Odpowiedzialność prawna i moralna lekarzy i lekarzy stomatologów z tytułu błędów medycznych

Legal and moral responsibility of physicians and dentists, stemming from medical errors

Anna Czapracka [1/], Jerzy T. Marcinkowski [2/], Tadeusz Kaczmarek [3/]

[1/] Krajowe Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury
[2/] Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej
[3/] Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy - Oddział w Pile

Streszczenie

W pracy omówiono rodzaje błędu medycznego, okoliczności jego powstawania oraz wiążącą się z nim odpowiedzialność prawną i moralną lekarza i lekarza dentysty. Zwrócono uwagę na konieczność profesjonalizacji ochrony ryzyka zawodowego lekarzy wobec coraz bardziej profesjonalnej ochrony prawnej pacjentów. Podkreślono, że to właśnie lekarskie korporacje zawodowe winny dążyć do opracowania optymalnych dla tej grupy zawodowej warunków ubezpieczenia, a właściwie skonstruowana umowa ubezpieczenia powinna przenieść konflikt pomiędzy lekarzem a pacjentem z poziomu osobistego konfliktu, na poziom profesjonalnego sporu, toczącego się przy udziale niezależnego autorytetu – lekarza zatrudnionego przez ubezpieczyciela. W konsekwencji, tak opracowane i sformułowane warunki umowy ubezpieczenia, powinny uwolnić lekarza od obaw o wysokość odszkodowania i kłopotów związanych z uciążliwością procedur sądowych.

Słowa kluczowe: *błąd medyczny, odpowiedzialność prawna i moralna lekarza, ubezpieczenie od odpowiedzialności prawnej*

Summary

The article focuses on types of medical error, circumstances of its origin, and the related legal and moral responsibility of physicians and dentists. Attention is drawn to the necessity of occupational risk protection of physicians becoming more professional, in the face of increasingly professional legal protection of patients. The view that professional corporations of physicians should themselves strive for developing optimal, for this specific walk of life category, insurance terms, is emphasised. A properly devised insurance contract should make a conflict between a physician and a patient a less personal one, and thereby take it into the professional domain where it can be settled, with the participation of an independent authority – a physician employed by the insurer. Elements of insurance contract, drawn up and formulated with this in mind, should eventually free the physician from worries about the extent of indemnity and inconveniences associated with burdensome court proceedings.

Key words: *medical error, legal and moral responsibility of physician, legal responsibility insurance*

© **Orzecznictwo Lekarskie 2008, 5(1): 53-57**

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 10.01.2008
Zakwalifikowano do druku: 15.02.2008

Adres do korespondencji / Address for correspondence
Anna Czapracka
Krajowe Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury
ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 47
00-347 Warszawa

Problem odpowiedzialności prawnej i moralnej lekarzy i lekarzy stomatologów z tytułu błędów medycznych [1], opisywanych w skargach wnoszonych do organów kontroli zawodowej i wymiaru sprawiedliwości, jest bardzo istotny społecznie.

Lekarze, dokonując systematyki skarg o błąd medyczny, często ograniczają się tylko do analiz danych statystycznych organów przyjmujących skargi i kategoryzują je odnosząc do organów, do którego zostały złożone. Zdarza się, że dokonują także szczegółowych analiz socjologicznych, ekonomicznych i psychologicznych uwarunkowań skarg pacjentów. Jednak zazwyczaj tym badaniom nie towarzyszy pogłębiona analiza prawnych podstaw odpowiedzialności lekarzy i dentystów za błąd medyczny. Jeśli opisuje się skargi na lekarzy i lekarzy stomatologów od strony faktograficznej, to celowe jest także wpisania ich w określone stany prawne [2]. Tymczasem dla oceny ryzyka zawodowego lekarzy i lekarzy stomatologów oraz możliwości jego obniżenia celowe jest dokonanie analizy prawnych podstaw odpowiedzialności. Tutaj duży wymiar praktyczny miało by nauczanie interprofesjonalne (*interprofessional education*) [3].

