

DARIUSZ ZAWADZKI

ORCID: 0000-0003-4560-0440

KONRAD DYDA

ORCID: 0000-0002-2061-7839

AGNIESZKA CŁASTKOWSKA

ORCID: 0000-0003-3469-6766

Prawnomedyczne problemy segregacji medycznej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

DOI: 10.70537/ND06TJ57

Streszczenie

Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR) zostały powołane do niesienia pomocy medycznej pacjentom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. W chwili przybycia pacjenta do SOR wykonywany jest triaż, tj. segregacja medyczna. Może być ona wykonana przez lekarza systemu, ratownika medycznego lub pielęgniarkę systemu. Polega ona na zebraniu wywiadu medycznego oraz danych dotyczących parametrów życiowych, gdzie na podstawie tych dwóch kryteriów klasyfikuje się pacjenta do jednej z pięciu grup pilności kontaktu z lekarzem. Z całym systemem wiąże się odpowiedzialność osoby wykonującej segregację medyczną. Prawidłowe wykonanie segregacji medycznej nie tylko jest ważne z punktu widzenia medycznego, ale również minimalizuje popełnienie błędu, choć nie wyklucza go całkowicie.

Słowa kluczowe: Szpitalny Oddział Ratunkowy, triaż, segregacja medyczna

Wprowadzenie

Celem artykułu jest analiza medycznych i prawnych aspektów prowadzenia procesu segregacji medycznej (triaż) pacjentów w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR), zwłaszcza w perspektywie cywilnej i karnej odpowiedzialności za błąd w sztuce medycznej popełniony przez dokonującego segregacji w SOR. W związku z tym badaniem poddano zarówno wytyczne o charakterze medycznym dotyczącym prowadzenia procedury triażu, jak i przepisy prawa – przede wszystkim kodeksu cywilnego oraz kodeksu karnego – normujące zasady ponoszenia odpowiedzialności za błąd w sztuce. Autorzy stoją na stanowisku, że procedura segregacji medycznej ma kluczowe znaczenie dla prawidłowości udzielenia świadczeń medycznych pacjentowi zgłaszającemu się na SOR. Błąd popełniony przez triażystę może stanowić błąd w sztuce medycznej, jeżeli rzeczywiście doprowadził do pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta bądź do wystąpienia stanu zagrożenia życia. Kluczową kwestią dla odpowiedzialności realizującego procedurę segregacji medycznej stanowi powstanie uszczerbku na zdrowiu, nie zaś samo w sobie niepoprawne przeprowadzenie triażu.

Tytułem wstępu warto zaznaczyć, że Szpitalne Oddziały Ratunkowe stanowią niezwykle istotny element systemu ratownictwa medycznego, a napływ pacjentów do SOR-ów nierzadko ma charakter nieprzewidywalny i warunkowany jest szeregiem różnych okoliczności – w tym czynnikami o charakterze pozamedycznym, jak nieprawidłowa organizacja ochrony zdrowia, powodująca np. trudności w uzyskaniu świadczenia medycznego u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dlatego nierzadko do SOR trafiają pacjenci w różnym stanie zdrowia, od przypadków niewymagających niezwłocznej pomocy medycznej po stanowiące bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia. Aby określić, czy pacjent przybył samodzielnie lub z zespołem ratownictwa medycznego (typu podstawowego, specjalistycznego czy lotniczego) znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uprzednio należy wykonać triaż. Procedura ta została wprowadzona celem ochrony zdrowia i życia pacjentów, by w sytuacji dużego napływu pacjentów nie przeoczyć stanów bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia.

Segregacja medyczna (triaż) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Zgodnie z definicją legalną zawartą w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹ segregacja medyczna to proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób (art. 3 pkt 14b). Natomiast Szpitalny Oddział Ratunkowy, zgodnie z tą samą ustawą, jest komórką organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu państwowego ratownictwa medycznego, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie (art. 3 pkt 9). Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego polega zaś na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3 pkt 8).

Bez względu na to, czy procedura medycznej segregacji pacjentów (triaż) prowadzona jest w zespołach ratownictwa medycznego, czy też w szpitalnych oddziałach ratunkowych, stanowi jedną z kluczowych czynności decydujących o jakości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich adekwatności do stanu zdrowia pacjenta. W wyniku segregacji, o czym bliżej w dalszej części tekstu, pacjent jest kwalifikowany do jednej z określonych kategorii, wyznaczających m.in. czas oczekiwania na kontakt z lekarzem. To z kolei warunkuje wdrożenie działań terapeutycznych. Jasne jest, że opóźnienia w tym obszarze – w stosunku do rzeczywistego stanu zdrowia pacjenta – generalnie w istotny sposób pogarszają rokowania. Biorąc pod uwagę znaczenie procedury triaż dla ochrony zdrowia i życia pacjentów, ustawodawca zdecydował się na jej unormowanie.

¹ Ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 652, dalej: ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym; u.o.PRM.

