących skutkiem przypisania określonego rodzaju odpowiedzialności nie będzie prowadziło, w wymiarze dalekosiężnym, do destabilizacji systemu opieki zdrowotnej w kraju, obniżenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej czy też podważenia relacji zaufania między personelem medycznym a pacjentami.

---

<sup>11</sup> Zob. post. WSA w Warszawie z 16.2.2017 r., VIII SA/Wr 340/16, Legalis. Na temat problemów, jakie powstają w przypadku, gdy nakaz epidemiologiczny naruszy małoletni – zob. *M. Łątka*, Kara pieniężna, s. 103 i n.

**12.** W związku z tym odpowiedzialność publicznoprawna w prawie medycznym, w szczególności odpowiedzialność karna, musi uwzględniać nie tylko w odpowiednim zakresie realizację poszczególnych funkcji prawa karnego (funkcję ochronną, sprawiedliwościową czy kompensacyjną), ale także funkcję prawa medycznego jako takiego. Istotą regulacji prawa medycznego jest bowiem ochrona życia i zdrowia pacjentów, poprzez stworzenie odpowiednich gwarancji jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej na terenie całego kraju, przy jednoczesnym zapewnieniu realnej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Instrumenty z zakresu prawa karnego w swojej istocie nie mają zaś zdolności do poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, gdyż – poza oczywiście elementami prewencji generalnej czy indywidualnej – mają charakter retrospektywny. Jakkolwiek analiza konkretnych przypadków, w której osobie wykonującej zawód medyczny przypisano odpowiedzialność karną za spowodowanie negatywnych konsekwencji dla życia lub zdrowia pacjenta, może być podstawą do wyrowadzenia wniosków na przyszłość pozwalających na uniknięcie podobnych sytuacji, a tym samym poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej<sup>12</sup>, to wydaje się, że bardziej prawdopodobne są liczne negatywne konsekwencje wynikające ze stosowania kar wobec członków personelu medycznego. Wystarczy choćby zwrócić uwagę na poważne ryzyko destabilizacji systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych w medycynie czy spadek zaufania zarówno członków społeczeństwa do osób wykonujących zawody medyczne, jak i personelu medycznego do pacjentów<sup>13</sup>.

**13.** Przeciwnskuteczne mogą okazać się również instrumenty z zakresu odpowiedzialności administracyjnoprawnej, mające przede wszystkim charakter sankcji pieniężnych stosowanych wobec przedsiębiorców. Z jednej strony sankcje majątkowe wydają się atrakcyjnym mechanizmem dyscyplinowania podmiotów wykonujących działalność gospodarczą do poddania się szczegółowym zasadom reglamentacji tej działalności w systemie ochrony zdrowia. Z drugiej jednak strony, nadmierne stosowanie nieproporcjonalnych sankcji administracyjnych może stanowić zbyt duże obciążenie finansowe dla przedsiębiorców na rynku szeroko rozumianych usług medycznych i skutkować ograniczeniem lub nawet zaprzestaniem wykonywania określonej działalności, co w dalszej perspektywie może mieć negatywny wpływ na dostępność do określonych dóbr czy usług niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej na terenie całego kraju.

**14.** W związku z powyższym konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi, aby korzystanie przez organy władzy publicznej z instrumentów z zakresu odpowiedzialności publicznoprawnej jednostek czy podmiotów w prawie medycznym nie prowadziło w dalszej perspektywie do destabilizacji systemu ochrony zdrowia jako całości lub poszczególnych jego elementów, ale zawsze stanowiło odpowiednie zbalansowanie interesów pacjentów, jednostek, którym jest przypisywana odpowiedzialność, i całego społeczeństwa. Wymierzanie odpowiedzialności publicznoprawnej (administracyjnej, dyscyplinarnej/zawodowej lub karnej) w prawie medycznym nie może ograniczać się

<sup>12</sup> Co więcej, wzrost na przestrzeni lat postępowań karnych przeciwko osobom wykonującym zawody medyczne jest wiązany właśnie wręcz z eksplozją znaczenia jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia – zob. *O. Quick*, *Medical Manslaughter*, s. 32–33.