Autorzy opierają się o własny, bogaty materiał faktograficzny obejmujący wszystkie skargi, które trafiały do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzial-

ności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej od 1990 roku [4, 5]. Opisowi stanów faktycznych, będących źródłami niezadowolenia pacjentów, towarzyszyła analiza socjologiczna i psychologiczna. Badania poszerzono analizując szczegółowo skargi przeciwko lekarzom dentystom [2]. Dokonano kategoryzacji skarg pacjentów ze względu na adresatów tych skarg – organy kontroli zawodowej i służbowej, prokuratury i sądy powszechne, ze względu na etapy leczenia – leczenie zachowawcze, protetyczne, ortodontyczne i zabiegi chirurgiczne. Na tle dokładnie opisywanych stanów faktycznych przeanalizowano nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy, bardzo szeroko analizując socjologiczne tło skarg, odnosząc się nawet do płci obwinianych lekarzy i ich doświadczenia zawodowego. Obecnie, po tym szerokim, interdyscyplinarnym ujęciu problematyki skarg pacjentów przedstawiamy refleksje nad ryzykiem medycznym w pracy lekarza stomatologa w ujęciu prawno-ekonomicznym. Przecież w odniesieniu do pracy lekarzy stomatologów zarządzanie ryzykiem medycznym ma duże znaczenie ekonomiczne; usługi medyczne świadczone przez lekarzy stomatologów – z uwagi tak na zabiegowy charakter stomatologii, jak i walor estetyczny świadczonych usług – są dotknięte większym niż w przypadku innych gałęzi medycyny ryzykiem niepowodzenia i tym samym ryzykiem odpowiedzialności odszkodowawczej. Problemy związane z zarządzaniem ryzykiem w gabinetach i klinikach stomatologicznych, identyfikacja rodzajów ryzyka i uwzględnianie ryzyka przy poszukiwaniu alternatywnych rozwiązań oraz wypracowanie strategii zmierzających do ograniczania ryzyka wymagają prowadzenia interdyscyplinarnych badań nad prawnymi podstawami odpowiedzialności cywilnej, karnej i służbowej lekarzy, analizy charakteru umowy o świadczenie zdrowotne i wiążących się z tym konsekwencji prawnych i ekonomicznych.

Źródłami odpowiedzialności cywilnej [6] i karnej [7, 8], w zależności od rodzaju szkody jakiej doznał pacjent i rodzaju zaniedbań lekarza, są albo delikt – czyn niedozwolony, albo zarzut nieprawidłowego wykonania umowy. Dla lekarzy prowadzących działalność gospodarczą jako przedsiębiorcy, kluczowym problemem, o rosnącym znaczeniu ekonomicznym, jest ryzyko odpowiedzialności odszkodowawczej - tak spowodowanej zarzutami dopuszczenia się przez lekarzy czynów niedozwolonych, jak i spowodowanej zarzutami wadliwego wykonania świadczenia medycznego.

W doktrynie prawa cywilnego [6] wymienia się następujące przesłanki odpowiedzialności cywilnej lekarza za czyn niedozwolony (odpowiedzialność deliktowa): winę, szkodę oraz występujący między zawinionym postępowaniem lekarza a szkodą tzw. adekwatny związek przyczynowy. Wina obejmuje zarówno element obiektywny (bezprawność), czyli naruszenie reguł prawidłowego postępowania, jak również subiektywny (przypisywalność) w postaci np. niedbalstwa czy lekceważenia obowiązków.