Aby jednak dobrze rozumieć regulacje odnoszące się do przeprowadzania segregacji medycznej, niezbędne jest przypomnienie kontekstu, w jakim jest ona prowadzona. Otóż Szpitalne Oddziały Ratunkowe – jak i cały system Państwowego Ratownictwa Medycznego – przeznaczone są na potrzeby pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wobec takich pacjentów SOR ma ustawowy obowiązek niezwłocznego udzielenia świadczeń zdrowotnych (art. 33 ust. 1 u.o.PRM). „Niezwłoczność” nie oznacza tu natychmiastowości, ale zrealizowanie niezbędnych świadczeń w pierwszym możliwym terminie, adekwatnym do stanu zdrowia pacjenta. Procedura triazu służy przede wszystkim określeniu tego czasu. Zresztą w realiach stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego czas zawsze odgrywa istotną rolę, a kondycja pacjenta nieraz ulega dynamicznym zmianom, które należy uwzględnić zarówno dokonując segregacji medycznej, jak i później, w przypadku ewentualnej ewolucji sytuacji zdrowotnej pacjenta.

W każdym razie pacjenci, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, winni być zaopatrywani w jednostkach podstawowej lub nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Nie zmienia to faktu, że prawidłowa identyfikacja stanu pacjenta wymaga zastosowania wiedzy ściśle medycznej. Najczęściej do objawów nagłego zagrożenia zdrowotnego zalicza się m.in. utratę przytomności, zaburzenie świadomości, nagły ostry ból brzucha, uporczywe wymioty bądź biegunkę, nasilone reakcje uczuleniowe, drgawki, agresję spowodowaną chorobą psychiczną, nagły, ostry ból w klatce piersiowej, duszność, zaburzenia rytmu serca. Warto przy tym zasygnalizować, że definicja legalna pojęcia nagłego pogorszenia stanu zdrowia nie precyzuje, co należy rozumieć przez „krótki czas”. W realiach klinicznych, biorąc pod uwagę zasoby aktualnej wiedzy medycznej, „krótki czas” może oznaczać również dobrze kilka minut, jak i kilka godzin, a nawet dni.

Skoro zasadniczym celem procedury segregacji medycznej pozostaje umożliwienie pacjentom pozostającym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skorzystania ze świadczeń zdrowotnych adekwatnych do ich stanu zdrowia, to triaż zawsze musi składać się z dwóch etapów: stwierdzenia, czy pacjent w ogóle znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz jak poważny jest to stan. Niestety doświadczenie pokazuje, że

nierzadko do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych zgłaszają się pacjenci wykazujący objawy, z którymi powinni zgłosić się do innych podmiotów leczniczych. Stan takich pacjentów po prostu nie jest nagłym zagrożeniem zdrowotnym. Jeżeli dokonujący segregacji medycznej stwierdzi taki przypadek, powinien wskazać pacjentowi podmiot leczniczy, z którego powinien on skorzystać, np. placówkę podstawowej opieki zdrowotnej czy nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarstwa. Tym samym prawidłowość przeprowadzenia procedury triażu warunkowana jest nie tylko posiadaniem odpowiedniej wiedzy medycznej, ale również informacji o organizacji systemu ochrony zdrowia. Wydaje się przy tym, iż informacje te powinny być stosunkowo dokładne – tak by triażysta był w stanie podać pacjentowi konkretny adres placówki medycznej, do której ten winien się zgłosić. Co prawda nie jest to obowiązek wynikający z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ale z pewnością zalicza się do dobrych praktyk, zwiększających jakość opieki nad pacjentem.

Ustawodawca zdecydował, że segregacja medyczna w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych może być prowadzona przez pielęgniarkę systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu (art. 33a ust. 1 u.o.PRM). Wykaz ten ma charakter zamknięty, a więc osoby niemające tak określonych kwalifikacji nie mogą segregować pacjentów w SOR-ach. Dokonujący segregacji medycznej kwalifikuje pacjenta do jednej z kategorii pięciostopniowej skali (art. 33a ust. 2 u.o.PRM).

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego² na procedurę segregacji medycznej składa się przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia pacjenta oraz zakwalifikowanie go do jednej z kategorii z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (§ 6 ust. 7). W ramach segregacji medycznej jest przy tym dodatkowo dokonywany w razie potrzeby pomiar poziomu glukozy we krwi włośniczkowej i temperatury ciała oraz badanie EKG (§ 6 ust. 8). Warto nadmienić, że rozporządzenie

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.06.2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 336.

szczegółowo określa również warunki techniczne i organizacyjne, jakim muszą odpowiadać pomieszczenia SOR-u, w których prowadzona jest segregacja medyczna. Przykładowo obszar segregacji medycznej musi znajdować się bezpośrednio przy wejściu dla pieszych oraz podejździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego oraz być zaprojektowany tak, aby jednocześnie można było prowadzić segregację co najmniej dwóch pacjentów (zob. § 6 ust. 1–6). Należy pamiętać, że uzyskiwane w trakcie prowadzenia wywiadu są dane wrażliwe, stąd niedopuszczalna jest sytuacja, w której – nawet w sposób niezamierzony – dostawałyby się one w posiadanie osób postronnych, przykładowo przebywających na korytarzu bądź w sąsiednim pomieszczeniu.