<sup>13</sup> Zob. *Y. Alhafaji*, *The role of criminal law*, s. 580–581.

do wyizolowanej oceny konkretnego czynu jednostki czy podmiotu, ale musi uwzględniać wpływ wykonania różnego rodzaju sankcji karnych, dyscyplinarnych czy administracyjnych na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej, w tym konieczność realizacji przez władze publiczne obowiązku zapewnienia realnego dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości. Nie oznacza to, że powyższy cel publiczny ma z założenia przeważać nad potrzebą wymierzenia odpowiedzialności publicznoprawnej określonej jednostce lub podmiotowi, niemniej powinien mieć znaczenie przy wyborze rodzaju środków stosowanych w ramach tej odpowiedzialności.

- 15** 15. Prawo, w tym prawo publiczne, musi przy tym dostosowywać się do zmieniającej się rzeczywistości. W prawie medycznym miało to już miejsce w momencie, w którym zakwestionowano paternalistyczne podejście osób udzielających świadczeń zdrowotnych do beneficjentów tych świadczeń, co znalazło przełożenie nie tylko na płaszczyźnie stosowania, ale przede wszystkim stanowienia prawa<sup>14</sup>. Obecnie obserwujemy zwiększenie świadomości prawnej społeczeństwa, także jego najmłodszych członków, szczególnie w zakresie przysługujących im praw i wolności oraz w większym niż dotychczas stopniu dążenie do ich zagwarantowania. Przejawiać się to może w zwiększonej już w tym momencie liczbie spraw cywilnych i karnych „wytaczanych” osobom wykonującym świadczenia medyczne<sup>15</sup>. Podnoszone są także wątpliwości odnoszące się do podejmowanych przez nich zachowań, takich jak naruszenie nieetykalności cielesnej czy zastosowanie przemocy, koniecznych niekiedy dla udzielenia świadczenia zdrowotnego, prowadzących do naruszenia praw osobistych pacjentów. Te zachowania, dotychczas akceptowalne jako „konieczne”, w sytuacji, w której wzrasta świadomość prawna społeczeństwa, jak też pojawia się nakaz uwzględniania gwarancji wynikających chociażby z przepisów Konstytucji, mogą zostać potraktowane jako realizujące znamiona typów czynów zabronionych<sup>16</sup>.
- 16** 16. Trwający np. od wieków spór o zakres ochrony początku i końca życia ludzkiego raczej przybiera na sile niż zmierza do satysfakcjonującego rozwiązania, przy czym – co podkreśla się w doktrynie<sup>17</sup> – obie strony sporu powołują się niejednokrotnie na te same argumenty, przywołując konieczność poszanowania godności człowieka. Brak rzetelnej debaty publicznej na temat zagadnień kontrowersyjnych w prawie medycznym, a także brak konsensusu społecznego co do postrzegania czy wręcz potrzeby kryminalizacji określonych zachowań w systemie ochrony zdrowia nie może zostać pominięty przy ocenie, czy w konkretnej sytuacji pociągnięcie danej osoby do odpowiedzialności karnej mieści się w ogóle w celach szeroko rozumianego prawa karnego i będzie instrumentem służącym wprowadzaniu przez władzę publiczną pokój społeczny.
- 17** 17. W tym kontekście należy choćby przywołać rozwój nowych technologii, także w zakresie biotechnologii, który na wielu płaszczyznach jest wyzwaniem dla prawa

<sup>14</sup> Szerzej zob. *A. Barczak-Oplustil*, rozdz. 9.

