

Studia PRAWNICZE

Zeszyt 3(185) 2010
Warszawa 2010

Szczęsny T. Szymański ■
Elżbieta Zatyka

UWAGI W KWESTII ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ LEKARZA ZA ZANIECHANIE (NA PODSTAWIE STUDIUM PRZYPADKU)

1. Wprowadzenie

W świetle obowiązującej regulacji Kodeksu karnego z 1997 r. ocena prawnokarna zjawiska zaniechania udzielenia pomocy przez lekarza w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia człowieka ma charakter dwutorowy. Po pierwsze, zachowanie takie może stanowić formalne przestępstwo nieudzielenia pomocy z art. 162 § 1 k.k. Po drugie zaś, zaniechanie leczenia może być formą realizacji znamion przestępstwa skutkowego popełnionego przez zaniechanie, skierowanego przeciwko życiu lub zdrowiu, jeżeli zostanie ustalone, iż w konkretnych okolicznościach ciążył na konkretnym lekarzu prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia skutkowi. W oparciu o przegląd piśmiennictwa stwierdzono, iż zagadnienia pojmowania prawnego, szczególnie obowiązkowego zapobiegnięcia skutkowi i źródeł obowiązku gwaranta w polskim prawie karnym zrodziły wiele wątpliwości¹. Praktyka sądowa w okresie obowiązywania kodeksów karnych z 1932 i 1969 r. sięgała do konstrukcji gwaranta bardzo rzadko i z wielką

¹ Zob. m. in. L. Kubicki, *Przestępstwo popełnione przez zaniechanie. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1975, J. Kulesza, *Źródła obowiązku gwaranta a odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie pomocy*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 1, J. Majewski, *O pożytkach i szkodach dotychczasowych dociekań nad problematyką obowiązku źródeł gwaranta*, *Kwartalnik Prawa Publicznego* 2004, z. 4, M. Kliś, *Źródła obowiązku gwaranta w polskim prawie karnym*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1999, z. 2.

powściągliwością². Obecnie, pomimo wprowadzenia do kodyfikacji karnej przepisu o odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe popełnione w formie zaniechania przez osobę prawnie, szczególnie zobowiązaną do zapobiegnięcia skutkowi, również nie jest to konstrukcja nadużywana przez judykaturę.

Określenie granic odpowiedzialności karnej za zaniechanie, które łączy się ze stanowiącym znamię przestępstwa skutkiem, jest kwestią szczególnie trudną w przypadku, gdy mamy do czynienia z gwarantem nienastąpienia skutku niekorzystnego dla życia lub zdrowia w postaci osoby wykonującej zawód lekarza. Realizacja odpowiedzialności karnej napotyka w tym przypadku wiele barier, nie tylko natury prawnej, ale również barier związanych z niechęcią środowiska lekarskiego do negatywnej oceny aktywności zawodowej kolegów. Sąd staje w tego rodzaju sprawach przed trudnym zadaniem ustalenia istnienia powiązania pomiędzy zaniechaniem podjęcia określonych czynności przez lekarza a skutkiem czynu w postaci naruszenia bądź narażenia życia lub zdrowia. Ustalenie istotnego dla odpowiedzialności prawnokarnej powiązania nie byłoby możliwe bez wsparcia profesjonalistów – lekarzy występujących jako biegli.

Rozważając odpowiedzialność karną lekarza, należy zaznaczyć, że pierwotną przyczyną zagrożenia bądź naruszenia dobra prawnego w postaci życia lub zdrowia pacjenta stanowi proces chorobowy, toczący się początkowo niezależnie od lekarza. Lekarz, poprzez czynności lecznicze, ingeruje w ten proces, zapobiegając negatywnym skutkom, do których by doszło, gdyby tych czynności nie podjął. Możliwa jest również sytuacja, w której lekarz nie podejmuje właściwych czynności leczniczych, nie przeciwdziałając procesowi chorobowemu. Nieleczony lub niewłaściwie leczony proces chorobowy dynamizuje się, przez co wzrasta niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta. Niebezpieczeństwo to może osiągnąć stopień bezpośrednio zagrażający śmiercią lub uszczerbkiem na zdrowiu, bądź zrealizować się w postaci czysto fizycznej zmiany w świecie zewnętrznym: śmierci lub uszczerbku na zdrowiu. Należy podkreślić, że w przypadku istnienia prawnego, szczególnego obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, o którym mowa w art. 2 k.k., lekarz, od chwili kontaktu z chorym, zobowiązany jest pod groźbą odpowiedzialności karnej do monitorowania tego procesu i podejmowania właściwych w danym przypadku czynności zgodnie z zasadami sztuki medycznej.

Uznano za celowe zilustrowanie reguł odpowiedzialności karnej lekarza za związane z wykonywaniem zawodu przestępne zaniechanie poprzez posłużenie się studium przypadku, do którego wybrano dwie sprawy zakończone prawomoc-

² A. Wąsek, *Komentarz. Tom 1 (art. 1–31 k.k.)*, Gdańsk 1999, str. 48. Jako powód takiego stanu rzeczy A. Wąsek wskazywał brak wyraźnego unormowania tej kwestii w k.k. i wynikającą z tego faktu obawę przed zarzutem naruszenia zasady *nullum crimen sine lege poenali stricta*.

nymi orzeczeniami. Kryterium doboru przypadków poddanych analizie stanowiła osoba skazanego – wykonującego zawód lekarza, który popełnił przestępstwo, polegające w istocie na zaniechaniu podjęcia działań ratujących życie i zdrowie. Wybrano dwie sprawy o przestępstwa, u źródeł popełnienia których legła błędna diagnoza postawiona przez lekarza.

2. Studium przypadku

Pomimo widocznych na pierwszy rzut oka analogii zachodzących pomiędzy zaprezentowanymi stanami faktycznymi, ocena prawna zachowania się lekarza, które polegało na zaniechaniu, w obu sprawach była różna. W pierwszym przypadku lekarz został skazany przy zastosowaniu konstrukcji gwaranta, za wywołanie skutku w postaci śmierci pacjenta (art. 155 k.k.), w drugim zaś podstawą odpowiedzialności lekarza stał się art. 160 § 3 k.k., bez wskazania, czy na sprawcy ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną.

Przypadek 1

Podstawę odpowiedzialności lekarza w analizowanym przypadku stanowił następujący stan faktyczny³.

Andrzej G. był uczniem gimnazjum w W. W dniu 10 lutego 2004 r. lekcja historii prowadzona przez Agnieszkę W. odbywała się w sali tradycji. Andrzej G. siedział w pierwszej ławce przy drzwiach wejściowych. Około godziny 13.30 Andrzej G. chciał przesiąść się do innej ławki. Przechodząc w jednej ręce trzymał plecak, który ciągnął po ziemi, zaś w drugiej miał podręczniki. Idąc zaczepił się o własny plecak, przewrócił się i uderzył głową w róg biurka nauczycielskiego. W wyniku uderzenia rozciął skórę w okolicy małżowiny usznej prawej na długości 2,2 cm. Rana znajdowała się na kości skroniowej prawej. Uderzenie spowodowało dalej idące skutki – w jego wyniku doszło bowiem do złamania z wgłobieniem do wnętrza czaszki łuski kości skroniowej prawej. Dalszą konsekwencją tych obrażeń było krwawienie wewnętrzne, w wyniku którego zaczął formować się krwiak nadtwardówkowy. Od chwili powstania rany krwiak nadtwardówkowy stale narastał, powodując ciasnotę wewnątrzczaszkową, ale początkowo jedynym widocznym skutkiem wypadku było krwawienie z rany znajdującej się na skórze głowy. Andrzej G. ani na chwilę nie stracił świadomości. Po upadku natychmiast podniósł się z podłogi. Agnieszka W. widząc, że chłopiec krwawi, przerwała lekcję i odprowadziła go do łazienki. Powiadomiła też o wypadku wicedyrektor szkoły Filomenę G. Obie nauczycielki po obejrzeniu rany podjęły decyzję o przewiezieniu Andrzeja G. do ośrodka zdrowia.