Zawsze w wyniku procedury segregacji medycznej pacjent musi zostać zakwalifikowany do jednej z pięciu kategorii oznaczonych specjalnym kolorem: kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem; kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut; kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut; kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut; kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut (§ 6 ust. 9). Triażysta ma obowiązek poinformować pacjenta lub towarzyszącą mu osobę o przydzielonej kategorii oraz związanym z nią czasie oczekiwania na kontakt z lekarzem (§ 6 ust. 10). Jednocześnie osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z oddziału do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Ustawodawca nie dopuszcza więc sytuacji, w której pacjent, zgłaszając się na SOR od razu, np. w rejestracji, zostanie odesłany do podmiotu podstawowej opieki zdrowotnej. Możliwe to jest dopiero po przeprowadzeniu procedury segregacji medycznej, a „odesłanie” pacjenta musi mieć charakter formalny.

Z medycznego punktu widzenia system triażu stosowany w Polsce to przeważnie Emergency Severity Index (ESI) oraz Manchester Triage System (MTS). Zarówno w jednym, jak i w drugim systemie funkcjonuje skala pięciostopniowa. Na przykład w skali ESI zalicza się kategorie: ESI 1 (kolor czerwony) – pomoc natychmiastowa. Pacjenci wymagający natychmiastowej

stabilizacji funkcji życiowych, którzy znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. W przypadku kodowania na ESI 1 kontakt z lekarzem musi nastąpić w trybie natychmiastowym. ESI 2 (kolor pomarańczowy) – pomoc bardzo pilna. Są to pacjenci zagrożeni wysokim ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia i wystąpienia w krótkim czasie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Czas oczekiwania na kontakt z lekarzem wynosi do 10 minut. ESI 3 (żółty) – pomoc pilna, gdzie czas oczekiwania na kontakt z lekarzem wynosi do 60 minut. ESI 4 i ESI 5 to pomoc odroczone, gdzie czas oczekiwania na kontakt z lekarzem w ESI 4 wynosi do 120 minut, a ESI 5 do 240 minut^{3,4}. Za wskazanie priorytetu udzielenia pomocy odpowiedzialna jest osoba dokonująca triażu (pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu). Należy podkreślić, że w praktyce lekarz systemu nie dokonuje triażu w chwili przybycia pacjenta do szpitala. Bez względu na system triażu każdy ma wspólny cel – dbałość o pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego⁵.

W każdym razie zasadniczą rolą osoby dokonującej segregacji medycznej jest nadanie pacjentowi właściwego priorytetu, zgodnego z jego stanem klinicznym. Stąd triaż należy uznać za rodzaj podmiotowego i przedmiotowego badania pacjenta. Nie ma więc wątpliwości, że triażysta powinien być przygotowany merytorycznie do realizacji segregacji medycznej, tzn. przede wszystkim posiadać odpowiednią wiedzę teoretyczną oraz doświadczenie i umiejętności praktyczne. W każdym systemie segregacji medycznej mogą występować dwie skrajne sytuacje. W pierwszej z nich triażysta nada pacjentowi wyższy priorytet, niż powinien, celem szybszego udzielenia pomocy, z drugiej zaś strony może dojść do przeszacowania decyzji i zostanie nadany niższy priorytet, niż powinien. Z punktu widzenia odpowiedzialności prawnej za błąd w sztuce popełniony przy segregacji medycznej druga z tych sytuacji ma o wiele donioślejszy charakter. W końcu zbyt długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego może doprowadzić do znacznego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

³ Tamże, poz. 2.

⁴ https://media.emscimprovement.center/documents/ESI_Handbook2125.pdf

⁵ Tamże poz. 3.

Dlatego należy postulować, aby osoby odpowiedzialne za pracę Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych powierzały zadania z zakresu segregacji medycznej jedynie doświadczonym członkom personelu, mającym stosowne uprawnienia. W przeciwnym razie powstaje wysokie ryzyko popełnienia błędu na poziomie segregacji medycznej, który może zostać uznany za błąd w sztuce medycznej, determinujący odpowiedzialność prawną po stronie medyka i jednostki, w której on pracuje. Nie ma wątpliwości, że triażysta nieraz musi podejmować trudne decyzje, wpływające na czas oczekiwania na kontakt z lekarzem, a więc w rzeczywistości na moment rozpoczęcia właściwego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Jak wiadomo zaś, w wielu sytuacjach klinicznych to właśnie upływ czasu odgrywa kluczową rolę. Stąd tak istotną rolę odgrywa stale podnoszenie kwalifikacji przez personel medyczny odpowiedzialny za segregację.