<sup>15</sup> O wzroście liczby postępowań karnych w tym zakresie w Niemczech piszą także: *H.-P. Ries*, *K.-H. Schnieder*, *B. Papendorf*, *R. Großbölting*, *S. Berg*, *Arztrecht*, s. 127; *K. Ulsenheimer*, *Arztstrafrecht*, s. 1–3.

<sup>16</sup> Szerzej zob. *A. Barczak-Oplustil*, rozdz. 9.

<sup>17</sup> Zob. *J.C. Joerden*, *Medizinstrafrecht*, s. 145–146.

medycznego. Pojawiające się nowe rozwiązania stawiają pytanie o ich zgodność z zasadą poszanowania godności człowieka<sup>18</sup>, na które – zanim odpowie prawo – powinno wpięrowo odpowiedzieć społeczeństwo, jako że to wyznawana przez nie aksjologia jest chroniona przez system prawa. W tym kontekście, w doktrynie zarówno polskiej<sup>19</sup>, i jak zagranicznej<sup>20</sup>, stawia się np. pytanie o dopuszczalność ulepszania człowieka (ang. *human enhancement*), a także o zasadność i celowość ewentualnej kryminalizacji zachowań prowadzących do udoskonalania natury ludzkiej. To zagadnienie jest ściśle powiązane także z wyznaczeniem zakresu dopuszczalnej ingerencji w ciało człowieka dokonywanej za jego zgodą, a nawet na jego żądanie, po to aby łatwiej mógł on decydować o realizacji innych przysługujących mu praw konstytucyjnych, np. prawa do posiadania potomstwa<sup>21</sup>.

**18.** Kryminalizacja zachowań w prawie medycznym musi zatem uwzględniać **18** wzgląd na kontrowersje pojawiające się wokół nowych technik medycznych, w wypadku których często brak jest nie tylko społecznego konsensusu co do dopuszczalności ich wykonywania, ale i potrzeby ewentualnej kryminalizacji określonych, nieakceptowanych społecznie zachowań związanych z ich stosowaniem. W tym kontekście nawet twierdzi się, że pewne sfery działań medycznych, w których istnieje daleko idący brak konsensusu w społeczeństwie co do ich oceny prawnej, nie są co do zasady właściwą materią dla prawa karnego i kryminalizacji<sup>22</sup>. Rolą prawodawcy jest właściwe odczytanie, jakie zachowania w systemie ochrony zdrowia, mając na uwadze oczekiwania społeczne i aksjologię konstytucyjną, wymagają stosowania środków zaliczanych do odpowiedzialności karnej *sensu largo*, a rolą organów stosujących prawo, w szczególności sądów, jest dbanie o to, aby stosowanie różnego rodzaju kar czy sankcji w związku z działaniami podejmowanymi w szczególności w toku opieki nad pacjentem było ograniczone tylko do tych sytuacji, w których jest to rzeczywiście konieczne i proporcjonalne do chronionych interesów.

**19.** Wyzwaniem dla zakresu i sposobu stosowania odpowiedzialności o charakterze **19** represyjnym w prawie medycznym, a niekiedy nawet argumentem przeciwko kryminalizacji tzw. błędów medycznych, jest twierdzenie, że „prawo karne jest słabo przygotowane do sprostania złożonym warunkom, w którym zazwyczaj pracują pracownicy ochrony zdrowia [...] w dzisiejszych realiach większość pracowników ochrony zdrowia jest zakorzeniona w złożoności nowoczesnej opieki zdrowotnej, która obejmuje wielu współdziałających ze sobą świadczeniodawców i osób leczących, pacjentów z wieloma

<sup>18</sup> Zob. tamże, s. 147–151.

<sup>19</sup> Zob. J. Holoher, U. Kosielińska-Grabowska, Dopuszczalność ulepszania natury ludzkiej, s. 85–118, A. Breczko, Human Enhancement, s. 95 i n.

