

2024 / tom 1 / nr 4
2024 / volume 1 / number 4
ISSN 2956-7629

Medicine & Law in Practice

Opinia biegłych w postępowaniach karnych o błędy medyczne



Instytut
Ekspertyz
Medycznych
w Łodzi

Redaktor Naczelny (Editor-In-Chief):
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Warzocha

Autor opracowania (Author):
dr Anna Jaskuła LLM

Redakcja tekstu (Editor text)
dr Tomasz Karpowicz

Sekretarz Redakcji (Editorial Secretary):
mgr Agnieszka Feliniak

Adres Redakcji:
Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi
ul. Aleksandrowska 67/93
91-205 Łódź

Wydawca:
Instytut Ekspertyz Medycznych w Łodzi
ul. Aleksandrowska 67/93
91-205 Łódź

Druk:
Visuall Sp. z o.o.
ul. Świerkowa 23
83-010 Rotmanka
www.visuall.pl

2024 / tom 1 / nr 4
2024 / volume 1 / number 4
ISSN 2956-7629

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY



IEM

dr Anna Jaskuła LLM^{1,2}

Opinia biegłych w postępowaniach karnych o błędy medyczne

¹ *Prokuratura Krajowa, Departament Postępowania Przygotowawczego*

² *Rada Naukowa Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi*

Spis treści

Słowo wstępne	9
Opinia biegłych i jej ocena przez organ procesowy	11
1. Kryteria poprawności opinii	11
2. Ocena opinii przez organ procesowy i tzw. opinie prywatne	25
3. Ustalenie stanu faktycznego i prawnego	30
4. Zadania biegłych i organu procesowego	38
Nieprawidłowość w leczeniu jako przesłanka odpowiedzialności karnej	43
1. Naruszenie reguły postępowania z dobrem prawnym	43
2. Ustalenie nieprawidłowości w leczeniu	46
3. Pojęcie błędu medycznego i obiektywny charakter błędu	49
4. Standard właściwego postępowania medycznego i wzorzec sumiennego lekarza	58
Narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	67
1. Odpowiedzialność za przestępstwo z art. 160 kk – uwagi wstępne	67
2. Znamię narażenia na niebezpieczeństwo i skutkowy charakter czynu z art. 160 kk	69
3. Nieprawidłowe zachowanie a skutek	81
4. Kryteria bezpośredniości niebezpieczeństwa	85
5. Kryteria bezpośredniości niebezpieczeństwa w sprawach medycznych	96
6. Czas czynu a czas zaistnienia skutku	101
Przypisanie skutku i związek przyczynowo-skutkowy	111
1. Przypisanie skutku przy działaniu i przy zaniechaniu	111
2. Teorie przyczynowości w prawie karnym	114
3. Obiektywne przypisanie skutku	119
4. Test zachowania alternatywnego	129
5. Wynik testu zachowania alternatywnego i stopień jego pewności	135
Ocena z perspektywy <i>ex ante</i> oraz z perspektywy <i>ex post</i>	145
1. Ocena prawidłowości leczenia	145
2. Ocena skutku i powiązania przyczynowego	153
Bibliografia	159
Wykaz orzeczeń	181

Słowo wstępne

Prowadzenie postępowania karnego w sprawie o błędy medyczne oznacza dla organu procesowego poważne wyzwania. W ogromnej większości przypadków sędzia lub prokurator nie są w stanie samodzielnie ocenić materiału dowodowego pod kątem realizacji znamion czynu zabronionego, więc potrzebują fachowego wsparcia w postaci opinii procesowej, którą muszą potem samodzielnie przeanalizować i ocenić. Biegli nie mogą wyręczyć organu procesowego w rozstrzyganiu niełatwych pytań o to, czy zachowanie lekarza było bezprawne, czy niebezpieczeństwo dla życia pacjenta miało charakter bezpośredni, czy zachodził związek przyczynowy między nieprawidłowością w leczeniu a skutkiem negatywnym dla pacjenta itd., ale prawnik musi oprzeć się na wiedzy medycznej ekspertów.