³ W obu przypadkach zmieniono inicjały pokrzywdzonego oraz sprawców.

Około godziny 14.00 Andrzej G. został zbadany w ośrodku zdrowia w W. przez lekarza Wiesławę J. W tym czasie jego stan był dobry. Jednak Wiesława J. – widząc potrzebę zszycia rany i dodatkowych badań, wystawiła skierowanie do chirurga. W rubryce rozpoznanie i cel konsultacji wpisała „Rana cięta ok. ucha prawego (w czasie zajęć szkolnych – uderzenie w krawędź ławki)”. Towarzyszącej chłopcu nauczycielce zaleciła odwiezienie go do domu i przekazanie rodzicom, by jak najszybciej udali się z nim do lekarza chirurga. Filomena G. wraz z woźnym odwiezły Andrzeja G. do domu. Spotkała tam matkę chłopca Grażynę B., której przekazała skierowanie oraz zalecenie lekarza, by jak najszybciej udać się do chirurga.

Grażyna B. poprosiła Piotra K., narzeczonego jej córki Elżbiety B., o przewiezienie chłopca do szpitala w Ł. Andrzej G. wraz z matką, siostrą i Piotrem K. udał się do szpitala. Około godziny 15.20 Andrzej G. i jego matka weszli do izby przyjęć szpitala w Ł. W tym czasie dyżur pełniła tam pielęgniarka Hanna C. Zapoznała się ze skierowaniem, a następnie po zarejestrowaniu chłopca wezwała telefonicznie lekarza. Powiedziała mu, że „jest chłopak z raną twarzy do zszycia”. Lekarzem dyżurującym na izbie przyjęć był tego dnia Wojciech G. Telefonicznie zlecił pielęgniarence przygotowanie rany do zszycia. Hanna C. położyła skierowanie na biurko lekarza, poprosiła Andrzeja G. i jego matkę do sali zabiegowej i kiedy tam weszli, rozpoczęła przygotowanie rany do zszycia. Zdjęła opatrunek i przemyła okolice rany. W tym czasie Andrzej G. siedział.

Po wykonaniu tych zabiegów do sali zabiegowej izby przyjęć przyszedł Wojciech G. Podszedł do Andrzeja G., obejrzał pobieżnie ranę. Następnie Andrzej G. położył się na kozetce. Lekarz zapytał, w jaki sposób doszło do powstania rany, a Andrzej G. krótko odpowiedział mu, że wstając z ławki potknął się i skaleczył o jej brzeg. Wojciech G. stwierdził, że to niemożliwe, a Hanna C. zapytała Andrzeja G., czy nikt mu nie podstawił nogi, na co chłopiec odpowiedział, że zaczął się o plecak i uderzył się. Po tej krótkiej rozmowie Wojciech G. przystąpił do badania rany. Włożył palec w ranę, aby sprawdzić, czy nie ma szczeliny złamania, niczego jednak nie stwierdził. Spojrzał też w źrenice, aby sprawdzić ich wielkość, ale nie zauważył, by były nierówne. Po tych czynnościach znieczulił ranę i założył szwy. W trakcie badania rany i zabiegu chłopiec skarżył się na ból. Po zakończeniu zszywania rany lekarz polecił Grażynie B. zgłosić się następnego dnia w celu kontroli, po czym opuścił izbę przyjęć.

Andrzej G. pozostawał po opieką pielęgniarki Hanny C., która postanowiła go przez pewien czas obserwować. Leżąc na kozetce, Andrzej G. poczuł nudności. Hanna C. podała mu naczynie, do którego zwymiotował śliną z niewielką ilością soków żółtkowych. Wymioty były objawem narastającej ciasnoty wewnątrzczaszkowej, jednak Hanna C. uznała, że są reakcją na stres i znieczulenie, która zdarza się u młodych pacjentów. W związku z dokonaną oceną, że przyczyna wymiotów jest błaha, nie powiadomiła o nich lekarza. Podała mu jedynie termometr, aby zmierzył tempera-

ture. Po zmierzeniu temperatury Andrzej G. poczuł się lepiej, usiadł na kozetce i powiedział, że może już jechać do domu. Gdy Andrzej G. i jego matka opuszczali izbę przyjęć, Hanna C. powiedziała Grażynie B., by obserwowała chłopca, nie mówiła jej jednak, na jakie objawy ma zwrócić uwagę.

W drodze powrotnej stan zdrowia Andrzeja G. się pogarszał. Chłopca bolała głowa. Po powrocie do domu nadal odczuwał silny ból głowy. Był też senny i położył się do łóżka, i wtedy zaczął tracić przytomność. Jego oddech stał się nieregularny. Grażyna B. zauważyła to i powiedziała o swoich spostrzeżeniach mężowi, który natychmiast podjął decyzję o odwiezieniu chłopca do szpitala w Ł. Zwrócił się do mieszkającego w sąsiedztwie Daniela F. o podwiezienie do szpitala. Około godziny 17.30 Grażyna B. ponownie odwiozła syna do szpitala. Po drodze do Ł. stan zdrowia chłopca pogorszył się do tego stopnia, że Daniel F. przez telefon komórkowy wezwał karetkę pogotowia, kontynuując jazdę w kierunku szpitala. W K. doszło do spotkania z karetką. Andrzej G. znajdował się wtedy w stanie agonalnym. Lekarz pogotowia Marek T. rozpoczął reanimację, ale przynosiła ona jedynie niewielkie efekty – po defibrylacji aparat wykazywał jedynie niewielkie skurcze komorowe. Marek T. zdecydował o przewiezieniu chłopca do szpitala odległego zaledwie o około 800 m. W karetce kontynuowano reanimację. Chłopca reanimowano również w szpitalu. Zabiegi reanimacyjne nie przyniosły efektów i około godziny 18.30 Andrzej G. zmarł.