<sup>20</sup> J.C. Joerden, Medizinstrafrecht, s. 148; H.-J. Ehni, D. Aurenque, On Moral Enhancement, s. 223–232; P. Herisson-Kelly, Habermas, Human Agency, s. 201 i n.

<sup>21</sup> Na temat dopuszczalności sterylizacji w prawie polskim w kontekście wynikającego z art. 156 KK zakazu powodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu polegającego na pozbawieniu człowieka zdolności płodzenia – zob. M. Malecki, rozdz. 7.

<sup>22</sup> W literaturze zwraca się uwagę, że „*the absence of social consensus will not prevent controversial activities from being carried out, even if they are criminalized. Rather, they will be forced underground, where their control and regulation will be much more difficult, if not impossible*” (A. Campbell, A Place for Criminal Law, s. 80).

chorobami współistniejącymi, zaawansowaną technologię i środowisko wysokiego ciśnienia [...] Zarówno prawo karne, jak i nasze poczucie odpowiedzialności w opiece zdrowotnej są w dalszym ciągu bardzo indywidualistyczne i mogą nie pozwalać na rozpoznanie kontekstu, w którym te usługi pojawiają się i są tworzone”<sup>23</sup>. Postępowanie karne powoduje ryzyko wyizolowania osoby wykonującej zawód medyczny oraz jej działań i zaniechań z całego kontekstu organizacyjno-sytuacyjnego, który ma istotny wpływ na właściwą ocenę przyczyn powstania szkody lub krzywdy u pacjenta. Trafnie zwraca się uwagę, że często „niepowodzenia nie są wynikiem indywidualnej niekompetencji, ale całego systemu, który nie dostosowuje się wystarczająco szybko do zmieniającej się złożoności świata, którym ma zarządzać i kontrolować. Zdarzenia niepożądane są systematycznie związane z cechami całego systemu i w szerokim zakresie wskazują na implikacje polityczne, kwestie szkoleniowe, problemy z planowaniem, ograniczenia czasowe, współpracę interpersonalną i koordynację oraz wiele innych”<sup>24</sup>.

**20** 20. W tym kontekście, mając na uwadze skomplikowaną strukturę organizacyjną udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wielość współdziałających osób i podmiotów, można nawet postawić pytanie, czy lepszym rozwiązaniem nie byłoby wdrożenie odpowiedzialności karnej podmiotów zbiorowych w wypadku zaistnienia negatywnych konsekwencji dla dóbr pacjentów w miejsce indywidualnej odpowiedzialności karnej osób wykonujących zawody medyczne. Odpowiedzialność podmiotów zbiorowych mogłaby bowiem lepiej odzwierciedlać kontekst sytuacyjny, w jakim popełniane są tzw. błędy medyczne, a także mieć większy wpływ na podejmowanie działań naprawczych w zakresie organizacji opieki nad pacjentem, w celu wyeliminowania podobnych sytuacji w przyszłości<sup>25</sup>.

**21** 21. Wydaje się, że zastąpienie indywidualnej odpowiedzialności karnej członków personelu medycznego odpowiedzialnością karną podmiotu zbiorowego, w szczególności podmiotu leczniczego, nie jest dobrym rozwiązaniem. Należy bowiem pamiętać, że z konstytucyjnego punktu widzenia odpowiedzialność karna podmiotów zbiorowych tak naprawdę bazuje na zachowaniach osób fizycznych, które jedynie – ze względu na określone okoliczności faktyczne i prawne – prowadzą także do przypisania odpowiedzialności podmiotowi zbiorowemu<sup>26</sup>. W tym kontekście odpowiedzialność karna podmiotów zbiorowych może być najwyżej traktowana jako dodatkowy instrument

---

<sup>23</sup> F. McDonald, *The criminalization of medical mistake*, s. 4–5: „*the criminal law is ill-equipped to address the complexities of the environment within which health professionals commonly operate [...] in the present reality, most health professionals are embedded in the complexity of modern healthcare, which has multiple interacting health care providers and treatments, patients with multiple co-morbidities, advanced technology, and a high pressure environment [...] Both the criminal law and our perceptions of responsibility in healthcare are still firmly individualistic in nature and may not enable recognition of the context within which these services emerge and are created*”.