Sprawne i rzetelne prowadzenie postępowań w tym zakresie to jedno z zadań organów państwa. Na zasadzie art. 2 *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności* państwo odpowiada – w ujęciu proceduralnym – za błąd medyczny wobec poszkodowanego, jeżeli opieszałość w prowadzeniu postępowania skutkowałą jego umorzeniem wobec przedawnienia karalności czynu zarzucanego lekarzowi odpowiedzialnemu za szkodę na osobie¹. Państwo odpowiada również za błędy popełnione w toku takiego postępowania, w tym – za wadliwą ocenę ekspertyz sporządzonych na jego potrzeby. Trybunał wyraźnie stwierdził, że jakkolwiek opinie biegłych stanowią ważny element oceny poprawności procesu diagnostyczno-terapeutycznego, to organ zwracający się o sporządzenie opinii nie może być zwolniony z dokonania analizy tego, czy biegli oparli swoje założenia i wnioski na zgromadzonych dowodach².

Przedmiotem niniejszego opracowania są problemy związane z opiniowaniem w sprawach medycznych, a widziane z perspektywy prawnika. Jak już wspomniano, analiza treści ekspertyzy to dla nielekarza trudne zadanie, ale zapewne niektórych nieporozumień można byłoby uniknąć dzięki właściwemu formułowaniu pytań przez organ procesowy. Z kolei od biegłych należy wymagać pogłębionej analizy stanu faktycznego i wnikliwej argumentacji, która pozwoli organowi procesowemu na podjęcie decyzji³.

Stany faktyczne i wnioski opinii, przedstawione w pracy, zostały opracowane na podstawie spraw analizowanych w Dziale ds. Błędów Medycznych Prokuratury Krajowej.

¹ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 lutego 2023 r. 57916/16.

² Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 lutego 2023 r. 57916/16.

³ T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 110.

Dane zostały jednak zanonimizowane i częściowo zmodyfikowane, aby możliwie najpełniej pokazać konkretny problem merytoryczny czy orzeczniczy. Celem przytoczenia tych przypadków jest nie zanegowanie prawidłowości opinii, ponieważ to mógłby uczynić jedynie inny zespół biegłych, ale pokazanie, dlaczego w niektórych fragmentach ekspertyzy są dla prawnika niejasne lub niepełne.

Błędy medyczne popełniają nie tylko lekarze, a zawiadomienia o przestępstwie dotyczą nierzadko ratowników medycznych, pielęgniarek, położnych, perfuzjonistów czy dyspozytorów Państwowego Ratownictwa Medycznego. W niniejszej pracy jedynie dla uproszczenia wywodu mowa jest głównie o odpowiedzialności lekarzy, ale co do zasady przedstawione uwagi odnoszą się także do osób wykonujących inne zawody medyczne, oczywiście z uwzględnieniem specyfiki ich zawodu i obowiązków na nich ciążyących⁴.

Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu popełniane przez lekarzy i przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych to czyny nieumyślne⁵, a tylko w absolutnie wyjątkowych sytuacjach można pracownikowi medycznemu przypisać przestępstwo umyślne⁶. Ponieważ kwestia strony podmiotowej nie jest tematem tej pracy, w dalszych wywodach będzie mowa w uproszczeniu np. o przepisie art. 160 kk czy art. 156 kk, chociaż – oczywiście – dla prawnika będzie to art. 160 § 2 i 3 kk albo art. 156 § 2 w zw. z § 1 pkt 1 kk. Znamiona przedmiotowe przestępstw nieumyślnych zostały określone poprzez odwołanie się do opisu przestępstw umyślnych – stąd takie uproszczenie można chyba uznać za uprawnione.