Biorąc pod uwagę realia, złożoność zagadnienia odpowiedzialności za błąd w sztuce triażysty wynika z tego, iż krzyżują się w nim z jednej strony prawa pacjenta oraz ogólne zasady odpowiedzialności cywilnej za spowodowanie szkody i/lub krzywdy, odpowiedzialności karnej i zawodowej z problematyką efektywnej organizacji systemu opieki zdrowotnej. W tym – zbudowania takiego systemu, w którym do szpitalnych oddziałów ratunkowych trafiają pacjenci faktycznie znajdujący się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a nie tacy, których problemy zdrowotne powinny zostać zaopatrzone w innej jednostce, np. w izbie przyjęć czy w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej bądź opieki nocnej i świątecznej.

Odpowiedzialność cywilnoprawna za błąd w przeprowadzeniu segregacji medycznej

Zgodnie z art. 415 k.c.⁶ kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Jest to przepis, w którym polski ustawodawca wprowadził ogólną zasadę odpowiedzialności deliktowej, opierającą się na zasadzie winy. Jej przesłankami są: popełnienie bezprawnego i zawinionego

⁶ Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1610, dalej: k.c.).

czynu (działania lub zaniechania); powstanie szkody; zaistnienie adekwatnego związku przyczynowego między czynem a powstałą szkodą. Upraszczając tę złożoną problematykę, należy zauważyć, że wina – co zgodnie się przyjmuje w doktrynie – na gruncie art. 415 k.c. jest rozumiana w sposób analogiczny do prawa karnego. Może więc ona przybrać postać winy umyślnej, czyli działania z zamiarem bezpośrednim lub ewentualnym, bądź winy nieumyślnej, która w prawie cywilnym polega na niezachowaniu należytej staranności. Natomiast bezprawność czynu wyraża się z jego sprzeczności nie tylko z normami prawnymi, ale również z normami moralnymi, wyznaczanymi przez zasady współżycia społecznego czy dobre obyczaje. Bezprawność ta ma więc charakter obiektywny⁷. W przypadku wykonywania świadczeń medycznych norm, ze względu na które należy oceniać bezprawność czynu, należy poszukiwać również we wskazaniach aktualnej wiedzy medycznej oraz deontologii poszczególnych zawodów medycznych. Ma to duże znaczenie zawsze, gdy analizuje się ewentualność popełnienia błędu w sztuce medycznej, determinującego odpowiedzialność na podstawie art. 415 k.c.

Błąd w sztuce medycznej to działanie lub zaniechanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną⁸, który może zostać popełniony zarówno w ramach procesu diagnostycznego, jak i terapeutycznego⁹. Niekiedy błędy medyczne są klasyfikowane ze względu na ich różne rodzaje, w tym np. błąd diagnostyczny, terapeutyczny, informacyjny czy organizacyjny¹⁰. Biorąc pod uwagę niedoskonałości systemu ochrony zdrowia, warto zwrócić uwagę na kategorię błędu organizacyjnego, którego istotą jest powstanie uszczerbku na dobrach pacjenta nie w wyniku nieprawidłowej

⁷ Zob. np. L. Jantowski, *Objaśnienia do art. 415 Kodeksu cywilnego*, w: *Kodeks cywilny. Komentarz aktualizowany*, red. M. Bałwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, LEX/el. 2024; J. Ciecchorski, *Odpowiedzialność szpitala psychiatrycznego za śmierć pacjenta w wyniku samobójstwa w świetle orzecznictwa*, „Prawo i Medycyna” 4/2016, s. 31–48; P. Machnikowski, *Czyny niedozwolone*, [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 6, *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. A. Olejniczak, Warszawa 2018, s. 408.

⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 22.12.2014 r., sygn. akt I ACa 903/14, LEX nr 1659104.

⁹ Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z 19.05.2021 r., sygn. akt II C 804/19, LEX nr 3226291.

¹⁰ K. Bargiel, M. Sulkowski, *Błąd medyczny – termin, rodzaje, podstawa prawna*, „Sztuka Leczenia” 2/2023, s. 50.

diagnostyki i terapii, ale skutek złej organizacji pracy personelu medycznego¹¹. Klasycznym przykładem tego rodzaju błędu może być nieadekwatna obsada personalna oddziału czy delegowanie do wykonywania poszczególnych czynności pracowników niemających odpowiedniego doświadczenia. W interesującym nas zakresie błąd organizacyjny mógłby przybrać postać niezapewnienia właściwej liczby osób wykonujących segregację medyczną bądź powierzenie tych czynności pracownikom na początkowym etapie kariery zawodowej.

Nie należy zapominać, że błędem w sztuce nie jest wystąpienie powikłania¹², które jest opisywane w literaturze medycznej dotyczącej procedury zastosowanej wobec pacjenta. Powikłanie właściwie zawsze jest wkalkulowane w ryzyko związane z przeprowadzaniem danej procedury medycznej, z którym powinien liczyć się pacjent. Oczywiście nie oznacza to, że wystąpienie powikłania zawsze wyklucza stwierdzenie popełnienia błędu w sztuce. Gdyby okazało się, że powikłanie wyniknęło z nieprawidłowego postępowania członka personelu medycznego, np. jego nieuwagi, pomyłki czy niezręczności¹³, to jak najbardziej istnieją podstawy do tego, aby rozważyć możliwość wystąpienia błędu w sztuce. Z tego względu stwierdzenie powikłania nie jest okolicznością wyłączającą odpowiedzialność prawną za błąd w sztuce medycznej.