<sup>24</sup> S. Dekker, *Criminalization of medical error*, s. 834: „*(...) failures are not the outcome of individual incompetence, but of an entire system not adapting quickly enough to cope with the changing complexity of the world it is designed to manage and control. Adverse events are systematically connected to features of the entire system, pointing wide and far to policy implications, training issues, design problems, scheduling constraints, interpersonal collaboration and coordination and much more*”.

<sup>25</sup> Zob. N. Allen, *Medical or Managerial Manslaughter?*, s. 55 i n.

<sup>26</sup> Zob. wyr. TK z 3.11.2004 r., K 18/03, Legalis; T. Sroka, w: *Saffjan, Bosek, Konstytucja RP*, t. I, 2016, s. 1023.

wzmacniający ochronę określonych dóbr prawnych, a nie jako podstawowy mechanizm tej ochrony, w szczególności mając na uwadze, że przedmiotem tej ochrony są najistotniejsze dobra prawne jednostek. Nie można również pominąć tego, że świadczenia zdrowotne są udzielane również w szerokim zakresie w ramach indywidualnej działalności gospodarczej. Prymat odpowiedzialności karnej podmiotów zbiorowych nad odpowiedzialnością indywidualną skutkowałby w takim wypadku nierównym traktowaniem osób wykonujących zawody medyczne: osoby prowadzące indywidualną praktykę musiałyby ponieść odpowiedzialność karną, podczas gdy osoby praktykujące w zakładach leczniczych miałyby być z tej odpowiedzialności w całości lub w części zwolnione na rzecz podmiotu zbiorowego.

22. Nie zmienia to jednak faktu, że współczesny model funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i opieki nad pacjentem musi znaleźć odzwierciedlenie w toku wymierzania odpowiedzialności publicznoprawnej w prawie medycznym. Konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi, na ile np. określony tzw. błąd medyczny był efektem niewłaściwego zachowania konkretnego członka (lub członków) personelu medycznego, a na ile wpływ na jego zaistnienie miał skomplikowany mechanizm organizacyjno-finansowy udzielania świadczeń zdrowotnych. Wpływ ten musi następnie znaleźć odzwierciedlenie w odpowiedzi na pytanie, czy w danym wypadku sprawiedliwe jest przypisanie odpowiedzialności karnej czy zawodowej (dyscyplinarnej) osobie wykonującej zawód medyczny, a jeżeli tak, to jakie środki prawne powinny stanowić, ze względu na okoliczności, sprawiedliwą reakcję na określony czyn (zdarzenie).

### 1.3. Zbieg odpowiedzialności (w tym publicznoprawnej) w prawie medycznym

1. W wypadku odpowiedzialności publicznoprawnej w prawie medycznym konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi na możliwą kumulację różnych reżimów odpowiedzialności, w ramach których jest możliwe zastosowanie wobec osób wykonujących zawody medyczne różnego rodzaju środków prawnych, które przynajmniej częściowo mogą realizować funkcję represyjną. Nie chodzi przy tym o kumulację wyłącznie reżimów odpowiedzialności publicznoprawnej, ale także prywatnoprawnych.