4 Ustalenie, czy dana osoba pełniła funkcję gwaranta nienastąpienia skutku, jest zadaniem organu procesowego.

5 T. Cyprian, *Karna...*, s. 68; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 30, 99; A. Liszewska, *Glosa...*, s. 238; R. Kokot, M. Banasiewicz, *Z problematyki...*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2009, t. XXIV, s. 109; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 162; M. Ruszała, *Przesłanki...*, s. 111; A. Staniak, *Odpowiedzialność...*, s. 91; P. Kardas, *Błąd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrki” 2007/4, s. 78, przypis 1; S. Wiśniewska-Momot, *Zasada...*, s. 127; Z. Marek, *Wybrane...*, s. 143; B. Świątek, *Błąd medyczny...*, s. 520; T. Jurek, B. Świątek, R. Drozd, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach błędnego...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007/4, s. 418; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu...*, „Palestra” 1983/10, s. 67; J. Gądzik, *Odpowiedzialność...*, „Zeszyty Prawnicze” 2022/1, s. 178; M. Kozak, R. Szostak, *Odpowiedzialność...*, *Studia Prawnostrójowe UMW* 2014, t. XXIII, s. 127; J. Sawicki, *Błąd...*, s. 182; J. Ruff, *Odpowiedzialność...*, s. 14.

6 Postanowienie SN z dnia 27 października 2009 r. sygn. II KK 45/09; por. R. Tymiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiński, art. 160, s. 255. W tego rodzaju sprawach trudno nawet mówić o błędzie medycznym.

Opinia biegłych i jej ocena przez organ procesowy

1. Kryteria poprawności opinii

Zgodnie z art. 201 kpk, jeżeli opinia jest niepełna lub niejasna albo gdy zachodzi sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej samej sprawie, można wezwać ponownie tych samych biegłych lub powołać innych. Przepis wyznacza kryteria oceny ekspertyzy przygotowanej na potrzeby postępowania karnego⁷. O zasadności uczynienia opinii podstawą ustaleń faktycznych w kwestiach wymagających wiadomości specjalnych „powinny decydować jedynie takie walory, jak jasność sformułowań, siła argumentacji, wyczerpanie problematyki postawionej przez organ procesowy przed biegłym przy jednoczesnym skorzystaniu z wszystkich materiałów dowodowych mogących mieć znaczenie dla wyjaśnienia tej problematyki (»pełność«), wzajemna koherentność prezentowanych poglądów (»niesprzeczność«), uwzględnienie aktualnych zapatrywań nauki. Organ procesowy powinien, kierując się powyższymi kryteriami, dokonać oceny poszczególnych opinii, a ocena tak przeprowadzona, po należytych jej uzasadnieniu, korzysta z ochrony przewidzianej w art. 7 kpk⁸.

A – opinia pełna

Powszechnie przyjmuje się, że opinia jest niepełna nie tylko wówczas, gdy biegły nie udzielił odpowiedzi na wszystkie postawione mu pytania, na które zgodnie z zakresem posiadanych wiadomości specjalnych i udostępnionych materiałów może i powinien odpowiedzieć⁹, lecz także wtedy, gdy opinia nie zawiera wyczerpującego naświetlenia określonej kwestii lub gdy badania przeprowadzono w niepełnym zakresie albo ich nie opisano¹⁰. Opini nie można natomiast uznać za niekompletną, jeżeli powodem nieudzielenia odpowiedzi przez biegłych było to, że pytanie zadane przez organ procesowy pozostawało poza zakresem wiadomości specjalnych eksperta¹¹.