Błąd medyczny jest powszechnie zaliczany do obiektywnych przesłanek zawinienia. Błędem medycznym nazywamy takie postępowanie, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej [1]. W piśmiennictwie podkreśla się jednak, że nie stanowi błędu medycznego tzw. „zwykłe" niedbalstwo, zachowanie polegające przykładowo na złym wykonaniu zastrzyku, zamianie leku czy jego nieprawidłowym przyrządzeniu, niewysterylizowaniu instrumentów, pozostawieniu ciała obcego w polu operacyjnym, przekroczeniu czasu naświetlania promieniami Roentgena, zaniechaniu wykonania badań pacjenta przyjętego do szpitala, pomyleniu pacjenta, transfuzji niewłaściwej grupowo krwi, itp. Niektóre z wymienionych wyżej zachowań nazywane są jednak czasami błędami technicznymi czy organizacyjnymi. W doktrynie prawa cywilnego błędy takie traktowane są jednak na płaszczyźnie naruszenia ogólnie obowiązujących reguł postępowania i wskazują na niestaranność lub niedbalstwo lekarza albo personelu pomocniczego. Pogląd ten przyjmuje także orzecznictwo, co znalazło wyraz m.in. w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 1967 r. Sąd Najwyższy stwierdził, że zaniechanie polegające na niezapewnieniu pacjentowi opieki wykwalifikowanego lekarza i pozostawienie po operacji w zeszytej ranie środków opatrunkowych nie może być potraktowane jako błąd w sztuce lekarskiej. Zdaniem Sądu, zaniedbanie takie należy ocenić jako niedopełnienie przez lekarzy obowiązku zachowania należytej staranności, co uzasadnia odpowiedzialność zakładu leczniczego.

Rodzaje błędów w sztuce medycznej

Biorąc pod uwagę kolejne etapy postępowania medycznego w doktrynie oraz orzecznictwie sądowym wyróżnia się następujące rodzaje błędów medycznych (lekarskich): błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny (leczniczy) oraz błąd rozpoznania (prognozy) [9].

a. Błąd diagnostyczny

Błąd diagnostyczny polega na postawieniu niewłaściwej diagnozy na skutek obiektywnie sprzecznego z zasadami obowiązującymi w medycynie postępowania lekarza. Błąd ten może przybierać

albo postać tzw. błędu pozytywnego, jeżeli lekarze rozpoznaje u pacjenta chorobę, podczas gdy jest on faktycznie zdrowy, albo – znacznie bardziej niebezpiecznego dla pacjenta – błędu negatywnego. Błąd negatywny zachodzi wtedy, gdy lekarze w ogóle nie rozpoznaje choroby albo rozpoznaje chorobę inną niż ta, na którą pacjent faktycznie cierpi. Najczęściej konsekwencje błędu diagnostycznego pojawiają się dopiero na etapie stosowania terapii, chyba że błąd powoduje zaniechanie podjęcia jakichkolwiek działań leczniczych. W każdym jednak wypadku przesłanką odpowiedzialności musi być wyrządzenie szkody.

Przyczyny błędnej diagnozy mogą być różne, przy czym pamiętać należy, że lekarz poniesie odpowiedzialność tylko wtedy, gdy nie dochował należytej staranności podczas czynności podjętych w celu postawienia właściwej diagnozy. Nie każde obiektywnie wadliwe rozpoznanie oznacza bowiem, że lekarze jest za nie odpowiedzialny. Dlatego też pomyłka na etapie stawiania diagnozy nie zawsze może być oceniana w kategoriach błędu lekarskiego. Czasami wadliwa diagnoza może być wynikiem niedostatecznej wiedzy na temat danego schorzenia i bezradności medycyny, która jest dopiero na etapie wstępnych badań albo rezultatem obiektywnego braku dostępu do najnowszej aparatury diagnostycznej, czy też pomyłki w laboratorium. Należy jednak podkreślić, że pominięcie badań koniecznych dla postawienia diagnozy i możliwych w danych warunkach do przeprowadzenia należy zawsze oceniać na płaszczyźnie błędu.

