

**UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU  
COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA W BYDGOSZCZY  
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU  
KATEDRA PODSTAW PRAWA MEDYCZNEGO**

dr Damian Wąsik

**AUTOREFERAT**

Toruń - Bydgoszcz 2023

## **I. Dane osobowe. Wykształcenie. Posiadane dyplomy.**

### **1. Imię i nazwisko**

Damian Wąsik

### **2. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe**

Jestem absolwentem studiów prawniczych prowadzonych na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. W listopadzie 2008r. uzyskałem **tytuł magistra prawa** na podstawie pracy magisterskiej zatytułowanej *Specyfika prowadzenia procesu karnego przed sądami wojskowymi*, przygotowanej pod kierunkiem dr Justyny Karaźniewicz w Zakładzie Procesu Karnego.

W czerwcu 2009r. rozpocząłem prace nad rozprawą doktorską zatytułowaną *Przestępstwa przeciwko wyborom i referendum*, przygotowywanej pod kierunkiem prof. zw. dr hab. Jerzego Kasprzaka. Stopień **doktora nauk prawnych** w zakresie prawa i postępowania karnego uzyskałem na podstawie uchwały Rady Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie z dnia 21 października 2011r. Recenzentami w przewodzie doktorskim byli prof. zw. dr hab. Stanisław Pikulski (UWM) oraz prof. nadzw. dr hab. Maciej Szostak (UWr).

W czerwcu 2012r. ukończyłem z oceną bardzo dobrą **studia podyplomowe z zakresu Prawa dowodowego** na Wydziale Prawa Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

W dniu 22 lutego 2013r., po zdaniu **egzaminu radcowskiego**, zostałem wpisany na listę radców prawnych w Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Olsztynie (nr OL-1428).

W dniu 2 marca 2017r. zostałem powołany na pierwsze stanowisko prokuratorskie jako **prokurator Prokuratury Rejonowej Gdańsk-Śródmieście w Gdańsku**.

W dniu 4 grudnia 2020r. ukończyłem w Akademii Wojsk Lądowych im. Tadeusza Kościuszki we Wrocławiu Studium Oficerskie w korpusie osobowym sprawiedliwości i obsługi prawnej w grupie osobowej prokuratorskiej, natomiast w dniu 5 grudnia 2020r. uzyskałem od Prezydenta RP promocję na pierwszy stopień oficerski – **podporucznika**.

## II. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu

Po ukończeniu studiów prawniczych, w dniu 1 kwietnia 2009r. rozpocząłem staż jako **referent prawny w Wydziale Prawnym i Nadzoru Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie**. W okresie 4 listopada 2009r. - 27 listopada 2009r. odbyłem służbę przygotowawczą w służbie cywilnej, zakończoną egzaminem, z którego uzyskałem ocenę pozytywną. W okresie 19 sierpnia 2009r. - 30 czerwca 2013r. byłem zatrudniony w Wydziale Polityki Społecznej Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie, zajmując kolejno stanowiska **inspektora, starszego specjalisty oraz inspektora wojewódzkiego do spraw kontroli i nadzoru instancyjnego** w Oddziale Pracy. Dodatkowo w ramach pełnionych obowiązków służbowych zastępowałem Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego jako pełnomocnik procesowy w postępowaniach sądowo-administracyjnych w sprawach dotyczących promocji zatrudnienia.

Od 1 października 2013r. jestem zatrudniony w **Katedrze Podstaw Prawa Medycznego** (uprzednio w Zakładzie Podstaw Prawa Medycznego) **Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu** aktualnie na stanowisku **adiunkta** (poprzednio asystenta). W ramach powierzonych obowiązków dydaktycznych prowadzę wykłady i ćwiczenia dla studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych kierunków lekarskiego, farmaceutycznego, zdrowia publicznego, ratownictwa medycznego, fizjoterapii, terapii zajęciowej, optometrii, audiofonologii, elektroradiologii, dietetyki, kosmetologii, pielęgniarstwa, położnictwa oraz biotechnologii medycznej. Ponadto prowadzę wykłady z przedmiotu *Podstawy prawa i etyka w badaniach naukowych* w **Szkołe Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu**.

W latach 2016-2017 pełniłem funkcję **Rzecznika Dyscyplinarnego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu do spraw Studentów i Doktorantów**.

W 2022r. w charakterze **wykładowcy** prowadziłem wykłady i ćwiczenia z przedmiotu *Prawne i etyczne aspekty inżynierii bioetycznej* na **Politechnice Bydgoskiej**.

W okresie dnia 1 marca 2013r. - 31 stycznia 2017r. byłem zatrudniony na stanowisku **radcy prawnego w Zarządzie Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy**. Do moich zasadniczych obowiązków należało reprezentowanie Szpitala w postępowaniach przed sądami powszechnymi, sądami administracyjnymi oraz organami administracji publicznej, sporządzanie opinii prawnych na polecenie Dyrektora Naczelnego w sprawach dotyczących bieżącej działalności Szpitala, a także przygotowywanie projektów i ocena pod względem formalno-prawnym umów cywilnoprawnych, których stroną był Szpital. W okresie

pracy w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy reprezentowałem ten podmiot w ponad 150 postępowaniach sądowych, sądowno-administracyjnych i administracyjnych prowadzonych przed sądami wszystkich szczebli w sprawach cywilnych, karnych, gospodarczych, pracowniczych, ubezpieczeniowych, administracyjnych oraz dotyczących zamówień publicznych w sektorze ochrony zdrowia.

W dniu 1 marca 2017r. zostałem powołany na pierwsze stanowisko prokuratorskie, które objąłem w **Prokuraturze Rejonowej Gdańsk-Śródmieście w Gdańsku** w dniu 2 marca 2017r. i zajmowałem je do dnia 18 kwietnia 2018r., a następnie w okresie 1 lipca 2019r. do dnia 3 listopada 2019r.

W okresie od dnia 19 kwietnia 2018r. do dnia 17 października 2018r. byłem prokuratorem delegowanym do **Prokuratury Krajowej w Warszawie - Departamentu Postępowania Sądowego - Wydziału Skargi Nadzwyczajnej**.

W okresie od 18 października 2018r. do dnia 30 czerwca 2019r. byłem prokuratorem delegowanym do **Prokuratury Regionalnej w Gdańsku – VII Samodzielnego Działu do spraw Błędów Medycznych**.

Od dnia 4 listopada 2019r. jestem prokuratorem **Prokuratury Okręgowej w Gdańsku - VIII Wydziału do spraw Wojskowych**, aktualnie w stopniu porucznika.

Od kwietnia 2022r. jestem **wykładowcą Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury w Krakowie**.

### **III. Wykaz dorobku naukowego – przed uzyskaniem stopnia naukowego doktora nauk prawnych**

#### **1. MONOGRAFIE:**

- 1) *Postępowanie administracyjne w sprawach bezrobocia i promocji zatrudnienia*, Municipium, Warszawa 2011, ISBN 978-83-61980-28-5, ss. 324;

#### **2. ROZDZIAŁY W KSIĄŻKACH:**

- 2) *Prawnokarne i prawnoadministracyjne środki reakcji na zjawisko nielegalnej imigracji wybranych państwach UE* [w:] L. Grochowski, A. Letkiewicz, A. Misiuk (red.), *Nauka bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju. Studia i materiały*, Szczytno 2011, ISBN 978-83-7462-307-0, s. 167-182;

#### **3. ARTYKUŁY NAUKOWE:**

- 3) *Prawnokarne aspekty sprawozdawczości finansowej komitetów wyborczych w wyborach samorządowych*, *Policja* 2010, nr 4, s. 15-21;
- 4) *Nadużycia w sferze pozyskiwania środków finansowych przez komitety wyborcze w wyborach samorządowych*, *Radca Prawny* 2010, nr 5, s. 60-68;
- 5) *Sprawca korupcji wyborczej – studium kryminologiczne*, *Radca Prawny* 2011, nr 3, s. 73-80;
- 6) *Właściwość rzeczowa starosty powiatu i marszałka województwa w koordynacji świadczeń z tytułu bezrobocia*, *Samorząd Terytorialny* 2011, nr 9, str. 53-62;
- 7) *Przekupstwo wyborcze (art. 250a § 2 k.k.) – istota zjawiska*, *Prokurator* 2011, nr 2, s. 84-94;
- 8) *Gwarancje prawne dla wyborców i wybrańców*, *Jurysta* 2010, nr 1, s. 3-6;
- 9) *Ochrona dóbr osobistych w wyborach samorządowych*, *Jurysta* 2010, nr 2, s. 9-12;
- 10) *Przepadki korzyści majątkowych*, *Jurysta* 2011, nr 2, s. 11-15;
- 11) *Nowe zasady wyboru ławników przez rady gminy*, *Jurysta* 2011, nr 9, s. 39-45;

#### **4. ARTYKUŁY POPULARNONAUKOWE:**

- 12) *Utrudnianie czynności kontrolnych*, *Wspólnota* 2009, nr 37;
- 13) *Wyposażenie i doposażenie stanowisk pracy*, *Wspólnota* 2009, nr 49;

- 14) *Gotowość do pracy bezrobotnego – rodzica*, Wspólnota 2010, nr 1;
- 15) *Przestępczość wyborcza*, Wspólnota 2010, nr 5;
- 16) *Reklamacja spisu wyborców*, Wspólnota 2010, nr 13;
- 17) *Zasady i organizacja samorządowej kampanii wyborczej*, Wspólnota 2010, nr 20, ss. 21 – wydanie monograficzne;
- 18) *Tworzenie okręgów wyborczych*, Wspólnota 2010, nr 23;
- 19) *Falszowanie dokumentacji wyborczej*, Wspólnota 2010, nr 23;
- 20) *Ochrona prawna nazwy komitetu wyborczego*, Wspólnota 2010, nr 27;
- 21) *Zasady finansowania działalności komitetu wyborczego*, Wspólnota 2010, nr 29;
- 22) *Uprawnienia komisarza wyborczego*, Wspólnota 2010, nr 31;
- 23) *Naruszenie tajności głosowania*, Wspólnota 2010, nr 35;
- 24) *Korupcja wyborcza*, Wspólnota 2010, nr 41;
- 25) *Zasady tworzenia okręgów wyborczych*, Wspólnota 2011, nr 11;
- 26) *Ławnicy według nowych zasad*, Wspólnota 2011, nr 27.

#### **IV. Wykaz dorobku naukowego – po uzyskaniu stopnia naukowego doktora nauk prawnych**

##### **1. MONOGRAFIE:**

- 1) *Przestępstwa przeciwko wyborom i referendum – aspekty karnomaterialne, procesowe i kryminologiczne*, Volumina.pl, Szczecin-Olsztyn 2012, ISBN 978-83-7867-014-8, ss. 400;
- 2) *Sekcja zwłok. Zagadnienia karnoprocesowe i medyczno-sądowe*, Wydawnictwo Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz 2014, ISBN 978-83-940456-2-3, ss. 180 (współautor prof. zw. dr hab. Mariusz Dubiel);
- 3) *Kontrola podmiotów leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, ISBN 978-83-264-8329-5, ss. 248 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 4) *Badania kliniczne produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Zagadnienia prawne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, ISBN 978-83-264-9316-4, ss. 252 (współautor prof. zw. dr hab. Tomasz Kuczur);
- 5) *Prawo karne judaizmu*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2015, ISBN 978-83-8019-333-8, ss. 231 (współautorzy prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit, prof. zw. dr hab. Tomasz Kuczur);
- 6) *Mors in tabula w teorii i praktyce śledczej*, Wydawnictwo Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz 2016, ISBN 978-83-943177-1-3, ss. 397;
- 7) *Metodyka prowadzenia postępowania przygotowawczego w sprawach o błędy medyczne*, Wolters Kluwer 2021, ISBN 978-83-8223-962-1, ss. 216;

##### **2. PODRĘCZNIKI AKADEMICKIE:**

- 8) *Prawo ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2016, ISBN 978-83-8085-152-8, ss. 256 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);

##### **3. INNE PUBLIKACJE KSIĄŻKOWE:**

- 9) *Leksykon prawa medycznego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, ISBN 978-83-8107-368-4, ss. 256 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 10) B. Hołyst (red. nacz.), R. Hauser (z-ca red. nacz.), *Wielka Encyklopedia Prawa*, P. Hofmański, P. Kruszyński, B. Sygit (red. nauk.), *Tom XXI, Prawo karne procesowe*,

Wydawnictwo Ubi Societas, Ibi Ius, Warszawa 2021, ISBN 978-83-64-556-20-3, ss. 403 – autorstwo i współautorstwo kilkudziesięciu haseł oraz współpraca redakcyjna;

#### 4. ROZDZIAŁY W KSIĄŻKACH:

- 11) *Organizacja pracy urzędu w zakresie organizacji referendum lokalnego* [w:] D. Bąbiak-Kowalska (red.), *Opisy stanowisk pracy w samorządzie, oceny pracownicze i przepisy antykorupcyjne. Poradnik ze wzorami dokumentów*, Warszawa 2013, ISBN 978-83-61980-60-5, s. 76-87;
- 12) *Organizacja stażu dla bezrobotnego w urzędzie administracji samorządowej* [w:] D. Bąbiak-Kowalska (red.), *Opisy stanowisk pracy w samorządzie, oceny pracownicze i przepisy antykorupcyjne. Poradnik ze wzorami dokumentów*, Warszawa 2013, ISBN 978-83-61980-60-5, s. 92-105;
- 13) *Miecz katowski – broń czy narzędzie?* [w:] V. Kwiatkowska-Wójcikiewicz, L. Stępka (red.), *Broń. Problematyka prawna i kryminalistyczna*, Toruń 2013, ISBN 978-83-231-3112-0, s.15-25;
- 14) *Wykładnia pojęcia „świadek” a odpowiedzialność karna za przestępstwo z art. 245 k.k.* [w:] S. Pikulski, M. Romańczuk-Grącka (red.), *Granice kryminalizacji i penalizacji*, Olsztyn 2013, ISBN 978-83-62863-76-1, s. 393-402;
- 15) *Gwarancje procesowe oskarżonego - cudzoziemca w procesie karnym – ujęcie komparatystyczne* [w:] O. Łachacz, J. Galster (red.), *Status prawny cudzoziemca w prawie międzynarodowym. Implikacje w prawie Unii Europejskiej i polskim porządku prawnym*, Olsztyn 2013, ISBN 978-83- 62383-42-9, s. 63-74;
- 16) *Nienaruszalność podstawowych praw i wolności obywatelskich a proces dowodzenia w sprawach karnych – granice zastosowania nowych technologii* [w:] K. Szczechowicz, K. Bronowska (red.), *Technologie wykrywcze początku nowego tysiąclecia*, Olsztyn 2013; ISBN 978-83-62863-77-8, s. 29-38;
- 17) *Terroryzm religijny – motywy i metodyka działania sprawców* [w:] M. Borkowski, M. Stańczyk-Minkiewicz, I. Ziemkiewicz-Gawlik (red.), *Edukacja dla Bezpieczeństwa. Wyzwania i zagrożenia w XXI wieku. Aspekty militarne i niemilitarne*, Gdynia 2013, ISBN 978-83-61304-70-8, s. 373-379;
- 18) *Zakres penalizacji wybranych czynów zabronionych w polskim Kodeksie wyborczym* [w:] A. Pyrzyńska, P. Raźny, J. Wojciechowska, R. Zych (red.), *Wyzwania współczesnego prawa wyborczego*, Toruń 2013; ISBN 978-83-231-3287-5, s. 231-242;



- 19) *Zeznania świadka w judaistycznym procesie karnym* [w:] W. Cieślak, S. Steinborn (red.), *Profesor Marian Cieślak – osoba, dzieło, kontynuacje*, Warszawa 2013, ISBN 978-83-264-4369-5, s. 1177-1189;
- 20) *Wybrane problemy dowodowe w sprawach karnych o przestępstwa wyborcze* [w:] M. Trybus, T. Wilk (red.), *Przestępstwa rzadko podejmowane przez organy ścigania. Aspekty kryminalistyczne, materialnoprawne i procesowe*, Rzeszów 2013, ISBN 978-83-7338-940-3, s. 322-333;
- 21) *The effect of selected obligatory grounds for refusal to execute The European arrest warrant on limitation of international cooperation in criminal matters* [w:] S. Pikulski K. Szczechowicz, M. Romańczuk-Grącka (ed.), *Effectiveness of Extradition and the European Arrest Warrant*, Olsztyn 2014, ISBN 978-83-7299-894-1, s. 31-38;
- 22) *Wpływ wybranych obligatoryjnych przesłanek odmowy wykonania europejskiego nakazu aresztowania na ograniczanie współpracy międzynarodowej w sprawach karnych* [w:] S. Pikulski, K. Szczechowicz, M. Romańczuk-Grącka (red.), *Skuteczność ekstradycji i europejskiego nakazu aresztowania*, Olsztyn 2014, ISBN 978-83-7299-879-8, s. 31-38;
- 23) *Kontrowersje wokół nowego ujęcia zasady in dubio pro reo. Rozważania na kanwie nowelizacji Kodeksu postępowania karnego* [w:] T. Grzegorzczak (red.), *Polski proces karny i materialne prawo karne w świetle nowelizacji z 2013r. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Tylmanowi z okazji Jego 90-tych Urodzin*, Warszawa 2014, ISBN 978-83-278-0692-5, s. 155-168 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 24) *The idea of human rights in conditions of hospital treatment* [w:] K. Leksowski, A. Rosiek (ed.), *Organizational Culture and Ethics in Modern Medicine*, IGI Global 2015, s. 236-254 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit) ;
- 25) *Patients' rights and medical personnel duties in the field of hospital care* [w:] K. Leksowski, A. Rosiek (ed.), *Organizational Culture and Ethics in Modern Medicine*, IGI Global 2015, s. 281-296 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 26) *Umowy cywilnoprawne pielęgniarek i położnych o udzielanie świadczeń zdrowotnych - wybrane zagadnienia z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych* [w:] M. Szablowska - Juckiewicz, M. Wałachowska, J. Wantoch-Rekowski (red.), *Umowy cywilnoprawne w ubezpieczeniach społecznych*, Warszawa 2015, ISBN 978-83-264-8358-5, s. 90-100;
- 27) *Rozważania o odpowiedzialności karnej sprawców za błędy i zaniedbania popełnione przy zabiegu przetoczenia krwi* [w:] J. Kasprzak, W. Cieślak, I. Nowicka (red.), *Meandry prawa karnego i kryminalistyki. Księga jubileuszowa prof. zw. dr hab. Stanisława Pikulskiego*, Szczytno 2015, ISBN 978-83-7462-484-8, s. 281-287;

- 28) *Kłamstwo wg G.L. Duprata. Przyczynek do rozważań o kłamliwości ludzi* [w:] B. Sygit (red.), *...ale prawdy szukaj w czynie. Złota księga jubileuszowa Prof. zw. dr hab. dr honoris causa Brunona Hołysta*, Warszawa 2015, ISBN 978-83-64556-99-9, s. 705-713 (współautor dr Ewa Sygit-Kowalkowska);
- 29) *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.) a zasada ultima ratio prawa karnego* [w:] S. Pikulski, W. Cieślak, M. Romańczuk-Grącka (red.), *Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo*, Olsztyn 2015, ISBN 978-83-64736-47-6, s. 239-253 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 30) *Karalność nieprawidłowości i uchybień przy prowadzeniu badań klinicznych wyrobów medycznych w ujęciu zasady nullum crimen sine lege certa* [w:] S. Pikulski, W. Cieślak, M. Romańczuk-Grącka (red.), *Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo* pod redakcją, Olsztyn 2015, ISBN 978-83-64736-47-6, s. 285-293 (współautor prof. zw. dr hab. Tomasz Kuczur) ;
- 31) *Nawoływanie do bojkotu wyborów – czyn zabroniony czy zachowanie bezkarne?* [w:] A. R. Jurewicz, T. Kuczur, M. Piekarska, D. Wąsik (red.), *Wybory i nieprawidłowości wyborcze wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Olsztyn 2015, ISBN 978-83-7867-310-1, s. 189-201 (współautor prof. zw. dr hab. Tomasz Kuczur, mgr Robert Wróblewski);
- 32) *Kremacja zwłok ludzkich - wybrane zagadnienia prawne i kryminalistyczne* [w:] J. Moszczyński, D. Solodov, I. Sołtyśzewski (red.), *Przestępczość - Dowody - Prawo. Księga jubileuszowa Prof. Bronisława Młodziejowskiego*, Olsztyn 2016, ISBN 978-83-8100-008-6, s. 238-249 (współautorzy prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit, dr Natalia Wąsik);
- 33) *Ograniczenia wartości dowodowej badań identyfikacyjnych materiału DNA pobranego po transfuzji krwi i przeszczepie szpiku kostnego* [w:] J. Wójcikiewicz, V. Kwiatkowska-Wójcikiewicz (red.), *Paradygmaty kryminalistyki*, Kraków 2016, ISBN 978-83-233-4076-8, s. 130-147 (współautorzy prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit, dr Elżbieta Bloch-Bogusławska);
- 34) *Biegli sądowi w nowych realiach procesu karnego na przykładzie opiniowania sądowo-lekarskiego w sprawach o tzw. błędy w sztuce lekarskiej* [w:] M. Goc, T. Tomaszewski, R. Lewandowski (red.), *Kryminalistyka. Jedność nauki i praktyki*, Warszawa 2016, ISBN 978-83-7867-334-7, s. 115-126 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 35) *Doprowadzenie Narodowego Funduszu Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem (art. 286 § 1 k.k.) w kontekście ustalenia szkody i obowiązku jej naprawienia* [w:] I. Sepioło-Jankowska (red.), *Konsensualizm i kompensacja a podstawy odpowiedzialności karnej*,

- Warszawa 2016, ISBN 978-83-255-8698-0, s. 68-77 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 36) *Ewolucja pozakodeksowej ochrony prawnokarnej wyborów w Polsce na przestrzeni lat 1991-2016* [w:] W. Hermeliński, B. Tokaj (red.), *Księga jubileuszowa z okazji 25-lecia demokratycznego prawa wyborczego i administracji wyborczej w Polsce (1991-2016)*, Warszawa 2016, ISBN 978-83-939674-4-5, s. 161-179 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 37) *Orzekanie zakazu wykonywania zawodu lekarza z perspektywy kierunku aktualnej polityki karnej* [w:] T. Grzegorzcyk, R. Olszewski (red.), *Verba volant, scripta manent. Proces karny, prawo karne skarbowe i prawo wykroczeń po zmianach z lat 2015-2016. Księga pamiątkowa poświęcona Profesor Monice Zbrojewskiej*, Warszawa 2016, ISBN 978-83-8092-595-3, s. 429-447 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 38) *Zasady odpowiedzialności karnej za błędy w sztuce lekarskiej w kulturach prawnych judaizmu i islamu* [w:] A. Wedeł-Domaradzka, A. Purat (red.), *Wybrane problemy kary i karalności*, Bydgoszcz 2016, ISBN 978-83-8018-067-3, s. 49-68;
- 39) *Zabieg sterylizacji na życzenie w świetle odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 156 § 1 k.k.* [w:] J. Sobczak, M. Reshef (red.), *Nowe procedury medyczne a prawo*, Toruń 2016, ISBN 978-83-8019-538-7, s. 145-161;
- 40) *Zbędne zabiegi chirurgiczne – wybrane aspekty medyczne i prawnokarne* [w:] B. Hołyst (red.), *Przyszłość prawa. Księga pamiątkowa XX-lecia Wydziału Prawa i Administracji*, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2017, ISBN 978-83-6405-498-3, s. 523-528 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 41) *Wylączenie biegłego na podstawie art. 193 § 3 k.p.k. na przykładzie spraw karnych o błędy w sztuce lekarskiej* [w:] B. Hołyst, J. Duży, P. Grzegorzcyk, Z. Wardak, D. Wąsik (red.), *Doprawdy litość to zbrodnia. Księga jubileuszowa z okazji 70. urodzin Profesora Bogusława Sygita*, Łódź 2018, ISBN 978-83-8142-222-2, s. 787-796 (współautor dr Natalia Wąsik);
- 42) *Prawo dowodowe w procesie judaistycznym* [w:] J. Skorupka (red.), P. Hofmański (red. nacz.), *System Prawa Karnego Procesowego. - J. Skorupka (red. nauk.), Tom VIII. Dowody. Część 1*, Warszawa 2019, ISBN 978-83-8107-998-3, s. 1534-1556;
- 43) *Błąd medyczny w praktyce pielęgniarskiej – ujęcie prawnokarne* [w:] M. Mrówczyński, T. Knepek (red.), *Prawo publiczne wobec problemów społecznych i gospodarczych*, Bydgoszcz 2020, ISBN 978-83-8018-345-2, s. 197-208 (współautor prof. dr hab. Bogusław Sygit);

- 44) *Kradzież zwłok ludzkich – aspekty karno-medyczne* [w:] W. Cieślak, M. Romańczuk-Grącka, M. Kurzyński (red.), *In dubio pro humanitate. W stulecie urodzin Profesora Mariana Cieślaka*, Monografie Wydziału Prawa i Administracji UWM, Olsztyn 2023, ISBN 978-83-8100-368-1, s. 495-504 (współautor prof. dr hab. Bogusław Sygit);
- 45) *Hipnoza w poglądach Profesora Józefa Wójcikiewicza* [w:] *Piękno kryminalistyki. Księga jubileuszowa Profesora Józefa Wójcikiewicza*, Wydawnictwo TNOiK - Toruń 2023, ISBN 978-83-67153-47-8 (przyjęte do druku - współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);

## **5. REDAKCJE OPRACOWAŃ NAUKOWYCH:**

- 46) *Wybory i nieprawidłowości wyborcze wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Olsztyn 2015, ISBN 978-83-7867-310-1; oraz autorstwo *Wstępu* do ww. monografii (współredaktorzy prof. zw. dr hab. Tomasz Kuczur, dr Aldona Jurewicz, mgr Monika Piekarska);
- 47) *Doprawdy litość to zbrodnia. Księga jubileuszowa z okazji 70. urodzin Profesora Bogusława Sygita*, Łódź 2018, ISBN 978-83-8142-222-2 (współredaktorzy prof. zw. dr hab. Brunon Hołyst, prof. nadzw. dr hab. Jerzy Duży, dr Piotr Grzegorzczak, dr Zbigniew Wardak);