Przyczyną śmierci Andrzeja G. był wzrost ciasnoty wewnątrzczaszkowej z wklonowaniem się pnia mózgu do otworu potylicznego wielkiego. Uszkodzenie pnia mózgu, w którym znajdują się ważne ośrodki życiowe, spowodowało nagłe zatrzymanie czynności oddychania i krążenia. Wzrost ciasnoty wewnątrzczaszkowej nastąpił na skutek narastania krwaka nadtworówkowego, który powstał w wyniku złamania z wgłobieniem do wewnątrz czaszki łuski kości skroniowej prawej. W czasie badania lekarskiego przeprowadzonego na izbie przyjęć szpitala w Ł. było możliwe stwierdzenie złamania czaszki i zapobiegnięcie śmierci Andrzeja G. poprzez podjęcie niezbędnych zabiegów leczniczych. Prowadzący badanie Wojciech G. nie przeprowadził jednak wszelkich niezbędnych badań, które doprowadziłyby do ujawnienia złamania czaszki i będącego jej następstwem krwaka. Przede wszystkim Wojciech G. nie przeprowadził wnikliwego wywiadu, by ustalić sposób powstania rany. Poprzedził na odebraniu od pacjenta oświadczenia, że do skaleczenia doszło o krawędź ławki. Lekarz nie zadawał pytań mających na celu ustalenie, czy rana była raną ciętą, czy tłuczoną. Zaniechanie ustalenia, że rana powstała od silnego uderzenia o ostrą krawędź skutkowało dalszymi konsekwencjami – Wojciech G. nie podejrzewając, że mogły wystąpić inne niż powierzchowne rozcięcie skóry obrażenia, nie przeprowadził badania neurologicznego, które wykonuje się w wypadku urazów głowy. Ponadto nie zlecił wykonania zdjęć przeglądowych RTG czaszki, które mogłyby ujawnić złamanie kości skroniowej. Zaniechanie czynności diagnostycznych było przyczyną

błędnej diagnozy – potraktowania rany jako banalnego przypadku wymagającego jedynie zszycia. Błąd diagnostyczny pociągał za sobą zaniechanie podjęcia czynności terapeutycznych w postaci trepanacji czaszki, które mogłyby zapobiec śmierci chłopca.

Wymioty na izbie przyjęć po przeprowadzeniu zabiegu zszycia rany przez Wojciecha G. stanowiły objaw ciasnoty wewnątrzczaszkowej. Hanna C. powinna była powiadomić o nich lekarza, gdyż stanowią jeden z podstawowych objawów narastania krwaka wewnątrz czaszki. Gdyby Wojciech G. wiedział o tym, że po zabiegu chłopiec zwymiotował, pozostawiłby go w szpitalu i zlecił wykonanie wszelkich możliwych badań, w tym wykonanie zdjęć RTG przeglądowych czaszki. Niepowiadomienie lekarza o wystąpieniu niezwykle ważnego objawu klinicznego uniemożliwiło weryfikację poprzedniej błędnej diagnozy i postawienie diagnozy prawidłowej. Skutkiem tego było zaniechanie czynności leczniczych i śmierć Andrzeja G.

Nie ma wprawdzie pewności, że w razie właściwej diagnozy i podjęcia czynności leczniczych chłopiec by przeżył, gdyż śmiertelność w przypadku krwaków nadtwardówkowych wynosi około 50%, ale chłopiec ze znacznym, bo około 50% prawdopodobieństwem pozostałby przy życiu. Wobec dużego – pięćdziesięcioprocentowego prawdopodobieństwa przeżycia Andrzeja G. w razie przeprowadzenia wszelkich niezbędnych badań, postawienia trafnej diagnozy i podjęcia właściwych zabiegów terapeutycznych, jego śmierć stanowiła skutek zaniechania Wojciecha G. i Hanny C.⁴

Lekarz Wojciech G. został uznany winnym tego, że w dniu 10 lutego 2004 r. w Ł. rejonu białostockiego, pełniąc obowiązki lekarza Oddziału Chirurgii SP ZOZ w Ł., w trakcie badania Andrzeja G. wyżej wymienionego dnia około godziny 15.20 na Izbie Przyjęć SP ZOZ w Ł., w związku z odniesionym przez niego urazem głowy, nie ustalił w drodze wywiadu okoliczności powstania urazu, nie przeprowadził badania neurologicznego i nie zlecił wykonania zdjęcia przeglądowego RTG czaszki, w następstwie czego nie podjął właściwego leczenia, czym nieumyślnie spowodował jego śmierć, tj. czynu z art. 155 k.k. i za to na mocy art. 155 k.k. skazano go na karę 1 (jednego) roku pozbawienia wolności. Na mocy art. 69 § 1 i 2 k.k. i art. 70 § 1 pkt 1 k.k. wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności warunkowo zawieszono na okres próby wynoszący trzy lata. Wobec oskarżonego orzeczono na mocy art. 71 § 1 k.k. karę stu osiemdziesięciu stawek dziennych grzywny, ustalając, że wysokość jednej stawki dziennej jest równa kwocie pięćdziesięciu złotych. Na mocy art. 41 § 1 k.k. orzeczono wobec Wojciecha G. środek karny w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza na okres 2 lat⁵. Zatem podstawę faktyczną przypisania lekarzowi Wojciechowi G. odpowiedzialności karnej za skutek stanowiło popełnienie przez niego tzw. błędu diagnostycznego, który wynik-

⁴ Z uzasadnienia wyroku Sądu Rejonowego w Białymstoku z dnia 19 maja 2005 r., III K 4088/04.

⁵ Wyrok Sądu Rejonowego w Białymstoku z dnia 19 maja 2005 r., III K 4088/04.

nał z zaniechania podjęcia czynności niezbędnych do prawidłowego rozpoznania (błąd przez zaniechanie)⁶.

Pielęgniarka Hanna C. została uznana winną tego, że w dniu 10 lutego 2004 r. w Ł. rejonu białostockiego, pełniąc obowiązki pielęgniarki na Izbie Przyjęć SP ZOZ w Ł., po zakończonym zaopatrzeniu chirurgicznym rany głowy Andrzeja G. nie powiadomiła o wystąpieniu u niego wymiotów, przez co lekarz został pozbawiony szczególnie ważnej informacji klinicznej, co skutkowało niepodjęciem dalszego właściwego leczenia, czym nieumyślnie spowodowała jego śmierć i za to na mocy art. 155 k.k. została skazana na karę 8 miesięcy pozbawienia wolności. Na mocy art. 69 § 1 i 2 k.k. i art. 70 § 1 pkt 1 k.k. wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności warunkowo zawieszono na okres próby wynoszący trzy lata. Wobec oskarżonej orzeczono na mocy art. 71 § 1 k.k. karę stu stawek dziennych grzywny, ustalając, że wysokość jednej stawki dziennej jest równa kwocie dwudziestu złotych. Na mocy art. 41 § 1 k.k. orzeczono wobec Hanny C. środek karny w postaci zakazu wykonywania zawodu pielęgniarki na okres 2 lat. Zaskarżony apelacją wniesioną przez obrońców oskarżonych wyrok Sądu Rejonowego w Białymstoku z dnia 19 maja 2005 r. sygn. Akt III K 4088/04 utrzymano w mocy, uznając apelacje obrońców za oczywiście bezzasadne.

Pomijając rozważania sądu odnośnie ustalenia stanu faktycznego, oceny postępowania oskarżonych, w tym problemu ustalenia związku pomiędzy zaniechaniami oskarżonych a skutkiem w postaci śmierci ofiary, jako zagadnienia nie służące realizacji celów niniejszego opracowania, należy zwrócić uwagę na proces oznaczania źródeł obowiązku oskarżonych, który pozwolił na przypisanie im odpowiedzialności za nieumyślne spowodowanie śmierci popełnione przez zaniechanie.