7 Wyrok SN z dnia 6 maja 1983 r. sygn. IV KR 74/83.

8 Wyrok SN z dnia 19 czerwca 2015 r. sygn. SDI 16/15.

9 Postanowienie SN z dnia 1 września 1975 r. sygn. Z 24/75; wyrok SN z dnia 3 lipca 2007 r. sygn. II KK 321/06; postanowienie SN z dnia 26 czerwca 2008 r. sygn. IV KK 206/08; postanowienie SN z dnia 22 października 2015 r. sygn. III KK 239/15; postanowienie SN z dnia 4 listopada 2015 r. sygn. III KK 122/15; postanowienie SN z dnia 14 sierpnia 2020 r. sygn. V CSK 5/20; wyrok SA w Poznaniu z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. II AKA 152/14; wyrok SA w Katowicach z dnia 4 marca 2016 r. sygn. II AKA 500/15; wyrok SA w Łodzi z dnia 31 maja 2016 r. sygn. II AKA 95/16; wyrok SA w Szczecinie z dnia 28 grudnia 2017 r. sygn. II AKA 154/17; wyrok SA w Warszawie z dnia 2 czerwca 2021 r. sygn. II AKA 374/20; wyrok SA w Poznaniu z dnia 22 grudnia 2021 r. sygn. II AKA 52/21.

10 Wyrok SN z dnia 9 października 1980 r. sygn. II KR 317/80; postanowienie SN z dnia 27 września 2006 r. sygn. IV KK 330/06; postanowienie SN z dnia 26 marca 2008 r. sygn. II KK 19/08; postanowienie SN z dnia 20 kwietnia 2016 r. sygn. III KK 132/16; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18.

11 Wyrok SA w Łodzi z dnia 31 maja 2016 r. sygn. II AKA 95/16.

Opinia jest niepełna również wtedy, gdy biegli pominieli dowody mające znaczenie w sprawie czy nie uwzględnili wszystkich okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia konkretnej kwestii¹². W takiej sytuacji organ procesowy powinien zażądać uzupełnienia ekspertyzy¹³. Przykładowo: w sprawach o wypadki drogowe za niepełną uznano opinię z zakresu techniki samochodowej i ruchu drogowego, w której biegły nie uwzględnia wszelkich możliwych – na tle całokształtu dowodów – wariantów dotyczących przyczyn i przebiegu wypadku drogowego¹⁴. Nie inaczej będzie w razie opiniowania o błędach medycznych, a widać to zwłaszcza przy opiniowaniu w zakresie związku przyczynowo-skutkowego – o czym będzie jeszcze mowa. Zdaniem Sądu Najwyższego opinia niepełna to opinia „niezupełna” (mająca pewne braki), „niecałkowita” (częściowa), „niekompletna”, „niedokładna”, „ograniczona”. To opinia, „w której czegoś brakuje, o której nie można powiedzieć, że zawiera wyczerpujące naświetlenie określonej kwestii”¹⁵.

Niepełna jest – wreszcie – taka ekspertyza, która nie zawiera uzasadnienia ocen i poglądów w niej wyrażonych¹⁶. Należy wszakże pamiętać, że opinia biegłych nie może być tylko ich osobistym mniemaniem lub nieudokumentowanym przekonaniem, lecz musi zawierać wnioski z odpowiednim uzasadnieniem. Podlega ona ocenie sądu, jak każdy inny dowód, i wszystkie przesłanki dowodowe, na których oparli się biegli, powinny być w pełni, dokładnie wymienione i określone tak, aby organ procesowy mógł je zawsze skontrolować¹⁷. Wadliwe są takie opinie, w których na pytanie np. o związek przyczynowy między uchybieniem w procesie leczniczym a skutkiem negatywnym dla pacjenta biegły odpowiada: „Tak, zachodzi związek przyczynowy między nieprawidłowością w postaci [...] a śmiercią pacjenta”, ale w żaden sposób tego stanowiska nie wyjaśnia. Opinia, oprócz wniosków, powinna wszakże przedstawiać proces rozumowania biegłych i dochodzenia do konkluzji¹⁸. Uzasadnienie opinii nie może też ograniczać się wyłącznie do powołania na „własną wiedzę i doświadczenie”¹⁹.