Członkowie personelu medycznego odpowiadają za swoje błędy – mogące przybrać postać działania lub zaniechania – na zasadzie winy, a nie ryzyka¹⁴. Oznacza to, że odpowiedzialność za popełnienie błędu w sztuce medycznej może zostać przypisana medykowi tylko wówczas, gdy wykazano mu obiektywną i subiektywną niewłaściwość postępowania. Pierwsza z nich wiąże się z naruszeniem reguł wynikających z aktualnej wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii. Druga natomiast odnosi się do naruszenia wzorca staranności zawodowej.

¹¹ I. Kunert, *Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzn. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej*, „Prokuratura i Prawo” 7–8/2019, s. 169.

¹² Wyrok SN z 19.06.2019 r., sygn. akt II CSK 279/18, LEX nr 2684149.

¹³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 9.03.2016 r., sygn. akt I ACa 817/15, LEX nr 2016283.

¹⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 21.01.2016 r., sygn. akt VI ACa 322/15, LEX nr 2004480.

W istocie błąd w sztuce najczęściej wyczerpuje się już w obiektywnym elemencie winy¹⁵.

Kluczową kwestią w sprawach dotyczących cywilnoprawnej odpowiedzialności personelu medycznego za błąd w sztuce zawsze pozostaje ustalenie zaistnienia związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem mającym stanowić błąd a szkodą poniesioną przez pacjenta w postaci utraty zdrowia lub życia, z którym nierzadko łączy się również powstanie krzywdy. Najczęściej niemożliwe jest ustalenie takiego związku w sposób pewny, niebudzący żadnych wątpliwości. Stąd w orzecznictwie przyjmuje się, iż wystarczające jest ustalenie istnienia takiego związku z wysokim stopniem prawdopodobieństwa¹⁶. Zresztą proces chorobowy często ma charakter dynamiczny, dlatego w realiach spraw o błąd w sztuce normalne następstwo nie jest wykładane jako następstwo konieczne¹⁷, które nierzadko jest po prostu nieosiągalne.

„Adekwatność” związku przyczynowego między przyczyną a skutkiem zachodzi wtedy, gdy pomiędzy kolejnymi zdarzeniami składającymi się na stan faktyczny sprawy zachodzą obiektywne powiązania. Chodzi tu o przypadki, w których dany fakt, uznany za przyczynę, stanowi konieczny, niezbędny warunek wystąpienia skutku – czyli okoliczność, bez zaistnienia której skutek by nie wystąpił¹⁸. W omawianym zakresie może nim być podjęcie błędnej decyzji co do klasyfikacji pacjenta w ramach procedury triażu, co powoduje zbyt długi czas oczekiwania na rozpoczęcie diagnostyki i leczenie, a w konsekwencji – zmniejszenie jego szans na pełny powrót do zdrowia bądź wydłużenie czasu rekonwalescencji.

Zasadniczo jasne jest, że zakwalifikowanie pacjenta do niewłaściwej grupy – a więc mówiąc kolokwialnie, oznaczenie go kolorem nieadekwatnym do jego stanu zdrowia bądź zmiana wcześniej przyjętej kwalifikacji – mogą doprowadzić do znacznej zwłoki w udzieleniu świadczeń medycznych. Jeżeli zaś taka zwłoka jest sprzeczna z wytycznymi

¹⁵ Wyrok SN z 18.01.2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.

¹⁶ Np. wyrok SN z 24.07.2020 r., sygn. akt I CSK 589/18, LEX nr 3146952.

¹⁷ Wyrok SN z 8.05.2014 r., sygn. akt V CSK 353/13, LEX nr 1466586.

¹⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 10.06.2019 r., sygn. akt I ACa 449/18, LEX nr 2852384.

wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej, to ma charakter bezprawny. Bezprawności tej nie uchylają takie okoliczności, jak udzielanie świadczeń medycznych w dzień uznany za ustawowo wolny od pracy, co może wiązać się ze zmniejszoną obsadą personelu oddziału, czy w czasie przekazywania zmiany¹⁹. Tego rodzaju okoliczności powinny być jednak brane pod uwagę w ocenie zachowania osoby dokonującej segregacji medycznej jako błędy organizacyjne, zwłaszcza w perspektywie podjętych przez nią działań lub zaniechań, które mogą okazać się następstwem obiektywnych okoliczności, na które realizujący triaż nie miał wpływu. Wówczas należałoby rozważyć obciążenie odpowiedzialnością odszkodowawczą wyłącznie podmiotu leczniczego. Problem ten staje się jeszcze bardziej skomplikowany na gruncie odpowiedzialności prawnokarnej za błędnie przeprowadzoną segregację medyczną w SOR.