W uzasadnieniu wyroku pierwszej instancji sąd zważył, iż czyn oskarżonego Wojciecha G. wypełnił znamiona przestępstwa określonego w art. 155 k.k. W sytuacji, w jakiej znalazł się oskarżony, reguły sztuki lekarskiej wymagały

⁶ Z błędem przez zaniechanie mamy do czynienia wtedy, gdy w celu rozpoznania schorzenia lekarz nie przedsięwzię wszystkich czynności uznanych za wskazane i znane nauce medycznej (metody i środki badawcze). Tak J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym*, Warszawa 1965, str. 68 i n., zob. także S. Raszeja, *Zagadnienia prawnomedyczne ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności prawnej*, [w:] S. Raszeja, Ł. Nasiłowski, J. Markiewicz, *Medycyna sądowa. Podręcznik dla studentów*, Warszawa 1993, str. 275. Według A. Liszewskiej błąd diagnostyczny zachodzi wówczas, gdy nastąpi wadliwe rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta, którego źródłem jest naruszenie przez lekarza obowiązujących zasad postępowania medycznego. Błąd ten może polegać na nieprawidłowym ustaleniu, że pacjent cierpi na określone schorzenie, pomimo iż faktycznie jest on zdrowy (tzw. błąd pozytywny) albo na stwierdzeniu braku choroby w przypadku jej występowania, albo rozpoznaniu innej choroby niż ta, która rzeczywiście wystąpiła (błąd negatywny). A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, str. 154 i n.

przeprowadzenia wszechstronnych badań – odebrania szczegółowego wywiadu, przeprowadzenia badania neurologicznego i wykonania zdjęć przeglądowych RTG czaszki. Zaniechanie wykonania tych badań stanowiło naruszenie zasad ostrożności wymaganych od oskarżonego i prowadziło do skutku w postaci śmierci pokrzywdzonego Andrzeja G. Przestępstwo oskarżonego było popełnione przez zaniechanie, dlatego przypisanie mu skutku wymaga ustalenia, czy był gwarantem nienastąpienia skutku, o jakim mowa w art. 2 k.k. Oskarżony miał szczególny prawny obowiązek niedopuszczenia do śmierci pokrzywdzonego, co wynika zarówno z Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Tekst jednolity Dz. U. 2002 r., Nr 21, poz. 204), jak i z łączącego go ze szpitalem w Ł. stosunku pracy. (...) Ponadto Wojciech G., jako pracownik szpitala w Ł. miał obowiązek udzielania świadczeń medycznych, a więc również podejmowania czynności zmierzających do ratowania życia. Dlatego ciążył na nim szczególny prawny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi w postaci śmierci jego pacjenta Andrzeja G. Oskarżony nie chciał popełnić czynu zabronionego, ale mógł i powinien był przewidzieć skutek swojego zachowania. Jego zachowanie wypełniło wszystkie znamiona strony przedmiotowej i podmiotowej przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci określonego w art. 155 k.k.

Również oskarżona Hanna C. popełniła przestępstwo określone w art. 155 k.k. (...) Wprawdzie żaden z przepisów Ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej nie zobowiązuje pielęgniarek do informowania lekarzy o ważnych objawach klinicznych, które wystąpiły u pacjentów, jednak taki obowiązek należy uznać za regułę ostrożności nieskodyfikowaną, wynikającą z ustaleń wiedzy medycznej i zasad udzielania świadczeń zdrowotnych. (...) Czyn oskarżonej polegał na zaniechaniu, więc również w jej przypadku należało ustalić, czy ciążył na niej obowiązek zapobiegnięcia skutkowi. W ocenie sądu obowiązek taki wynikał z art. 19 Ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej. W myśl powyższego przepisu pielęgniarka ma obowiązek udzielić pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Natomiast z art. 4 ust. 2 pkt 1 cytowanej ustawy udzielanie świadczeń zdrowotnych polega między innymi na rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych. Z art. 19 Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej wynika, że osoba wykonująca zawód pielęgniarstwa w sytuacji zagrożenia życia ma obowiązek udzielić pomocy w każdym przypadku zagrożenia życia, niezależnie od tego, czy opieka nad pacjentem została jej zlecona, czy podjęta jej się sama. Obowiązek ten dotyczy również udzielenia pomocy osobom, które przypadkowo znalazły się w sytuacji zagrożenia życia, a pielęgniarka przypadkowo jest w pobliżu takiej osoby. Tym bardziej pielęgniarka ma obowiązek udzielić pomocy i podjąć czynności zmierzające do ratowania życia w przypadku pacjentów jednostki, w której

jest zatrudniona. Niewątpliwie Andrzej G. był pacjentem szpitala w Ł. i znalazł się w sytuacji zagrożenia życia. Hanna C. powinna była rozpoznać jego potrzeby zdrowotne i właściwie zareagować, co w tym przypadku oznacza powiadomienie lekarza o wymiotach chłopca.

Prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia śmierci chłopca wynikał nie tylko z ustawy, ale również z zachowania oskarżonej, która po zabiegu z własnej woli podjęła się krótkiej obserwacji pokrzywdzonego. W tym czasie Andrzej G. znajdował się pod jej opieką medyczną i miał prawo oczekiwać, że będzie ona wykonywana w sposób fachowy. Nie ma znaczenia, że opieka była doraźna i podjęta bez zlecenia lekarza, bowiem przyjęcie na siebie obowiązku pieczy nad dobrem prawnym, czyli funkcji gwaranta, może być dobrowolne i doraźne. Reasumując, należy stwierdzić, że można wskazać dwa źródła ciężącego na oskarżonej obowiązku prawnego pieczy nad życiem Andrzeja G., więc niewątpliwie była ona gwarantem nienastąpienia skutku, o którym mowa w art. 2 k.k. Oskarżona nie chciała śmierci chłopca, ani nie godziła się na taki skutek swojego postępowania, jednak powinna i mogła była przewidzieć, że jej zachowanie do takiego skutku doprowadzi, dlatego popełniła czyn nieumyślnie. Zachowanie oskarżonej wypełniło wszystkie znamiona strony przedmiotowej i podmiotowej przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci.

Przypadek 2

Jarosław P. został oskarżony o to, że w dniu 7 czerwca w Ł. rejonu białostockiego, będąc zatrudnionym w charakterze lekarza w Pogotowiu Ratunkowym w Ł., w trakcie udzielania pomocy medycznej Michałowi Rz., nieumyślnie naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez zaniechanie wykonania powtórnego poprawnego zdjęcia RTG czaszki w projekcji przednio-tylnej bądź tomografii komputerowej oraz konsultacji z neurochirurgiem, co doprowadziło do nieuzasadnionego odstąpienia od bezwzględnej hospitalizacji obserwacyjnej pokrzywdzonego, która umożliwiłaby dogłębną ocenę kliniczną jego stanu zdrowia, tj. o czyn z art. 160 § 3 k.k.