12 Wyrok SN z dnia 21 października 1980 r. sygn. Rw 361/80; wyrok SN z dnia 9 maja 1988 r. sygn. II KR 96/88; wyrok SN z dnia 7 października 2009 r. sygn. III KK 122/09; postanowienie SN z dnia 22 października 2015 r. sygn. III KK 239/15; postanowienie SN z dnia 20 kwietnia 2016 r. sygn. III KK 132/16; wyrok SA w Łodzi sygn. II AKa 95/16. A. Bielska-Brodziak i T. Urban podają ciekawy przykład pominięcia – w opinii o przyczynach śmierci płodu – istotnego elementu stwierdzonego podczas sekcji zwłok w postaci zamkniętego otworu owalnego (A. Bielska-Brodziak, T. Urban, *Ile waży...*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2019/1, s. 33 i nast.).

13 Wyrok SN z dnia 9 maja 1988 r. sygn. II KR 96/88.

14 Wyrok SN z dnia 21 października 1980 r. sygn. Rw 361/80; wyrok SN z dnia 8 stycznia 2002 r. sygn. IV KKN 646/97.

15 Postanowienie SN z dnia 27 września 2006 r. sygn. IV KK 330/06.

16 Postanowienie SN z dnia 1 września 1975 r. sygn. Z 24/75; postanowienie SN z dnia 16 sierpnia 1978 r. sygn. Rw 286/78; wyrok SN z dnia 3 lipca 2007 r. sygn. II KK 321/06; postanowienie SN z dnia 26 czerwca 2008 r. sygn. IV KK 206/08; postanowienie SN z dnia 22 października 2015 r. sygn. III KK 239/15; wyrok SA w Poznaniu z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. II AKa 152/14; wyrok SA w Gdańsku z dnia 18 lutego 2015 r. sygn. II AKa 7/15.

17 Wyrok SN z dnia 9 maja 1988 r. sygn. II KR 96/88; wyrok SN z dnia 7 grudnia 1994 r. sygn. II URN 43/94; wyrok SN z dnia 19 maja 1998 r. sygn. II UKN 55/98; wyrok SA w Katowicach z dnia 29 maja 2014 r. sygn. II AKa 107/14; Z. Marek, *Błqd...*, s. 161; K. Jaegermann, S. Klys, Rola..., „Nowe Prawo” 1980/11–12, s. 80.

18 Wyrok SN z dnia 13 października 1998 r. sygn. II KKN 225/96; postanowienie SN z dnia 26 marca 2008 r. sygn. II KR 19/08; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 27 lutego 2019 r. sygn. II AKa 292/18; M. Burdzik, A. Nowak, M. Fras, *Efekt...*, „Państwo i Prawo” 2022/7, s. 86; M. Nawrocki [w:] *Biegły...*, red. K. Flaga-Gieruszyńska, s. 599.

19 K. Jaegermann, S. Klys, *Rola...*, „Nowe Prawo” 1980/11–12, s. 84; V. Kwiatkowska-Darul, *Dowodowe...*, s. 113.

Często błędy opinii mogą zostać naprawione w opinii uzupełniającej, zwłaszcza gdy biegli wzięli w opiniowaniu pod uwagę wszystkie istotne elementy stanu faktycznego, ale nie odnieśli się do nich wprost w uzasadnieniu. Organ procesowy jest wtedy zmuszony do zadania biegłym dodatkowych pytań, zmierzających do ustalenia, na czym w istocie oparli oni swoje wnioski – a to się przekłada na niepotrzebne wydłużenie postępowania. Znacznie poważniejszy problem pojawia się wtedy, gdy element stanu faktycznego pominięty przez biegłych mógł zaważyć na wnioskach co do poprawności procesu diagnostyczno-terapeutycznego czy powiązania nieprawidłowości w leczeniu ze skutkiem. Tego rodzaju opinia okazuje się nie tylko niepełna, lecz także niejasna.