Odpowiedzialność karna za błędnie przeprowadzony triaż

Z punktu widzenia odpowiedzialności karnej osób dokonujących segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych kluczowe znaczenie wydaje się mieć art. 160 k.k., typizujący przestępstwa związane z narażeniem człowieka na niebezpieczeństwo. Zresztą w ogóle jest to w praktyce jeden z najistotniejszych przepisów kodeksu karnego stosowany w sprawach dotyczących błędów w sztuce medycznej²⁰, co wynika przede wszystkim z faktu, że najczęstszą formą błędu medycznego jest zaniechanie właściwego udzielenia pomocy pacjentowi²¹. Odpowiedzial-

¹⁹ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 19.03.2021 r., sygn. akt V ACa 518/19, LEX nr 3248322.

²⁰ I. Zgoliński, *Analiza prawno-historyczna występków narażenia człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w świetle odpowiedzialności karnej za błąd w sztuce medycznej*, „Studia z Zakresu Nauk Prawnoustrojowych” 3/2013, s. 146.

²¹ R. Szostak, M. Kozak, *Odpowiedzialność karna lekarzy za błędy w sztuce medycznej*, „Studia Prawnoustrojowe” 23/2014, s. 128; por. J. Brzozowska, *Odpowiedzialność karna położnej za przestępstwo stypizowane w art. 160 § 2 k.k.*, „Prokuratura i Prawo” 1/2021, s. 69; B. Sygit, D. Wąsik, *Stwierdzenie zgonu osoby żyjącej jako przykład błędu w sztuce lekarskiej – perspektywa prawnokarne i prawnomedyczna*, „Prokuratura i Prawo” 7–8/2022, s. 155.

ność karna za błąd w sztuce medycznej – choć sama zasadność stosowania tego pojęcia na gruncie prawnokarnym bywa kwestionowana w doktrynie – wiąże się ze stwierdzeniem wypełnienia przez medyka znamion (oczywiście przy założeniu spełnienia pozostałych przesłanek odpowiedzialności karnej) przestępstw skutkowych, charakteryzujących się nieumyślnością. Rezultatem przestępnego działania lub zaniechania pozostaje tu doprowadzenie do powstania negatywnych następstw dla zdrowia lub życia pacjenta. W tym ujęciu medyk odpowiada za skutek²².

Zgodnie z art. 160 § 1 k.k., kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli jednak na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega on karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (art. 160 § 2 k.k.). W przypadku sprawstwa w warunkach nieumyślności sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 160 § 3 k.k.).

Dobrem chronionym na mocy art. 160 k.k. jest życie i zdrowie człowieka. Stąd osoby, na których ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlegają surowszej odpowiedzialności karnej. W doktrynie przyjmuje się, że chodzi tu o osoby zobowiązane do sprawowania nad kimś pieczy. Źródłem takiego zobowiązania mogą być przepisy prawa i stosunki prawne łączące sprawcę z ofiarą, umowa, orzeczenie sądu czy czynności faktyczne²³. Nie ma wątpliwości, że medyk realizujący triaż – podobnie jak każdy przedstawiciel personelu medycznego zajmujący się pacjentem lub mający obowiązek podejmować działania adekwatne do pojawiających się zagrożeń zdrowia i życia – jest zobowiązany do opieki nad osobą znajdującą się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia.

²² A. Dąbek, *Rozważania nad przydatnością pojęcia błędu medycznego dla ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza za negatywne skutki dla zdrowia i życia pacjenta powstałe w procesie leczenia na gruncie polskiej literatury i orzecznictwa*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Iuridica” 77 (2016), s. 85–86.

²³ A. Błachnio, *Objaśnienia do art. 160 Kodeksu karnego*, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. J. Majewski, Warszawa 2024, pkt. 3.

Przestępstwo, o które chodzi, może zostać popełnione zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie. Ma ono charakter materialny, a do jego znamion należy skutek w postaci niebezpieczeństwa, na które zostało narażone życie i zdrowie człowieka. Co istotne, wypełnieniem znamion czynu zabronionego może być także zwiększenie stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które wystąpiło wcześniej. W takich wypadkach przypisanie odpowiedzialności karnej może nastąpić tylko wówczas, gdy oskarżonemu zostanie dowiedzione, że gdyby zachował się inaczej, zgodnie z treścią ciążącego na nim obowiązku, to zapobiegłby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia narażenia²⁴.

W praktyce większość spraw o charakterze medycznym dotyczących oskarżeń z art. 160 k.k. tyczy się lekarzy specjalizujących się w ginekologii i położnictwie, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, chirurgów oraz medyków pracujących w zespołach ratownictwa medycznego i w SOR-ach. W dwóch ostatnich grupach zarzuty dotyczą m.in. nieprzywiezienia do szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymagał hospitalizacji; przetransportowania pacjenta do szpitala nieadekwatnego do jego potrzeb zdrowotnych; nieudzielenia pomocy na miejscu zdarzenia lub w trakcie transportu do szpitala; niezrealizowania lub nieprawidłowego zrealizowania zlecenia lekarskiego (np. podanie błędnej dawki leku, pomylenie pacjentów) czy właśnie nieprawidłowego dokonania triażu na SOR-ze²⁵.