Wyrokiem Sądu Rejonowego w B. z dnia 14 maja 2003 r. został uznany winnym tego, że w dniu 7 czerwca 1999 r., będąc zatrudnionym w charakterze lekarza w Pogotowiu Ratunkowym w Ł., w trakcie udzielania pomocy medycznej Michałowi Rz., nieumyślnie naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez zaniechanie wykonania powtórnego poprawnego zdjęcia RTG czaszki w projekcji przednio-tylnej bądź tomografii komputerowej oraz konsultacji z neurochirurgiem, co doprowadziło do nieuzasadnionego odstąpienia od bezwzględnej hospitalizacji obserwacyjnej pokrzywdzonego, która

umożliwiłaby dogłębną ocenę kliniczną jego stanu zdrowia, tj. o czyn z art. 160 § 3 k.k. i skazany na karę 100 stawek dziennych grzywny, przy czym wysokość jednej stawki dziennej sąd ustalił na 20 zł⁷. Wyrok nie został zaskarżony.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny: W dniu 7 czerwca Michał Rz. został pobity przez n.n. Do pobicia doszło około godziny 22. Po pobiciu pozostawiono go leżącego bez jakiejkolwiek pomocy na asfaltowej uliczce. Tego dnia w Zakładzie Pomocy Doraźnej w Ł. pełnił dyżur Jarosław P. Późnym wieczorem został wezwany do pacjenta z urazem głowy. Po przybyciu na miejsce zastał funkcjonariuszy policji i dziewczynę oraz leżącego młodego mężczyznę – Michała Rz. Ani funkcjonariusze policji, ani dziewczyna nie wiedzieli, dlaczego leżał on na ulicy, znajdująca się na miejscu dziewczyna widziała jedynie, że wcześniej Michał Rz. spożywał alkohol, zaś funkcjonariusze policji uzyskali informację, że młody mężczyzna leży pod blokiem, więc przyjechali i wezwali karetkę pogotowia. Po przeprowadzeniu wywiadu z osobami zastanymi na miejscu Jarosław P. próbował nawiązać kontakt z leżącym mężczyzną. Na jego pytanie o dane personalne odpowiedział, że nazywa się Michał Rz. Na pozostałe pytania nie odpowiadał. Jego mowa była bełkotliwa. Badając Michała Rz. Jarosław P. stwierdził, że w okolicy potylicznej głowy znajdują się dwa otarcia naskórka z dużymi ilościami przyschniętej krwi. Wokół otworu nosowego stwierdził niewielkie ślady przyschniętej krwi. Wobec tych spostrzeżeń Jarosław P. zdecydował o przetransportowaniu Michała Rz. do ambulatorium.

W trakcie transportu Michał Rz. zwymiotował treścią pokarmową o silnej woni alkoholu. Po przybyciu do ambulatorium Jarosław P. przystąpił do badania Michała Rz. W trakcie badania w skórze głowy stwierdził dwa otarcia naskórka, które zauważył już wcześniej, nie stwierdził wylewów podskórnych ani odruchów, które mogłyby świadczyć o urazie centralnego układu nerwowego. Zlecił on wykonanie dwóch zdjęć rentgenowskich czaszki: jednego w projekcji przednio-tylnej, drugiego w projekcji bocznej.

W czasie badania rodzice Michała Rz. zostali powiadomieni przez funkcjonariuszy policji, że ich syn został odwieziony na pogotowie. W związku z otrzymaną wiadomością Irena Rz. i Jan Rz. udali się do ambulatorium, gdzie przebywał ich syn. Przybyli w chwili, gdy Jarosławowi P. dostarczono wywołane zdjęcia rentgenowskie czaszki Michała Rz. Jarosław P. obejrzał zdjęcia i nie stwierdzając uszkodzeń czaszki stwierdził, że Michał Rz. jest w stanie głębokiego upojenia alkoholowego, ponadto doznał powierzchownego urazu głowy. W związku z tym skierował pacjenta do izby wytrzeźwień. Rodzice Michała Rz. chcieli jednak zabrać syna do domu, na co Jarosław P. się zgodził. Po chwili Irena i Jan Rz. sprowadzili samochód i przewieźli Michała Rz. do domu.

⁷ Wyrok Sądu Rejonowego w Białymstoku z dnia 14.05.2003 r., 1909/01.

Postawiona przez Jarosława P. diagnoza była błędna. Michał Rz. w wyniku pobicia doznał kilku otarć naskórka, obrzęku i podbiegnięć krwawych na tyłogłowie, drobnego pęknięcia skóry i podbiegnięcia krwawego w okolicy lewego łuku brwiowego, rozległego podbiegnięcia krwawego na wewnętrznej powierzchni powłok miękkich głowy w okolicy skroniowo-ciemieniowo-potylicznej lewej, złamania łuski kości potylicznej lewej, przy czym linia złamania biegła w kierunku podstawy czaszki i w kierunku sklepienia, krwiaka podtwardówkowego po stronie prawej, stłuczenia biegunów przednich obu płatów czołowych i biegunów przednich obu płatów skroniowych, krwiaków wśródmózgowych, stłuczenia kory mózgowej płata potylicznego lewego, drobnych ognisk stłuczenia w pniu mózgu, wstrząśnienia mózgu i obrzęku mózgu dużego stopnia. Obrażenia, których doznał, realnie zagrażały jego życiu, wymagały jego hospitalizacji obserwacyjnej i po wnikliwej diagnozie podjęcia zabiegów terapeutycznych. Było to możliwe jedynie w warunkach szpitalnych. Tymczasem na skutek decyzji Jarosława P. Michał Rz. znalazł się w domu pod opieką rodziców, którzy ze względu na brak kwalifikacji nie mogli mu udzielić właściwej pomocy. Diagnoza postawiona przez Jarosława P. była poprzedzona jedynie pobieżnym badaniem. Zdjęcia rentgenowskie były wykonane w sposób nieprawidłowy, zaś badający nie uwzględnił, że objawy stłuczenia mózgu zwykle narastają w ciągu kilku godzin i nie muszą być widoczne bezpośrednio po pobiciu. Nie wziął też pod uwagę, że upojenie alkoholowe, w którym znajdował się Michał Rz., może maskować objawy urazu centralnego układu nerwowego, gdyż utrata przytomności i wymioty są charakterystyczne dla stłuczenia mózgu, jak i upojenia alkoholowego. Na skutek błędnej diagnozy Jarosława P. i podjętej w jej wyniku decyzji wydania go pod opiekę rodziców niebezpieczeństwo utraty życia, które zagrażało Michałowi Rz. na skutek pobicia i doznanych obrażeń ciała, istotnie się powiększyło, gdyż został on pozbawiony fachowej opieki medycznej w sytuacji, gdy stan jego zdrowia z każdą chwilą się pogarszał.

W dniu 8 czerwca 1999 r. w godzinach rannych najbliżsi Michała Rz. stwierdzili, że pomimo upływu kilku godzin nie odzyskuje on przytomności. Zaniepokojeni tym faktem wezwali karetkę pogotowia. Przybyły na miejsce lekarz Marek T. zastał Michała Rz. w ciężkim stanie i natychmiast zabrał go do szpitala. Tam przeprowadzono ponowną diagnozę i podjęto zabiegi zmierzające do ratowania życia Michała Rz. Tego samego dnia około godziny 14.50 Michał Rz. został przyjęty do Kliniki Neurologii Szpitala PSK w B., gdzie rozpoczęto jego dalsze leczenie. Kolejne zabiegi operacyjne nie przyniosły jednak efektu i w dniu 22 czerwca 1999 r. o godzinie 11.15 Michał Rz. nie odzyskując przytomności zmarł.