24. Zobrazujmy to następującym, hipotetycznym przykładem. Lekarz, będący specjalistą z zakresu kardiologii i wykonujący zawód w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, udziela świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, a zatem na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Do lekarza zgłosił się pacjent skarżący się na gniotący ból za mostkiem. Lekarz wykonał badanie EKG w spoczynku, które nie wykazało nieprawidłowości w pracy serca. Lekarz uznał zatem, że ból za mostkiem jest wynikiem jedynie problemów z refluksem żołądkowo-przełykowym u pacjenta. Kilka tygodni później doszło u pacjenta do stanu niedokrwienia mięśnia sercowego (zawał serca). Dzięki szybko udzielonej pomocy życie pacjenta udało się uratować. Jak



się okazało, pacjent w chwili zgłoszenia do lekarza kardiologa cierpiał już na chorobę niedokrwienną serca, czego nie wykazało badanie EKG w spoczynku (jest to możliwe aż u ok. 30% pacjentów). Obowiązkiem lekarza było, w razie tego rodzaju objawów i braku uwidocznienia niedokrwienia serca w badaniu EKG w spoczynku, wykonanie u pacjenta EKG w ramach tzw. próby wysiłkowej lub tomografii komputerowej tętnic wieńcowych. Pozwoliłoby to na zdiagnozowanie choroby niedokrwiennej serca, wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego i duże prawdopodobieństwo uniknięcia zawału mięśnia sercowego.

- 25 3. W opisanej, hipotetycznej sytuacji można rozważyć przypisanie lekarzowi odpowiedzialności karnej co najmniej za spowodowanie przez zaniechanie stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia (art. 160 § 2 w zw. z § 3 KK), ewentualnie za spowodowanie przez zaniechanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci choroby realnie zagrażającej życiu (art. 156 § 2 w zw. z § 1 pkt 2 KK). Czyn lekarza można bowiem rozpatrywać jako zaniechanie przez lekarza ciężącego na nim obowiązku gwaranta nienastąpienia skutku, polegającego przynajmniej na wykonaniu odpowiedniego badania diagnostycznego. W razie skazania za którekolwiek z tych przestępstw, wobec lekarza może być orzeczona nawet kara pozbawienia wolności czy środek karny w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza.
- 26 4. Ten sam czyn lekarza, a zatem zaniechanie wykonania wymaganych w danych okolicznościach badań diagnostycznych i związany z tym brak reakcji na rozwijającą się chorobę niedokrwienną serca, może być także kwalifikowane jako przewinienie zawodowe (art. 53 IzbyLekU). Stanowi bowiem naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, które obligują do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej (art. 4 ZawLekU). W toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, w razie przypisania sprawstwa przewinienia zawodowego, lekarzowi może być wymierzona kara dyscyplinarna, z pozbawieniem prawa wykonywania zawodu łącznie.
- 27 5. Z uwagi na to, że analizowany czyn lekarza jest naruszeniem prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, możliwe jest pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności cywilnej. W tym zakresie, z jednej strony, pacjent mógłby dochodzić w ramach odpowiedzialności deliktowej zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta (art. 4 PrPacjRPPU) czy z uwagi na doznany rozstrój zdrowia (art. 445 § 1 KC), z drugiej strony, NFZ mógłby dochodzić od lekarza, jako strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zapłaty kary umownej z uwagi na nienależyte wykonanie zobowiązania, gdyż świadczenia zdrowotne były udzielane niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, co (jak przestrzeganie pozostałych praw pacjenta) jest jednym z podstawowych obowiązków lekarza jako świadczeniodawcy. Należy przy tym pamiętać, że w nauce i orzecznictwie prawa cywilnego jest obecny pogląd, że zarówno zadośćuczynienie, jak i kara umowna czasami pobocznie realizują także funkcje represyjne<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Zob. np. *A. Szpunar*, O funkcjach odpowiedzialności cywilnej, s. 178–179; *J. Kuźmicka-Sulikowska*, Funkcje cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej, s. 21–24; *K. Palka*, O represyjnej (penalnej) funkcji zadośćuczynienia, s. 121–141; *M. Kaliński*, w: System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań –

6. Podany przykład obrazuje, że ten sam czyn lekarza, polegający na zaniechaniu wykonywania pacjentowi określonego badania, przy uwzględnieniu określonych negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta, może być podstawą przypisania odpowiedzialności karnej *sensu stricto* (za przestępstwo), odpowiedzialności dyscyplinarnej (zawodowej) oraz odpowiedzialności cywilnej (zarówno deliktowej, jak i kontraktowej). Mając na uwadze, że kary stosowane w ramach odpowiedzialności karnej pełnią jako podstawą funkcję represyjną, zaś instrumenty stosowane w ramach odpowiedzialności zawodowej, jak też cywilnej (zadośćuczynienie, kara umowna) mogą taką funkcję pełnić ubocznie (dodatkowo). Możliwa jest sytuacja, w której w stosunku do osoby wykonującej zawód medyczny zostanie zastosowany zestaw środków prawnych, zarówno w postępowaniach publicznoprawnych, jak i prywatnoprawnych, które w mniejszym lub większym stopniu będą realizowały cel represyjny, zaś podstawą ich zastosowania będzie dokładnie to samo zdarzenie.

Na marginesie należy zauważyć, że o ile odpowiedzialność dyscyplinarna (zawodowa) ma charakter odpowiedzialności represyjnej (karnej *sensu largo*), o tyle celem wymierzanych w tym postępowaniu kar dyscyplinarnych nie jest odpłata za dopuszczenie się zachowania stanowiącego delikt dyscyplinarny, ale prewencja, ochrona interesów danego samorządów zawodowego<sup>28</sup> poprzez zapewnienie prawidłowego wykonywania zawodów medycznych oraz przeciwdziałania podważaniu zaufania, jakim określone zawody medyczne muszą cieszyć się w społeczeństwie, aby mogły być efektywnie wykonywane<sup>29</sup>.

7. Świadomość możliwości wystąpienia takiej sytuacji nasuwa co najmniej kilka spostrzeżeń natury ogólnej.

Po pierwsze, niewątpliwie obowiązkiem władzy publicznej, zarówno w świetle art. 38 i 68 ust. 1 Konstytucji RP, jak i art. 2 ust. 1 i art. 8 ust. 1 EKPCz, jest wprowadzenie mechanizmów prawnych, których celem będzie zapewnienie należytej, a przede wszystkim dostatecznej ochrony interesów pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach systemu ochrony zdrowia. Stosowne instrumenty prawne mogą również obejmować wdrożenie odpowiedzialności, w tym o charakterze represyjnym, za różnego rodzaju czyny wymierzone w interesy pacjentów, w tym chroniące ich dobra prawne na przedpolu ich naruszenia<sup>30</sup>.

8. Niemniej nie należy zapominać, że obowiązki państwa w dziedzinie ochrony życia, zdrowia czy innych dóbr prawnych pacjentów nie mogą ani ograniczać się, ani skupiać się na ustanowieniu zakazów naruszania czy narażania na niebezpieczeństwo dóbr prawnych pacjentów, w tym przede wszystkim życia i zdrowia, a następnie na wprowadzeniu karalności różnych czynów związanych z naruszeniem tych zakazów, jakich mogą dopuścić się osoby wykonujące zawody medyczne, czy też wdrażania licznych innych reżimów odpowiedzialności, nie wyłączając prywatnoprawnej, w ramach której

część ogólna. Tom 6, red. A. Olejniczak, Warszawa 2014, s. 73–79; post. SN z 11.10.2013 r., I CSK 697/12, Legalis.

<sup>28</sup> Szczególnie mocno podkreślana jest ta cecha postępowañ dyscyplinarnych w doktrynie prawa niemieckiego – zob. H.-P. Ries, K.-H. Schnieder, B. Papendorf, R. Großbölting, S. Berg, *Arztrecht*, s. 117.

<sup>29</sup> Zob. szerzej T. Sroka rozdz. 22.

<sup>30</sup> Zob. T. Sroka, w: *Saffjan, Bosek*, Konstytucja RP, t. I, 2016, s. 949.



[Przejdź do księgarni →](#)