## **6. KOMENTARZE:**

- 48) *Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, ISBN 978-83-264-7981-6, ss. 247;
- 49) *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, ISBN 978-83-264-8149-9, ss. 346 (współautor dr Natalia Wąsik);
- 50) *Ustawa o kosmetykach. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, ISBN 978-83-264-9068-2, ss. 188;
- 51) *Ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, ISBN 978-83-8092-396-6, ss.118;
- 52) *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz elektroniczny*, Wolters Kluwer – SIP LEX 2023 (współautor dr Natalia Wąsik);

## 7. ARTYKUŁY NAUKOWE:

- 52) *Śmierć na stole operacyjnym (mors in tabula) jako konsekwencja błędu w sztuce lekarskiej*, Prokuratura i Prawo 2016, nr 12, s. 41-62;
- 53) *Odpowiedzialność za narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia a procedury anestezyjologiczne*, Prokuratura i Prawo 2017, nr 2, s. 32-60 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 54) *Odpowiedzialność karna lekarza dentysty za błąd medyczny*, Prokuratura i Prawo 2017, nr 3, s. 5-32;
- 55) *Ocena prawnokarna zakażeń w szpitalu*, Prokuratura i Prawo 2017, nr 4, s. 40-60;
- 56) *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących zgonów okołoperacyjnych*, Prokuratura i Prawo 2017, nr 7-8, s. 149-167;
- 57) *Prawnokarne aspekty wytwarzania i obrotu wyrobami medycznymi*, Prokuratura i Prawo 2017, nr 9, s. 105-138;
- 58) *Tajemnica lekarska w procesie karnym*, Prokuratura i Prawo 2018, nr 1, s. 125-137;
- 59) *Prawnokarna ocena niezłożenia sprawozdania finansowego we właściwym rejestrze sądowym*, Prokuratura i Prawo 2018, nr 3, s. 91-104 (współautor mgr Michał Dubiel);
- 60) *Błędy w sztuce lekarskiej w praktyce lekarza medycyny rodzinnej – aspekty prawnokarne i prawnomedyczne*, Prokuratura i Prawo 2018, nr 5, s. 43-64;
- 61) *Odpowiedzialność karna za prowadzenie badań klinicznych produktów leczniczych bez zgody uczestnika*, Prokuratura i Prawo 2019, nr 10, s. 66-83;
- 62) *Nieuprawnione udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 58 ust. 1 i 2 u.z.l.) – uwagi prawnokarne i prawnomedyczne*, Prokuratura i Prawo 2019, nr 11-12, s. 84-117 (współautorzy prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit, dr Natalia Wąsik);
- 63) *Zakłócenie przetargu publicznego na zakup asortymentu medycznego (art. 305 k.k.)*, Prokuratura i Prawo 2020, nr 2, s. 31-52;
- 64) *Prawnokarna ochrona członków zespołu ratownictwa medycznego*, Prokuratura i Prawo 2020, nr 4-5, s. 97-116;
- 65) *Sprzeciw prokuratora od postanowienia sądu o zastosowaniu tzw. warunkowego tymczasowego aresztowania (art. 257 § 3 k.p.k.)*, Prokuratura i Prawo 2020, nr 6, s. 89-90;
- 66) *Złośliwe lub uporczywe naruszanie praw pracowniczych członków personelu medycznego (art. 218 § 1a k.k.) – problematyka prawnokarna*, Prokuratura i Prawo 2020, nr 10-11, s. 39-71;

- 67) *Błędy i nieprawidłowości w wykonywaniu zawodu farmaceuty w ujęciu prawa karnego i prawa medycznego*, Prokuratura i Prawo 2021, nr 2, s. 46-77;
- 68) *Błędy i uchybienia w ratownictwie medycznym – wybrane uwagi prawnokarne i prawnomedyczne*, Prokuratura i Prawo 2021, nr 4, s. 16-53;
- 69) *Wojskowy pion Prokuratury Rzeczypospolitej Polskiej w ujęciu historycznym i współczesnym – geneza, rola i znaczenie*, Prokuratura i Prawo 2022, Wydanie Specjalne - „Prokuratura w służbie państwu i społeczeństwu”, s. 134-154;
- 70) *Stwierdzenie zgonu osoby żyjącej jako przykład błędu w sztuce lekarskiej – perspektywa prawnokarna i prawnomedyczna*, Prokuratura i Prawo 2022, nr 7-8, s. 141-166 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 71) *Zakażenie endogenne a odpowiedzialność cywilna szpitala – studium przypadku*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii 2014, nr 3, s. 147-157 (współautorzy prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit, prof. zw. dr hab. Mariusz Dubiel, dr Natalia Wąsik);
- 72) *Chorioangioma – opis przypadku*, Ginekologia Polska 2014, vol. 85, s. 230-233 (współautorzy dr Katarzyna Moszczyńska, dr Jarosław Szulczyński, prof. zw. dr hab. Andrzej Tretyn, prof. zw. dr hab. Grzegorz H. Bręborowicz, prof. zw. dr hab. Mariusz Dubiel);
- 73) *Prawnokarna ochrona wyborów i referendów w ustawodawstwach niektórych państw obszaru postsowieckiego*, Studia Wyborcze 2013, tom XVI, s. 113-135;
- 74) *Przestępczość wyborcza w Republice Federalnej Niemiec – model ochrony prawnokarnej wyborów, charakter zjawiska i skala zagrożenia*, Studia Wyborcze 2015, tom XIX, s. 107-125;
- 75) *Wybrane zagadnienia przestępstwa składania fałszywych zeznań przez żołnierzy (art. 233 § 1 k.k.)*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2014, nr 4, s. 100-112;
- 76) *Dokumentacja medyczna jako dowód w sprawach karnych*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2019, nr 3, s. 88-103;
- 77) *Prawnokarna ochrona wybranych praw pacjenta*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2020, nr 1, s. 48-72;
- 78) *Działalność wojskowych komisji lekarskich w świetle wybranego orzecznictwa sądownoadministracyjnego*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2020, nr 2, s. 36-62;
- 79) *Przestępstwa znieważenia i poniżania podwładnych pełniących służbę wojskową (art. 350 k.k.)*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2020, nr 4, s. 85-99;
- 80) *Odpowiedzialność karna żołnierza za odmowę wykonania rozkazu (art. 343 k.k.)*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2021, nr 1, s. 53-70;

- 81) *Odpowiedzialność karna za błędy medyczne w fizjoterapii*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2021, nr 2, s. 106-127;
- 82) *Przestępstwo znęcania się nad podwładnym w warunkach pełnienia służby wojskowej (art. 352 k.k.)*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2021, nr 3, s. 5-23;
- 83) *Dezercja (art. 339 k.k.) – wybrane zagadnienia prawnokarne, prawno-historyczne i komparatystyczne*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2022, nr 1, s. 35-63;
- 84) *Przestępstwa seksualne w kulturze prawnej judaizmu a prawo karne współczesnego Izraela*, Studia Prawnoustrojowe 2013, nr 19, s. 87-96;
- 85) *Bezprawne udostępnianie i umożliwianie dostępu do jednostkowych danych medycznych (art. 51 u.o.d.o.)*, Studia Prawnoustrojowe 2015, nr 28, s. 259-272;
- 86) *Wyludzanie refundacji na leki: „modus operandi” sprawców, motywy ich działania oraz szkodliwość społeczna nadużyć*, Studia Prawnoustrojowe 2015, nr 29, s. 231-244;
- 87) *Wskazania aktualnej wiedzy medycznej w świetle odpowiedzialności karnej za błędy w sztuce lekarskiej*, Studia Prawnoustrojowe 2017, nr 36;
- 88) *Prawa mniejszości w kontekście systemu sprawiedliwości плеiennej – uwagi na tle prawnokarnym*, Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego, tom III, Olsztyn 2012, s. 251-263;
- 89) *Wybrane problemy ograniczania swobody wyznania przez kryminalizację praktyk religijnych na przykładzie wyroku Landgericht Koln Nr 151 Ns 169/11 (07.05.2012)*, Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego, tom IV, Olsztyn 2013, s. 271-279 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 90) *Bluźnierstwo w wybranych kulturach prawnych*, Studia Iuridica Toruniensia 2014, tom XV, s. 211-226;
- 91) *Corruption Crimes In The British Election Law*, Law and Forensic Science 2013, vol. 6, s. 49-60;
- 92) *Kilka uwag na temat karalności przekupstwa wyborczego pośredniego (art. 250 § 2 k.k.)*, Policja 2012, nr 2, s. 15-18;
- 93) *Motywy składania fałszywych zeznań przez świadków w sprawach karnych o przestępstwa wyborcze*, Policja 2014, nr 1, s. 20-24;
- 94) *Refleksje na temat odpowiedzialności karnej za naruszenie tajności głosowania (art. 251 k.k.)*, Policja 2014, nr 2, s. 37-41;
- 95) *Rozważania na temat zasadności kryminalizacji „wyludzania” świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjentów*, Policja 2014, nr 4, s. 17-22;

- 96) *Przyczyny i konsekwencje błędów popełnianych przez biegłych sądowych przy opiniowaniu w procesie karnym*, Policja 2015, nr 1, s. 15-25 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit) ;
- 97) *Stosunek wielkich religii do sekcji zwłok*, Forum Teologiczne 2014, tom XV, s. 149-159;
- 98) *Medyczne, społeczne i prawne aspekty rytualnego obrzezania kobiet*, Forum Teologiczne 2015, tom XVI, s. 149-159 (współautorzy prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit, prof. zw. dr hab. Mariusz Dubiel);
- 99) *Symbolika ognia w prawie karnym judaizmu*, Studia Warmińskie 2014, nr 51, s. 129-138 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 100) *Przyjmowanie leków ograniczających zdolności psychomotoryczne kierowców powodujących wypadki drogowe. Wybrane zagadnienia karnoprocesowe*, Paragraf na Drodze 2015, nr 11, s. 19-32;
- 101) *Zacieranie śladów zdarzenia drogowego. Implikacje dowodowe*, Paragraf na Drodze 2015, nr 12, s. 30-43 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 102) *Przyczyny oddalenia wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu rekonstrukcji wypadków drogowych w postępowaniu cywilnym*, Paragraf na Drodze 2015, nr 12, s. 44-60;
- 103) *Nagle pogorszenie stanu zdrowia kierującego pojazdem jako przyczyna wypadku w komunikacji w kontekście odpowiedzialności karnej za występki z art. 177 § 1 i 2 Kodeksu karnego*, Paragraf na Drodze 2016, nr 4;
- 104) *Nieprawidłowości w dokumentowaniu badań lekarskich w przedmiocie zdolności do kierowania pojazdami – wybrane aspekty dowodowe*, Paragraf na Drodze 2019, nr 6;
- 105) *Jazda na suwak w świetle odpowiedzialności za wykroczenia*, Paragraf na Drodze 2020, nr 1;
- 106) *Cofanie lub inna ingerencja we wskazania licznika przebiegu w pojeździe mechanicznym – wybrane zagadnienia prawnokarne*, Paragraf na Drodze 2020, nr 3;
- 107) *Odruchy bezwarunkowe (refleksyjne) a zdarzenia drogowe – wybrane zagadnienia*, Paragraf na Drodze 2021, nr 2, s. 11-30;
- 108) *Rzecz o potrzebie nowelizacji art. 8 ust. 2a u.s.u.s. na przykładzie działalności leczniczej*, Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu 2014, nr 4, s. 87-102;
- 109) *Dochodzenie zapłaty od Narodowego Funduszu Zdrowia za świadczenia zdrowotne udzielane w stanach nagłych – wybrane zagadnienia*, Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu 2015, nr 3, s. 65-76 (współautorzy prof. zw. dr hab. Tomasz Kuczur, dr Natalia Wąsik);



- 110) *Odpowiedzialność karna i odpowiedzialność za wykroczenia w związku z niedopełnieniem obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne*, Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu 2015, nr 4, s. 27- 43 (współautorzy prof. zw. dr hab. Tomasz Kuczur, dr Natalia Wąsik);
- 111) *Bałwochwalstwo w tradycji judaistycznego prawa karnego – zagadnienia materialnokarne i karnoprosesowe*, Studia Bydgoskie 2015, tom 8, str. 205-217;
- 112) *Ochrona wyborów i referendów w kodyfikacjach karnych państw skandynawskich*, Kortowski Przegląd Prawniczy 2014, nr 1, s. 17-22;
- 113) *Splenoza zatoki Douglasa - opis przypadku*, Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2014, tom 7, z. 1, s. 52-55 (współautorzy: dr Katarzyna Moszczyńska, dr Jarosław Szulczyński, prof. zw. dr hab. Grzegorz H. Bręborowicz, prof. zw. dr hab. Mariusz Dubiel);
- 114) *Przestępstwa przeciwko zasadom wprowadzania do obrotu, wprowadzania do używania, dystrybucji, dostarczania lub udostępniania wyrobów medycznych*, Almanach Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych 2014, vol. 9, str. 60-70;
- 115) *Braki w dokumentacji medycznej i ich wpływ na przebieg postępowania dowodowego w prawach karnych*, Kwartalnik Prawno-Kryminalistyczny 2015, nr 3, s. 52-61;
- 116) *Wartość dowodowa obdukcji lekarskiej wykonanej na żądanie pokrzywdzonego w sprawach karnych dotyczących przemocy w rodzinie*, Kwartalnik Policyjny 2015, nr 3, s. 61-64;
- 117) *Kontradyktoryjność procesu karnego a opiniowanie sądowo-lekarskie*, Genetyka + Prawo. Kwartalnik Naukowy Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, 2015, nr 24-25, s. 16-19;
- 118) *Sporządzanie karty zgonu i karty martwego urodzenia a określanie płci płodu*, Genetyka + Prawo. Kwartalnik Naukowy Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, 2015, nr 26-27, s. 14-17;
- 119) *Konsekwencje karne, cywilne i dyscyplinarne wydania nierzetelnej i fałszywej opinii przez biegłego*, Genetyka + Prawo, Kwartalnik Naukowy Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika 2016, nr 28-29 (współautorzy prof. zw. dr hab. B. Sygit, dr Natalia Wąsik);
- 120) *Nadużycia przy sporządzaniu wyborczych „list poparcia” (art. 248 pkt 6 k.k.)*, Jurysta 2012, nr 6, s. 22-27;
- 121) *Kontradyktoryjność procesu karnego i nowelizacja art. 5 § 2 k.p.k. w kontekście opiniowania sądowo-lekarskiego*, Jurysta 2015, nr 4, s. 3-8;

- 122) *Konsekwencje procesowe odstąpienia od sekcji zwłok w sprawach karnych o tzw. błędy w sztuce lekarskiej – studium przypadku*, Jurysta 2015, nr 10, s. 3-9;
- 123) *Poświadczenie przez lekarza nieprawdy w dokumentacji medycznej (art. 271 § 1 k.k.) – wybrane zagadnienia praktyczne*, Przedsiębiorstwo i Prawo 2018, nr 1, s. 78-93;
- 124) *Udział prokuratora w postępowaniu administracyjnym – wybrane zagadnienia praktyczne*, Przedsiębiorstwo i Prawo 2019, nr 5, s. 93-111;
- 125) *Czyny nieuczciwej konkurencji w obszarze działalności leczniczej - wybrane aspekty praktyczne*, Przedsiębiorstwo i Prawo 2019, nr 7, s. 81-100;
- 126) *Przestępstwo tzw. fałszu materialnego dokumentu (art. 270 k.k.) w warunkach pełnienia czynnej służby wojskowej*, OSA 2016, nr 11, s. 110-120 (współautor dr Natalia Wąsik);

## **8. ARTYKUŁY POPULARNONAUKOWE:**

- 127) *Medycyna w służbie prawa*, Wiadomości Akademickie 2015, nr 58;
- 128) *Obowiązki pracowników urzędów gmin związane z dostosowaniem lokalu wyborczego do potrzeb wyborców niepełnosprawnych*, Pracownik Samorządowy 2014, nr 7-8;
- 129) *Spoleczny i prawny obowiązek zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa*, Pracownik Samorządowy 2015, nr 1;
- 130) *Nagroda jubileuszowa pracowników samorządowych – wybrane zagadnienia praktyczne*, Pracownik Samorządowy 2015, nr 7-8;
- 131) *Zaskarżanie oceny okresowej pracownika samorządowego*, Pracownik Samorządowy 2015, nr 2;
- 132) *Przestępstwo znieważenia pracownika urzędu samorządowego*, Pracownik Samorządowy 2015, nr 10;
- 133) *Powołanie obwodowych komisji wyborczych w wyborach parlamentarnych*, Pracownik Samorządowy 2015, nr 10;
- 134) *Odpowiedzialność odszkodowawcza podmiotów leczniczych za zakażenia szpitalne*, MediNews 2019, nr 4, s. 17-30;
- 135) *Reprezentacja gminy w procesie karnym*, Wspólnota 2013, nr 2;
- 136) *Doręczanie e-dokumentów po zmianach*, Wspólnota 2014, nr 7;
- 137) *Ochrona dóbr osobistych kandydatów w wyborach samorządowych*, Wspólnota 2014, nr 14;
- 138) *Groźby karalne a swoboda działania rady miasta*, Wspólnota 2014, nr 16;
- 139) *Nazwa komitetu wyborczego*, Wspólnota 2014, nr 17;
- 140) *Zmiana siedziby obwodowej komisji wyborczej*, Wspólnota 2015, nr 2;

- 141) *Organizacja odrębnego obwodu głosowania w zakładzie opieki zdrowotnej*, Wspólnota 2015, nr 4;
- 142) *Przyczyny nieważności wyborów na przykładzie wyborów samorządowych*, Wspólnota 2015, nr 6;
- 143) *Zmiany w podziale gminy na stałe obwody głosowania*, Wspólnota 2015, nr 5;
- 144) *Agitacja wyborcza w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, Wspólnota 2015, nr 4;
- 145) *Wybory do rady soleckiej*, Wspólnota 2015, nr 13;
- 146) *Nowelizacja Kodeksu wyborczego – nowe obowiązki wójtów*, Wspólnota 2015, nr 15;
- 147) *Kontrola SPZOZ przez samorządowy podmiot tworzący*, Wspólnota 2015, nr 22;

## **9. GLOSZY:**

- 148) *Glosa aprobująca do wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 2 października 2013r., sygn. akt III AUa 510/13*, Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu 2014, nr 2, s. 131-140;
- 149) *Glosa aprobująca do wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 15 maja 2014r., VI SA/Wa 1408/13*, LEX/el. 2015 (nr 235315);
- 150) *Glosa aprobująca do postanowienia Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 20 lutego 2014r., III AUz 28/14*, Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu 2015, nr 1, s. 105-109;
- 151) *Glosa krytyczna do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 30 kwietnia 2014r., V ACA 319/13, V ACA 320/13*, LEX/el. 2015 (nr 250615);
- 152) *Glosa częściowo krytyczna do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 10 kwietnia 2015r., I ACA 1016/14*, OSA 2016, nr 7, s. 89-95;
- 153) *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 9 maja 2018r., sygn. V ACA 409/17*, Prokuratura i Prawo 2019, nr 5, s. 129-144;

## **10. RECENZJE:**

- 154) *Recenzja książki Wojciecha Kotowskiego pt. Ustawa z dnia 24 lipca 2015r. - Prawo o zgromadzeniach. Komentarz*, Paragraf na Drodze 2015, nr 11, s. 80-82 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 155) *Recenzja książki Wojciecha Kotowskiego pt. "Problematyka wypadków drogowych"*, Biblioteka Palestry, Warszawa 2016, Prokuratura i Prawo 2016, nr 3, s. 168-172 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);

156) Około 100 recenzji sporządzonych dla Redakcji „Prokuratury i Prawa”, „Wojskowego Przeglądu Prawniczego”, „Przedsiębiorstwa i Prawa”, „Kortowskiego Przeglądu Prawniczego”, „Humanities and Social Science” oraz „Sztuki leczenia”;

## 11. SPRAWOZDANIA:

157) *Sprawozdanie z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Przestępstwa i nieprawidłowości wyborcze”*, Olsztyn, 12 maja 2015 r., *Studia Prawnoustrojowe* 2015, nr 29, s. 300-301

## 12. ŁĄCZNIE:

### I. publikacje książkowe: 16, w tym:

1) **monografie: 8** (w tym 1 przed doktoratem)

2) **podręczniki akademickie: 1**

3) **inne publikacje książkowe: 2**

4) **komentarze: 5** (w tym 1 elektroniczny);

II. **rozdziały w książkach: 36** (w tym 1 przed doktoratem)

III. **redakcje opracowań naukowych: 2**

IV. **artykuły naukowe: 84** (w tym 9 przed doktoratem)

V. **artykuły popularnonaukowe: 36** (w tym 15 przed doktoratem)

VI. **głosy: 6**

VII. **recenzje: 2 + ok. 100 recenzji wydawniczych**

VIII. **sprawozdania: 1**

### V. **Osiągnięcia naukowe, stanowiące znaczny wkład w rozwój dyscypliny - nauk prawnych**

Na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 2 b) ustawy z dnia 20 lipca 2018r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tekst jedn. Dz. U. z 2022r., poz. 574 ze zm.), jako swoje osiągnięcie naukowe, stanowiące znaczny wkład w rozwój dyscypliny nauk prawnych, przedstawiam **cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych opublikowanych w czasopismach naukowych oraz w recenzowanych materiałach pokonferencyjnych**, których przedmiotem jest prawnokarna, prawnomedyczna i prawno-dowodowa ocena zjawiska błędu medycznego, jego charakterystyka z uwzględnieniem specyfiki wykonywania różnych zawodów medycznych, a także przybliżenie kwestii odpowiedzialności karnej za tego typu czyny:

- 1) *Orzekanie zakazu wykonywania zawodu lekarza z perspektywy kierunku aktualnej polityki karnej* [w:] T. Grzegorzcyk, R. Olszewski (red.), *Verba volant, scripta manent. Proces karny, prawo karne skarbowe i prawo wykroczeń po zmianach z lat 2015-2016. Księga pamiątkowa poświęcona Profesor Monice Zbrojewskiej*, Warszawa 2016, ISBN 978-83-8092-595-3, s. 429-447 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit), ;
- 2) *Zbędne zabiegi chirurgiczne – wybrane aspekty medyczne i prawnokarne* [w:] B. Hołyst (red.), *Przyszłość prawa. Księga pamiątkowa XX-lecia Wydziału Prawa i Administracji*, Warszawa 2017, ISBN 978-83-6405-498-3, s. 523-528 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit),
- 3) *Wylączenie biegłego na podstawie art. 193 § 3 k.p.k. na przykładzie spraw karnych o błąd w sztuce lekarskiej* [w:] B. Hołyst, J. Duży, P. Grzegorzcyk, Z. Wardak, D. Wąsik (red.), *Doprawdy litość to zbrodnia. Księga jubileuszowa z okazji 70. urodzin Profesora Bogusława Sygita*, Łódź 2018, s. 787-796 (współautor dr Natalia Wąsik);
- 4) *Błąd medyczny w praktyce pielęgniarstwa – ujęcie prawnokarne* [w:] M. Mrówczyński, T. Knepek (red.), *Prawo publiczne wobec problemów społecznych i gospodarczych*, Bydgoszcz 2020, ISBN 978-83-8018-345-2, s. 197-208 (współautor prof. dr hab. Bogusław Sygit);
- 5) *Śmierć na stole operacyjnym (mors in tabula) jako konsekwencja błędu w sztuce lekarskiej*, *Prokuratura i Prawo* 2016, nr 12, s. 41-62;
- 6) *Odpowiedzialność za narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia a procedury anestezjologiczne*, *Prokuratura i Prawo* 2017, nr 2, s. 32-60 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit);
- 7) *Odpowiedzialność karna lekarza dentysty za błąd medyczny*, *Prokuratura i Prawo* 2017, nr 3, s. 5-32;
- 8) *Ocena prawnokarna zakażeń w szpitalu*, *Prokuratura i Prawo* 2017, nr 4, s. 40-60;
- 9) *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących zgonów okołoperacyjnych*, *Prokuratura i Prawo* 2017, nr 7-8, s. 149-167;
- 10) *Wskazania aktualnej wiedzy medycznej w świetle odpowiedzialności karnej za błędy w sztuce lekarskiej*, *Studia Prawnoustrojowe* 2017, nr 36;
- 11) *Błędy w sztuce lekarskiej w praktyce lekarza medycyny rodzinnej – aspekty prawnokarne i prawnomedyczne*, *Prokuratura i Prawo* 2018, nr 5, s. 43-64;
- 12) *Błędy i nieprawidłowości w wykonywaniu zawodu farmaceuty w ujęciu prawa karnego i prawa medycznego*, *Prokuratura i Prawo* 2021, nr 2, s. 46-77;

- 13) *Błędy i uchybienia w ratownictwie medycznym – wybrane uwagi prawnokarne i prawnomedyczne*, Prokuratura i Prawo 2021, nr 4, s. 16-53;
- 14) *Dokumentacja medyczna jako dowód w sprawach karnych*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2019, nr 3, s. 88-103;
- 15) *Odpowiedzialność karna za błędy medyczne w fizjoterapii*, Wojskowy Przegląd Prawniczy 2021, nr 2, s. 106-127;
- 16) *Stwierdzenie zgonu osoby żyjącej jako przykład błędu w sztuce lekarskiej – perspektywa prawnokarne i prawnomedyczna*, Prokuratura i Prawo 2022, nr 7-8, s. 141-166 (współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit).

W ramach podnoszonych w ww. publikacjach problemów skoncentrowano się na prawnomedycznej analizie zjawisk *mors in tabula*, zakażeń szpitalnych, stwierdzenia zgonu osoby żyjącej (w tym tzw. syndromu Łazarza) oraz zbędnych zabiegów chirurgicznych z perspektywy ryzyka występowania w tych obszarach błędów medycznych *sensu largo*, jak również poruszono aspekt prawno-dowodowy, dotyczący modelu prowadzenia spraw karnych o tego typu czyny, bazujący przede wszystkim na opiniowaniu sądowo-lekarskim oraz wykorzystywaniu dokumentacji medycznej pokrzywdzonych pacjentów. Specyfika błędów medycznych została natomiast przedstawiona na przykładach praktyki lekarskiej (w wybranych obszarach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego – anestezjologii, stomatologii oraz medycyny rodzinnej), jak również zasad i uwarunkowań wykonywania zawodów pielęgniarek, ratowników medycznych i fizjoterapeutów. Wreszcie skoncentrowano się też na możliwych kierunkach prowadzenia polityki karnej w ww. sprawach, a konkretnie możliwości orzekania zakazu wykonywania zawodu w najbardziej drastycznych przypadkach błędów medycznych. Pomimo, iż wnioski w tym względzie są czynione w odniesieniu do lekarzy, z racji współczesnej postępującej interdyscyplinarności leczenia pacjentów należy rozciągnąć je na wszystkich pracowników medycznych uczestniczących w procesach diagnostyczno-terapeutycznych.