Sąd stwierdził, że вина oskarżonego nie budzi wątpliwości. Z uzasadnienia: „Oskarżony nie przeprowadził rzetelnej diagnozy pokrzywdzonego i wyciągnął błędne wnioski co do jego stanu zdrowia (...). Pozostawienie pokrzywdzonego bez fachowej

opieki lekarskiej skutkowało rozwojem doznanych przez niego obrażeń i zmniejszyło szansę na uratowanie jego życia, redukując ją niemal do zera. Zasady postępowania w takich przypadkach powinny być znane każdemu lekarzowi”.

Ważnymi dowodami w sprawie były opinie biegłych z dwóch różnych ośrodków. „Biegli stwierdzili, że oskarżony nie tylko przyczynił się do powstania stanu niebezpieczeństwa, ale mógł się również przyczynić do jego śmierci. Wobec tego, że stwierdzenie to nie było kateryczne, sąd kierując się zasadą *in dubio pro reo* ustalił, że oskarżony przyczynił się jedynie do powstania bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia bądź ciężkiego uszkodzenia ciała⁸. Sąd uznał, że wymierzona sprawcy kara jest wystarczająca, aby wykazać oskarżonemu naganność jego postępowania oraz uświadomić mu konieczność rzetelnego wykonywania obowiązków zawodowych. Wymierzona oskarżonemu kara stanowić będzie też sygnał dla innych, że czyny polegające na niewłaściwym wypełnianiu obowiązków zawodowych spotykają się z reakcją i nie pozostają bezkarne”.

W zaprezentowanym przypadku trafnie przyjęto kwalifikację czynu z art. 160 § 3 k.k., ponieważ nie budzi wątpliwości, iż czyn ten może zostać popełniony zarówno przez działanie, jak i zaniechanie. Zaniechanie to może wystąpić w postaci prostego zaniechania, lub, tak jak w obu zaprezentowanych kazusach, w postaci zaniechania powstałego w wyniku błędu w diagnozie⁹. Sąd nie uznał jednak za stosowne odwołanie się do treści art. 2 k.k., poprzestając jedynie na wskazaniu art. 160 § 3 k.k. jako podstawy prawnej odpowiedzialności karnej lekarza. Oznacza to, iż sąd ustalił, iż czyn polegający na narażeniu na niebezpieczeństwo został popełniony nieumyślnie, lecz nie wskazał, czy czyn ten odpowiada opisowi z art. 160 § 1 k.k., czy 160 § 2 k.k. W piśmiennictwie znalazło wyraz nie budzące wątpliwości przekonanie, iż ciążyący na sprawcy przestępstwa z art. 160 § 2 k.k. obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo należy rozumieć w znaczeniu art. 2 k.k., a więc powinien to być prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia powstaniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego¹⁰. Zatem należy uznać, iż zachowanie lekarza odpowiada opisowi z art. 160 § 2 k.k. Należy zaznaczyć, iż udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy na lekarzu ciążył obowiązek opieki, nie było w przypadku drugim istotne z punktu widzenia wysokości sankcji.

⁸ Trafnie uznano, że skutek z art. 160 § 3 k.k. polegać może nie tylko na wywołaniu niebezpieczeństwa, ale też na zwiększeniu stopnia niebezpieczeństwa. Zob. wyrok SN z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK37/04, OSNKW 2004, nr 7–8, poz. 73.

⁹ M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, str. 33.

¹⁰ A. Zoll [w:] A. Zoll, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. Tom II*, Warszawa 2008, str. 347.

3. Wnioski

W piśmiennictwie wskazuje się, iż w takich jak analizowane sprawach, w których istotą jest popełnienie przez lekarza błędu medycznego, w większości nie jest możliwe przypisanie lekarzom spowodowania skutków w postaci śmierci pacjenta, naruszenia czynności jego ciała lub rozstroju zdrowia. Z powodu niemożności udowodnienia związku pomiędzy nieprawidłowym postępowaniem lekarza a skutkiem w postaci czysto fizycznej zmiany w świecie zewnętrznym w praktyce wymiaru sprawiedliwości często przyjmuje się kwalifikację z art. 160 k.k. Z punktu widzenia prawa, nieprawidłowości popełnione w przebiegu leczenia nie są bowiem „bezsuktywne”, o ile wywołały materialny skutek w postaci bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia. Stanowiące skutek konkretne niebezpieczeństwo powinno charakteryzować się cechą bezpośredniości, rozumianą jako wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia ujemnych następstw grożących niezwłocznie¹¹. Wyrażono pogląd, iż „przedmiotem zainteresowania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości (...) są bowiem nie tylko cielesne skutki ostateczne i możliwość udowodnienia, iż zachodzi związek przyczynowy między nimi a konkretnym działaniem (zaniechaniem) lekarza, lecz również (a może przede wszystkim) wykazanie charakteru popełnionych nieprawidłowości”¹².

Warunkiem koniecznym przypisania sprawcy odpowiedzialności za skutek jest stwierdzenie istnienia powiązania pomiędzy jego zachowaniem się a skutkiem. Uznając, iż obok działania lekarza, również jego zaniechanie może być związane ze skutkiem stanowiącym znamię czynu zabronionego, należy wskazać, iż pomiędzy zaniechaniem lekarza a niekorzystnym dla życia lub zdrowia człowieka skutkiem nie musi zachodzić powiązanie przyczynowe. Zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie wskazano, iż ustalenie odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie powinno zostać stwierdzone w świetle możliwości obiektywnego przypisania skutku. Według stanowiska SN, dla przypisania odpowiedzialności za spowodowanie skutku poprzez zaniechanie, zaniechanie to musi być bezprawne, oparte wyłącznie na powiązaniu normatywnym ze skutkiem¹³. A. Zoll podkreślił, iż „zaniechanie, jako cecha wskazująca na brak ruchu w nakazanym przez normę prawną kierunku, nie pozostaje ze skutkiem w związku przyczynowym”¹⁴.

¹¹ A. Marek, op. cit., str. 118.

¹² G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. I. Problem skutku potencjalnego w opiniowaniu sądowo-lekarskim*, „Z Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001, nr 1.

¹³ Wyrok SN z dnia 22 listopada 2005 r., V KK 100/05, LEX nr 164374.

¹⁴ A. Zoll [w:] A. Zoll, *Kodeks karny...*, str. 62.

W przypadku przestępstw polegających na narażeniu dobra prawnego na konkretne niebezpieczeństwo popełnionych przez zaniechanie należy przeanalizować, czy zachowanie sprawcy stwarzało lub istotnie zwiększało nieakceptowane prawnie niebezpieczeństwo dla dobra prawnego stanowiącego przedmiot zamachu i właśnie to niebezpieczeństwo zrealizowało się w postaci wystąpienia danego skutku¹⁵. W przypadku skutku w postaci narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo irrelevantne jest, czy zobowiązany do działania (lekarz) swoim zachowaniem nie przeszkodził wystąpieniu bezpośredniego niebezpieczeństwa, czy też jedynie przez zaniechanie wykonania obowiązku nastąpiło zwiększenie bezpośredniego zagrożenia, którego samego powstania nie można przypisać zobowiązanemu¹⁶.