Reasumując zatem można wskazać następujące, najczęściej pojawiające się w praktyce przyczyny błędu diagnostycznego:

1. pominięcie w ramach wywiadu lekarskiego istotnych z punktu widzenia rozpoznania choroby pytań albo zaniechanie zlecenia odpowiednich badań specjalistycznych,
2. mylna ocena przesłanek wystarczających obiektywnie do postawienia trafnej diagnozy,
3. nieprzeprowadzenie alternatywnego postępowania zmierzającego do zweryfikowania wyników badań, o ile jest ono możliwe.

b. Błąd terapeutyczny

Błąd terapeutyczny zachodzi wtedy, gdy została wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia. Może mieć on charakter wtórny (wtedy gdy jest rezultatem błędnej diagnozy) albo pierwotny, gdy diagnoza została postawiona prawidłowo, ale lekarze podjął następnie niewłaściwe decyzje terapeutyczne. W ramach błędu terapeutycznego wyróżnia się często błąd operacyjny, który stanowi szczególną kategorię ze względu na charakter tego zabiegu.

c. Błąd rokowania (prognozy)

O odpowiedzialności za błędy tego rodzaju możemy mówić tylko wtedy, gdy prowadzą one do powstania szkody. Może to być szkoda, która powstaje np. w związku z wydaniem zaświadczenia o częściowej niezdolności do pracy, podczas gdy pacjent w ogóle nie powinien pracować, albo szkoda polegająca na załamaniu psychicznym chorego wskutek przedstawienia mu błędnych informacji na temat prognozowanego stanu zdrowia, co nie pozostaje bez znaczenia dla dalszego procesu leczenia. Ten rodzaj błędu nie jest jednak najczęściej rozpatrywany oddzielnie, lecz wiąże się go z błędem diagnostycznym.

Powstaje zatem pytanie o kryterium, w oparciu o które następuje wyodrębnienie takiego naruszenia obowiązującej lekarza staranności, które nazywamy błędem medycznym. Wydaje się, że kryterium to stanowi konieczność odwołania się do specjalistycznej wiedzy, co w praktyce oznacza, że w każdym takim wypadku musimy uzyskać opinię biegłego lekarza stwierdzającą obiektywną niewłaściwość postępowania. Dlatego też błędem medycznym nazywamy naruszenie obowiązujących w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki, reguł postępowania zawodowego. Tendencje zmierzające w kierunku pełnej obiektywizacji błędu widoczne są w związku z takim jego definiowaniem, które wyklucza odwoływanie się do reguł praktyki. Autorzy zajmujący takie stanowisko podkreślają, że nie jest błędem lekarskim zachowanie polegające na wadliwym wykonaniu zabiegu jako czynności technicznej. M. Nesterowicz [10], krytykując wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach, w którym sąd ten uznał za błąd medyczny wadliwe wykonanie znieczulenia przy operacji wyrostka robaczkowego (co doprowadziło w konsekwencji do trwałego uszkodzenia układu nerwowego), podkreśla, że nastąpiło w tym wypadku pomieszanie pojęcia niedbalstwa i nieumiejętności lekarza z pojęciem błędu medycznego.

Analizując ryzyko odpowiedzialności cywilnej w świetle skarg pacjentów opisanych w pracy doktorskiej Kingi Jakubowskiej [2] trzeba jednak stwierdzić, że najczęściej podstawą skarg na lekarzy dentystów jest niezadowolenie z jakości wykonanej przez lekarza usługi stomatologicznej.

Dla zminimalizowania ryzyka związanego z zarzutami niestarannego działania i wadliwego wywiązania się z usługi świadczenia medycznego niezbędna jest prawidłowa konstrukcja umowy o świadczenie usługi stomatologicznej i odpowiednie dla poziomu ryzyka lekarza stomatologa warunki ubezpieczenia od odpowiedzialności cywil-

nej. Prawidłowa komunikacja pomiędzy stronami umowy i współdecydowanie lekarza i pacjenta w podejmowaniu decyzji w procesie leczenia oraz odpowiednia umowa ubezpieczenia – powinny w przypadku różnicy zdań o efekcie leczenia – przenieść konflikt pomiędzy lekarzem a pacjentem z poziomu osobistego konfliktu na poziom profesjonalnego sporu, toczącego się przy udziale niezależnego autorytetu – lekarza zatrudnionego przez ubezpieczyciela, który winien ocenić jakość świadczonej usługi oraz staranność jej wykonania.