W artykule „*Śmierć na stole operacyjnym (mors in tabula) jako konsekwencja błędu w sztuce lekarskiej*” (Prokuratura i Prawo 2016, nr 12, s. 41-69) przedstawiono zjawisko *mors in tabula* (inaczej *exitus in tabula* lub *exitus letalis in tabula*) jako przypadek zgonu pacjenta na bloku operacyjnym podczas operacji. Termin ten utożsamiany jest też z tzw. zgonem okołozabiegowym czy inaczej zgonem śródoperacyjnym. Z punktu widzenia prawa karnego i medycyny sądowej pod pojęciem niespodziewanej (nagłej) śmierci na stole operacyjnym należy natomiast rozumieć śmierć w czasie zabiegu lekarskiego, którego przebieg może budzić podejrzenie, że śmierć ta jest

wynikiem pomyłki lub niedbalstwa lekarza lub innego pracownika medycznego. W przedmiotowej publikacji scharakteryzowano zatem zjawisko śmierci na stole operacyjnym i przedstawiono występujące na tym tle problemy terminologiczne determinujące wątpliwości praktyczne co do oceny zgonów pacjentów w trakcie zabiegów. Ponadto, na podstawie wyników przeprowadzonych badań aktowych, wyszczególniono i scharakteryzowano najważniejsze przyczyny *mors in tabula* jako skutku rażących błędów w sztuce lekarskiej. Po raz pierwszy w polskim piśmiennictwie prawnokarnym i prawnomedycznym omówiono *mors in tabula* jako konsekwencję zawinionego działania członków personelu medycznego z perspektywy powikłań powstałych po zabiegu krytycznym w cyklu reoperacji pacjenta, skutku tzw. błędu położniczego, nieuzasadnionej kwalifikacji pacjenta do zabiegu lub przedwcześnie zakończonego leczenia szpitalnego, błędu diagnostycznego na etapie opieki przedoperacyjnej, następstwa błędu technicznego oraz zbiegu błędów w sztuce lekarskiej i medycznych błędów organizacyjnych.

W omawianym artykule w przedmiocie sygnalizowanych problemów z definiowaniem terminu „*śmierć na stole operacyjnym*” oraz sprzeczne w tym zakresie rozumienie pojęcia w samym środowisku medycznym, przyjęto koncepcje *mors in tabula sensu stricte* i *sensu largo*. Zdaniem autora *mors in tabula sensu stricte* to śmierć pacjenta na sali operacyjnej podczas zabiegu chirurgicznego. Przy tej definicji do *mors in tabula* nie będzie zaliczany przypadek zgonu podczas opieki przed- i pooperacyjnej, a nawet zgon następujący poza blokiem operacyjnym, gdy operacja zostanie przerwana np. w celu przetransportowania pacjenta np. na oddział intensywnej opieki medycznej i wyrównania parametrów życiowych, gdzie pacjent umrze. Zgon musi pozostawać w związku czasowym i korelacyjnym z czynnościami zespołu operacyjnego. *Mors in tabula sensu stricte* determinują czas i miejsce śmierci pacjenta: od chwili przewiezienia go na salę operacyjną i przekazania pacjenta zespołowi operacyjnemu, aż do zakończenia operacji i wyprowadzenia pacjenta z sali operacyjnej do pokoju wybudzeń. Jeżeli w tym okresie nastąpiłby zgon pacjenta mógłby być on traktowany jako śmierć na stole operacyjnym.

Prezentowane w artykule wnioski poczyniono na podstawie wyników analizy polskiego i obcojęzycznego piśmiennictwa prawnokarnego, prawnomedycznego i medyczno-sądowego, a także badań aktowych 70 postępowań karnych o przestępstwa kwalifikowane z art. 155 k.k., art. 160 k.k. i art. 165 k.k., dotyczących przypadków *mors in tabula*, prowadzonych w latach 2000–2015. Wspomniane sprawy dotyczyły łącznie 74 zgonów (w sprawach dotyczących błędu położniczego dwukrotnie doszło do śmierci ciężarnej i dziecka, w jednej sprawie doszło do śmierci ciężarnej i martwego urodzenia 2 dzieci). Postępowania karne objęte badaniami prowadzone były na przestrzeni lat 2000–2015. Spośród 70 przeanalizowanych spraw karnych 53 dotyczyły podejrzenia popełnienia błędu medycznego, 8 wiązało się z podejrzeniem dopuszczenia się błędu

organizacyjnego przez członków kierownictwa podmiotu leczniczego lub jego oddziału, natomiast w 9 błędy medyczne i organizacyjne zbiegały się. W 73 przypadkach zgon pacjentów nastąpił w szpitalu, w 1 natomiast miało to miejsce po zabiegu, w zakładzie opieki paliatywnej. Spośród 70 spraw karnych objętych analizą 11 zostało prawomocnie umorzonych na etapie postępowania przygotowawczego bez postawienia komukolwiek zarzutów (faza *in rem*), natomiast w 50 prawomocnie rozstrzygniętych sprawach prokuratura uznała, iż były podstawy do wniesienia aktu oskarżenia przeciwko 58 osobom. W tej grupie znajdowało się 51 lekarzy, 2 pielęgniarki, 2 położne, 2 kierowników szpitala niewykonujących zawodu medycznego oraz 1 osoba działająca w imieniu dystrybutora wyrobu medycznego. W analizowanych sprawach w 44 sprawach ustalono, że oskarżeni popełnili zarzucane im przestępstwa i dopuścili się błędu medycznego lub błędu organizacyjnego. W tej grupie 30 oskarżonych zostało prawomocnie skazanych, natomiast wobec 16 warunkowo umorzono postępowanie. W sprawie, w której sąd umorzył postępowanie karne również przypisywano oskarżonemu popełnienie błędu medycznego, ale na przeszkodzie do skazania sprawcy stało przedawnienie karalności czynu zabronionego (art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k.). W chwili ukończenia badań aktowych (1 stycznia 2016 r.) 9 spraw toczyło się nadal na różnym poziomie zaawansowania procesu: 5 w fazie dochodzenia, 2 na etapie postępowania przed sądem I instancji, natomiast w 2 wydano nieprawomocne wówczas wyroki skazujące. W przypadku niezakończonych dochodzeń i procesów sądowych nie można było określić czasu ich zakończenia, głównie z uwagi na oczekiwanie na kolejne opinie sądowo-lekarskie.

Badania aktowe spraw karnych obejmujących *mors in tabula sensu largo*, w wyniku których prawomocnie stwierdzono popełnienie błędu w sztuce lekarskiej, wskazywały, że omawiane zjawisko dotyczyło schorzeń i zabiegów różnego typu i różnych specjalizacji medycznych (od zabiegów stomatologicznych po zabiegi kosmetyczne). Przeprowadzona analiza akt spraw karnych pozwala na opracowanie najważniejszych problemów związanych ze zgonami pacjentów, za które winę ponosił personel medyczny. Problemy te obejmują zasadnicze przyczyny spowodowania *mors in tabula sensu largo*. W tym miejscu wskazać należy na następujące zagadnienia: 1) *mors in tabula* jako konsekwencja zabiegu krytycznego w ciągu reoperacji pacjenta, 2) *mors in tabula* jako skutek tzw. błędu położniczego, 3) śmierć śródoperacyjna w wyniku nieuzasadnionej kwalifikacji pacjenta do zabiegu lub przedwcześnie zakończonego leczenia szpitalnego (opieki pooperacyjnej), 4) zgon pacjenta jako konsekwencja błędu diagnostycznego na etapie opieki przedoperacyjnej, 5) *mors in tabula* jako następstwo błędu technicznego, 6) śródoperacyjna śmierć pacjenta jako skutek zbiegu błędów w sztuce lekarskiej i błędów organizacyjnych. Wszystkie powyższe problemy zostały szczegółowo opisane w przedmiotowej publikacji. Zasadniczym wnioskiem płynącym z tej analizy jest fakt, że ryzyko zgonu pacjenta jest niewątpliwie wpisane w działalność leczniczą.



Śródoperacyjny zgon pacjenta może być bowiem – z jednej strony – skutkiem niepowodzenia w leczeniu (zwłaszcza wtedy, kiedy lekarze mają do czynienia z nietypową jednostką chorobą a zabieg obarczony jest wysokim ryzykiem śmiertelności z przyczyn leżących po stronie przebiegu choroby lub stosowanej techniki operacyjnej), z drugiej natomiast konsekwencją błędu medycznego, za który winę ponosi lekarz – operator lub asystent, względnie inny członek zespołu (anestezjolog, pielęgniarka lub położna). Dzieje się tak wtedy, gdy zaniechanie lub działanie lekarza doprowadziło do stworzenia bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, a na dalszym etapie leczenia jego zgonu. Wreszcie *mors in tabula* może być konsekwencją nieprawidłowego zorganizowania zaplecza medycznego – obsady dyżurowej, wyposażenia szpitala w sprzęt medyczny, awarii instalacji sanitarnych i elektrycznych – za które lekarze nie będą ponosić odpowiedzialności. Błąd organizacyjny obciąża wówczas kierownictwo placówki medycznej. *Mors in tabula* może też nastąpić po prawidłowo wykonanym zabiegu, a mimo to przesądzać o postawieniu zarzutów lekarzom leczącym pacjenta, przy czym odpowiedzialność karną za przestępstwo ponosić będą nie operatorzy i asystenci zabiegu, w trakcie którego nastąpił zgon, ale lekarze, których nieumiejętne uprzednie leczenie operacyjne pacjenta wymusiło przeprowadzenie śmiertelnej reoperacji. Wówczas *mors in tabula* określać należy jako faktyczną konsekwencję wcześniejszego zabiegu krytycznego. Przyczyny *mors in tabula* bywają różne, tak jak różne są choroby dotykające ludzi i metody ich leczenia. Kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie członków personelu medycznego także są zróżnicowane. To dlatego każdy przypadek zgonu okołoperacyjnego powinien być badany indywidualnie.

Rozwinięcie wniosków formułowanych na kanwie powyższego artykułu „*Śmierć na stole operacyjnym (mors in tabula) jako konsekwencja błędu w sztuce lekarskiej*” nastąpiło w publikacji „*Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach karnych dotyczących zgonów okołoperacyjnych*” (Prokuratura i Prawo 2017, nr 7-8, s. 149-167). Proces karny, w którym rozstrzygana jest odpowiedzialność karna lekarza za popełnienie błędu medycznego skutkującego *mors in tabula* niewątpliwie należy do postępowań skomplikowanych pod względem dowodowym, długotrwałych, a przy tym wymagających rzetelnej oceny prawidłowości praktycznie każdej godziny opieki nad pokrzywdzonym pacjentem. Podobnie jak w innych sprawach dotyczących błędów medycznych specyfiką postępowań dotyczących *mors in tabula* jest to, że w charakterze biegłego sądowego na ogół powoływany jest ekspert wykonujący ten sam zawód, co oskarżony. Gdy wziąć pod uwagę zróżnicowanie w zakresie specjalizacji lekarzy, różne doświadczenie zawodowe, mnogość technik i metod leczenia pacjentów, odmienne niejednokrotnie poglądy przedstawicieli środowisk medycznych co do ich skuteczności i bezpieczeństwa, a także postępujący rozwój nauk

medycznych, jasnym staje się, że proces karny w sprawach o błędy lekarskie może przybrać formę ostrej i nie zawsze merytorycznej polemiki oskarżonego z biegłymi na temat możliwości leczenia zmarłego pacjenta i prawidłowości wdrożenia określonych procedur medycznych tudzież oceny ich skuteczności. Tym samym autor podejmuje w ww. opracowaniu zagadnienia znaczenia opiniowania sądowno-lekarskiego, w tym roli prawidłowego określenia przedmiotu i granic ekspertyzy, a także zasygnalizuje najpoważniejsze przeszkody rzutujące na jakość wydawanych przez biegłych opinii, a niekiedy nawet możliwość sporządzenia takiej opinii czy zawarcia w niej kategoriycznych wniosków co do postawionych przez organy procesowe pytań.

Zasadniczym celem badania przypadków nagłej śmierci w czasie zabiegów lekarskich jest wszechstronne wyjaśnienie przyczyny śmierci, co daje podstawę do oceny słuszności wyboru zabiegu lekarskiego i środków użytych dla przywrócenia funkcji życiowych w momencie zdarzenia. Tym samym pytania do biegłego muszą być sformułowane w sposób zrozumiały, niesugestywny i nawiązujący do przedmiotu opinii, która ma być sporządzona. Jednocześnie nie powinny one wykraczać poza kompetencje biegłego, zwłaszcza nie można specjalistycznie, przykładowo z zakresu neurochirurgii, zadawać pytań dotyczących prawidłowości znieczulenia pacjenta przed operacją, albowiem okoliczność ta powinna być wyjaśniona przez biegłego specjalistę z zakresu anestezjologii. Formułowane do biegłych pytania determinujące zakres opinii sądowno-lekarskiej w sprawach zgonów okołoperacyjnych powinny uwzględniać w szczególności takie zagadnienia, jak ocena prawidłowości decyzji lekarza o przeprowadzeniu zabiegu i jej zasadności pod względem leczniczym, ocena adekwatności rozpoznania kwalifikującego pacjenta do zabiegu w odniesieniu do zgłoszonych przez niego objawów lub uzyskanych wyników badań diagnostycznych, ustalenie wpływu nieprawidłowej diagnozy na zaniechanie lub zaniedbanie wdrożenia właściwych procedur medycznych, ocena możliwości wcześniejszego rozpoznania jednostki chorobowej, która stała się źródłem powikłań prowadzących do zgonu pacjenta, ocena prawidłowości przeprowadzenia wywiadu anestezjologicznego według kryteriów czasu i zakresu, jak również ocena prawidłowości decyzji o rozległości zabiegu czy techniki wykonania zabiegu. Dodatkowe pytania mogą dotyczyć przybliżenia istoty określonego typu zabiegu wysokospecjalistycznego, w szczególności techniki i przyczyn jego przeprowadzania, warunków, w jakich może być wykonywany, dopuszczalności powtarzania tego typu zabiegów u tego samego pacjenta w określonych odstępach czasu, przewidywanego okresu obserwacji w warunkach stacjonarnych, a także możliwych powikłań. W ocenie autora błędne – z punktu widzenia założeń opiniowania sądowno-lekarskiego – jest zadawanie biegłym pytań o ocenę kwalifikacji oskarżonych. Biegły może zająć stanowisko jedynie co do tego, czy posiadana przez oskarżonego specjalizacja upoważniała go do przeprowadzenia określonego badania i dawała szansę rozpoznania choroby pacjenta. Biegły nie powinien natomiast

wypowiadać się na temat przygotowania fachowego oskarżonego lekarza, posiadanego przez niego doświadczenia, renomy jego miejsca pracy, dorobku naukowego lub awansów i przebiegu kariery zawodowej oskarżonego. Niestety, jak wskazują wyniki badań aktowych, sądy nie uchylają takich pytań, zaś biegli nie unikają na nie odpowiedzi, w szczególności wtedy, gdy oskarżonym jest lekarz o uznanej renomie, zaś sprawa ma charakter medialny. Takie wypowiedzi biegłych w późniejszej fazie procesu służą stronom do eksponowania okoliczności podważających zaufanie do biegłego, o których mowa w art. 196 § 3 k.p.k.

Zdaniem autora do zasadniczych przeszkód w opiniowaniu sądowo-lekarskim w sprawach karnych dotyczących podejrzenia popełnienia przez podejrzanego błędu medycznego, którego konsekwencją mogło być *mors in tabula*, na podstawie wyników badań aktowych zaliczyć należy: 1) braki w dokumentacji medycznej pacjenta, 2) braki w materiale dowodowym dotyczące informacji o wyrobach medycznych i produktach leczniczych stosowanych w zakładzie opieki zdrowotnej, 3) odstąpienie lub zaniechanie wykonania sekcji zwłok zmarłego pacjenta, 4) niesprecyzowanie aktualnych standardów składających się na wykonywanie zawodu lekarza w zakresie leczenia pacjenta. Okoliczności te wydatnie komplikują sporządzanie opinii przez biegłych sądowych wszystkich specjalności. Tak chociażby w kwestii braków dokumentacji medycznej stwierdza się m.in. takie uchybienia, jak niezamieszczenie w dokumentacji określonych wyników badań diagnostycznych pacjenta, nieprawidłowy opis zabiegu operacyjnego, niepełne wypełnienie karty dostępu naczyniowego, brak indywidualnej karty zleceń lekarskich, brak wniosków w kartach leczenia endoskopowego i laparoskopowego, lakonicznie przedstawiony wywiad w historii choroby oddziału, nieregularne wpisy w karcie obserwacji lekarskiej i karcie indywidualnej pielęgnacji chorego, zamieszczenie zdjęć z badań USG i RTG bez ich opisów, wreszcie nieczytelne zapisy zamieszczone przez właściwych lekarzy w zakresie przeprowadzonych wywiadów, objawów, rozpoznań, leczenia czy zleconych badań diagnostycznych i konsultacji z historii zdrowia i choroby poradni. Braki w materiale dowodowym dotyczące informacji o wyrobach medycznych i produktach leczniczych stosowanych w zakładzie opieki zdrowotnej również mogą wydatnie utrudnić biegłym ocenę prawidłowości sprawowania opieki nad zmarłym pacjentem na etapie opieki przedoperacyjnej i pooperacyjnej, w szczególności w zakresie monitorowania parametrów życiowych pacjenta, przygotowania oskarżonego i oddziału szpitalnego do wykonania określonego zabiegu, w tym w kwestii dostępności personelu medycznego do leków określonego typu, uznanych za bezpieczne w danym stanie klinicznym oraz sprawności aparatury medycznej.

Według autora wśród błędów i uchybień popełnianych przez biegłych w trakcie sporządzania opinii sądowo-lekarskich, rzutujących na ocenę ich wiarygodności i rzetelności przez sądy, należy zwracać uwagę również na takie kwestie, jak nieprawidłowe pod względem

technicznym wykonanie sekcji zwłok i sporządzenie dokumentacji z tej czynności, przekraczanie granic opiniowania, dokonywanie przez biegłych oceny wiarygodności wyjaśnień oskarżonego i zeznań świadków, a także sporządzanie opinii sądowo-lekarskiej na podstawie wyjaśnień podejrzanego z postępowania przygotowawczego o wątpliwej wartości dowodowej oraz nieuzasadnioną ewolucję poglądów biegłych wraz z rozwojem sprawy. Przekroczenie granic opiniowania sądowo-lekarskiego na ogół przyjmuje formę wypowiedziania się przez biegłych na temat winy lub niewinności oskarżonego, wiarygodności składanych przez niego wyjaśnień lub zeznań świadków, a także podważania wniosków innych opinii wydanych w sprawie. W orzecznictwie podkreśla się, że biegły nie jest uprawniony do stawiania wniosku, czy konkretne zeznania są wiarygodne czy też nie, a decyzja w tym przedmiocie należy wyłącznie do sądu. Biegły natomiast powinien przytoczyć jedynie w oparciu o własne przemyślenia, obserwacje i wykonane badania, okoliczności pozwalające sądowi na powzięcie właściwej decyzji w zakresie prawidłowości wykonanych przez oskarżonego procedur medycznych i skutków ewentualnych uchybień. W opiniach biegłych nie powinny się też znajdować sformułowania dotyczące winy oskarżonego lub oceny prawnej jego czynu, ponieważ uprawnienia w tym zakresie są wyłączną domeną sądu. Jednakże fakt przytoczenia w opinii wniosków odnoszących się do tych kwestii nie świadczy sam przez się o wadliwości oraz nieobiektywności opinii.

Konkludując wydanie przez kompetentnych biegłych opinii sądowo-lekarskiej stanowi warunek *sine qua non* rozstrzygnięcia sprawy dotyczącej błędu medycznego, którego konsekwencją jest zgon pacjenta. Organy procesowe muszą zwracać uwagę na prawidłowe określenie specjalizacji biegłych, którzy mają sporządzić opinię sądowo-lekarską. Nauki medyczne są bowiem na tyle wyspecjalizowane, że prawidłowe wskazanie lekarza o wykształceniu i doświadczeniu adekwatnym do charakteru zdarzenia medycznego niekiedy może sprawiać trudności. Ponadto opinie sądowo-lekarskie muszą być sporządzane wyłącznie przez biegłych posiadających formalnie odpowiednie kompetencje, udzielających odpowiedzi na zadane pytania, uwzględniających przy jej przygotowywaniu wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia okoliczności, a przy tym formułujących wnioski takiej opinii w sposób zrozumiały i niezawierający wewnętrznych sprzeczności, logiczny w odniesieniu do stanu faktycznego.

Uzupełnieniem wniosków ww. publikacji naukowej „*Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach karnych dotyczących zgonów okołoperacyjnych*” jest rozdział „*Wyłączenie biegłego na podstawie art. 193 § 3 k.p.k. na przykładzie spraw karnych o błędy w sztuce lekarskiej*” (współautorstwo: dr Natalia Wąsik) opublikowany w monografii: B. Hołyst, J. Duży, P.

Grzegorzycyk, Z. Wardak, D. Wąsik (red.), „Doprawdy litość to zbrodnia. Księga jubileuszowa z okazji 70. urodzin Profesora Bogusława Sygita”, Łódź 2018, s. 787-796.

Autor ww. opracowania wskazał, że do powodów osłabiających zaufanie do wiedzy biegłego należy zaliczyć brak kompetencji w dziedzinie wiedzy, której dotyczy opinia, np. posługiwanie się przestarzałym warształem pojęciowym, nieuwzględnianie aktualnego stanu wiedzy z zakresu nauki i techniki co do opiniowanych zagadnień, co może być wynikiem niewłaściwego przygotowania się do opiniowania lub skreśleniem biegłego z listy biegłych sądowych albo skazanie za czyn związany ze stroną merytoryczną opiniowania. Za osłabienie zaufania do wiedzy biegłego uznać należy sytuację, gdy biegły odwołuje się do metod badawczych określanych w literaturze fachowej za mało wiarygodne, a nie zna metodologii powszechnie uznanej za prawidłową. Tym samym okolicznością osłabiającą zaufanie do biegłego, która powinna skutkować zastosowaniem instytucji określonej w art. 196 § 3 k.p.k., jest brak doświadczenia (praktyki) w wykonywaniu określonych procedur medycznych. Jeżeli w danym postępowaniu karnym analizowana jest np. poprawność techniki wykonania konkretnego, wysokospecjalistycznego zabiegu chirurgicznego, stanem pożądanym jest, aby biegły posiadał nie tylko wiedzę teoretyczną w tym zakresie, ale również praktykę kliniczną. Ten sam wniosek odnieść należy np. do umiejętności obsługi określonego rodzaju lub modelu sprzętu chirurgicznego, jeżeli okoliczność ta miałaby istotny wpływ na ocenę prawidłowości działań lekarza. Okolicznościami osłabiającymi zaufanie do biegłego nie jest młody wiek biegłego, zatrudnienie biegłego w organach ścigania, czy też fakt zależności służbowej między biegłymi. Niemniej jednak powinien powstrzymać się od wydania opinii lekarz, którego oskarżony (podejrzany) był pacjentem, a opinia ma bezpośredni związek z procesem leczenia. Lekarz taki wydając opinię mógłby bowiem sugerować się swoimi wcześniejszymi spostrzeżeniami i wynikami badań. Analogiczna sytuacja zachodzi, gdy oskarżony lekarz wywodzi się z tego samego środowiska (np. naukowego), co biegły. Za okoliczność uzasadniającą zastosowanie instytucji określonej w art. 196 § 3 k.p.k. uznać można natomiast ujawnienie określonych nieprawidłowości w leczeniu pacjentów przez konsultanta wojewódzkiego w ochronie zdrowia w wyniku realizacji czynności opiniodawczych i kontrolnych, określonych w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz. U. z 2017r., poz. 890). W szczególności dotyczy to wydawania opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków. Za zasadnością tej tezy przemawia fakt, że konsultant wypowiada się wówczas na temat ściśle określonego przypadku klinicznego, formułuje co do niego wnioski i wyraża stanowisko w obszarze ewentualnych nieprawidłowości i uchybień w leczeniu, realizując przy tym zadania ustawowe. Okolicznością

osłabiającą zaufanie do bezstronności takiego biegłego byłoby zatem swoiste związanie uprzednią oceną przypadku i konieczność weryfikacji poprzednich ustaleń. Z tych samych przyczyn wydaje się, że od opiniowania w charakterze biegłego powinien być również wyłączony lekarz, który w okresie, w którym doszło do zdarzenia postrzeganego jako błąd medyczny lub błąd organizacyjny, przeprowadzał jako konsultant wojewódzki kontrolę dostępności świadczeń zdrowotnych lub kontrolę wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny. Innym przykładem okoliczności osłabiającej zaufanie do bezstronności biegłego jest jego udział w pracach konsylium lekarskiego, określonego w art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwołanego uprzednio do oceny przypadku klinicznego, który w toku postępowania karnego miałby być opiniowany. W tych samych kategoriach należy postrzegać uprzedni udział biegłego - członka składu wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w rozstrzyganiu, czy przypadek objęty aktualnie postępowaniem karnym stanowił zdarzenie medyczne w rozumieniu ww. ustawy. Okoliczności osłabiające zaufanie do bezstronności biegłego mogą również pojawić się w sytuacji, w której lekarz orzekałby w sprawie jednego z pokrzywdzonych pacjentów, a postępowanie karne dotyczyłoby np. błędu organizacyjnego szpitala i badania kwestii odpowiedzialności karnej członków personelu administracyjnego i medycznego.