Podobnie jak w przypadku odpowiedzialności cywilnoprawnej, również na gruncie art. 160 k.k. dokonanie błędnej segregacji medycznej może zostać uznane za błąd w sztuce, wypełniający znamiona czynów zabronionych stypizowanych w tym przepisie²⁶. Oczywiście odpowiedzialność karną można ponieść nie za sam błąd w przeprowadzeniu

²⁴ Zob. M. Budyn-Kulik, *Objaśnienia do art. 160 Kodeksu karnego*, w: *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, red. M. Mozgawa, LEX/el. 2024, pkt 2.

²⁵ Zob. R. Tyimiński, *Art. 160 Kodeksu karnego. Narażenie na niebezpieczeństwo*, w: P. Daniluk, M. Dmucha, A. Jaskuła, R. Kubiak, O. Luty, A. Malicka-Ochtera, M. Szeroczyńska, R. Tyimiński, *Kodeks karny. Przepisy stosowane w sprawach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2023; D. Wąsik, *Błędy i uchybienia w ratownictwie medycznym – wybrane uwagi prawnokarne i prawnomedyczne*, „Prokuratura i Prawo” 4/2021, s. 37.

²⁶ Wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z 21.06.2022 r., sygn. akt IV Ka 267/22, LEX nr 3364538.

procedury segregacji medycznej, ale dopiero w przypadku, gdy błąd ten doprowadził do sprowadzenia na pacjenta bezpośredniego zagrożenia dla jego życia i zdrowia.

Należy jednocześnie podkreślić, że ustawodawca w kodeksie karnym wyraźnie dąży do indywidualizacji odpowiedzialności karnej, stąd rozstrzygając o winie za popełnienie przestępstwa, zawsze należy ustalić jego sprawcę. W realiach spraw o błąd w sztuce medycznej nie zawsze jest to proste zadanie, przede wszystkim ze względu na fakt, że diagnostyka i terapia prawie zawsze są działaniami zespołowymi. Problem ten szczególnie uwidocznia się w pracy Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, gdzie przeważnie pacjentem zajmuje się zespół profesjonalistów reprezentujących różne zawody medyczne. Dokonujący segregacji medycznej w ramach SOR jest jedynie pierwszym ogniwem w procesie opieki nad pacjentem zgłaszającym się na SOR – czyli pierwszą osobą w zespole medycznym.

Idąc za R. Tymińskim, należy przyjąć, że zespół ratownictwa medycznego może zostać zdefiniowany jako grupa osób wykonujących zawody medyczne, wspólnie uczestniczących w procesie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych lub czynności z nich wynikających. Skład zespołów medycznych może być zróżnicowany, znaczne różnice mogą zachodzić także pomiędzy członkami takiego zespołu – od ich równorzędności aż po podporządkowanie. Dotychczas ani w ustawodawstwie, ani w doktrynie czy orzecznictwie nie wypracowano jednolitej koncepcji odpowiedzialności członków zespołu medycznego²⁷. Abstrahując od tych problemów, należy przyjąć, że dokonujący triażu zawsze odpowiada za własne działanie lub zaniechanie. Nie ponosi odpowiedzialności za dalsze postępowanie z pacjentem, chyba że miał na nie wpływ lub uczestniczył w kolejnych etapach procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Nie zmienia to faktu, że dokonanie błędnej segregacji medycznej może zaważyć na losie pacjenta, a w tym nawet na utracie przez niego zdrowia lub życia. Aby jednak triażysta mógł ponieść odpowiedzialność karną,

²⁷ Zob. R. Tymiński, *Odpowiedzialność karna za działania w zespole medycznym*, „Przegląd Sądowy” 5/2021, s. 78–80, 89–91.

konieczne jest udowodnienie mu, iż jest bezpośrednio odpowiedzialny za powstanie negatywnych skutków dla zdrowia bądź życia pacjenta.