Trudno się nie zgodzić z tezą Jundziłł-Bieniek i Koczorowskiego o roszczeniowym charakterze polskiego społeczeństwa, zwłaszcza o psychologicznym tle skarg osób starszych, które oczekują od lekarza szczególnie dużo atencji i uwagi [11]. Ten jednak aspekt sprawy wymaga lepszej edukacji psychologicznej lekarzy i znajomości technik komunikacji między lekarzem a pacjentem, aby poprawić poziom satysfakcji z relacji pacjent-lekarz.

Tam jednak, gdzie ocena jakości świadczenia wykracza poza subiektywną ocenę pacjenta, a dotyczy trudnej kwestii odpowiedzialności za jakość usługi, pojawia się pytanie o charakter świadczenia zdrowotnego. Coraz częściej w literaturze medycznej i prawniczej pojawia się pogląd o usługowym charakterze świadczeń zdrowotnych, co więcej – przyjmuje się również czasem pogląd, że pacjent zawierając umowę o świadczenie usług w ramach prywatnej praktyki prowadzonej przez lekarza występuje w innej roli (roli konsumenta) niż w przypadku, gdy korzysta ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Bardzo interesujące rozważania dr Joanny Haberko [12] – w kwestii czy pacjent może być traktowany jako konsument i korzystać ze wzmożonej ochrony przewidzianej dla konsumenta – winny być przedmiotem wnikliwej analizy dla oceny poziomu ryzyka ekonomicznego lekarzy dentystów.

Pojawienie się grupy adwokatów specjalizujących się w sprawach medycznych jest efektem dojrzewania rynku usług prawniczych i jego odpowiedzi na popyt na usługi tego rodzaju. Dobrze nagłośnione medialnie procesy o odszkodowania, szczególnie o zakażenie wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C, podniosły świadomość prawną społeczeństwa [13]. Te okoliczności winny wpłynąć również na samoorganizację korporacji lekarskich i opracowanie takich warunków umów ubezpieczenia, aby te gwarantowały odpowiedni poziom ochrony. Profesjonalizacji ochrony prawnej pacjentów winien odpowiadać profesjonalny poziom ochrony ryzyka zawodowego lekarzy. Paradoksalne jest, że poziom ochrony prawnej lekarzy, po sprywatyzowaniu usług lekarzy medycyny i lekarzy stomatologów, jest niższy niż w okresie, gdy lekarze ci świadcząc usługi w zespołach opieki zdrowotnej korzystali z ochrony, jaka przysługuje funkcjonariuszom. Pozwanym w tej kategorii spraw był Skarb Państwa. Obecnie spór toczy się pomiędzy lekarzem a pacjentem, a pacjent często zastępowany jest przez profesjonalnego i dobrze przygotowanego do występowania przed sądami adwokata.

Warunki ubezpieczenia zdrowotnego są definiowane w sposób nieprecyzyjny, w szczególności do tej pory nie zdecydowano się na opracowanie koszyka świadczeń gwarantowanych. Rynek usług medycznych, głównie stomatologicznych, został sprywatyzowany, a poziom i dostępność tych usług bywają niskie, co jest efektem przeznaczania zbyt niskich nakładów na te usługi. Nieuchronnie muszą więc pojawiać się zjawiska niezadowolenia społecznego kierowane na osoby lekarzy, od których pacjenci dowiadują się o braku możliwości wykonania nieodpłatnie usługi, z powodu braku kontraktowania. Te obiektywne okoliczności będą powodować napięcia wynikające ze społecznego oczekiwania państwowej opieki medycznej. Adresatami ich powinni być jednak decydenci i politycy, którzy w kampaniach wyborczych obiecują dużo, a następnie rządząc nie realizują zapowiedzianych obietnic podniesienia nakładów i przeprowadzenia reform systemu opieki zdrowotnej. Świadomi tych napięć i niemożliwych do spełnienia oczekiwań lekarze winni dążyć do lepszej samoorganizacji, wzrostu świadomości prawnej przez włączenie do programów specjalizacyjnych zagadnień prawnych, a lekarskie korporacje zawodowe winny dążyć do opracowania optymalnych dla tej grupy zawodowej warunków ubezpieczenia i wynegocjowania najkorzystniejszych warunków dla objęcia jej ubezpieczeniem zbiorowym.