Zdaniem autora, aby uniknąć ewentualnych zarzutów i zastrzeżeń w obszarze okoliczności osłabiających zaufanie do wiedzy i bezstronności biegłego, organa procesowe muszą zwracać uwagę m.in. na prawidłowe określenie specjalizacji biegłych, którzy mają sporządzić opinię sądowo-lekarską. Nauki medyczne są bowiem na tyle wyspecjalizowane, że prawidłowe wskazanie lekarza o wykształceniu i doświadczeniu adekwatnym do charakteru zdarzenia medycznego może sprawiać trudności. Opinie sądowo-lekarskie muszą być sporządzane wyłącznie przez biegłych posiadających formalnie odpowiednie kompetencje, udzielających odpowiedzi na zadane pytania, uwzględniających przy jej przygotowywaniu wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia okoliczności, a przy tym formułujących wnioski takiej opinii w sposób zrozumiały i niezawierający wewnętrznych sprzeczności, logiczny w odniesieniu do stanu faktycznego. Od biegłego sądowego wymaga się umiejętności obserwacji, poprawnego rozumowania, kojarzenia faktów, zdobywania się na wątpliwości, posiadania wyobraźni, rozsądku, rzetelności, a także zdolności podejmowania efektywnej współpracy z organami procesowymi i stronami postępowania.

Zjawiskiem równie niepożądanym, niosącym ze sobą istotne konsekwencje prawne, a jednocześnie na ogół pomijanym w opracowaniach prawno-medycznych i prawno-karnych jest ryzyko wykonania zbędnego zabiegu medycznego („*unnecessary surgery*”). O zagadnieniu tym

traktuje publikacja „Zbędne zabiegi chirurgiczne – wybrane aspekty medyczne i prawnokarne” (współautor – prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit; rozdział w książce B. Hołyst (red.), „Przyszłość prawa. Księga pamiątkowa XX-lecia Wydziału Prawa i Administracji”, Warszawa 2017, s. 523-528).

Autor w omawianej publikacji definiuje zbędny zabieg chirurgiczny wskazując, że jest on świadczeniem udzielonym pacjentowi w warunkach zamierzonego wprowadzenia pacjenta w błąd co do wskazań medycznych i efektów zabiegu oraz alternatywnych metod leczenia, bez uzyskania wymaganej zgody na zabieg, najczęściej w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub innych korzyści osobistych. Zbędny zabieg chirurgiczny charakteryzuje się przy tym bezpodstawnością, brakiem dostatecznego uzasadnienia medycznego lub nieużytecznością w danych warunkach klinicznych. Brak potrzeby przeprowadzenia zabiegu musi być natomiast oczywisty, wyraźny i nie dający się wytłumaczyć w świetle aktualnej wiedzy medycznej i stanu klinicznego danego pacjenta. Proponując definicję zbędnego zabiegu chirurgicznego podnosi też, że terminu tego nie należy utożsamiać z zabiegiem w danej sytuacji niewskazanym. Ten pozostaje częstokroć zdarzeniem ocennym, bowiem jego przeprowadzenie może być wymuszone szczególnymi okolicznościami, w jakich lekarz udziela pacjentowi świadczenia zdrowotnego. Przykładem takiej sytuacji może być ryzykowna decyzja chirurga o otwarciu jamy brzusznej pacjenta uskarżającego się na dolegliwości bólowe w tych okolicach. Jeżeli dodać do tego nieobecność radiologa i częstą szpitalną praktykę telefonicznego dyżurowania radiologów (przyjazd do placówki w zależności od potrzeb), to w przypadku, gdy po otwarciu jamy brzusznej okaże się, że przyczyną dolegliwości pacjenta jest tętniak, którego operacja w danych warunkach nie jest możliwa, trudno mówić o zabiegu oczywiście zbędnym. Jest to zdarzenie, które powinno być rozpatrywane w kategoriach nieumyślnego błędu w sztuce lekarskiej – niedostatecznej diagnostyki i zabiegu nieuzasadnionego, względnie błędu organizacyjnego podmiotu leczniczego.

Autor podnosi, że przyczyn zjawiska wykonywania zbędnych zabiegów chirurgicznych poszukiwać należy m.in. w braku jednomyslności przedstawicieli środowisk medycznych co do standardów leczenia pacjentów w określonych sytuacjach, a także niejednokrotnie bezpodstawne przekonanie o skuteczności określonych form terapii (będących często dopiero na etapie badań klinicznych). Zjawisku wykonywania zbędnych zabiegów chirurgicznych sprzyjać ma również postawa pacjentów, którzy z jednej strony są zdeterminowani, aby wszelkimi sposobami doprowadzić do wyleczenia choroby (tendencja obserwowana szczególnie u pacjentów zmagających się z chorobami nowotworowymi), z drugiej natomiast wierzą w potrzebę profilaktycznego poddania się określonym zabiegom medycznym.

Zbędne zabiegi chirurgiczne kwalifikowanie są niekiedy jako przestępstwa „białych kołnierzyków” (ang. *white collar crime*). Przesądzać o tym mają takie elementy, jak: działanie ukierunkowane na osiągnięcie korzyści majątkowych (środków finansowych) lub osobistych (np. zapewnienie sobie udziału w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych lub wyrobów medycznych), wykorzystanie mechanizmów prowadzenia działalności leczniczej na warunkach działalności gospodarczej (prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych), nadużycie zaufania publicznego (związanego z wykonywanym zawodem), wysoki status społeczny sprawców i posiadana przez nich specjalizacja.

Zdaniem autora nie ma przeszkód, by sprawcę czynu polegającego na wykonaniu zbędnego zabiegu chirurgicznego pociągnąć do odpowiedzialności karnej na podstawie art. 192 § 1 k.k. miarodajna, legalizująca działanie lekarza zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego to taka zgoda, która stanowi wyraz jego własnej, świadomej (zarówno od strony zdolności psychofizycznej udzielającego zgody, jak i rozważenia niezbędnych jej przesłanek) oraz swobodnej i dobrowolnej (nieobciążonej wadą błędu, czy przymusu) decyzji. Respektowanie przez lekarza opisywanej zgody możliwe jest tylko wówczas, gdy wola poddania się proponowanym czynnościom medycznym zostanie mu przez pacjenta w sposób niebudzący wątpliwości ujawniona. Brak przy wykonywaniu zabiegu leczniczego któregokolwiek z elementów wypełniających istotę omawianej zgody oraz świadczących o samym fakcie jej udzielenia należy traktować jako równoznaczny z wykonaniem tego zabiegu bez zgody, wypełniającym znamię przestępstwa z art. 192 § 1 k.k.

Jako postulat *de lege ferenda* autor proponuje nowelizację art. 192 k.k. Wydaje się, iż uzasadnione byłoby wprowadzenie §1a w następującym brzmieniu „*Jeżeli sprawca dopuszcza się czynu określonego w § 1 w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8*”. Kwalifikowana forma przestępstwa - z uwagi na wyszczególnienie motywacji działania sprawcy - stanowiłaby właściwy instrument zwalczania zjawiska wykonywania zbędnych zabiegów chirurgicznych. Jednocześnie znaczące zwiększenie zagrożenia karnego i jego zrównanie z sankcją grożącą sprawcy oszustwa (art. 286 § 1 k.k.) oddawałoby stopień szkodliwości społecznej omawianych patologii w obrębie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ważne dla wniosków formułowanych w publikacjach „*Śmierć na stole operacyjnym (mors in tabula) jako konsekwencja błędu w sztuce lekarskiej*”, „*Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach karnych dotyczących zgonów okołoperacyjnych*”, a także „*Zbędne zabiegi chirurgiczne – wybrane aspekty medyczne i prawnokarne*” uwagi zawiera uzupełniający je artykuł teoretyczno-prawny „*Wskazania aktualnej wiedzy medycznej w świetle odpowiedzialności karnej za błędy w*



sztuce lekarskiej” (Studia Prawnoustrojowe 2017, z. 36, s. 53-67). W ocenie autora wiedza medyczna, biorąc pod uwagę obszary zastosowania, zasadniczo obejmuje znajomość skutecznych i bezpiecznych procedur wykorzystywanych w procesie leczniczym (diagnostyce, terapii, rehabilitacji i profilaktyce chorób), posiadanie zweryfikowanych w środowisku lekarskim informacji na temat ryzyka i powikłań różnych metod leczenia, znajomość podstaw przeprowadzania badań klinicznych czy zasad przeciwdziałania zagrożeniom epidemiologicznym. Obowiązek wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej zawiera w sobie również obowiązek uzyskiwania dostatecznych informacji o stosowanym produkcie, pozyskiwanych odpowiednio z charakterystyki produktu leczniczego (w przypadku środków farmaceutycznych) i instrukcji użycia (w przypadku wyrobów medycznych). Zachowanie wskazań aktualnej wiedzy medycznej wymagane jest we wszystkich przypadkach wykonywania przez osoby uprawnione czynności zawodowych, z tym jednak zastrzeżeniem, że niekoniecznie muszą one mieć charakter leczniczy. Niekiedy bowiem działania takie nie są podyktowane podejrzeniem istnienia jednostki chorobowej i jej zdiagnozowania lub leczenia, ale koniecznością weryfikacji określonego stanu fizjologicznego organizmu. W tych sytuacjach respektowanie wskazań aktualnej wiedzy medycznej ma na celu w szczególności zapobieżenie stworzeniu sytuacji zagrożenia dla życia lub zdrowia własnego lub osoby badanej. Wskazania aktualnej wiedzy medycznej mogą też znajdować zastosowanie w opracowywaniu określonych instrumentów prawnych, takich jak zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej czy refundacja określonych produktów leczniczych. Najczęściej jednak aktualna wiedza medyczna utożsamiana jest *stricte* z działaniami terapeutycznymi i opieką nad pacjentami. Ustawodawca traktuje ją wówczas jako swoiste obiektywne kryterium oceny prawidłowości wykonywania zawodu lub czynności związanych z procesem leczenia. W tym kontekście wskazania aktualnej wiedzy medycznej stanowią miernik należytej realizacji obowiązków tudzież legalności realizacji uprawnień wynikających z przepisów regulujących zasady wykonywania zawodów medycznych. Aktualna wiedza medyczna określa zatem standardy dopuszczalnego postępowania i wytycza granice zaufania publicznego dla danej profesji.

Autor prezentuje stanowisko, zgodnie z którym na gruncie spraw karnych dotyczących błędów w sztuce lekarskiej problem aktualności wiedzy medycznej może powodować istotne wątpliwości z punktu widzenia oceny legalności podejmowanych przez lekarza działań wówczas, gdy w trakcie procesu sądowego konfrontowane są stopień rozwoju nauk medycznych w poszczególnych państwach, dostępność do określonych metod leczniczych czy poziom funkcjonowania różnych systemów ochrony zdrowia. Tak np. opinie biegłych sądowych z różnych ośrodków medycznych mogą być – patrząc z punktu widzenia aktualności wiedzy medycznej – nie

tyle sprzeczne w swoich konkluzjach, co niemożliwe do porównania właśnie z uwagi na odmienną ocenę zachowania lekarza w świetle przyjętych i stosowanych w różnych ośrodkach standardów leczenia. Uściślając, biegli z zagranicznego instytutu badawczego sporządzając opinię, będą analizowali dany przypadek z perspektywy znanego im we własnym kraju stanu rozwoju medycyny. Wiedza medyczna w różnych częściach Polski i świata może być inna, co wynikać będzie ze zróżnicowanego dostępu do nowoczesnych technologii medycznych, aktualnych wyników badań klinicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Ryzyko wystąpienia takiej sytuacji jest większe w przypadku specjalizacji medycznych tzw. deficytowych (np. otolaryngologia, wenerologia, pulmonologia). Biorąc pod uwagę ww. uwarunkowania autor poszukuje odpowiedzi na pytanie o kryteria oceny aktualności wiedzy medycznej w sprawach karnych. Wychodząc z założenia, że respektowanie wskazań wiedzy medycznej musi być poparte zachowaniem należytej staranności i ostrożności w leczeniu pacjentów, zdaniem autora, lekarz powinien kierować się przy wyborze technik i metod diagnostycznych, terapeutycznych i profilaktycznych przede wszystkim dobrą znajomością ich efektywności, przewidywalnością skutków ich zastosowania, dostępnością rozumianą jako posiadanie uwarunkowań technicznych do wykonania tychże procedur i umiejętności ich bezpiecznego przeprowadzenia (monitorowania przebiegu), a także rozeznaniem co do alternatywnych form leczenia danej jednostki chorobowej. Ocena postępowania lekarza z punktu widzenia wskazań aktualnej wiedzy medycznej musi uwzględniać uwarunkowania miejscowe i czasowe jego kształcenia zawodowego i wykonywania praktyki zawodowej. W ocenie aktualności metod stosowanych przez lekarza mogą okazać się przydatne rozpowszechniane w środowisku zalecenia i wytyczne towarzystw naukowych, a także publikowane prace naukowe. Autor zastrzega przy tym, że czasowe i terytorialne ograniczenie stanu wiedzy medycznej coraz częściej wymyka się praktyce z powodu wspomnianej postępującej transgraniczności procesu leczenia pacjentów. Okoliczność tą autor postrzega w perspektywie najbliższych lat jako istotne wyzwanie stojące przed organami ścigania prowadzącymi postępowania karne o błędy medyczne.

Autor podkreśla, że leczenie pacjentów bardzo często przyjmuje charakter interdyscyplinarny, czym wymusza na lekarzach różnych specjalności pogłębioną współpracę. W tych sytuacjach stosowanie określonych przez ustawodawcę standardów opieki medycznej może być w ogóle niemożliwe. Przesądza to o wniosku, iż wskazań aktualnej wiedzy medycznej nie można wprost utożsamiać ze znajomością przepisów prawnych normujących zasady wykonywania zawodu lekarza. Obszary te co prawda korelują ze sobą, niemniej jednak najczęściej zaledwie minimum problematyki związanej ze sztuką lekarską *sensu largo* jest unormowane prawnie. Tezy te

można odnieść tak do praktyki śledczej w sprawach dotyczących błędów medycznych, jak i opiniowania sądowo-lekarskiego w tego typu postępowaniach.

W kontekście postępowania dowodowego w sprawach o błędy medyczne przyjmuje się, że dowodem, który ma istotne znaczenie dla właściwych ustaleń faktycznych w sprawie, obok opinii sądowo-lekarskiej, ma dokumentacja medyczna. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że dokumentacja ta niejednokrotnie jest też podstawą sporządzenia wspomnianej ekspertyzy. Zagadnienia to jest przedmiotem rozważań w publikacji naukowej „*Dokumentacja medyczna jako dowód w sprawach karnych*” (Wojskowy Przegląd Prawniczy 2019, nr 3, s. 88-103). Autor – formułując zakres przedmiotowy ww. publikacji - zauważył, że nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej powoduje częstokroć negatywne odbicie w prawnie istotnych obszarach, w tym zwłaszcza funkcjonowaniu organów administracji publicznej i systemu wymiaru sprawiedliwości. Wartość dokumentacji medycznej jako dowodu dostrzegana jest w szczególności w postępowaniu karnym, w sprawach dotyczących różnych czynów zabronionych, począwszy od przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu, poprzez przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji, aż po czyny zabronione wymierzone w wolność jednostki (np. wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta – art. 192 k.k.). Celem ww. publikacji było zatem zwrócenie uwagi na możliwe konsekwencje procesowe nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej. W tej sferze autor sięga do wniosków płynących z analizy konkretnych spraw sądowych dotyczących błędów medycznych, badanych w ramach działalności naukowo-badawczej (sygnatury spraw w tekście artykułu).

Zdaniem autora niewątpliwie jakiegokolwiek braki w dokumentacji medycznej, zwłaszcza dotyczące danych na temat przebiegu operacji, mogą wydatnie utrudnić, a nawet uniemożliwić ustalenie, czy postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne było prawidłowe, a operacja została wykonana właściwie pod względem technicznym i w odpowiednim czasie. W oparciu o wyniki przeprowadzonych przez autora badań empirycznych, wymieniono następujące, rażące uchybienia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej: 1) wpisanie przez anestezjologa w historii choroby (rubryka: *Opinia ordynatora oddziału/upoważnionego lekarza*) jako przyczyny zgonu rozpoznania postawionego przez chirurga przed operacją (np. „*Wyjściową przyczyną zgonu według chirurga prowadzącego pacjenta był rak żołądka. Pacjent wielokrotnie operowany.*”); 2) dołączenie poprzez przyklejenie do historii choroby pacjenta fragmentu kartki z odręcznym opisem choroby, bez podpisu lekarza (np. „*Stan po gastrektomii totalnej. Stan po usunięciu śledziony. Podejrzenie ropnia podoponownego. Wytrzewienie jelit. Stan po resekcji całkowitej żołądka*” - w tym przypadku charakter pisma różnił się od charakteru pisma, jakim uzupełniono historię choroby); 3) niezrozumiałe zapisy w opisie badań diagnostycznych (tj. diagnostyka ultrasonograficzna) w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego na oddziale chirurgii sporządzonej przed przekazaniem pacjenta

na oddział intensywnej terapii (np. „*Pęcherzyk żółciowy niepowiększony bez złogów znacznie - po posiłku. Drogi żółciowe niepowiększone, po splenektomii. W łoży po śledzienie widoczna zmiana hypogeniczna o średnicy około 7 cm ropień? pętle jelitowe? perforacja? stan po zabiegu? Trzustka widoczna fragmentarycznie w zakresie trzonu wydaje się niepowiększona*” - cytata dosł.); 4) nieściśłości w dokumencie medycznym (np. protokole operacji, gdzie w opisie operacji wskazano znieczulenie miejscowe, podczas gdy było ono ogólne, zaś w rodzaju zabiegu laparoskopię, podczas gdy zabieg miał charakter laparotomii - drenażu ropnia podprzeponownego; przedstawiono następujący przebieg operacji: „*Po sprawdzeniu działania znieczulenia ogólnego cięciem pośrodkowym przez bliźnię w nadrzuszu dotarto do j. otrzewnej. Porozdzielano zrosty międzypętlowe i podkłuto krwawiące naczynie sieci większej, uwolniono pętle jelita cienkiego. W trakcie uwalniania pętli doszło do rozdarcia surowicówki, którą zaopatrzono szwem ciągłym wchłaniałym. W przestrzeni zaotrzewnowej stwierdza się ropień okolicy trzustki pod przeponą - zawartość odessano pobierając na badanie bakteriologiczne. Łożę po ropniu wypłukano, założono dren. Powłoki zamknięto jednowarstwowo szwem. Pojedyncze szwy na skórę.*”); 5) niestaranne (niepełne) wypełnienie dokumentu medycznego - protokołu pielęgniarki operacyjnej (nie zaznaczono numeru sali operacyjnej, numeru kolejnego operacji, w nazwie zestawu (narzędzi) wpisano „*żołądek*”, nie wskazano godziny początku operacji - tylko godzinę wjazdu, zaś godziny zakończenia operacji i wyjazdu pokrywały się, zaś w rubryce dotyczącej posiewów bakteriologicznych wskazano jedynie „*pobrano posiew*” bez jego konkretyzacji).

Konkludując, w ocenie autora, przy braku jakiegokolwiek dokumentacji medycznej lub przy wystąpieniu istotnych luk informacyjnych, nawet po upływie nieznacznego czasu po zakończeniu hospitalizacji pokrzywdzonego, udowodnienie winy oskarżonego będzie rzeczą niezmiernie trudną. Zeznania świadków nie oddadzą bowiem pełnego przebiegu leczenia pacjenta. Obiektywnie rzecz ujmując, trudno będzie oczekiwać od personelu medycznego, sprawującego opiekę nad dziesiątkami pacjentów dziennie, aby zapamiętali względem każdego z nich, jakich dokładnie świadczeń i kiedy im udzielili, jakie leki zostały zaordynowane, tudzież w jakich dawkach, a także jakie wyniki badań w danym czasie otrzymano. Wątpliwości w tym przedmiocie istnieć będą zawsze, stąd też dokumentacja medyczna i jej rzetelne prowadzenie ma priorytetowe znaczenie we wszystkich sprawach, gdzie dochodzi do uszczerbku na zdrowiu pokrzywdzonego.

W publikacji „*Stwierdzenie zgonu osoby żyjącej jako przykład błędu w sztuce lekarskiej – perspektywa prawnokarna i prawnomedyczna*” (Prokuratura i Prawo 2022, nr 7-8, s. 141-166) przedstawiono problematykę stwierdzania zgonu osób żyjących z perspektywy odpowiedzialności karnej lekarza za błąd medyczny. W opracowaniu scharakteryzowano zjawisko śmierci pozornej

wraz z powołaniem konkretnych jej przykładów, jak również przeprowadzono analizę prawną możliwości przedstawienia sprawcy błędnego rozpoznania zgonu zarzutów popełnienia przestępstwa w postępowaniu karnym. W publikacji wykorzystano m.in. najważniejsze naukowe piśmiennictwo medyczne i prawne odnoszące się do śmierci pozornej, zarówno polskie jak i obcojęzyczne, a także wybrane orzecznictwo polskich sądów, dotyczące błędu w sztuce lekarskiej i odpowiedzialności karnej pracowników medycznych. Punktem wyjścia rozważań ujętych w ww. publikacji była teza, że problematyka śmierci pozornej jest niewątpliwie jednym z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień medycznych, obok np. zjawiska mors in tabula (śmierci pacjenta na stole operacyjnym) - w ten sposób bowiem uwidocznił się swoisty błąd w procedurze stwierdzania zgonu człowieka. W literaturze prawa medycznego czy prawa karnego problem uznawania żywego człowieka za zmarłego jest jednak w większości opisywany lakonicznie, tudzież w ogóle marginalizowany. Podobnie podręczniki medycyny sądowej w zasadzie ograniczają się do wyszczególnienia śmierci pozornej jako jednego z rodzajów zgonów, obok śmierci klinicznej i biologicznej, bez pogłębionej analizy istoty zjawiska, jego przyczyn i konsekwencji. W polskim piśmiennictwie odnaleźć można zaledwie kilka opracowań przyczynkowych na temat śmierci pozornej - omawiane zagadnienie nie było więc jak dotąd przedmiotem szczegółowych badań kryminologicznych, medyczno-sądowych czy prawnomedycznych. Tymczasem wnikliwe zapoznanie się z potwierdzonymi, prezentowanymi w piśmiennictwie fachowym czy nawet w prasie przypadkami śmierci pozornej dowodzi, że jest to problem występujący w wielu państwach, niezależny od obowiązującego w nich modelu ochrony zdrowia. Na podstawie przedstawionych w publikacji wybranych przykładów zdarzeń, w których stwierdzono zgon żywego człowieka oraz informacji i danych zawartych w źródłach zgromadzonych na potrzeby opracowania przedmiotowej tematyki, możliwa była próba charakterystyki zjawiska śmierci pozornej pod kątem miejsca jej wystąpienia, profilu zawodowego pracowników ochrony zdrowia odpowiedzialnych za opiekę nad pacjentem, profilu pacjenta, którego zgon pochoinnie stwierdzono, a także przyczyn śmierci pozornej. W pierwszej kolejności należy stwierdzić, że do zdarzeń związanych ze śmiercią pozorną dochodzi zarówno w placówkach służby zdrowia (szpitalach i przychodniach lekarskich), jak i poza nimi. W tym zakresie do mylnego stwierdzenia zgonu chorego może dojść w każdym miejscu, w którym pacjent wymaga pilnej, natychmiastowej pomocy medycznej. Tym samym śmierć pozorna może wystąpić również tam, gdzie chory – przynajmniej teoretycznie – ma zapewnione optymalne warunki leczenia, np. w szpitalnym oddziale ratunkowym, czy w pełni wyposażonym pojeździe pogotowia ratunkowego. Konkludując – ryzyko zaistnienia śmierci pozornej jest nieograniczone miejscowo i czasowo. Ze śmiercią pozorną pacjenta mogą w rzeczywistości zetknąć się wszyscy lekarze podejmujący czynności ratunkowe, w tym terapeutyczne lub diagnostyczne. Będą to

zarówno lekarze wchodzący w skład zespołów pogotowia ratunkowego, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, jak i inni lekarze zatrudnieni w podmiotach leczniczych różnych specjalności. Najczęściej są to interniści, chirurdzy, kardiologowie oraz anestezjologowie. Warto zauważyć, że o ile to personel lekarski każdorazowo stwierdzał zgon pacjenta, o tyle już powrót funkcji życiowych u pacjenta dostrzegali m.in. ratownicy medyczni, pielęgniarki, a nawet osoby postronne – pracownicy zakładów pogrzebowych, funkcjonariusze Policji czy członkowie rodziny pacjenta. W praktyce (przedstawionej w opracowaniu) ze śmiercią pozorną stykali się przede wszystkim pacjenci dotknięci schorzeniami o charakterze kardiologicznym, laryngologicznym i pulmonologicznym. Znamionem jest, że każdorazowo dolegliwości pacjentów miały przebieg nagły, ostry i nieprzewidywalny (w tym zawał mięśnia sercowego, tętniak aorty, urazy i zatrucia) oraz łączyły się z utratą przytomności. Mniej więcej w połowie wszystkich przypadków pacjenci odzyskiwali funkcje życiowe na krótki czas – od kilkudziesięciu minut do nawet 4 dni, po których następowała śmierć biologiczna. Przechodząc do przyczyn śmierci pozornej w pierwszej kolejności wskazać należy na nieznane lub zaledwie hipotetyczne uwarunkowania fizjologiczne wskazanego zjawiska. Niezależnie od tego z pełnym przekonaniem stwierdzić trzeba, że do śmierci pozornej pacjenta wydatnie mogą przyczynić się pomyłki i uchybienia personelu medycznego. Istotne znaczenie ma tutaj staż pracy i umiejętności lekarzy, dokładność i sprawność prowadzenia czynności ratunkowych, a nawet stosunek lekarza do pacjenta (np. założenie *a priori* o braku powodzenia podjętej resuscytacji krążeniowo-oddechowej lub jej kontynuowania). W piśmiennictwie medyczno-sądowym natomiast zwraca się uwagę, że błędy w przypadkach stwierdzania zgonu z reguły spowodowane są opieraniem rozpoznania na niepewnych znamionach śmierci (brak tętna, oddechu, ochłodzenie ciała, bledność powłok, brak reakcji źrenic na światło). Taka sytuacja zmusza lekarza do podjęcia obowiązku ratowania życia. Wystąpienie pewnych znamion śmierci pozwala na prawidłowe rozpoznanie zgonu. Najszybciej obserwowanym objawem są plamy opadowe. W przypadkach prowadzenia akcji resuscytacyjnej brak powrotu czynności upoważnia do rozpoznania zgonu. Wśród innych błędów popełnianych przez lekarzy stwierdzających zgon osób żywych wskazuje się np. niewykorzystywanie wszystkich dostępnych w danych warunkach metod diagnostycznych (np. monitoring pracy serca, czy nieoznaczenie ciśnienia tętniczego), niedokładne zbadanie przedmiotowe chorego oraz nieprawidłowo zebrany wywiad od członków rodziny pacjenta. W świetle powyższych rozważań uzasadnionym wydaje się wniosek, że stwierdzenie zgonu człowieka żywego zaliczyć należy przede wszystkim do błędów diagnostycznych. Lekarz, na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań zobowiązany jest ocenić efektywność przeprowadzanych czynności ratunkowych, a także określić rokowania co do przywrócenia czynności życiowych pacjenta. Lekarz *de facto* stawia więc diagnozę co do stanu zdrowia pacjenta i

szans na jego odzyskanie. Nie jest też wykluczona sytuacja, w której błąd lekarza przyjmie charakter zbiegu błędów terapeutycznego i diagnostycznego. Do takiej sytuacji dojdzie, gdy przystępując do czynności ratunkowych zdecyduje się on zastosować nieskuteczne w danych warunkach metody ratowania życia człowieka, nieumiejętnie skorzysta z dostępnej aparatury czy innych wyrobów medycznych (*vide* intubacja pacjenta), tudzież źle dobierze dawkę stosowanego leku, a następnie jego działania doprowadzą do tego, że stan pacjenta będzie sugerował zgon, a lekarz bezrefleksyjnie przychylił się do takiej diagnozy. Wydaje się też, iż w takich przypadkach zasadne byłoby kwalifikowanie czynu sprawcy z art. 160 § 2 i 3 k.k. Istotne znaczenie dla ustalenia winy sprawcy, a przy ewentualnym skazaniu – na kształtowanie wymiaru kary – mają jego indywidualne cechy (głównie zawodowe), takie jak doświadczenie, posiadane kwalifikacje i umiejętności, rzetelność, dokładność i sprawność realizacji procedur medycznych, decyzyjność oraz trafność przewidywania konsekwencji podejmowanych decyzji. Należy też brać pod uwagę ekstremalne niekiedy okoliczności działania – dynamikę wydarzeń podczas ratowania życia pacjenta. Nie ulega jednak wątpliwości, że pomyłki lekarskie w obszarze orzekania o zgonie niosą ze sobą szczególnie stopień szkodliwości społecznej. Sprawia to, że powinny być one badane w toku postępowania karnego nadzwyczaj wnikliwie.