W piśmiennictwie wystąpił pogląd zawężający możliwość przypisania skutku w przypadku zaniechania do sytuacji, gdy „na podstawie wiedzy i doświadczenia życiowego można stwierdzić, że gdyby zobowiązany podjął działanie zgodnie z regułami postępowania, to nie doszłoby do nastąpienia skutku”¹⁷. Według A. Wąska, do przypisania odpowiedzialności karnej za dokonanie przestępstwa skutkowego z zaniechania konieczne jest ustalenie, że spełnienie przez sprawcę wymaganego obowiązku działania przeszkodziłoby (z prawdopodobieństwem granicznym z pewnością) nastąpieniu skutku przestępnemu albo istotnie zmniejszyłoby ryzyko jego nastąpienia¹⁸. Należy uznać, że takie właśnie, szersze ujęcie lepiej odpowiada realiom, zwłaszcza dotyczącym prawnokarnej oceny zachowania lekarza, ponieważ w toku leczenia rzadko można mówić o pewności w kwestii oczekiwanych rezultatów leczenia, natomiast ocenia się prawdopodobieństwo wystąpienia określonych efektów czynności podejmowanych przez lekarza.

W doktrynie wyrażono trafny pogląd, iż w przypadku przestępstw konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo popełnionych przez zaniechanie, brak aktywności gwaranta doprowadza do tego, że nie zostaje zmniejszony stan istniejącego niebezpieczeństwa dla dobra, które jest on zobowiązany chronić¹⁹. Zatem skutek w przypadku przestępstw materialnych polegających na narażeniu dobra prawnego na niebezpieczeństwo konkretne, popełnionych przez zaniechanie, polegać może na zwiększeniu stanu konkretnego niebezpieczeństwa dla do-

¹⁵ J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), op. cit., str. 47, także wyr. SN z dnia 9 maja 2002 r., V KK 21/02, LEX nr 54393, wyr. SN z dnia 24 lutego 2005 r., V KK 375/04, OSNKW 2005, z. 3, poz. 31.

¹⁶ A. Zoll [w:] A. Zoll, *Kodeks karny...*, str. 62–63.

¹⁷ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2010, str. 201.

¹⁸ A. Wąsek, *Kodeks karny. Komentarz, tom I (art. 1–31)*, Gdańsk 1999, str. 43.

¹⁹ M. Bielski, *Prawnokarne przypisanie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo – uwagi na marginesie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK 37/04, „Przegląd Sądowy” 2005, nr 4, str. 119.*

bra prawnego lub też jedynie na utrzymaniu poziomu niebezpieczeństwa, który to poziom gwarant winien swoim zachowaniem obniżyć. W orzecznictwie podkreślono, iż w kwestii pociągnięcia lekarza-gwaranta do odpowiedzialności karnej na podstawie art. 160 k.k. bez znaczenia pozostaje, czy lekarz ten w wyniku zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego spowodował bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta, czy też jedynie poprzez swoją beczynność zdynamizował przebieg i rozwój procesów chorobowych w ten sposób, że zaczęły one zagrażać bezpośrednio życiu lub zdrowiu²⁰. Podkreślić trzeba, iż zgodnie z powyższym, nawet jeśli zaniechanie lekarza-gwaranta nie spowodowało zmiany w świecie zewnętrznym w postaci zdynamizowania stanu konkretnego niebezpieczeństwa, to samo niedopełnienie obowiązku poprzez niepodjęcie działania zmierzającego do zapobiegnięcia skutkowi (beczynność lekarza) stanowić będzie wystarczającą podstawę do przypisania mu odpowiedzialności karnej w świetle art. 2 k.k., ponieważ powinien on dążyć do zmniejszenia niebezpieczeństwa grożącego pacjentowi.

W świetle koncepcji obiektywnego przypisania skutku sprawca może zostać pociągnięty do odpowiedzialności jedynie wtedy, gdy w zaistniałym skutku urzeczywistniło się stworzone przez sprawcę niebezpieczeństwo, którego powstaniu miało zapobiec przestrzeganie naruszonej przez sprawcę reguły ostrożności²¹. Dlatego też lekarz może zostać pociągnięty do odpowiedzialności za skutek wtedy, gdy jego zachowanie (działanie lub zaniechanie) pozostawiać będzie w sprzeczności z zasadami sztuki medycznej i to właśnie naruszenie zasad sztuki medycznej stało się przyczyną zaistnienia skutku w postaci naruszenia dobra prawnego lub narażenia go na niebezpieczeństwo (choćby nieumniejszenia konkretnego niebezpieczeństwa)²². Cytując orzeczenie SN, „niedopełnienie obowiązku polega na zaniechaniu podjęcia takich czynności, które w danej sytuacji faktycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami i regułami postępowania, należało podjąć²³. Jeżeli działania, których zaniechał lekarz, naruszając przy tym zasady sztuki lekarskiej, nie byłyby skutecznym sposobem na zmniejszenie poziomu niebezpieczeństwa, to nie można w świetle teorii obiektywnego przypisania skutku pociągnąć go do odpowiedzialności za popełnienie materialnego przestępstwa z zaniechania²⁴. W orzecznictwie podkreślono, iż w wypadku, gdy skutek stanowiący znamie materialnego przestępstwa z zaniechania wynikł z bezprawnych zachowań wielu osób, to odpowiedzialność za ten skutek w świetle art. 2 k.k. można przypisać

²⁰ Wyrok SN z dnia 5 listopada 2005 r., IV KKN 347/99, LEX nr 74394.

²¹ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2009, str. 75.

²² M. Bielski, op. cit., str. 19.

²³ Wyrok SN z dnia 10 grudnia 2002 r., IV KKN 667/99, LEX nr 74384.

²⁴ Ibidem, str. 19.

jedynie tym osobom, które nie dopełniły prawnego, szczególnego obowiązku zapobiegnięcia skutkowi i jedynie wtedy, gdy „w nastąpieniu skutku urzeczywistniło się niebezpieczeństwo, które wykonanie tego obowiązku miało odwrócić”²⁵.

Trudności w przypisaniu skutku może nastęrczać sytuacja, w której nieleczonej zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej proces chorobowy może prowadzić do różnych skutków – bezpośredniego niebezpieczeństwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub utraty życia, względnie skutku w postaci śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Na gruncie teorii obiektywnego przypisania skutku trudno jest sformułować kryteria pozytywne umożliwiające przypisanie w konkretnej sytuacji takiego, a nie innego skutku. Cytowane wyżej orzeczenie SN stanowi wskazówkę, która umożliwia eliminację i przypisanie odpowiedzialności za jeden z możliwych skutków. Należy podzielić pogląd, iż „jeżeli działania, których zaniechał lekarz, naruszając przy tym zasady sztuki lekarskiej, nie byłyby skutecznym sposobem na zmniejszenie poziomu niebezpieczeństwa, to nie można w świetle teorii obiektywnego przypisania skutku pociągnąć go do odpowiedzialności za popełnienie materialnego przestępstwa z zaniechania”²⁶.