Należy też pamiętać, że odpowiedzialność cywilna za ograniczenie dostępności do leczenia i nieuzyskanie świadczenia w nowym systemie opieki zdrowotnej ciąży na Narodowym Funduszu Zdrowia i ma charakter kontraktowy (art. 471 i nast. K.c.) z tytułu niewykonania zobowiązań przy zbiegu z odpowiedzialnością deliktową (art. 415 i n. w zw. z art. 442 K.c.) gdy ubezpieczony doznał szkody na osobie w okolicznościach, za które Fundusz odpowiada.

Musimy sobie uświadomić, że prywatyzacji usług medycznych nie towarzyszyła kampania informacyjna o zasadach świadczenia usług przez prywatne gabinety i zasadach ich refundacji, a lekarzom nie towarzyszyła świadomość indywidu-

alnej odpowiedzialności cywilnej zarówno z kontraktu jak i z deliktu. Nadal lekarz nie czuje się dobrze w roli usługodawcy, wobec którego mogą powstać konkretne zarzuty wadliwego wykonania usługi i nie zabezpiecza się przed odpowiedzialnością wynikającą z niespełnionych oczekiwań pacjentów. Na przykład w stomatologii efekt estetyczny jest czasem równie istotny jak efekt terapeutyczny, a brak jasnego komunikatu o braku możliwości uzyskania dobrego efektu estetycznego albo terapeutycznego ze względu na indywidualne cechy pacjenta, albo koszty leczenia, może powodować długotrwałe i trudne procesy sądowe [14, 15].

Piśmiennictwo

1. Marek Z. Błąd medyczny – odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza. Wyd Medyczne Kraków 2007.
2. Jakubowski K. Skargi przeciwko lekarzom dentystom jako problem społeczny. Rozprawa doktorska. Promotor: Jerzy T. Marcinkowski. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2008.
3. Marcinkowski JT. Simulation of court hearing - a verified method of introducing students of law and medicine to the Interprofessional Education. Probl Hig Epid 2006, 87, 4: 384-387.
4. Maciejewski S. Ocena postępowania lekarskiego w oparciu o normy etyczne i prawa stanowione w świetle materiałów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Rozprawa doktorska. Promotor: Jerzy T. Marcinkowski. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2003.
5. Maciejewski S, Marcinkowski JT. Geneza i losy skarg przeciwko lekarzom w świetle materiałów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Archeus - Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej 2002; 3: 1-49.
6. Sośniak M. Cywilna odpowiedzialność lekarza. Wyd Prawnicze Warszawa 1989.
7. Zoll A. Odpowiedzialność lekarza za niepowodzenie w leczeniu. Wyd Prawnicze Warszawa 1988.
8. Liszewska A. Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej. Kantor Wydawniczy Zakamycze Kraków 1998.
9. Sośniak M. Błąd rozpoznania jako podstawa odpowiedzialności lekarza. Prace Prawnicze UŚ Katowice 1971.
10. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Toruń 1998.
11. Jundziłł-Bieniek E, Koczorowski R. Wpływ czynników psychologicznych i ogólnoustrojowych na adaptację ruchomych uzupełnień protetycznych u pacjentów w wieku starczym. Dental Forum, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, AM w Poznaniu, 2006; 2: 85.
12. Haberko J. Konsumencki charakter umowy o świadczenie zdrowotne. Prawo i Medycyna 2007; 1.
13. Klimberg A. Epidemiologia zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby wśród fachowych pracowników laboratoriów diagnostycznych. Rozprawa doktorska. Promotor: Jerzy T. Marcinkowski. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2001.
14. Boratyńska M. Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego. Cz. 1. Sprzeciw pro futuro. Prawo i Medycyna 2007; 27 (vol. 9).
15. Boratyńska M. Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego. Cz. 2. Zakres udzielonej zgody i rozmieszczenie ciężaru dowodu. Prawo i Medycyna 2007; 28 (vol. 9).