W publikacji „*Ocena prawnokarna zakażeń w szpitalu*” (Prokuratura i Prawo 2017, nr 4, s. 40-60) przedstawiono kolejne złożone i skomplikowane etiologicznie zjawisko występujące w procesie hospitalizacji pacjentów. Przesądzają o tym takie okoliczności, jak chociażby zróżnicowanie czynników ryzyka zakażeń, przebieg choroby uzależniony od rodzaju drobnoustroju i indywidualnej reaktywności organizmu ludzkiego na zakażenie, występujące niejednokrotnie w praktyce problemy ze zdiagnozowaniem rodzaju bakterii lub wirusa odpowiedzialnych za powstanie czy powikłanie stanu chorobowego, trudności w zlokalizowaniu źródeł zakażenia, czy też nieefektywność podejmowanej antybiotykoterapii. Specyficznym aspektem zakażeń w szpitalu jest również fakt, że mogą one być zarówno konsekwencją klasycznie rozumianego błędu medycznego (braku staranności w wykonywaniu procedur medycznych, niezgodnie z obowiązującymi zasadami sztuki lekarskiej), a także skutkiem błędu zarządczego, tj. nieprawidłowej organizacji działalności leczniczej w podmiocie leczniczym. Dość wspomnieć, że z powyższych przyczyn szczególną rangę w funkcjonowaniu szpitali nadaje się właściwemu sprawowaniu nadzoru epidemiologicznego, bieżącego monitorowania zakażeń i likwidacji ich źródeł. W omawianym opracowaniu naukowym uporządkowano zatem najistotniejsze z punktu widzenia prawników kwestie medyczne i organizacyjne dotyczące zakażeń w szpitalu, zwrócono uwagę na konieczność uważnego badania winy osób odpowiedzialnych za zakażenia z

uwzględnieniem złożonej struktury podmiotów leczniczych, a także prawidłowego kwalifikowania czynów zabronionych związanych ze stworzeniem ryzyka wystąpienia zakażeń tudzież ich faktycznego spowodowania działaniami lub zaniechaniem członków personelu szpitala. Dodać należy, że zagadnienie epidemiologii nabrało szczególnego znaczenia zwłaszcza w dobie pandemii koronawirusa.

W publikacji przyjęto, że problematykę nieprawidłowej opieki medycznej nad hospitalizowanym pacjentem i związanej z tym odpowiedzialności karnej za spowodowanie zakażenia w szpitalu (tudzież ryzyka jego spowodowania) można rozważać w dwóch aspektach: 1) zaniechań w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawody medyczne, powodujących ryzyko zakażenia lub przyczyniających się do jego wystąpienia, 2) uchybień w organizacji pracy jednostek szpitala oraz organizacji nadzoru epidemiologicznego w podmiocie leczniczym. Podział ten rozszerza granice odpowiedzialności karnej na członków zarządu podmiotu leczniczego oraz pracowników szpitala zajmujących samodzielne stanowiska pracy, których zakres czynności obejmuje nadzór lub realizację zadań związanych z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń w szpitalu. Tym samym odpowiedzialność karną za zakażenie chorego – w niektórych przypadkach – mogą ponosić również osoby spoza personelu medycznego, *nota bene* niemające bezpośredniego kontaktu z hospitalizowanym pacjentem.

W świetle prowadzonej przez autora od lat działalności naukowo-badawczej, podejmując tematykę zakażeń szpitalnych, w oparciu o wykorzystane w opracowaniu źródła sformułował on wnioski, że zaniechania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, skutkujące zakażeniem pacjenta lub stwarzające realne ryzyko takiego zakażenia, stwierdzone są w obszarach diagnostyki, terapii i profilaktyki chorób i wiążą się na ogół z ignorowaniem podstawowych zasad aseptyki. Czynnikiem ryzyka, których bagatelizowanie może obciążać np. lekarza operatora, są też brak dyscypliny na sali operacyjnej czy decyzja o przeprowadzeniu zabiegu w trybie planowym mimo dostrzeżonego niedostatecznego reżimu sanitarnego sali operacyjnej. Do zakażenia może przyczynić się nieodpowiednia okołoperacyjna profilaktyka antybiotykowa, za którą odpowiedzialność ponosić będzie lekarz prowadzący leczenie pacjenta (np. zbyt mała dawka leku w stosunku do potencjalnego zakażenia, podanie leku w niewłaściwym czasie, albo wybór leku o nieadekwatnym do specyfiki zakażenia spektrum działania). Zestawienie faktu wykrycia na przestrzeni kilku dni w badaniach krwi pacjenta określonej bakterii i załamanie się stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie po wypisaniu ze szpitala, musi budzić uzasadnione podejrzenie, że przyczyną choroby było *de facto* zakażenie w szpitalu. W przypadku badania odpowiedzialności lekarza za spowodowanie zakażenia w szpitalu przedmiotem oceny powinny być takie kwestie, jak zakres obowiązków oskarżonego jako lekarza prowadzącego (dyżurnego), sposób rozpoznania



określonej bakterii, obraz kliniczny i patomorfologiczny zakażenia organizmu tą bakterią, następstwa i powikłania wywołane rozwojem zakażenia organizmu tą bakterią, sposób leczenia pacjenta w kolejnych placówkach leczniczych (jeżeli miało to miejsce w stanie faktycznym danej sprawy), a także możliwość zaistnienia innej prócz zakażenia przyczyny załamania stanu zdrowia pacjenta. Podkreślenia wymaga, że również inni niż lekarze członkowie personelu medycznego mogą ponosić odpowiedzialność karną za niedopełnienie zasad aseptyki, skutkujące zakażeniem w szpitalu lub stwarzających ryzyko wystąpienia tego zdarzenia (np. zaniechanie przez pielęgniarkę lub położną czynności pielęgnacyjnych nad pacjentem i brak zmiany opatrunków, tudzież oczyszczenia rany pooperacyjnej). Warte podkreślenia jest, że w ocenie autora niewydanie i niewdrożenie w podmiocie leczniczym procedur nadzoru epidemiologicznego *eo ipso* nie powinno wpływać na ocenę prawnokarną postępowania lekarza lub innego członka personelu medycznego. Prawidłowa opieka medyczna nad pacjentami wynika bowiem z wiedzy lekarskiej i pielęgnarskiej oraz doświadczeń praktyki medycznej. Źródłem powstania reguły postępowania medycznego sprowadzającego się do zapewnienia odpowiedniego nadzoru nad chorym należy zatem poszukiwać w innej od wewnętrznych procedur i regulaminów szpitala przestrzeni prawnej i faktycznej. Procedury mogą stanowić jedynie potwierdzenie uznanych i powszechnie obowiązujących zawodowych reguł prawidłowego postępowania medycznego w odniesieniu do przestrzegania zasad aseptyki przy leczeniu chorych. Pewne reguły postępowania medycznego istnieją bowiem i są wymagalne już przed dniem wdrożenia procedur nadzoru epidemiologicznego. Błąd organizacyjny polegający na nieprawidłowym zarządzaniu podmiotem leczniczym, tudzież jego poszczególnymi komórkami, może natomiast uzasadniać przypisanie winy kierownikowi podmiotu lub osobom przez niego upoważnionym do realizacji określonych zadań (np. niewłaściwe funkcjonowanie centralnej sterylizatorni w szpitalu, nieprawidłowa polityka kadrowa szpitala, niewłaściwy system zaopatrzenia szpitala w wyroby medyczne, nieprawidłowa organizacja ruchu chorych, nieprawidłowości w organizacji i pracy kuchni szpitalnej).

Zdecydowanie największa liczba przestępstw związanych bądź to z błędami medycznymi, bądź z innymi zaniedbaniami w organizacji opieki medycznej nad pacjentem kwalifikowana jest jako narażenie człowieka na niebezpieczeństwo (art. 160 § 1 - 3 k.k.). Spowodowanie przez lekarza-gwaranta stanu zagrożenia zakażeniem szpitalnym następuje z chwilą uaktywnienia czynnika alarmowego występującego w obrębie postępowania diagnostycznego, terapeutycznego czy rehabilitacyjnego. Przykładowo o zaistnieniu bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta w wyniku możliwego zakażenia w szpitalu można mówić z chwilą przystąpienia przez lekarza do zabiegu operacyjnego z wykorzystaniem niewłaściwie wysterylizowanych narzędzi chirurgicznych, czego lekarz-operator, wbrew nałożonemu na niego obowiązkowi, nie sprawdził.

Stan bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia chorego hospitalizowanego na danym oddziale szpitalnym dynamizuje się również w przypadku odstąpienia od zastosowania u pacjenta antybiotykoterapii mimo istnienia wskazań medycznych, ewentualnie zastosowania nieprawidłowych leków w uprzednio znanym lekarzowi stanie klinicznym pacjenta. W odniesieniu do kierownika podmiotu leczniczego, względnie pracownika szpitala wyznaczonego decyzją kierownika do nadzorowania i realizacji nadzoru epidemiologicznego, odpowiedzialność karna za wywołanie stanu zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów w wyniku zakażenia w szpitalu może sprowadzać się do zarzutu popełnienia przestępstwa z art. 160 § 1 k.k. Przypisanie odpowiedzialności karnej wymienionej kategorii pracowników szpitala wymaga jednak ustalenia bezpośredniego przełożenia zaniedbań organizacyjnych lub służbowych na uaktywnienie czynnika alarmowego. Takim będzie np. zwrot niewysterylizowanych narzędzi chirurgicznych z centralnej sterylizatorni na oddział szpitalny, przygotowywanie posiłków dla pacjentów z przeterminowanej żywności, czy niezapewnienie w aptece szpitalnej skutecznych antybiotyków do stosowania w przypadkach wystąpienia określonych zakażeń w szpitalu.

Konkludując w omawianym artykule sformułowano wniosek, zgodnie którym zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom hospitalizowanym w podmiocie leczniczym uwarunkowane jest prawidłowym funkcjonowaniem wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala. Niekiedy doświadczenie czy umiejętności personelu medycznego mogą okazać się całkowicie nieprzydatne w zażegnaniu stanu zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Takie sytuacje generuje zwłaszcza zjawisko zakażeń w szpitalu, zdarzenia o złożonej etiologii, zawierającej w sobie mnogość czynników alarmowych występujących niejednokrotnie poza obszarem działalności medycznej *sensu stricto*. Przyczyny zakażeń w szpitalu bywają złożone, mogą wynikać z prostych błędów medycznych, ale ich źródłem może być też nieodpowiednie zarządzanie podmiotem leczniczym lub niedbałe wykonywanie obowiązków pracowniczych niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem pacjentów. Sytuacja ta stawia przed organami ścigania zadanie ustawicznego pogłębiania wiedzy na temat uwarunkowań zakażeń w szpitalu i odnoszenie jej do złożonej struktury podmiotów leczniczych, gdzie rzeczywista przyczyna niebezpieczeństwa może znajdować się początkowo poza obszarem postępowania dowodowego. Specyfika zakażeń w szpitalu musi być również uwzględniona przy ocenie winy podejrzanych i kwalifikacji karnej przestępstw.

Założeniem publikacji *„Odpowiedzialność za narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia a procedury anestezjologiczne”* (Prokuratura i Prawo 2017, nr 2, s. 32-60, współautor prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit) jest analiza wybranych przypadków postępowań karnych w sprawach o błędy medyczne (art. 160 k.k.) i przybliżenie zagadnienia odpowiedzialności

karnej lekarzy związanej z uchybieniami w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii oraz wyjaśniać najczęstsze wątpliwości zaistniałe na tym tle. Szerzej omówione zostały następujące kwestie: specyfika uchybienia w wykonywaniu procedury znieczulenia w świetle tzw. błędu diagnostycznego, wystąpienie zbiegu błędów organizacyjnych i błędów w sztuce lekarskiej w praktyce postępowania anestezjologicznego, a także ocena wyboru rodzaju czy środka znieczulenia i granice odpowiedzialności za wystąpienie ewentualnych powikłań z tym związanych.

Na podstawie przeanalizowanych na potrzeby przygotowania artykułu spraw karnych (sygnatury w tekście artykułu) przyjęto, że przy ocenie zachowania anestezjologa z punktu widzenia wyczerpywania znamion przestępstwa z art. 160 k.k. istotne znaczenie ma przeanalizowanie – z udziałem biegłych sądowych – specyfiki danej procedury medycznej przy jednoczesnym uwzględnieniu intensywności dolegliwości bólowych towarzyszących zabiegowi, jego rozległości i długotrwałości, stopnia inwazyjności, poziomu trudności technicznej oraz przybliżonego wskaźnika śmiertelności okołoperacyjnej, a także odniesienie tych ustaleń do konkretnego przypadku klinicznego. Jednocześnie należy rzetelnie przeanalizować m.in. takie okoliczności, jak szczegóły konsultacji anestezjologicznej pacjenta, czas jej przeprowadzenia i ustalenia poczynione w trakcie wywiadu i badania, określenie stanu przedoperacyjnego pacjenta.

W omawianym artykule sformułowano wniosek, że z racji newralgicznego charakteru znieczulenia i sporego odsetka powikłań ujawnionych w fazie anestezjologicznego przygotowania pacjenta do zabiegu, organy ścigania powinny dołożyć starań do zgromadzenia informacji na temat szczegółów konsultacji anestezjologicznej pacjenta, czasu jej przeprowadzenia i ustaleń poczynionych w trakcie wywiadu i badania, ewentualnej konsultacji operatora z anestezjologiem, wykonania zleceń z tejże konsultacji, wyników badań laboratoryjnych wykonanych tuż przed zabiegiem. Organy ścigania powinny też ustalić w trakcie czynności podejmowanych w podmiocie leczniczym, czy określano stan przedoperacyjny pacjenta np. według klasyfikacji ASA (*American Society of Anesthesiologists*), a jeśli nie – doprecyzować w drodze przesłuchania personelu medycznego, czy w ocenie lekarzy pacjent: 1) wykazywał brak jakichkolwiek zaburzeń anatomicznych, fizjologicznych, biochemicznych lub psychiatrycznych, 2) czy u pacjenta stwierdzono przed zabiegiem choroby, które ograniczały jego aktywność życiową lub ciężką chorobę stanowiącą stałe zagrożenie życia, jak również 3) czy pacjent kwalifikował się do nagłego trybu postępowania, w szczególności był umierający, a rokowania jego przeżycia – nawet przy niezwłocznym wdrożeniu leczenia operacyjnego – były znikome. Oceniając odpowiedzialność karną lekarza anestezjologa należy przede wszystkim zgromadzić i przeanalizować takie informacje, jak konkretyzacja osoby, która faktycznie wykonywała znieczulenie (anestezjolog, lekarz w trakcie specjalizacji anestezjologicznej, operator, asystent czy pielęgniarka anestezjologiczna), a także czy,

dlaczego i kto z personelu pomógł przy znieczuleniu. Należy też jednoznacznie ustalić, czy po znieczuleniu anestezjolog odstąpił od pacjenta i z jakich przyczyn. Ważnym zagadnieniem jest dookreślenie środków zabezpieczających przed aspiracją treści żołądkowej (np. odsysanie treści żołądkowej przez sondę, rękoczyn Sellicka, zmiana ułożenia pacjenta lub preoksygencja bierna bez inflacji płuc etc.), jak utrzymywano drożność dróg oddechowych podczas znieczulenia (np. czy stosowano maskę twarzową, maskę krtaniową, intubację przez usta lub nos czy rurkę tracheostomijną), jaką metodę wentylacji pacjenta stosowano podczas zabiegu (czy był to oddech własny pacjenta, sztuczna wentylacja prowadzona w sposób normalny przez znieczulającego, względnie wentylacja mechaniczna), a także jak podtrzymywano znieczulenie ogólne (jeśli takowe było stosowane). Organy procesowe zobowiązane są zwrócić szczególną uwagę na kwestie wszelkich sygnalizowanych i opisywanych w dokumentacji medycznej problemów z utrzymaniem drożności dróg oddechowych lub z wentylacją pacjenta, przyczyny zmiany sposobu udrożnienia dróg oddechowych, przyczyny wystąpienia skrajnych wartości ciśnienia skurczowego krwi podczas zabiegu, powody obniżania ciśnienia tętniczego krwi podczas zabiegu, zaburzeń rytmu serca lub bodźcotwórczości podczas operacji. Okoliczności te – w przypadku zgonu pacjenta w trakcie operacji lub na etapie opieki pooperacyjnej – mogą bowiem sygnalizować, że stan pacjenta wymagał natychmiastowego przerwania zabiegu, zmiany techniki wykonywania operacji lub wdrożenia szczególnego nadzoru nad pacjentem po zakończeniu operacji, czego nie uczyniono. Należy wreszcie zwrócić uwagę na szczegóły dotyczące znieczulenia miejscowego, jeśli takie było zastosowane, zwłaszcza pod kątem rodzaju wykorzystanej metody (np. zewnątrzoponowe, podjęczynówkowe, mieszane, blokada splotów nerwowych lub nerwów obwodowych, doopłucne, powierzchniowe do bronchoskopii lub nasiękowe) oraz zastosowanego środka z określeniem ilości w miligramach. Pozyskanie informacji na powyższy temat powinno skupić się w szczególności na określeniu rodzaju środków farmakologicznych użytych przez zespół operacyjny (np. benzodwiazepiny, narkotyków lub subanestetycznych dawek dożylnych środków znieczulających) oraz wskazaniu, czy pacjentowi podawano w trakcie zabiegu tlen.

Zważywszy interdyscyplinarność, która cechuje współczesną opiekę medyczną i niejednokrotnie wręcz wymuszony charakterem zabiegu udział w nim osób posiadających różne zawody i specjalizacje, zasadnym jest, że odpowiedzialność lekarza anestezjologa nie jest nieograniczona i nie może on ponosić odpowiedzialności za każdy błąd medyczny. Jako lekarz uczestniczący w procesie leczenia pacjenta jest on gwarantem bezpieczeństwa chorego, niemniej jednak z uwagi na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, stopień tej odpowiedzialności będzie się systematycznie zmniejszał wraz z postępowaniem zabiegu i przejmowaniem procesu leczenia przez inne osoby z personelu medycznego (operatora zabiegu, pielęgniarki anestezjologicznej,

lekarzy prowadzących pacjenta na oddziałach właściwych z uwagi na etiologię i rodzaj schorzenia). W tej sytuacji ustalając, czy w danym przypadku doszło do popełnienia przestępstwa z art. 160 k.k. przez lekarza anestezjologa należy każdorazowo precyzyjnie określić zakres jego obowiązków i rzetelność ich wykonania przy danym zabiegu operacyjnym, rodzaj faktycznie podejmowanych czynności leczniczych, wreszcie ich rzeczywisty wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta skutkujące wystąpieniem niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia.

W publikacji „*Odpowiedzialność karna lekarza dentysty za błąd medyczny*” (Prokuratura i Prawo 2017, nr 3, s. 5-32) przybliżono specyfikę błędów medycznych występujących w obszarze stomatologii. Autor prezentuje w niej wyniki badań aktowych 32 spraw karnych prowadzonych w latach 2011–2016, w których zarzuty dotyczyły popełnienia przez lekarzy dentystów tzw. błędów stomatologicznych (art. 156 § 1 i 2 k.k. oraz art. 160 § 2 w zw. z § 3 k.k.). Spośród 32 spraw karnych prowadzonych w latach 2011–2016, w 22 przypadkach czyn oskarżonego zakwalifikowano jako przestępstwo z art. 157 § 3 k.k., w 8 jako przestępstwo z art. 160 § 2 w zw. z § 3 k.k., natomiast 2 sprawy prowadzone były w związku z popełnieniem przestępstw odpowiednio z art. 156 § 1 pkt 2 k.k. oraz art. 156 § 2 k.k. W badanych sprawach w 20 przypadkach wydano wyroki skazujące z warunkowym zawieszeniem wykonania kary, w 4 warunkowo umorzono postępowania, zaś w 8 uniewinniono oskarżonych. W tych ostatnich sprawach, mimo braku dowodów przemawiających za winą oskarżonych, zarówno okoliczności stanu faktycznego, jak i przebieg postępowania karnego pozwalały dookreślić właściwość uchybień i pomyłek w stomatologii i zarysować granice odpowiedzialności karnej lekarzy dentystów za błędy medyczne. W analizowanych sprawach wykonywano zabiegi takie jak: opielowanie zębów pod przyszłe licówki i korony, ekstrakcja zęba, leczenie ubytków próchnicowych, zakładanie wypełnienia kompozytowego, leczenie kanałowe zębów i wypełnienie ich metodą kondensacji bocznej gutaperdii, leczenie protetyczne w celu usunięcia wady zgryzu (mocowanie mostów protetycznych), a także wszczepianie implantów. Wśród stwierdzanych powikłań wskazać natomiast należy w szczególności zapalenie zatok, zranienie naczyń i nerwów, połączenie ustno-zatokowe, przepchnięcie materiału wypełniającego kanał zęba, powstanie zgorzeli zęba, zaburzenie zgryzu, nieprawidłowe ułożenie żuchwy w stawach skroniowo-żuchwowych po leczeniu protetycznym, infekcja miazgi, ostre zapalenie tkanek okołowierzchołkowych zęba, złamanie żuchwy oraz stan zapalny przyzębia. Powyższe zagadnienie zostało zaprezentowane z uwzględnieniem uwarunkowań systemowych ochrony zdrowia i zdominowania przez indywidualne praktyki lekarskie działalności leczniczej obejmującej udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu stomatologii.

Zasadniczym wnioskiem płynącym z omawianej publikacji jest stwierdzenie, że błędy stomatologiczne na ogół przyjmują charakter łączonych uchybień diagnostycznych i terapeutycznych. W sprawach, w których sądy stwierdzały winę lekarzy dentystów, zaniedbania popełnione na etapie diagnostyki niejednokrotnie wpływały na późniejsze nieprawidłowe leczenie pacjentów. W przypadku świadczeń z zakresu stomatologii za diagnostykę i terapię odpowiedzialny jest najczęściej ten sam lekarz. Brakuje tu rozbudowanej struktury diagnostyki laboratoryjnej, jak chociażby w szpitalach. Lekarz dentysta decyduje o zakresie wstępnych badań, wykonuje je, interpretuje ich wyniki, wreszcie na ich podstawie podejmuje decyzję co do kierunku i zakresu leczenia. Należy podkreślić, że zdarzają się sytuacje, w których lekarze w ogóle odstępują od wykonania badań diagnostycznych, poprzestając np. na informacjach uzyskanych od pacjenta w trakcie wywiadu. Tymczasem w przypadku niektórych procedur medycznych wykonanie określonych badań diagnostycznych jest warunkiem koniecznym uznania postępowania lekarza za zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Już sam brak badania diagnostycznego uznawany jest wówczas za błąd medyczny, niezależnie od końcowego efektu terapeutycznego. Jednym z założeń leczenia stomatologicznego jest możliwość wystąpienia nietypowego schorzenia, a zatem i konieczności zastosowania niestandardowego leczenia. Zęby są tkanką delikatną i u każdego pacjenta mogą reagować inaczej na leczenie. Budowa anatomiczna i morfologiczna zębów jest indywidualna u każdego człowieka, podobnie jak przejście jednych struktur zęba w drugie (grubość szkliwa, grubość zębiny i tzw. miazgi). Okoliczność ta wymusza na lekarzu dentyście zachowanie nienagannej precyzji w wykonywaniu zabiegu. Do błędów stomatologicznych dość często dochodzi na skutek rutynowego podejścia lekarzy dentystów do klasycznych procedur medycznych, bez uwzględnienia indywidualnych cech anatomicznych uzębienia pacjentów. W tych przypadkach błąd medyczny obejmuje rzadko spotykane w praktyce stomatologicznej powikłania.