Wnioski

Segregacja medyczna to specyficzny przypadek podmiotowego i przedmiotowego badania pacjenta, który jest realizowany przez zespół ratownictwa medycznego bądź w ramach procedury wykonywanej przez uprawnioną osobę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Założeniem ustawodawcy – niestety często niesprawdzającym się w praktyce – jest, aby z pomocy zespołów ratownictwa medycznego lub SOR korzystały jedynie osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Właściwie zawsze w takich przypadkach istotną rolę dla rokowań pacjenta odgrywa czas, jaki upływa do momentu wdrożenia właściwych działań medycznych. Dlatego aby usprawnić pracę Szpitalnych Oddziałów Ratunków i zapewnić pacjentom dostęp do świadczeń medycznych w czasie adekwatnym do ich stanu zdrowia, przeprowadza się procedurę segregacji medycznej, której istotą pozostaje zakwalifikowanie pacjenta do właściwej kategorii „pilności”, wyrażonej za pomocą oznaczenia go kolorem. Dlatego na kolejność przyjęcia pacjentów na SOR nie wpływa – przykładowo – fakt przywiezienia pacjenta do szpitala przez zespół ratownictwa medycznego. Znaczenie ma tu jedynie wynik przeprowadzonego triażu i przypisanie odpowiedniej kategorii ESI. To od decyzji odpowiedzialnego za procedurę segregacji medycznej zależy, jak długo pacjent będzie oczekiwał na kontakt z lekarzem, co pozwoli na rozpoczęcie procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Poza tym to triażysta dokonuje oceny, na jaki obszar w SOR-ze ma zostać zakwalifikowany pacjent. Odpowiada także za ruch ambulansów w przypadku przybycia więcej niż jednego zespołu ratownictwa medycznego i decyduje o kolejności przyjmowania pacjentów do SOR-u. Zawsze decyzje podejmowane przez osobę odpowiedzialną za triaż mają kluczowe znaczenie dla pacjentów, stąd błędy popełnione w tym obszarze mogą stanowić błąd w sztuce medycznej, z którym wiąże się odpowiedzialność za gruncie prawa cywilnego i karnego. Jednocześnie ani przepisy kodeksu cywilnego,

ani kodeksu karnego nie dają podstaw do przypisania triażysty odpowiedzialności za sam błąd w przeprowadzeniu tej procedury. Kluczowe znaczenie zawsze ma wpływ, jaki ten błąd miał (lub nie miał) na stan zdrowia pacjenta. Przy tym takie okoliczności jak niewłaściwa organizacja pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego nie uchylają tej odpowiedzialności prawnej triażysty, a co najwyżej ją zmniejszają.

Bibliografia

- Bargiel K., Sulkowski M., *Błąd medyczny – termin, rodzaje, podstawa prawna*, „Sztuka Leczenia” 2/2023.
- Błachnio A., *Objaśnienia do art. 160 Kodeksu karnego*, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. J. Majewski, Warszawa 2024, pkt 3.
- Brzozowska J., *Odpowiedzialność karna położnej za przestępstwo stypizowane w art. 160 § 2 k.k.*, „Prokuratura i Prawo” 1/2021.
- Budyn-Kulik M., *Objaśnienia do art. 160 Kodeksu karnego*, [w:] *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, red. M. Mozgawa, LEX/el. 2024, pkt 2.
- Emergency Severity Index Handbook Fifth Edition*, Emergency Nurses Association (ENA), 2023, https://media.emscimprovement.center/documents/ESI_Handbook2125.pdf.
- Jantowski L., *Objaśnienia do art. 415 Kodeksu cywilnego*, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz aktualizowany*, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, LEX/el. 2024.
- Kunert I., *Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej*, „Prokuratura i Prawo” 7–8/2019.
- Rej-Kietla A., Kulpok-Bagiński T., Przybyłek E. i in., *Rola pielęgniarki w zakresie prowadzenia triage’u w SOR*, „Pielęgniarstwo w Stanach Nagłych” 3/2017.
- Sulej M., Puc P., *Segregacja medyczna w szpitalnym oddziale ratunkowym*, „Lekarz Wojskowy” 1/2015.
- Szostak R., Kozak M., *Odpowiedzialność karna lekarzy za błędy w sztuce medycznej*, „Studia Prawnoustrojowe” 23(2014).
- Tymiński R., *Art. 160 Kodeksu karnego. Narażenie na niebezpieczeństwo*, [w:] P. Daniluk, M. Dmuch, A. Jaskuła, R. Kubiak, O. Luty, A. Malicka-Ochtera, M. Szeroczyńska, R. Tymiński, *Kodeks karny. Przepisy stosowane w sprawach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2023.

Tymiński R., *Odpowiedzialność karna za działania w zespole medycznym*, „Przegląd Sądowy” 5/2021.

Zgoliński I., *Analiza prawno-historyczna występków narażenia człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w świetle odpowiedzialności karnej za błąd w sztuce medycznej*, „Studia z Zakresu Nauk Prawnoustrojowych” 3/2013.

Summary

Legal and medical problems of medical segregation in the Hospital Emergency Department

Hospital Emergency Departments (EDs) were established to provide medical assistance to patients in states of sudden health threats. When the patient arrives at the Emergency Department, triage is performed, i.e. medical triage. It can be performed by a system doctor, paramedic or system nurse. It involves collecting a medical history and vital parameters, and based on these two criteria, the patient is classified into one of five groups for the urgency of contacting a doctor. The entire system involves the responsibility of the person performing medical triage. Correctly performing medical triage is not only important from a medical point of view, but also minimizes errors, but does not completely exclude them.

Keywords: hospital emergency ward, triage, medical triage