Na gruncie konkretnej sytuacji, stosując się do wymienionej wyżej zasady, nie będzie można pociągnąć do odpowiedzialności lekarza za skutek w postaci śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, gdyby czynności, których zaniechał, nie zapobiegłyby śmierci pacjenta lub doznaniu przez niego ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W takiej sytuacji można przypisać jedynie skutek w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa spowodowania śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli zatem podjęcie zgodnych z zasadami sztuki lekarskiej zabiegów leczniczych nie prowadziłoby do ocalenia życia chorego, w razie zaniechania podjęcia takich zabiegów lekarz może ponosić odpowiedzialność jedynie za skutek w postaci narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo spowodowania śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, czyli skutek określony w art. 160 k.k. (*vide* przypadek 2).

Trudność w przypisaniu skutku wynika również z tego, że pewne procesy chorobowe prowadzą do określonych skutków nie w każdym przypadku, ale jedynie w pewnej ich części. Przykładem tego mogą być obrażenia ciała w postaci krwaka nadtwardówkowego, którego doznał pokrzywdzony opisany w pierwszym przypadku. Podjęcie zabiegów leczniczych nie musiało prowadzić do zapobiegnięcia śmierci chorego, ponieważ śmiertelność w przypadku krwaków nadtwardówkowych wynosi około 50%. Z drugiej jednak strony przeżywalność w przypadku leczonych krwaków nadtwardówkowych wynosi również 50%. W takim przy-

²⁵ Wyrok SN z dnia 24 lutego 2005 r., OSNKW 2005, Nr 3, poz. 31.

²⁶ Wyrok SN z dnia 5 listopada 2005 r., IV KKN 347/99, LEX nr 74394, op. cit.

padku określenie skutku, któremu nie zapobiegł lekarz, jest szczególnie trudne. Nawet jednak, gdyby przeżywalność w przypadku jakiejś choroby kształtowała się na poziomie wyższym niż 50%, np. wynosiłaby 70%, to nie oznacza to, iż w konkretnym przypadku podjęcie właściwych zabiegów leczniczych zapobiegłoby śmierci chorego. Należy podkreślić, że wiedza medyczna daje odpowiedź na to, w ilu procentach przypadków, pomimo właściwego leczenia, następuje śmierć chorego, a nie na pytanie, czy konkretny chory w razie poddania go zabiegom leczniczym przeżyłby, czy nie.

W takiej sytuacji rodzi się pytanie, kiedy przypisać lekarzowi odpowiedzialność za skutek w postaci śmierci, a kiedy jedynie skutek w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa spowodowania śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Trudno uniknąć odniesienia się do kryterium prawdopodobieństwa wystąpienia śmierci (ciężkiego uszczerbku na zdrowiu). Jeżeli leczenie określonej choroby z dużym prawdopodobieństwem zapobiegłoby skutkowi, to niewątpliwie lekarzowi, który leczenie zaniechał, należałoby przypisać skutek w postaci śmierci chorego i na odwrót, w razie gdyby prawdopodobieństwo zapobieżenia śmierci było małe, lekarzowi, który zaniechał leczenia, można by przypisać skutek w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa spowodowania śmierci (ciężkiego uszczerbku na zdrowiu). Stosowanie kryteriów ilościowych i powoływanie się na prawdopodobieństwo wystąpienia określonego skutku zbliża tę teorię do teorii adekwatnego związku przyczynowego. Różnica polega na tym, że sprawca poprzez swoje zaniechanie nie zapobiega prawdopodobnemu skutkowi, ale go nie powoduje, bowiem jak zaznaczono na wstępie, zaniechanie nie pozostaje w związku przyczynowym ze skutkiem.

W praktyce powyższa różnica ulega jednak zatarciu. Niezależnie od poglądów dotyczących przyczynowości zaniechania rolą organów procesowych jest ustalenie, czy prawidłowe z punktu widzenia sztuki medycznej leczenie zapobiegłoby konkretnemu skutkowi i jakie było tego prawdopodobieństwo. Kluczowe z punktu widzenia konstrukcji gwaranta znaczenie dla zagadnienia odpowiedzialności karnej ma ustalenie, na kim spoczywał prawny obowiązek podjęcia leczenia. Przypisanie sprawcy odpowiedzialności za określony skutek odbywa się zatem w dwóch płaszczyznach – ustaleniu wynikającego z przepisu prawa obowiązku dotyczącego konkretnego lekarza oraz ustaleniu możliwości zapobieżenia skutkowi poprzez podjęcie odpowiedniego leczenia. Konstrukcja gwaranta określona w art. 2 k.k. ogranicza krąg podmiotów, którym można przypisać odpowiedzialność prawną za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie, i zarazem stanowi podstawę normatywnego powiązania zaniechania ze skutkiem. Zważywszy na fakt, że przestępstwa popełniane przez lekarzy na skutek błędu w leczeniu są zawsze przestępstwami skutkowymi, w przypadku przestępstw popełnionych

przez zaniechanie zawsze konieczne jest rozważanie odpowiedzialności lekarza przez pryzmat art. 2 k.k. i odwoływanie się do konstrukcji gwaranta.

COMMENTS CONCERNING CRIMINAL RESPONSIBILITY OF A PHYSICIAN FOR AN OMISSION (*BASED ON A CASE STUDY*)

The present paper discusses the issue of criminal responsibility of a physician for an omission. In the light of the applicable provision of the Penal Code of 1997, the criminal-law evaluation of an omission to provide medical aid by a physician in the presence of a risk to life or health of a person is two-directional. First, such behavior may constitute the formal crime of not providing aid, under art. 162 (1) of the Penal Code. Secondly, an omission to provide treatment may meet the criteria of a consequential crime committed by omission, directed against the life or health of a person, if it found that in the specific circumstances the physician had a special legal duty to prevent the consequence. Based on the literature, it was concluded that the matters of understanding of the special legal duty to prevent a consequence and of the sources of the guarantor's duty in the Polish criminal law raise numerous doubts.

The original cause of the risk faced by the patient is the disease, which initially develops independently of the physician's actions. By taking medical measures, the physician interferes with this process to prevent the negative effects, which would have taken place if such measures were not taken. A situation is also possible where the physician fails to take appropriate medical measures and to prevent the development of the disease. Without any treatment, or proper treatment, the patient's disease becomes exacerbated and the risk to the patient's life or health increases. The risk may reach a level that puts the patient's life and health in imminent danger or may materialize as a purely physical change in the outside world when the patient dies or loses health. It must be underscored that even if the source of this risk is an element of the outside world, which is independent of the physician, since the first contact with the patient the doctor can influence the development of the disease. In the case of presence of a special legal duty to prevent a consequence, mentioned in art. 2 of the Penal Code, the physician, under criminal responsibility, must monitor the development of the disease and take steps that are appropriate in the specific case in accordance with the principles of medicine.

The authors illustrated the principles of criminal responsibility of physicians for criminal omissions in connection with their professional practice using, as case studies, two cases in which enforceable verdicts were issued. The criterion for the selection of the cases to be studied was the person of the convict – a physician who committed a crime consisting, in its essence, in not taking life- and health-saving measures. The two selected cases concerned crimes whose source was a physician's

erroneous diagnosis. The literature indicates that in most such cases, where the essence of the crime is a physician's medical error, it is not possible to convict the physician of causing consequences such as the death of a patient, disturbance of his or her bodily functions, or a health disorder. Because it is not possible to prove the connection between the physician's improper behavior and the effect, taking the form of a purely physical change in the outside world, in practice the judicial system often qualifies the offense under art. 160 of the Penal Code.