Charakterystyczną cechą leczenia stomatologicznego jest udzielanie zdecydowanej większości świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych. W tej sytuacji pozycja lekarza dentysty jako gwaranta nie zawsze jest tak jednoznaczna jak np. lekarza prowadzącego opiekę medyczną nad pacjentem hospitalizowanym. Lekarz dentysta na ogół nie ma wpływu na postępowanie pacjenta i jego zdyscyplinowanie po opuszczeniu gabinetu zabiegowego. Efekt terapeutyczny może zostać zniweczony przez niestosowanie się przez pacjenta do zaleceń lekarza. To z kolei przekłada się na trudności w dowodzeniu odpowiedzialności lekarza dentysty za błąd medyczny. Pomijając przypadki, w których skutek nieprawidłowego leczenia ujawnia się natychmiast, względnie po upływie kilku – kilkunastu godzin, jak również zdarzenia, w których zaniedbanie utrwalone jest w sposób oczywisty (np. pozostawienie korzenia zęba po ekstrakcji), znaczny wpływ czasu może zatrzeć ślady uchybień lekarza dentysty (np. wskutek kontynuowania

leczenia u innych specjalistów) i uzasadniać zastosowanie instytucji *in dubio pro reo*. Argumentacja dotycząca braku instrumentów skutecznego dyscyplinowania pacjentów w leczeniu i bieżącego monitorowania jego efektów w każdym przypadku podejrzenia popełnienia błędu stomatologicznego powinna być rzetelnie przeanalizowana. Ambulatoryjne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych powodują również inną okoliczność generującą ryzyko popełnienia błędu stomatologicznego – presję czasu, pod którą pracują lekarze dentyści. Zdarza się, że lekarze prowadzący indywidualną praktykę lekarską wykonują tego samego dnia od kilku do nawet kilkunastu skomplikowanych zabiegów leczniczych. Lekarz dentysta wykonuje je osobiście, niejednokrotnie bez uważnego zapoznania się z dokumentacją medyczną, rezygnując z wykonania niezbędnych badań diagnostycznych i starając się przy tym przestrzegać ustalonych uprzednio godzin przyjęć pacjentów. W praktyce zdarza się, że lekarze dentyści niewłaściwie określają zakres zabiegów, co na etapie udzielania świadczenia zdrowotnego niejednokrotnie prowadzi do niezachowania należytej staranności i wykonywania procedury w sposób selektywny, czy też nieuzasadnionego ograniczania zakresu zabiegu, nawet bez konsultacji z pacjentem. Dzieje się tak dlatego, że lekarz dentysta – aby zapewnić ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych przez gabinet stomatologiczny, zobligowany jest zakończyć dany zabieg w ściśle określonym czasie. Obowiązkiem lekarza dentysty podejmującego się wykonania określonej procedury medycznej jest jej wykonanie w sposób kompletny, uwzględniający weryfikację – za pomocą dostępnych metod diagnostycznych – efektu terapeutycznego. Typowym przykładem błędu stomatologicznego pojawiającego się na tym tle jest pozostawienie korzeni zębów po ich ekstrakcji, porównywane niekiedy do pozostawienia ciał obcych w organizmie pacjenta poddawanego operacjom chirurgicznym. Bezpośrednio z ambulatoryjnym charakterem leczenia stomatologicznego wiąże się też problematyka przyczynienia się pacjenta do powstania powikłań lub zaostrzenia objawów choroby, co może wydatnie komplikować prowadzenie postępowania dowodowego w sprawach karnych. W praktyce zdarzają się przypadki, w których pacjenci nie przestrzegają zaleceń lekarskich dotyczących np. higieny jamy ustnej, spożywania posiłków przez określony czas, terminowego odbywania wizyt kontrolnych czy nawet kontynuowania leczenia. Nie należy do rzadkości korzystanie przez pacjenta równoległe z usług kilku gabinetów lekarskich.

Konkludując błędy stomatologiczne zachowują swoją specyfikę, na którą przekładają się przede wszystkim uwarunkowania organizacyjne, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii. Ambulatoryjne leczenie uzębienia i chorób jamy ustnej, swoiste rozluźnienie nadzoru lekarskiego nad postępowaniem pacjenta po wykonaniu zabiegów, rozciągnięcie procesu leczenia w okresie kilku-kilkunastu miesięcy, ryzyko niedyscyplinowania pacjenta w procesie rekonwalescencji, a także finansowe podłoże wielu decyzji diagnostycznych i terapeutycznych

mogą wpływać negatywnie na efekt leczenia i generować różnego rodzaju uchybienia i nieprawidłowości. Okoliczności te bezwzględnie należy brać pod uwagę przy prowadzeniu postępowania karnego w sprawach o błędy medyczne.

W opracowaniu „*Błędy w sztuce lekarskiej w praktyce lekarza medycyny rodzinnej – aspekty prawnokarne i prawnomedyczne*” (Prokuratura i Prawo 2018, nr 5, s. 43-64) przedstawiono specyfikę błędów w sztuce lekarskiej stwierdzanych w praktyce wykonywania profesji lekarza rodzinnego, z uwzględnieniem możliwych przyczyn wymienionych uchybień, ich rodzajów oraz skutków. U podstaw wyboru tematyki pracy naukowej legło powszechne przeświadczenie, że podstawowa opieka zdrowotna jest jednym z fundamentów całego systemu ochrony zdrowia, a jej sprawność i skuteczność determinuje efektywność udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej. Prawidłowe funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej, opartej przede wszystkim na medycynie rodzinnej, jest w tej sytuacji warunkiem dostępności większości świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych czy pielęgnacyjnych. Podstawowa opieka zdrowotna jako integralna i centralna część systemu ochrony zdrowia jest też ściśle związana z ogólnym rozwojem społeczno-ekonomicznym państwa oraz jego obywateli.

Na podstawie analizowanych wybranych spraw karnych (sygnatury w tekście artykułu) autor formułuje wniosek, iż błędy w sztuce lekarskiej występujące w praktyce lekarza rodzinnego na ogół przybierają formę tzw. błędów diagnostycznych. W piśmiennictwie prawnokarnym wyrażany jest pogląd, że błąd diagnostyczny polega na wyciągnięciu z objawów chorobowych wniosków innych niż te, które podyktowane są wiedzą medyczną. Do błędów tego rodzaju zalicza się również nierozpoznanie w ogóle pewnych objawów, a także wadliwe przeprowadzenie samych badań służących postawieniu diagnozy bądź w ogóle pominięcie takich badań. Błąd diagnostyczny, będący często wynikiem błędu organizacyjnego, niejednokrotnie pociąga ze sobą błędy terapeutyczne. Częstą przyczyną błędu diagnostycznego jest przeoczenie przez lekarza objawów choroby i niewykorzystanie stojących do jego dyspozycji środków służących do ustalenia tych objawów, np. wtedy, gdy lekarz niedokładnie zbadał pacjenta, nie zebrał wszystkich danych o pacjencie i nie uwzględnił w diagnozie zebranego już wywiadu. Błędy diagnostyczne jako błędy w sztuce lekarskiej stwierdzane niekiedy w medycynie rodzinnej mogą pozostawać w zbiegu z błędami medycznymi lekarzy innych specjalności, co jest dostrzegalne w sytuacjach, w których leczenie pacjenta przybiera formę wielowymiarową, np. jest on hospitalizowany jedno- lub kilkakrotnie, na różnych oddziałach szpitalnych. Warto podkreślić, że w tych przypadkach błąd diagnostyczny lekarza rodzinnego poprzedza błędy i uchybienia innych lekarzy, przy czym może on być pierwotną przyczyną (źródłem) kolejnych nieprawidłowości (dzieje się tak wówczas, gdy



pacjent zostanie skierowany do lekarza niewłaściwej specjalizacji lub na niewłaściwe badanie, zaś lekarz specjalista udzielający świadczenia zdrowotnego nie stwierdzi w odpowiednim czasie pomyłki wystawcy skierowania i nie skoryguje kierunku terapii lub diagnozy), tudzież nieprawidłowości w działaniu lekarza rodzinnego i innych specjalistów są wprawdzie niezależne od siebie, ale pozostają ze sobą w ścisłej korelacji, tzn. badanie pacjenta i stawiana diagnoza determinowana jest uprzednimi, chybionymi ustaleniami medycznymi. Drugi z przypadków występuje najczęściej wówczas, gdy lekarz rodzinny kieruje pacjenta na właściwe rodzajowo badanie (w odniesieniu do zgłaszanych przez chorego dolegliwości), lekarz wykonujący badanie przeprowadza je lub przedstawia jego wyniki w sposób niejednoznaczny albo nieprawidłowy, po czym lekarz rodzinny zapoznając się z dostarczoną przez pacjenta dokumentacją medyczną i wynikami diagnostyki odstępuje od leczenia schorzenia lub stosuje niewystarczającą terapię. Błąd w sztuce lekarskiej popełniony przez lekarza rodzinnego – gdy wziąć pod uwagę cały przebieg leczenia pacjenta w odniesieniu do danego schorzenia – może być też niezależny od błędów popełnionych przez innych lekarzy. W orzecznictwie zauważa się, że lekarz, który przejął opiekę nad pacjentem w sytuacji, gdy ten znajdował się już w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia, nie może ponieść odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 lub 3 k.k. w sytuacji, gdy pożądane zachowanie alternatywne, to znaczy zabieg lekarski (operacja) nie stwarzał realnej możliwości nawet na zmniejszenie tego stanu zagrożenia dla życia pacjenta. Tym samym, jeżeli uchybienie specjalisty medycyny rodzinnej doprowadziło do takiego opóźnienia leczenia pacjenta, w którym lekarze innych specjalności – po przejęciu chorego – decydują się na odstąpieniu od zabiegu wskazanego do wykonania w danym przypadku klinicznym z racji wysokiego prawdopodobieństwa jego nieskuteczności, zwiększenia ryzyka powikłań lub obciążonego ryzykiem zgonu pacjenta, ewentualne przedstawienie zarzutu popełnienia przestępstwa z art. 160 k.k. uzasadnione będzie wyłącznie w odniesieniu do lekarza rodzinnego. Z drugiej jednak strony, lekarz rodzinny, nawet w sytuacji stwierdzenia własnych nieprawidłowości, nie może odpowiadać za zaniedbania lekarzy przejmujących proces terapeutyczny nad chorym, wynikające np. z niedostatków wiedzy medycznej, braku umiejętności czy lekceważenia reguł ostrożności w opiece nad pacjentem.

W świetle ustaleń poczynionych w omawianym artykule uzasadnionym wydaje się poszukiwanie przyczyn uchybień w medycynie rodzinnej w następujących okolicznościach: 1) odstąpieniu przez lekarza od analizy dokumentacji medycznej lub wybiórczym zapoznaniu się z nią podczas konsultacji; 2) nierzetelnym sporządzaniu dokumentacji medycznej i niewpisywaniu wszystkich stwierdzonych i zaobserwowanych objawów chorobowych i dolegliwości, w szczególności mających charakter przewlekły; 3) rutynowym podejściu do pacjenta (zwłaszcza

zaliczanego do tzw. grupy pacjentów dyspanseryjnych), wynikającym z wieloletniego sprawowania opieki medycznej nad chorym oraz bagatelizowaniu zgłaszanych przez chorego objawów (w tym brak aktywnego oferowania opieki i porzucenie na spełnianiu oczekiwań pacjenta co do rodzaju leczenia farmakologicznego lub skierowań na określone badania specjalistyczne); 4) niewłaściwym przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem, w tym nieustalenie lub nieodnotowanie informacji na temat początku głównych dolegliwości, chronologii wydarzeń, długości przerw pomiędzy ewentualnymi nawrotami, nasilenia dolegliwości, umiejscowienia bólu, czynników wywołujących i modyfikujących, jak również objawów towarzyszących; 5) nieuwzględnienie tzw. przeszłości medycznej pacjenta w stawianiu diagnozy i podejmowaniu decyzji co do dalszego kierunku leczenia, w tym przebytych chorób, hospitalizacji, zabiegów operacyjnych, doznanych urazów, chorób przewlekłych, przyjmowania leków (ich rodzaju, dawkowania, czy sposobu podawania), chorób stwierdzonych u członków rodziny, alergii i nietolerancji leków (w tym stwierdzonych alergenów środowiskowych czy pokarmowych, a także reakcji anafilaktycznych na leki).

W ocenie autora sprawy karne dotyczące błędów w sztuce lekarskiej popełnianych przez lekarzy – specjalistów medycyny rodzinnej, niewątpliwie są skomplikowane pod względem dowodowym. Przesądza o tym fakt, że wiele konsultacji z pokrzywdzonym odbywa się *ad hoc*, zaś nie wszystkie szczegóły wizyt (zwłaszcza, jeżeli mają one charakter wielokrotny w krótkich odstępach czasu) bywają odnotowywane w dokumentacji medycznej. W tej sytuacji organy ścigania powinny przede wszystkim zgromadzić materiał dowodowy pozwalający na poczynienie ustaleń w takich obszarach, jak początki głównych dolegliwości (objawów), w związku z którymi pacjent otrzymał skierowanie do lekarza specjalisty, wcześniejszego przebiegu choroby (chronologii wydarzeń, długości przerw pomiędzy nawrotami, okresowości, czasu trwania i częstotliwości objawów), nasilenia schorzenia, jego umiejscowienia (promieniowania bólu), czynników wywołujących i modyfikujących dolegliwości, objawów towarzyszących, dolegliwości ze strony innych narządów i układów, przebytych uprzednio chorób, istnienia chorób przewlekłych, przyjmowanych leków, szczepień, zleconych badań profilaktycznych, alergii i nietolerancji leków, a także chorób istniejących wśród członków rodziny (choroby zakaźne, genetyczne i nowotworowe). Dopiero po uzyskaniu wymienionych danych powinna nastąpić szczegółowa analiza i ocena prawidłowości działań lekarza rodzinnego w odniesieniu do danego pacjenta.

W publikacji „*Błędy i nieprawidłowości w wykonywaniu zawodu farmaceuty w ujęciu prawa karnego i prawa medycznego*” (Prokuratura i Prawo 2021, nr 2, s. 46-83) podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na następujące pytania: 1) czym charakteryzują się zaniedbania w profesji farmaceuty i jak mogą być klasyfikowane – uwzględniając stan prawny obowiązujący od dnia 16

kwietnia 2021r. i nowy zakres opieki farmaceutycznej, 2) czy nieprawidłowości w działalności farmaceuty – biorąc pod uwagę specyfikę tego zawodu – należy postrzegać jako błąd medyczny, czy odrębną kategorię uchybień zawodowych, 3) jakie są możliwości prawnej kwalifikacji czynów zabronionych, stanowiących omawiane uchybienia. Powyższe kwestie zostały omówione w powiązaniu z historyczno-prawnymi aspektami ewolucji profesji farmaceuty oraz prezentacją aktualnego stanu prawnego.

Autor w pierwszej kolejności zauważył, że z uwagi na brzmienie art. 86 ust. 2 pr.farm., określającego rodzaje usług farmaceutycznych świadczonych w aptekach, nieprawidłowości w tej materii dzieli się na: 1) błąd w wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, 2) błąd w sporządzaniu leków recepturowych lub leków aptecznych, 3) błąd w udzielaniu informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych. Błędne wydanie leków, określane jako *dispensing error*, może być spowodowane błędnym odczytaniem przez farmaceutę przepisanych przez lekarza na receptę produktów leczniczych, co z kolei może skutkować np. wydaniem leku o nieprawidłowej dawce, złej ilości tabletek, bądź zupełnie innego produktu niż ten, który został zaordynowany. Błędy związane z wydaniem nieprawidłowego produktu leczniczego mogą też dotyczyć sprzedaży pacjentowi leku wycofanego lub wstrzymanego decyzją Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Niedopuszczalne jest również wydawanie pacjentom leków przeterminowanych, leków, których integralność fizycznych lub chemicznych właściwości postaci dawkowania uległa zmianie, a także leków sprzedawanych wyłącznie na podstawie recepty w sytuacji, gdy lekarz recepty takiej nie wystawi, tudzież samodzielna zamiana przez farmaceutę produktu leczniczego na inny lek niż wskazany w receptce, o innym składzie i dawce. Wydanie lub podanie pacjentowi produktu leczniczego w innej postaci niż ta wskazana przez lekarza może polegać np. na bezpośrednim podaniu koncentratu KCl zamiast podania poprawnie przygotowanego rozcieńczonego roztworu KCl (co jest zgodne z charakterystyką produktu leczniczego) lub podania przygotowanego przemysłowo gotowego do użycia roztworu KCl. Błędy wynikające z nieprawidłowego przygotowania leku lub jego roztworu mogą ponadto zaistnieć, gdy produkt leczniczy jest nieprawidłowo sformułowany lub manewrowany przed wydaniem lub podaniem pacjentowi. Błąd w sporządzaniu leków recepturowych lub leków aptecznych może polegać na niewłaściwym odważeniu poszczególnych składników recepturowych, a także wykonywanie kolejnych czynności w taki sposób, że prowadzą one do powstania niezgodności recepturowych. Istotną nieprawidłowością jest ponadto wykonywanie leków jałowych w warunkach nieaseptycznych. Błędy pojawiające się podczas wykonywania obowiązków farmaceuty w trakcie świadczenia usług w aptece wiążą się z tzw. wywiadem farmaceutycznym, rozumianym według przepisów wchodzących w życie 16 kwietnia 2021r. jako działania farmaceuty polegające na

uzyskaniu od pacjenta informacji niezbędnych do wyboru właściwego produktu leczniczego o kategorii dostępności, o której mowa w art. 23a ust. 1 pkt 1 pr.farm. oraz na udzieleniu porady w zakresie stosowania produktów leczniczych lub rekomendacji konsultacji lekarskiej (por. art. 3 pkt 8 u.z.farm.). Uchybienia popełniane na tej płaszczyźnie mogą dotyczyć przekazywania pacjentom nieprawidłowych informacji w kwestii schematu dawkowania, działań niepożądanych bądź przeciwwskazań wobec stosowanych przez nich leków.

Autor w omawianej publikacji podnosi, że ustawa z dnia 10 grudnia 2020r. o zawodzie farmaceuty rozszerzyła udział przedstawicieli tej grupy zawodowej o możliwość sprawowania nad pacjentem opieki farmaceutycznej i świadczenia usług farmacji klinicznej, czyli podejmowanie działań na rzecz zwiększenia skuteczności, bezpieczeństwa i zasadności, w tym ekonomicznej, użycia produktów leczniczych oraz wsparcia lekarza prowadzącego leczenie w zakresie farmakoterapii. Czynności te mają być realizowane przez farmaceutów na rzecz pacjenta i członków jego rodziny oraz personelu medycznego w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (por. art. 3 pkt 7 u.z.farm.). Wśród potencjalnych nieprawidłowości, jakie mogą wystąpić podczas wykonywania powyższych zadań wskazać można: 1) niewłaściwe przeprowadzenie konsultacji farmaceutycznej (np. niepoinformowanie pacjenta o przeciwwskazaniach – z uwagi na wiek, stan zdrowia, przyjmowanie innych leków etc. – do stosowania określonego produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, podczas gdy okoliczności te były farmaceutcie znane lub mógł i powinien powziąć wiedzę w tym temacie); 2) pogłębienie problemów lekowych pacjenta (np. poprzez niestaranne wykonywanie przeglądów lekowych oraz oceny dotychczasowej farmakoterapii, rzutujące na jej bezpieczną kontynuację); 3) nierzetelne opracowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej; 4) zaniechanie wykonania koniecznych w danym przypadku badań diagnostycznych pacjenta przed wdrożeniem farmakoterapii lub jej kontynuacją; 5) nieuzasadniona odmowa wystawienia recepty w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego lub bezpodstawne wystawienie takiej recepty, skutkujące np. nagłym pogorszeniem zdrowia chorego; czy 6) niezapewnienie produktów leczniczych i wyrobów medycznych odpowiedniej jakości na oddziale szpitalnym, powodujące np. reakcje alergiczne u chorych po ich podaniu i inne niepożądane skutki.

Udzielając odpowiedzi na pytanie, czy zaniedbania obowiązków farmaceuty związanych ze świadczeniem usług na rzecz pacjentów stanowią błąd medyczny, czy odrębną kategorię deliktów zawodowych, autor sięga do rozważań zawartych w uzasadnieniu projektu ustawy z dnia 10 grudnia 2020r., odnoszących się do kwestii samodzielności zawodu farmaceuty. Przymiot samodzielności zawodowej jest niezbędnym elementem definiowania zawodu farmaceuty jako zawodu wolnego i zawodu zaufania publicznego, zwłaszcza biorąc pod uwagę zaproponowane w przedkładanym

projekcie ustawy rozszerzenie kompetencji zawodowych farmaceutów. Farmaceuta, który posiada prawo wykonywania zawodu, musi być samodzielny w każdej sytuacji zawodowej, również wtedy, gdy realizuje receptę na zlecenie innych profesjonalistów. Farmaceuta swoimi działaniami dąży do zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa stosowania leku, a jego praca jest związana z indywidualną odpowiedzialnością. Autonomia w tym zawodzie wiąże się z potrzebą ustawicznego aktualizowania oraz poszerzania wiedzy i umiejętności. W świetle ustawy z dnia 20 grudnia 2020 r. farmaceuta ma prawo do samodzielnej decyzji w granicach przygotowania zawodowego podczas wydania leku na podstawie recepty farmaceutycznej. Samodzielność przejawia się także w prawie do odmowy wydania leku, w sytuacji, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie użycia leku do celów niemedycznych. Prowadzenie opieki farmaceutycznej jest zaś ciągiem połączonych ze sobą etapów, w których farmaceuta wykorzystuje swoją wiedzę i umiejętności będąc jednocześnie świadomym odpowiedzialności za podjęte działania. Według autora nieporozumieniem wydaje się utożsamianie „*błędu farmaceutycznego*” z „*błędem w sztuce aptekarskiej*” z racji tego, że ten drugi termin ma charakter zawężający. Przesądza o tym regulacja art. 30 ust. 1 u.z.farm., zgodnie z którym farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem. Zawód farmaceuty może być wykonywany również poza apteką. Ze względu na stan zdrowia pacjenta farmaceuta może wykorzystywać swoją wiedzę i umiejętności w pracy z pacjentem w jego domu (co w standardach światowych jest najczęściej promowane, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów geriatrycznych), na oddziale szpitalnym, w domu pomocy społecznej, w zakładzie opiekuńczo–lecniczym, pielęgnacyjno–lecniczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej czy w przychodni. Sposób, w jaki ukształtowano prawa i obowiązki farmaceutów w ustawie z dnia 10 grudnia 2020r. pozwala na stwierdzenie, że niektóre typy zaniedbań i uchybień w wykonywaniu ww. profesji będą miały charakter błędów medycznych. Tradycyjny obszar aktywności farmaceutów, tj. wydawanie i sporządzanie produktów leczniczych w aptekach, jest dzisiaj oceniany jako anachroniczny. Farmaceuta we współczesnym świecie powinien bowiem dostarczać nie tylko produkt, ale i usługi, w tym usługi o charakterze klinicznym.

Autor, kierując się bogatym dorobkiem orzecznictwem ukształtowanym na kanwie spraw karnych o przestępstwo z art. 160 § 2 k.k. wskazuje w omawianej publikacji, że fakt ciężkiej i śmiertelnej choroby pacjenta nie wyklucza odpowiedzialności farmaceuty za błąd medyczny z art. 160 § 2 i 3 k.k. Dla przyjęcia odpowiedzialności karnej farmaceuty za błąd medyczny prowadzący do narażenia, o którym mowa w art. 160 § 2 i 3 k.k., niezbędne jest nie tylko powstanie zmiany w świecie zewnętrznym, tj. stwierdzenie wystąpienia błędu medycznego, ale istnienie związku przyczynowo-skutkowego między owym błędem a stanem narażenia, a wreszcie przypisywalność odnoszona do konkretnej osoby. Przy typie nieumyślnym z art. 160 k.k. obiektywne przypisanie

sprawcy skutku jest możliwe wyłącznie wówczas, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane działania alternatywne, polegające na wykonaniu ciężącego na farmaceucie obowiązku, zapobiegłyby realnemu i znaczącemu stopniowi tego narażenia. Przykładem takiego stanu rzeczy może być błędne wydanie pacjentowi przez farmaceutę zamiennika leku przepisanego przez lekarza w receptynie, o innym składzie lub stężeniu substancji czynnej, prowadzące po jego zażyciu przez pacjenta do skutku w postaci wstrząsu anafilaktycznego. Farmaceuta może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z nieprawidłowym świadczeniem usługi lub opieki tylko w razie zawinonego błędu medycznego. Jego ustalenie zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie farmaceuty w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili świadczenia usługi, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki zawodowej. Przesłępstwo, określone w art. 160 § 2 i 3 k.k. jest przestępstwem skutkowym i dla jego dokonania konieczne jest zaistnienie skutku w postaci obiektywnie istniejącego potencjału niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Narażenie na to niebezpieczeństwo ma mieć charakter konkretny. Ustawodawca wymaga, aby było to niebezpieczeństwo bezpośrednie. Bezpośredniość tę rozumieć należy jako nieuchronne następstwo dalszego niebezpiecznego dla życia lub zdrowia rozwoju sytuacji albo jako wysokie prawdopodobieństwo jego wystąpienia. Jako przykład ww. konkretnego, bezpośredniego niebezpieczeństwa autor wskazuje wstrząs anafilaktyczny, do którego doszłoby po zastosowaniu przez pacjenta wydanego przez farmaceutę niewłaściwego produktu leczniczego.

Podsumowując, zawód farmaceuty jest zawodem medycznym, czego konsekwencją powinno być stosowanie wobec farmaceutów analogicznych jak w odniesieniu do lekarzy, pielęgniarek, położnych czy fizjoterapeutów, kryteriów oceny legalności podejmowanych działań. Obowiązki farmaceuty z dniem 16 kwietnia 2021 r. zostały realnie i znacząco rozszerzone poza obszar takich typowych usług udzielanych pacjentom w aptekach, jak realizacja recept lekarskich, przygotowanie leków recepturowych czy sprzedaż produktów leczniczych. Farmaceuci zostali w zdecydowanie większym zakresie zaangażowani w proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, oczywiście w ramach podejmowanej wobec chorych farmakoterapii. Rozszerzenie katalogu obowiązków i uprawnień farmaceutów powoduje zwiększenie stopnia ich odpowiedzialności za leczenie pacjentów. Zdaniem autora ewentualne zawinione błędy w realizacji tych obowiązków niewątpliwie stanowią będą błąd medyczny, czego konsekwencje podlegają będą m.in. ocenie prawnokarnej, jeżeli ww. działania i zaniechania wyczerpywać będą znamiona czynu zabronionego.

W artykule naukowym „*Błędy i uchybienia w ratownictwie medycznym – wybrane uwagi prawnokarne i prawnomedyczne*” (Prokuratura i Prawo 2021, nr 4, s. 16-61) autor charakteryzuje zawód ratownika medycznego jako profesję medyczną, prezentuje obowiązki i uprawnienia ratowników medycznych, przybliża okoliczności, w jakich realizowane są czynności ratunkowe podejmowane przez zespoły ratownictwa medycznego oraz omawia uchybienia, do jakich dochodzi przy tej okazji. Przyjmując założenie, że ratownik medyczny dysponując pewną przestrzenią decyzyjną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych może popełnić błąd medyczny, zagadnienie to analizowane jest zarówno w ujęciu teoretycznym, w oparciu o obowiązujące przepisy, jak i praktycznym, na podstawie wybranych spraw karnych o przestępstwa z art. 160 k.k. (sygnatury spraw w tekście artykułu). W omawianej publikacji uwzględniono także zagadnienia historyczne i historyczno-prawne, dotyczące ewolucji profesji ratownika medycznego.

Autor zauważa, że sformułowana na gruncie niektórych sądowych spraw pracowniczych teza, zgodnie z którą ratownik medyczny jest zawodem medycznym niesamodzielnym, podająca *de facto* w wątpliwość możliwość dopuszczenia się przez ratownika błędu medycznego, jest co najmniej kontrowersyjna. Po pierwsze, pamiętać należy, że ratownik medyczny, biorąc pod uwagę brzmienie art. 36 ust. 1 pkt 2 u.p.r.m., może kierować podstawowym zespołem ratownictwa medycznego. W tych warunkach konsekwencje prawne podejmowanych, *nota bene* samodzielnie, przez ratownika medycznego decyzji, będą go obciążać. Po drugie należy mieć na względzie, że Minister Zdrowia utworzył katalog czynności ratunkowych i świadczeń medycznych, które ratownik medyczny może wykonywać samodzielnie. Błąd decyzyjny lub błąd techniczny w tym zakresie również stanowić będzie uchybienie kolidujące z aktualną wiedzą i sztuką medyczną. Dodatkowo ratownik medyczny może uchybić obowiązkom zawodowym w wyniku nieumiejętnego działania realizowanego na zlecenie lekarza. Biorąc pod uwagę katalog uprawnień ratowników medycznych do błędów medycznych, które teoretycznie mógłby popełnić ratownik medyczny, autor zalicza: 1) nieprawidłową ocenę stanu zdrowia pacjenta; 2) nieuzasadnione niepodjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej lub jej prowadzenie niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną (nieefektywnie, w sposób zawiniony, co dotyczy również pozostałych błędów); 3) nieumiejętne bezprzyrządowe lub przyrządowe przywracanie lub zabezpieczanie drożności dróg oddechowych, w tym z zastosowaniem w szczególności rurki ustno-gardłowej, rurki nosowo-gardłowej, przyrządów nadgłośniowych czy konikopunkcji; 4) nieskuteczne odsysanie dróg oddechowych; 5) nieuzasadnione niepodjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomaganie oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora; 6) niestaranne wykonywanie intubacji dotchawiczej i nieprawidłowe prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia; 7) niewłaściwie wykonanie

defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora, jak również nieprawidłowe wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej; 8) niezgodne z aktualną wiedzą medyczną wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiach (w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie); 9) nieprawidłowe wykonanie kardiowersji w tachyarytmiach (w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie); 10) nieumiejętne wykonanie badania EKG, w tym nieprawidłowa ocena zapisu tego badania; 11) niewłaściwe monitorowanie czynności układu oddechowego i czynności układu krążenia (metodami nieinwazyjnymi); 12) nieprawidłowe wykonanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej, odbarczanie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, wykonanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu albo podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszpikową, tudzież nieuzasadnione odstępianie od ww. czynności; 13) nieumiejętne opatrywanie ran, tamowanie krwawień zewnętrznych, unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń czy unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego; 14) nieprawidłowości przy przyjęciu porodu; 15) nieprawidłowe wykonanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej; 16) nieprzygotowanie pacjenta do transportu medycznego oraz zaniechanie sprawowania opieki medycznej podczas transportu, względnie nieadekwatna do stanu zdrowia pacjenta opieka medyczna; 17) nieprawidłowe podawanie pacjentowi leków, koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, z zasobów własnych chorego. Prawnokarna ocena wymienionych zachowań powinna każdorazowo uwzględniać indywidualny i szczególny charakter zdarzenia, przyjętą zasadniczo zgodnie – zarówno w orzecznictwie, jak i w doktrynie – wykładnię art. 160 § 2 i 3 k.k., jak również zasadę *ultima ratio* prawa karnego.

Jak podkreślono w omawianym artykule, z uwagi na specyfikę zadań ratowników medycznych i potencjalnych uchybień w realizacji ich obowiązków pracowniczych należy przyjąć, że błędy medyczne popełniane przez przedstawicieli tej grupy zawodowej będą w zdecydowanej większości błędami diagnostycznymi czy technicznymi. W warunkach zatrudnienia w szpitalach taka okoliczność jest jak najbardziej realna, jednakże w sytuacji wykonywania zawodu w ramach zespołów ratownictwa medycznego wątpliwości, co do legalności podejmowanych działań na ogół dotyczą kwestii decyzyjności o transporcie pacjenta lub zaniechaniu jego przewiezienia do szpitala, wyboru odpowiedniego podmiotu leczniczego, który miałby udzielić pacjentowi pomocy medycznej, ogólnej oceny stanu zdrowia chorego czy monitorowania jego parametrów życiowych w trakcie transportu. Takie wnioski płyną z analizy omówionych w artykule spraw karnych, w których oskarżonym wykonującym zawód ratownika medycznego zarzucano popełnienie przestępstwa z art. 160 § 2 k.k.



Autor w omawianym artykule formułuje także postulat karnoprosesowy, sugerując, by organy prowadzące postępowania przygotowawcze w sprawach o przestępstwa z art. 160 k.k., przy ocenie odpowiedzialności karnej sprawców brały pod uwagę przede wszystkim specyfikę pracy ratowników medycznych i okoliczności, w jakich udzielają oni pomocy medycznej, w tym presję czasu, niejednokrotnie okazywane przez poszkodowanych agresję i brak współpracy, a także ograniczone możliwości wykonania badań diagnostycznych podczas pracy w terenie.

Celem publikacji „*Błąd medyczny w praktyce pielęgniarskiej – ujęcie prawnokarne*” (współautor: prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit), zawartej w monografii: M. Mrówczyński, T. Knepka (red.), „*Prawo publiczne wobec problemów społecznych i gospodarczych*”, (Bydgoszcz 2020, s. 197-208) było dookreślenie profesji pielęgniarki jest zawodu medycznego. Zawód ten bowiem od wielu lat posiada własną pragmatykę zawodową. W sytuacji jednak uchybień, jak wskazuje praktyka, ich skutki mogą być bardzo poważne, a w skrajnych przypadkach – mogą one nawet zupełnie zniweczyć podstawowe założenia terapeutyczne (sygnatury spraw karnych analizowanych na potrzeby publikacji znajdują się w jej tekście).

Zakres świadczeń udzielanych przez pielęgniarki jest stosunkowo szeroki, niemniej jednak ma obowiązek bezzwłocznego informowania lekarza o samodzielnym wykonywaniu świadczeń zdrowotnych i podanych lekach. Pielęgniarka na każdym etapie udzielania świadczeń zobowiązana jest zachować należyta staranność, która powinna być szczególnie wysoka ze względu na profesjonalny charakter działań pielęgniarskich oraz przedmiot czynności medycznych, który stanowią zdrowie i życie. Konsekwencje niepowodzenia działań pielęgniarki są zazwyczaj poważne, a często nieodwracalne. Należyta staranność pielęgniarki ma na celu zminimalizowanie ryzyka związanego z czynnościami medycznymi, które powinny być efektywne, bezpieczne dla pacjenta i sprawnie wykonane. Pielęgniarka jest zobowiązana uczynić wszystko, aby zamierzony rezultat osiągnąć, jednak nie może odpowiadać za brak pomyślności pielęgniarskich czynności zawodowych, który ze względu na stopień zaawansowania choroby, niejednakową i możliwą do przewidzenia reakcję organizmu jest absolutnie pewny. Subiektywne uchybienie obowiązków na tej płaszczyźnie polega na braku staranności przy wykonywaniu danej czynności przez pielęgniarkę i może dotyczyć zarówno techniki medycznej (np. nieuwaga, lekceważenie, niewiedza, nieostrożność postępowania), jak i technik niemedyceńskich (m.in. porzucenie pacjenta, brak koniecznego nadzoru, odmowa udzielenia pomocy, brak odpowiedniego nadzoru kooperacyjnego nad pacjentem).

Autor formułuje tezę, że zasady odpowiedzialności karnej kształtują się w obszarze błędów w praktyce pielęgniarskiej na analogicznych zasadach, jak w sprawach o tzw. błędy w sztuce lekarskiej. I w tych warunkach bowiem prawidłowe zachowanie się pielęgniarki warunkuje

bezpieczeństwo leczenia pacjenta, zaś nieprawidłowości mogą dotyczyć tak sfery terapeutycznej, jak i diagnostycznej. Z tego względu, wśród przykładów błędów medycznych, które na skutek niezachowania wymaganej staranności mogą zostać popełnione w ramach praktyki pielęgniarskiej, biorąc pod uwagę same tylko ustawowe obowiązki i uprawnienia przedstawicieli tego zawodu, wymienić należy: 1) nieprawidłowe wykonanie spoczynkowego badania elektrokardiograficznego, skutkujące nierozpoznaniami u pacjenta cech elektrokardiograficznego stanu chorobowego, zagrażającego bezpośrednio jego życiu i wymagającego pilnego wdrożenia leczenia kardiologicznego lub kardiochirurgicznego; 2) niewłaściwa interpretacja wyników lub niedostateczne monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta w trakcie zabiegu leczniczego, ewentualnie niepoinformowanie pozostałych członków zespołu o niepokojących objawach zdrowotnych; 3) niewłaściwy dobór sposobu leczenia rany chorego, skutkujący np. pogłębieniem dolegliwości lub powstaniem nowego stanu chorobowego (vide zakażenia szpitalne); 4) nieprawidłowe pod względem technicznym wykonanie intubacji dotchawiczej skutkujące np. niedotlenieniem pacjenta; 5) nieprawidłowe pod względem technicznym przywracanie drożności dróg oddechowych, w tym stosowanie niesprawnych lub uszkodzonych wyrobów medycznych (np. rurki nosowo-gardłowej, urządzeń do odsysania dróg oddechowych); 6) nieumiejętne wykonywanie defibrylacji lub zapisu EKG czy niedokładne monitorowanie czynności układu krążenia lub układu oddechowego, skutkujące np. opóźnieniem podjęcia wymaganych rzeczywiście sytuacją zdrowotną pacjenta procedur medycznych, zaordynowaniem niewłaściwych leków lub określenia ich dawek; 7) podanie pacjentowi niewłaściwych produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny; 8) nieumiejętne opatrywanie ran, tamowanie krwawień zewnętrznych, czy unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń; 9) niewłaściwe podawanie produktów leczniczych drogą doszpicową lub odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, skutkujące brakiem skuteczności tych czynności i zwiększeniem dolegliwości chorobowych; 8) omyłkowe podanie pacjentowi leku innego niż zlecony przez lekarza lub w innej niż zaordynowana dawce. Pamiętać trzeba, że zakres obowiązków pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia może być ukształtowany różnie, w zależności od funkcji pełnionych przez te osoby, specyfiki podmiotu leczniczego, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne, czy rodzaju procedur medycznych wymagających udziału w nich pielęgniarek. Z tego względu przywołany wcześniej katalog ma charakter otwarty i poglądowy, nie wyczerpuje zatem problemu rzeczywistego, a nawet teoretycznego wymiaru omawianych w publikacji błędów medycznych, ich przyczyn lub skutków. Niemniej jednak w większości przypadków, z racji umiejscowienia zawodu pielęgniarki w najbliższym środowisku opieki nad pacjentem, można zakładać, iż ewentualne nieprawidłowości dotyczyć będą tak obszarów technicznego (zdolności manualne - umiejętność

wykonywania określonych procedur medycznych), diagnostycznego (umiejętność prawidłowego odczytywania i interpretacji wyników badania w stopniu pozwalającym na wykrycie poważnego stanu chorobowego pacjenta, jak również respektowanie zasad pobierania od chorego materiału do badań) i terapeutycznego (odpowiednia ocena stanu pacjenta oraz decyzyjność w sferze wdrożenia lub kontynuowania leczenia czy diagnostyki – w ramach posiadanych kompetencji).

Odpowiedzialność karna za niedopełnienie obowiązków przez osobę wykonującą zawód pielęgniarki, na ogół z punktu widzenia znamion czynu zabronionego z art. 160 k.k., będzie w tych przypadkach oceniana z perspektywy możliwości uznania jej za gwaranta bezpieczeństwa chorego, biorąc pod uwagę zwłaszcza problematykę tzw. interdyscyplinarnej opieki medycznej i reguł wykonywania poszczególnych zawodów medycznych.

W artykule naukowym „*Odpowiedzialność karna za błędy medyczne w fizjoterapii*” (Wojskowy Przegląd Prawniczy 2021, nr 2, s. 106-127) autor przybliży specyfikę procedur fizjoterapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem historycznej genezy profesji fizjoterapeuty, najważniejszych przepisów regulujących model wykonywania tego zawodu, a także omawia charakter błędów medycznych, jakie mogą zostać popełnione w wyniku nieprawidłowego sprawowania opieki nad pacjentami w ww. obszarze. Rozważania te czynione są w odniesieniu do regulacji art. 160 k.k.

Autor, na podstawie wybranych orzeczeń sądowych oraz wyników działalności naukowo-badawczej prowadzonej w Katedrze Podstaw Prawa Medycznego, zauważa, że niezgodne z zasadami sztuki medycznej wykonywanie czynności fizjoterapeutycznych może spowodować nieodwracalne zmiany w organizmie pacjenta, a w skrajnych przypadkach może nawet doprowadzić do inwalidztwa pacjenta. Przykładowym nad wyraz szkodliwym uchybieniem w tym obszarze jest niewłaściwe dokonywanie oceny stanu osoby, która ma być poddawana zabiegom fizjoterapeutycznym oraz niewłaściwe wykonywanie badań czynnościowych niezbędnych do programowania i kontrolowania procesu fizjoterapii, co może prowadzić do błędnej diagnozy fizjoterapeutycznej a tym samym do niewłaściwego programowania fizjoterapii. Do tej grupy zaniedbań zaliczyć można nieprawidłową ocenę lokomocji, samoobsługi, czy sprawności manualnej, niewłaściwą ocenę funkcjonalną kręgosłupa i miednicy oraz równowagi i stabilności ciała, chybioną ocenę czynnościową w zakresie wspomagania funkcjonalnego i lokomocji przy pomocy wyrobów medycznych, nieprawidłową ocenę siły mięśniowej, napięcia mięśniowego z użyciem technik manualnych i obserwacji, napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej czy elastyczności mięśni, względnie niewłaściwie przeprowadzone badanie zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem technik

manualnych oraz goniometrów. Do błędów medycznych należy też zaliczyć nieprawidłowo wykonane pomiary obwodów części ciała oraz pomiary długości kończyn, nieprawidłowo przeprowadzanie klinicznych testów czynnościowych narządu ruchu oraz sprawności motorycznej niezbędnych do monitorowania procesu fizjoterapii, chybione oceny rozwoju motorycznego i pomiary poszczególnych cech motorycznych, oceny natężenia bólu, względnie inne pomiary antropometryczne lub oceny napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej, nieprawidłowe oceny stanu neuromotorycznego w zakresie fazowości działania mięśni i wykonania badania EMG, a także niewłaściwie (niedokładnie) wykonywanie badania zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem aparatury diagnostycznej. Błędem medycznym z zakresu fizjoterapii będzie też niedokładne prowadzenie tzw. elektrodiagnostyki, czyli diagnostyka przewodnictwa i pobudliwości mięśni z zastosowaniem elektrod powierzchniowych. Nieprawidłowa kwalifikacja pacjentów do wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych czy ich niewłaściwe planowanie mogą ujawnić się w obszarach fizykoterapii, kinezyterapii czy masażu. Jako rażące uchybienie kwalifikować należy niewłaściwe kształtowanie, nieskuteczne podtrzymywanie czy przywracanie sprawności i wydolności osób w różnym wieku utraconej lub obniżonej wskutek różnych chorób bądź urazów.

Zdaniem autora nieprawidłowością o szczególnym wymiarze jest niewłaściwe wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych czy nieumiejętne dostosowywanie swych działań do nadrzędnych celów rehabilitacji w ramach funkcjonowania zespołów rehabilitacyjnych, co może zakłócić efektywność procesu leczenia oraz może prowadzić do dodatkowych powikłań wynikających z nieprawidłowego wykonywania zabiegów fizykoterapeutycznych. Do takich zaniedbań zaliczyć należy niezgodne z aktualnymi zasadami sztuki medycznej przeprowadzanie zabiegów z zakresu elektroterapii, światłolecznictwa, hydroterapii, zabiegów wykorzystujących drgania mechaniczne, zabiegów z zakresu ciepłolecznictwa, zimnolecznictwa, balneologii, zabiegów wykorzystujących pole elektromagnetyczne, czy zabiegów inhalacji. Omawiana kategoria błędów obejmuje też niewłaściwy nadzór nad wykonywaniem procedur z zakresu fizykoterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii, czy prowadzenie zabiegów z zakresu kinezyterapii (indywidualnej i grupowej), prowadzenie kinezyterapii w oparciu o metody specjalne. Dotyczy to też sposobu sprawowania nadzoru nad wykonywaniem procedur z zakresu kinezyterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii. Nieprawidłowe prowadzenie zabiegów z zakresu masażu koncentruje się z kolei na masażu z zastosowaniem technik ręcznych, masażu z zastosowaniem urządzeń mechanicznych czy wykonywaniu procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii.

Autor podkreśla też, że jako „fizjoterapeutyczny” błąd medyczny postrzegać trzeba niewłaściwe dobranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, co może utrudniać funkcje ruchowe i znacząco obniżać jakość życia pacjenta. Dotyczy to w szczególności zlecenia zaopatrzenia w wyroby medyczne produkowane seryjnie niezbędne w procesie usprawniania pacjenta, ale również doboru wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania czy nauczania pacjentów posługiwania się tymi wyrobami medycznymi (np. ćwiczeń używania protez i ortez niezbędnych w procesie usprawniania czy nauki korzystania z innych wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania). Odrębną od błędów medycznych kategorią uchybień wydają się być natomiast takie działania, jak nieprawidłowe prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej, czy prowadzenie profilaktyki poprzez kontrolowanie czynników ryzyka powstawania chorób, w tym wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii, wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii, tudzież wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do przebiegu procesu fizjoterapii, jak również niewłaściwe nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności (w tym nauczanie mechanizmów kompensacyjno-adaptacyjnych oraz zasad ergonomii funkcjonowania ciała człowieka).

W publikacji *„Orzekanie zakazu wykonywania zawodu lekarza z perspektywy kierunku aktualnej polityki karnej”* (współautorstwo – prof. zw. dr hab. Bogusław Sygit; rozdział w opracowaniu: T. Grzegorzczak, R. Olszewski (red.), *Verba volant, scripta manent. Proces karny, prawo karne skarbowe i prawo wykroczeń po zmianach z lat 2015-2016. Księga pamiątkowa poświęcona Profesor Monice Zbrojewskiej*, Warszawa 2016, s. 429-447), na podstawie przeprowadzonych badań aktowych, podjęto próbę określenia prawidłowości praktyki orzekania zakazu wykonywania zawodu lekarza, ustalenie charakteru ewentualnych uchybień w tej materii, jak również wyjaśnienie ich przyczyn. Na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystano metodę badawczą badania akt sądowych. Losowo wybrano 60 prawomocnie zakończonych spraw, w których sądy orzekały zakaz wykonywania zawodu lekarza, uchylały ten środek karny lub odmawiały uwzględnienia apelacji opartych na zarzucie z art. 438 pkt 4 k.p.k. Analizowane akta dotyczyły czynów zabronionych (wg czynu głównego) kwalifikowanych z następujących przepisów: art. 152 § 2 k.k. (4), art. 155 k.k. (10), art. 156 § 2 k.k. (4), art. 160 § 2 k.k. (32), art. 162 § 1 k.k. (7), art. 271 § 1 k.k. (2) oraz art. 228 § 3 k.k. (1). Wyżej wskazane sprawy rozpatrywane były w latach 2006-2016 przez sądy apelacji łódzkiej (12), warszawskiej (5), gdańskiej (12), poznańskiej (4), krakowskiej (2), białostockiej (4), poznańskiej (6), szczecińskiej (8) oraz

wrocławskiej (7). Zakaz wykonywania zawodu lekarza prawomocnie orzeczono w 32 przypadkach, natomiast w 22 postępowaniach środek karny orzeczony przez sąd I instancji został uchylony w wyniku apelacji oskarżonych. W 6 sprawach nie orzeczono zakazu wykonywania zawodu lekarza pomimo zaskarżenia tej okoliczności przez oskarżycieli publicznego lub posiłkowego na podstawie art. 438 pkt 4 k.p.k. W 15 sprawach środek karny orzekany był na okres 2 lat, w 8 na okres roku, w 6 przypadkach okres obowiązywania zakazu wykonywania zawodu lekarza określono na 3 lata, natomiast w 3 sprawach wynosił on 4 lata.

W ramach wniosków sformułowanych w ww. opracowaniu wskazano w szczególności, że zakaz wykonywania zawodu lekarza w praktyce orzekany jest również za przestępstwa, które nie wiążą się z udzielaniem pacjentom świadczeń zdrowotnych, tymczasem wydaje się, że ograniczanie możliwości orzekania zakazu wykonywania zawodu lekarza wyłącznie do przypadków popełnienia drastycznych błędów w sztuce lekarskiej jest niczym nieuzasadnione. Sprowadzanie pracy lekarza wyłącznie do udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych jest nie tylko zaprzeczeniem roli lekarzy w kształtowaniu współczesnego systemu ochrony zdrowia, ale przede wszystkim koliduje z zapisami ustawowymi. Zgodnie bowiem z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Opiniowanie i orzecznictwo lekarskie, jak również ściśle z tym powiązane sporządzanie i prowadzenie dokumentacji medycznej, czy też wydawanie zaświadczeń mających niejednokrotnie charakter dokumentów urzędowych, jest istotną, integralną częścią wykonywania zawodu lekarza. Oznacza to, że osoba wykonująca ten zawód, poprzez nierzetelną i nieodpowiedzialną realizację powierzonych jej obowiązków, może nie tylko dopuścić się przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, ale również przeciwko mieniu czy wiarygodności dokumentów. Autor zgłasza postulat, aby sądy, orzekając przedmiotowy środek karny, uwzględniały całość dolegliwości jaką łącznie stanowią zastosowane wobec oskarżonego kary i środki karne. Niekiedy bowiem nie wydaje się konieczne ani z punktu widzenia ogólnych dyrektyw wymiaru kary, ani z „społecznego poczucia sprawiedliwości” mnożenie owej dolegliwości ponad tę jaka wynikała z orzeczonej kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem i kary grzywny. Przy wyrokowaniu należy uwzględniać kontekst społeczny i moralny zdarzenia będącego przedmiotem osądu.

Z punktu widzenia celów prewencji indywidualnej ważnym jest, aby sądy rozstrzygające zwłaszcza sprawy o błędy w sztuce lekarskiej, ważyły, czy zaniedbania w postępowaniu diagnostycznym lub terapeutycznym rzeczywiście wynikają wyłącznie z winy lekarza.

Współcześnie bowiem, gdy efektywne udzielanie świadczeń zdrowotnych uzależnione jest od stosowania zaawansowanych technologii medycznych i skutecznych produktów leczniczych, istnieje ryzyko wystąpienia zbiegu błędów w sztuce lekarskiej i organizacyjnego. Wyniki przeprowadzonych badań aktowych pozwoliły ponad wszelką wątpliwość potwierdzić, iż założenia prewencji indywidualnej powinny mieć podstawowe, a nawet priorytetowe znaczenie dla orzekania zakazu wykonywania zawodu lekarza. Funkcja zapobiegawcza omawianego środka karnego ma zdecydowanie większe znaczenie niż funkcja sprawiedliwościowa. Tę ostatnią spełnia przede wszystkim kara zasadnicza. Zakaz wykonywania zawodu lekarza służyć powinien izolowaniu sprawców najbardziej rażących nadużyć popełnianych w związku z wykonywaniem ww. profesji medycznej, na czas niezbędny do refleksji nad skutkami czynu zabronionego i wykształcenia u oskarżonego postawy prospołecznej, czy też podniesienia kwalifikacji zawodowych eliminujących w przyszłości powielanie określonych błędów w leczeniu pacjentów lub pomyłek orzeczniczych. Okres przez jaki miałyby obowiązywać zakaz wykonywania zawodu powinien być zatem uzależniony nie tyle od szkodliwości społecznej popełnionego przestępstwa, ile od przewidywanego czasu niezbędnego do osiągnięcia wspomnianych celów zapobiegawczych i wychowawczych. Osiągnięciu tych założeń służy w szczególności indywidualizacja kary i środków karnych (art. 55 k.k.), a także przeprowadzona w sposób wnikliwy prognoza kryminologiczna (art. 53 k.k.).

W sprawach objętych badaniami wielokrotnie krytykowano swoisty automatyzm w orzekaniu zakazu wykonywania zawodu lekarza. Zauważano, że środek karny ma charakter przede wszystkim prewencyjny, co oznacza, że powinien być orzekany jedynie wówczas, gdy szeroko pojmowana działalność zawodowa sprawcy stanowi zagrożenie dla porządku prawnego i następuje potrzeba eliminacji owego zagrożenia. W żadnym razie nie może być rozumiany jako automatyczna, obligatoryjna konsekwencja popełnienia przez oskarżonego przestępstwa w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych. Jeżeli np. oskarżony popełnił błąd diagnostyczny, ale – według ustaleń organów procesowych - nie bagatelizował celowo stanu pokrzywdzonego pacjenta, lecz wyłącznie niewłaściwie ocenił stan kliniczny jako nie wymagający przewiezienia pacjenta do szpitala, nie można uznać, że uzasadnia to zastosowania środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza. Orzekając w kwestii zakazu wykonywania zawodu lekarza sądy nie mogą ograniczać się wyłącznie do oceny zachowania oskarżonego jako nieumyślnego czy incydentalnego. W tego typu sprawach przede wszystkim należy skupić uwagę na naturze uchybień z zakresu sztuki medycznej, których dopuścił się oskarżony. Tak chociażby podejście do każdego przypadku klinicznego z niczym nieuzasadnioną rutyną, bez przywiązania należytej wagi do stanu pacjenta, rażące lekceważenie zgłaszanych przez pacjenta objawów wskazujących na zagrożenie

jego życia powinno skutkować orzeczeniem zakazu wykonywania zawodu lekarza. W kwestii decydowania o okresie, na jaki miałyby zostać orzeczone środki należy natomiast każdorazowo badać przyczyny stwierdzonych uchybień, konkretnie czy wynikały one z braku elementarnej wiedzy medycznej, która wymagałyby od oskarżonego uzupełnienia w dłuższym okresie czasu, czy też z niewłaściwej postawy do wykonywanego zawodu, cechującej się rutyną połączoną z niedopuszczalnym brakiem nadzoru nad zainicjowanym przez lekarza procesem diagnostycznym lub terapeutycznym.

Powyższe wnioski, pomimo iż dotyczą wykonywania zawodu lekarza, należy odnosić również do innych profesji medycznych, przy uwzględnieniu zasad wykonywania określonego zawodu, ciążących na pracownikach medycznych obowiązków oraz ich roli w konkretnym, indywidualnym przypadku wystąpienia błędu medycznego.

O zasadności wyszczególnienia przedstawionych powyżej publikacji jako osiągnięcia naukowego, stanowiącego znaczny wkład w rozwój dyscypliny nauk prawnych, przesądza w zdecydowanej większości ich nowatorski charakter, szerokie cytowane w doktrynie, jak również liczne zaproszenia do udziału w konferencjach i sympozjach naukowych dotyczących prawa karnego i prawa medycznego, czy to w charakterze prelegenta czy członka zespołów organizacyjnych. Kolejnymi argumentami są udział w komitetach naukowych czasopism prawniczych, zaproszenia do wygłoszenia prelekcji na innych niż zatrudniająca mnie Uczelniach, propozycje przygotowania opracowań komentatorskich przez uznane wydawnictwa prawnicze, czy powoływanie mnie jako eksperta z zakresu prawa medycznego przez podmioty lecznicze. Ponadto powierza mi się prowadzenie cykli szkoleniowych dla praktyków organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości oraz służby zdrowia w zakresie zagadnień objętych wskazanymi osiągnięciami naukowymi. Aktywność ta wykazana jest na wstępie, jak i w dalszej części niniejszego autoreferatu.

## **VI. Istotna aktywność naukowa realizowana w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury**

### **1. Wykaz referatów wygłoszonych podczas międzynarodowych i krajowych konferencjach naukowych, a także inne formy udziału w międzynarodowych i krajowych konferencjach i sympozjach naukowych**



- 1) Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „*Wyzwania współczesnego prawa wyborczego*”, Toruń 15 marca 2013r. (referat „*Zakres penalizacji wybranych czynów zabronionych w polskim Kodeksie wyborczym - uwagi na tle prawnoporównawczym*”);
- 2) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Naga broń, czyli wszystko co o broni chciałbyś wiedzieć, ale boisz się zapytać*”, Toruń 15-17 kwietnia 2013r. (referat „*Broń czy narzędzie? Zastosowanie i symbolika miecza katowskiego*”);
- 3) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Technologia w prawie karnym. Postęp technologiczny w działaniach wykrywczych*”, Olsztyn 10 maja 2013r. (referat „*Problematyka ograniczania możliwości wykorzystania nowości technologicznych w procesie karnym*”);
- 4) II Warmińska Konferencja Nauk Penalnych „*Granice kryminalizacji i penalizacji*”, Olsztyn 19-20 września 2013r. (referat „*Wykładnia pojęcia „świadek” a odpowiedzialność karna za przestępstwo z art. 245 k.k.*”);
- 5) II Warmińska Konferencja Nauk Penalnych „*Granice kryminalizacji i penalizacji*”, Olsztyn 19-20 września 2013r. (referat „*Wpływ wybranych obligatoryjnych przesłanek odmowy wykonania europejskiego nakazu aresztowania na ograniczanie współpracy międzynarodowej w sprawach karnych*”);
- 6) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Ułatwienia w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne*”, Toruń 22 września 2014r. (referat „*Rzecz o potrzebie nowelizacji art. 8 ust. 2a ustawy systemowej na przykładzie działalności leczniczej*”);
- 7) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Przestępstwo, kara, więzienie - prawo na przestrzeni dziejów*”, Bydgoszcz 18-19 września 2014r. (referat „*Salus aegroti suprema lex esto! - zasady ponoszenia odpowiedzialności karnej za tzw. błędy w sztuce lekarskiej - od starożytności do czasów współczesnych*”);
- 8) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Umowy cywilnoprawne w ubezpieczeniach społecznych*”, Toruń 20 lutego 2015r. (referat „*Kontrakty cywilnoprawne pielęgniarek w szpitalach z perspektywy ubezpieczeń społecznych*”);

- 9) V Międzynarodowa Konferencja Naukowa „*Ataki sieciowe*”, Toruń 24-25 marca 2015r. (referat „*E-voting a zagrożenie cyberprzestępczością - aspekty teoretyczno-prawne*”);
- 10) Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „*Sztuka rozmowy podstawą diagnozy*”, Bydgoszcz, 10-11 kwietnia 2015r. (referat „*Odpowiedzialność karna lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*”);
- 11) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Przestępstwa i nieprawidłowości wyborcze*”, Olsztyn 12 maja 2015r. (referat wygłoszony wspólnie z prof. zw. dr hab. Tomaszem Kuczurem „*Nawoływanie do bojkotu wyborów - czyn zabroniony czy zachowanie bezkarne?*”);
- 12) IX Ogólnopolskie Seminarium Kryminalistyczne „*Sądowo-medyczne i kryminalistyczne aspekty wypadków drogowych*”, Jesionka k/Zielonej Góry 13-15 maja 2015r. (referat „*Zacieranie śladów przez osoby realizujące czynności procesowe na miejscu zdarzenia*”);
- 13) VI Sympozjum Kryminalistyczne Polskiego Towarzystwa Kryminalistycznego „*Kryminalistyka - jedność nauki i praktyki*”, Toruń 24-26 czerwca 2015r. (referat wygłoszony wspólnie z prof. zw. dr hab. Bogusławem Sygitem „*Biegli sądowi w nowych realiach procesu karnego*”);
- 14) III Warmińska Konferencja Nauk Penalnych „*Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo*”, Olsztyn 12-14 października 2015r. (referat wygłoszony wspólnie z prof. zw. dr hab. Bogusławem Sygitem, „*Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.) a zasada ultima ratio prawa karnego*”);
- 15) III Warmińska Konferencja Nauk Penalnych „*Przyszłość polskiego prawa karnego. Alternatywne reakcje na przestępstwo*”, Olsztyn 12-14 października 2015r. (referat wygłoszony wspólnie z prof. zw. dr hab. Tomaszem Kuczurem „*Karalność nieprawidłowości i uchybień przy prowadzeniu badań klinicznych wyrobów medycznych w ujęciu zasady nullum crimen sine lege certa*”)

- 16) I Ogólnopolski Zjazd Przedstawicieli Nauki o Bezpieczeństwie, Szczytno 15-16 czerwca 2011r. (referat „*Prawnokarne i prawnoadministracyjne środki reakcji na zjawisko nielegalnej imigracji w wybranych państwach UE*”);
- 17) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Przestępstwa rzadko podejmowane przez organy ścigania - aspekty kryminalistyczne, materialnoprawne i procesowe*”, Rzeszów 9-11 maja 2011r. (referat „*Wybrane problemy dowodowe w sprawach karnych o przestępstwa wyborcze*”)
- 18) Ogólnopolska Konferencja „*Status prawny cudzoziemca w prawie międzynarodowym*”, Olsztyn 20-21 czerwca 2013r. (referat „*Gwarancje procesowe oskarżonego – cudzoziemca w procesie karnym - ujęcie komparatystyczne*”);
- 19) IX Międzynarodowa Konferencja Naukowa „*Edukacja dla bezpieczeństwa. Wyzwania i zagrożenia w XXI wieku. Militarne i niemilitarne paradygmaty bezpieczeństwa*”, Gdańsk 17-19 kwietnia 2013r. (referat „*Terroryzm religijny - motywy i metodyka działania sprawców*”);
- 20) Międzynarodowa Konferencja Naukowa „*Prawo karne w warunkach różnorodności kulturowej społeczeństwa*”, Toruń 14 listopada 2013r. (referat „*Bluznierstwo w wybranych kulturach prawnych*”);
- 21) Konferencja Naukowa „*Nowe procedury medyczne a prawo*”, Warszawa 24 listopada 2014r. (referat „*Zabieg sterylizacji na życzenie w świetle odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 156 § 1 k.k.*”);
- 22) IV Ogólnopolski Zjazd Młodych Karnistów „*Konsensualizm i kompensacja a podstawy odpowiedzialności karnej*”, Poznań, 16-17 kwietnia 2015r. (referat „*Doprowadzenie Narodowego Funduszu Zdrowia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem (art. 286 § 1 k.k.) w kontekście ustalenia szkody i obowiązku jej naprawienia*”);
- 23) XIII Seminarium Kryminalistyczne – „*Niepowodzenie w leczeniu – błąd w sztuce czy inny czyn karalny?*”, Zielona Góra-Zbąszyń, 24-26 maja 2017r. (referat „*Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących mors in tabula – wybrane zagadnienia praktyczne*”);

- 24) XIII Seminarium Kryminalistyczne – „*Niepowodzenie w leczeniu – błąd w sztuce czy inny czyn karalny?*”, Zielona Góra-Zbąszyń, 24-26 maja 2017r. (referat „*Prawnokarne aspekty wytwarzania i obrotu wyrobami medycznymi*”);
- 25) IV Warmińska Konferencja Nauk Penalnych „*Między stabilnością a zmiennością prawa karnego – dylematy ustawodawcy*”, Olsztyn, 16-17 października 2017r. (referat „*Rozbieżność w kwalifikacji prawnej czynów zabronionych stanowiących błąd w sztuce lekarskiej*”);
- 26) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Uniwersalizm kary*”, Olsztyn 22 lutego 2018r. (referat: „*Funkcje i znaczenie kary dyscyplinarnej i sankcji karnej na przykładzie spraw o błędy w sztuce lekarskiej*”)
- 27) Konferencja Ogólnopolska „*Etyka, Medycyna, Prawo. Dylematy w stanach terminalnych*”, Gliwice, 12-13 października 2018r. (referat „*Stwierdzenie zgonu osoby żyjącej jako przykład błędu w sztuce lekarskiej – perspektywa prawnokarna i prawnomedyczna*”);
- 28) 6th International Scientific Conference „*Contemporary challenges of civil and criminal law. Law and Security*”, Olsztyn, 11 grudnia 2020r. (referat „*Activities of the Military Health Service in the era of the coronavirus pandemic – legal and medical aspects*”);
- 29) Ogólnopolska Konferencja Naukowa „*Prawo i medycyna w pandemii*”, Olsztyn, 12 stycznia 2021r. (referat „*Nieprawidłowości w dystrybucji szczepionek przeciwko COVID-19 w kontekście odpowiedzialności prawnej*”);
- 30) Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „*Medycyna sądowa i nauki pokrewne w postępowaniu prokuratorskim*”, Wrocław, 27-28 maj 2021r. (udział bierny);
- 31) V Warmińska Konferencja Nauk Penalnych „*In dubio pro humanitate*”, Olsztyn, 28 października 2021r., (referat „*Kradzież zwłok ludzkich – aspekty karno-medyczne*”);

- 32) członek Komitetu Naukowego oraz Komitetu Organizacyjnego Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „*Przestępstwa i nieprawidłowości wyborcze*” organizowanej na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie w dniu 12 maja 2015r.,
- 33) członek Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowej Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowej „*Wyzwania współczesnego prawa wyborczego*” - edycja III, organizowanej na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w dniu 12 czerwca 2015r., moderator IV Panelu Dyskusyjnego - „Wybory ucziwe”;
- 34) członek Komitetu Naukowego Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „*Horyzonty nienawiści. Zmora współczesnego świata*”, Olsztyn, 8 maja 2019r.;
- 35) współpracownik przy organizacji w dniach 9-10 maja 2014r. toruńskiej kurso-konferencji organizowanej przez International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG), European Association of Perinatal, Medicine i Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego dla lekarzy z Polski i innych państw europejskich pt. „*Maternal - Fetal Hemodynamics*”, odpowiedzialność za aspekty prawno-organizacyjne związane z wydarzeniem;
- 36) współpracownik przy organizacji w dniach 14-16 maja 2015r. toruńskiej kurso-konferencji organizowanej przez International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG), European Association of Perinatal Medicine i Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego dla lekarzy z Polski i innych państw europejskich pt. „*Ultrasound and Clinical Decisions*”, odpowiedzialność za aspekty prawno-organizacyjne;
- 37) *International Round Table*, Užohrod (Ukraina) - 21 kwietnia 2023r., udział w panelu dyskusyjnym;
- 38) XV Ogólnoukraińska Konfrencja Naukowa „*Tendencje rozwoju ekonomiki Ukrainy w czasie wojny*”, Czerkaski Narodowy Biznes College - Obwodowa Administracja Państwowa; Ministerstwo Oświaty Ukrainy 19-20 kwietnia 2023r. (referat: *Economic freedom and the essence of the ban on advertising the pharmacy and pharmaceutical services*)

- 39) Międzynarodowa Konferencja Naukowa „*Prawo i sport w nowoczesnym społeczeństwie- medyczne, etyczne, ekonomiczne i kulturowe aspekty*”, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, 5-7 maja 2023r. (referat: *Biegły z zakresu medycyny w sprawach sądowych dotyczących uprawiania sportu*);
- 40) IV Zebranie Naukowe „*Transseksualizm jako problem prawny, medyczny i społeczny*”, 10 maja 2023r., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (udział bierny);
- 41) *International Round Table*, Użohrod (Ukraina); 11 maja 2023r. - udział w panelu dyskusyjnym;
- 42) Ogólnoukraińska Konferencja Naukowa „*Działalność organów władzy publicznej Ukrainy w czasie wojny - w poszukiwaniu optymalnych problemów*”, Czerkaski Instytut Służby Pożarniczej im. Bohaterów Czarnobyla; 12 maja 2023r. (udział bierny);
- 43) Konferencja on-line „*Epidemie XXI wieku*” pod patronatem Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK, Sekcji Pielęgniarstwa Kardiologicznego i Pokrewnych Zawodów Medycznych PTK oraz Oddziału Bydgoskiego PTK, 20 maja 2023r. (udział bierny).

## **2. Udział w komitetach redakcyjnych czasopism. Funkcje recenzenta**

- 1) Zastępca Redaktora Naczelnego kwartalnika „Wojskowy Przegląd Prawniczy” (2022-2023)
- 2) Członek Komitetu Redakcyjnego kwartalnika „Wojskowy Przegląd Prawniczy” (2022-2023)
- 3) stały recenzent kwartalnika „Wojskowy Przegląd Prawniczy” (ok. 20 recenzji)
- 4) stały recenzent miesięcznika „Prokuratura i Prawo” (ok. 50 recenzji)
- 5) Zastępca Przewodniczącego Rady Naukowej miesięcznika „Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych”
- 6) recenzent kwartalnika „Kortowski Przegląd Prawniczy” (Wydawnictwo: UWM) (ok. 15 recenzji)
- 7) recenzent kwartalnika „Przedsiębiorstwo i Prawo” (Wydawnictwo: Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości im. Księcia Kazimierza Kujawskiego w Inowrocławiu) (ok. 15 recenzji)
- 8) recenzent kwartalnika „Humanities and Social Science” (Wydawnictwo: Politechnika Rzeszowska) (5 recenzji)

- 9) recenzent półrocznika „Sztuka leczenia. Art of Healing” (Wydawnictwo: Collegium Medicum UJ w Krakowie) (1 recenzja)

### **3. Działalność dydaktyczna. Popularyzacja nauki.**

W latach 2013-2022, w ramach działalności dydaktycznej, przygotowywałem programy wykładów z przedmiotów, których prowadzenie mi powierzono, jak również nadzorowałem - pod kierunkiem Pana Prof. zw dr hab. Bogusława Sygita, kierownika Katedry Podstaw Prawa Medycznego - właściwą realizację ww. programów. Wśród przedmiotów realizowanych przeze mnie na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Wydziale Lekarskim oraz Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy wskazać należy w szczególności: „Prawo medyczne”, „Prawo”, „Propedeutyka prawa”, „Prawa pacjenta”, „Prawo i prawo żywnościowe”, „Prawo zdrowia publicznego”, „Zarządzanie kryzysowe w zdrowiu publicznym. Podstawy prawne działań w sytuacjach kryzysowych”, „Regulacje prawne w kosmetologii w krajach europejskich”, „Nowe prawo medyczne”, „Przygotowanie do LEK-u: bioetyka, prawo medyczne, zdrowie publiczne i orzecznictwo”, „Prawne podstawy bezpieczeństwa państwa i obywateli”, „Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne”, „Ubezpieczenia zdrowotne i pielęgnacyjne”, „Zagadnienia prawno-organizacyjne prowadzenia działalności gospodarczej”, „Prawo w praktyce pielęgnarskiej”, „Prawo w praktyce położniczej”, „Odpowiedzialność prawna w fizjoterapii”, „Absolwent na rynku pracy” oraz „Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych”. Od kwietnia 2014r. jestem kierownikiem dydaktycznym przedmiotów „Ochrona własności intelektualnej”, „Ochrona własności przemysłowej”, „Prawne aspekty badań klinicznych” oraz „Prawne zagadnienia obrotu wyrobami medycznymi”, prowadzonych na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy dla studentów kierunku biotechnologia medyczna. Opracowywałem również m.in. sylabusy do ww. przedmiotów na potrzeby akredytacji prowadzonej w Wydziale Nauk o Zdrowiu i Wydziale Lekarskim. W latach 2013-2022 byłem też recenzentem 17 oraz promotorem 37 prac magisterskich i licencjackich studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy.

Od 2015r. na wniosek Katedry i Zakładu Lekarza Rodzinnego Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy prowadzę kursy dotyczące prawa medycznego w ramach specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej. Kurs obejmuje corocznie 24

godziny dydaktyczne poświęcone takim zagadnieniom, jak zasady sprawowania opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zasady wykonywania działalności leczniczej i zasady wykonywania zawodu lekarza, zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zasady wypisywania recept na leki oraz zleceń na wyroby medyczne, zasady działania samorządu lekarskiego, a także odpowiedzialność prawna lekarza - cywilna i karna.

W dniach 16 czerwca – 18 czerwca 2021r. współprowadziłem kurs specjalizacyjny dla lekarzy wszystkich specjalności zlecony Katedrze Podstaw Prawa Medycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Prowadzone wykłady dotyczyły ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz uregulowań szczególnych dotyczących postępowania lekarza określonego w przepisach o przeciwdziałaniu i leczeniu uzależnień.

W dniu 13 listopada 2015r. uchwałą Rady Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie w sprawie wszczęcia przewodu doktorskiego i wyznaczenia promotora oraz dodatkowych egzaminów uzupełniających, zostałem wyznaczony na promotora pomocniczego w przewodzie doktorskim mgr Roberta Wróblewskiego (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy). Jako temat rozprawy doktorskiej wskazano *Bezpieczeństwo głosowania elektronicznego w wyborach powszechnych. Studium z zakresu profilaktyki kryminalistycznej*.

W 2012r. prowadziłem zajęcia dla aplikantów radcowskich III roku Okręgowej Izby Radców Prawnych w Olsztynie skierowanych na praktyki do Wydziału Polityki Społecznej Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie.

Na podstawie zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 czerwca 2018r. w sprawie powołania komisji egzaminacyjnej do przeprowadzenia egzaminu prokuratorskiego w 2018 roku (Dz. Urz. MS z 2018, poz. 196) zostałem powołany do składu Komisji egzaminacyjnej jako specjalista z zakresu postępowania karnego, postępowania w sprawach o wykroczenia, postępowania karnego skarbowego, postępowania w sprawach nieletnich oraz prawa karnego wykonawczego. Ponownie do składu Komisji zostałem powołany na mocy zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 czerwca 2019r. w sprawie powołania komisji egzaminacyjnej do przeprowadzenia egzaminu prokuratorskiego w 2019 roku (Dz. Urz. MS z 2019r., poz. 133).

W zakresie działalności popularyzatorskiej wskazuję w szczególności na udział w XVI Edycji cyklu wykładów popularnonaukowych „Medyczna Środa”, organizowanych na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu - Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. W dniu 7 stycznia 2015r. w ramach ww. spotkań wygłosiłem wykład zatytułowany „Medycyna w służbie wymiaru sprawiedliwości”. Następnie na prośbę Redakcji „Wiadomości Akademickich” - Pisma Collegium Medicum im. L. Rydygiera. w Bydgoszczy najważniejsze



wnioski wykładu zostały opublikowane w formie artykułu „Medycyna w służbie prawa” (Nr 58/czerwiec 2015r., s. 25-26).

W dniu 8 grudnia 2022r. przeprowadziłem wykład „*Prawnokarna ochrona członków zespołu ratownictwa medycznego*” dla studentów Sekcji Prawa Karnego, Procedury Karnej i Kryminalistyki KNSP KUL oraz Sekcji Prawa Medycznego i Farmaceutycznego KNSP KUL Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego w Lublinie.

Do działalności popularyzatorskiej zaliczam również trwającą od 2009r. współpracę z Redakcjami Pisma Samorządu Terytorialnego „Wspólnota” oraz miesięcznika „Pracownik Samorządowy”, w których do tej pory opublikowałem kilkadziesiąt artykułów, opinii i analiz dotyczących problematyki prawa karnego, prawa administracyjnego i prawa wyborczego, zmian stanu prawnego w tym zakresie, a także pojawiających się w praktyce wątpliwości co do wykładni wspomnianych przepisów.

#### **4. Wykonanie ekspertyz lub innych opracowań na zamówienie organów władzy publicznej, samorządu terytorialnego, podmiotów realizujących zadania publiczne lub przedsiębiorców**

Od stycznia 2015r. do stycznia 2017r. byłem **członkiem Komisji ds. Etyki przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy z Kliniką Medycyny Matczyno-Płodowej, Ginekologii i Neonatologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy**. W ramach prac Komisji rozwiązywane były bieżące problemy oraz wątpliwości etyczne i prawne związane w szczególności z udzielaniem pacjentom świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa, neonatologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii, dopuszczalności prowadzenia badań klinicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ww. Szpitalu, respektowania praw pacjenta, postępowania ze zwłokami zmarłych pacjentów, a także sprawy szczególne włączane do porządku obrad Komisji, a wynikające z zapytań, wniosków i skarg lekarzy, pacjentów i ich rodzin.

Od stycznia 2015r. do stycznia 2017r. byłem **doradcą w Zespole ds Dokumentacji Medycznej Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy z Kliniką Medycyny Matczyno-Płodowej, Ginekologii i Neonatologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy**. W ramach powierzonych mi obowiązków opiniowałem pod względem formalno-prawnym wzorce dokumentów przygotowywanych przez członków Zespołu, takich jak np. historie choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego, okołooperacyjna karta kontrolna, zgody na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, dokumenty

sekcyjne czy oświadczenia pacjentów o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu, przygotowywałem opinie prawne na temat prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, organom wymiaru sprawiedliwości, organom administracji publicznej oraz innym podmiotom (np. przedstawicielom zakładów ubezpieczeń reprezentujących pacjentów oraz jednostkom naukowo-badawczym), zasad przechowywania dokumentacji medycznej (w szczególności preparatów do badań histopatologicznych), przestrzegania tajemnicy medycznej oraz dopuszczalności udostępniania tzw. wrażliwych danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej na podstawie art. 27 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r., poz. 2135 z późn. zm.).

W dniu 28 lutego 2019r., na wniosek Epidemiologicznego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego przeprowadziłem wykład dla uczestników Konferencji szkoleniowej w ramach **Komisji Pielęgniarek Epidemiologicznych województwa łódzkiego** pt. „*Odpowiedzialność prawna personelu medycznego za zdarzenia związane z zakażeniami szpitalnymi*”.

W dniu 29 marca 2019r. w Bydgoszczy na polecenie Prokuratora Regionalnego w Gdańsku przeprowadziłem szkolenie dla prokuratorów **Prokuratury Okręgowej w Bydgoszczy** z zakresu „*Metodyka prowadzenia postępowania dowodowego w sprawach karnych dotyczących błędów medycznych*”.

W dniu 16 września 2021r. przeprowadziłem wykład „*Metodyka przesłuchania świadków w sprawach karnych dotyczących błędów medycznych*” w ramach szkolenia w Centralnym Ośrodku Szkoleniowym Służby Więziennej w Kulach przeprowadzonego przez **Departament do Spraw Wojskowych Prokuratury Krajowej w Warszawie**.

## **5.     Udział w projektach badawczych i naukowych**

W latach 2019-2021 brałem udział w projekcie badawczym „*Polska Encyklopedia Nauki – Encyklopedyzacja nauki polskiej jako bodziec i miernik rozwoju nauki – etap I*”, w ramach Programu DIALOG, finansowanego ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Mój udział w projekcie sprowadzał się do opracowywania haseł do publikacji: B. Hołyst (red. nacz.), R. Hauser (z-ca red. nacz.), *Wielka Encyklopedia Prawa*, P. Hofmański, P. Kruszyński, B. Sygit (red. nauk.), *Tom XXI, Prawo karne procesowe*, Wydawnictwo Ubi Societas, Ibi Ius, Warszawa 2021, ISBN 978-83-64-556-20-3, ss. 403. Brałem również udział w pracach redakcyjnych przy ww. publikacji (informacja w stopce redakcyjnej książki – skan załączam w folderze z publikacjami naukowymi).