Przykład nr 1:

Ustalenia: Rodzice kilkudniowego noworodka zauważyli u niego kaszel, katar, tzw. sapkę oraz sine palce u rąk. Podczas wizyty w poradni POZ poinformowali też, że dziecko „zarzuca główką”. Lekarka rozpoznała zapalenie nosa i gardła oraz zaleciła inhalacje, nie znalazła natomiast podstaw do pogłębienia diagnostyki. Wieczorem dziecko zmarło. Przyczyną śmierci było odoskrzelowe zapalenie płuc i ropne zapalenie oskrzeli.

Opinia I: Nie doszło do narażenia życia dziecka, ponieważ kaszel i katar to dolegliwości, które z powodzeniem mogą być leczone w domu. Śmierć noworodka nastąpiła na skutek nieszczęśliwego wypadku: bezdechu wtórnego po refluksie treści pokarmowej lub z powodu podduszenia przez matkę, śpiącą we wspólnym łóżku. Nie można też wykluczyć zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej.

Opinia II: Zachowanie lekarki POZ było nieprawidłowe. U noworodka kaszel jest objawem niepokojącym, zwłaszcza przy współistnieniu sygnałów pogarszania się stanu ogólnego. Zasinienie palców świadczyło o niedotlenieniu (hipoksji), a ruch głowy określony przez rodziców jako „zarzucanie główką” – o trudnościach oddechowych. Biegli wyjaśnili przy tym szczegółowo, dlaczego tak zinterpretowali to niefachowe wyrażenie oraz dlaczego sinych palców nie można było wiązać np. z niską temperaturą w gabinecie. Zdaniem biegłych już te dwa objawy świadczyły o tym, że noworodek bezwzględnie wymagał hospitalizacji. Wykluczyli też wystąpienie zespołu nagłej śmierci niemowląt, a sugestie dotyczące refluksu żołądkowo-przełykowego i możliwości podduszenia noworodka przez śpiących z dzieckiem rodziców uznali za mało prawdopodobne.

Z pierwszej opinii wynika, że w omawianej sprawie nie doszło do nieprawidłowości w leczeniu, przy czym biegli nie odnieśli się do takich objawów jak zasinienie palców i „zarzucanie główką”, natomiast o pozostałych objawach wypowiedzieli się niejako abstrakcyjnie. Tymczasem w sprawie medycznej organ procesowy oczekuje nie tyle informacji, jakie są ogólne zasady leczenia (np. że kaszel i katar często mogą być leczone w domu), ile ustalenia, czy dla konkretnego pacjenta zasadna była określona decyzja diagnostyczna

lub terapeutyczna (tutaj – o zaniechaniu hospitalizacji)²⁰. Hipotezy dotyczące refluksu, podduszenia i tzw. śmierci łóżeczkowej nie zostały w pierwszej opinii w żaden sposób uargumentowane. Słusznie zatem prokurator uznał opinię za niepełną i przez to nieprzydatną dla czynienia ustaleń w przedmiocie prawidłowości leczenia noworodka.

Organ procesowy nie może zakładać, że skoro biegli o jakimś elemencie stanu faktycznego nie napisali, to znaczy, że uznali daną okoliczność za nieistotną. Wszelkie wątpliwości w tym zakresie powinny zostać wyjaśnione. Należy dodać, że organ procesowy w postanowieniu o zasięgnięciu opinii niejednokrotnie ogranicza się do pytania, czy postępowanie lekarza było prawidłowe, chociaż – oczywiście – może i w wielu przypadkach powinien zadać bardziej szczegółowe pytania. Nie musi jednak każdorazowo pytać biegłych, jakie znaczenie w konkretnej sprawie miała okoliczność, że pacjent był kilkudniowym noworodkiem, że miał katar, że miał sine palce itd. Nawet bez tak kazuistycznych pytań biegli powinni odnieść się do wszystkich tych elementów, skoro mają one (lub mogą mieć) znaczenie dla oceny zachowania lekarza. Pominięcie ważnych dowodów powoduje, że opinia jest „niepełna, a może być przez to także niejasna, bowiem nie uwzględnia wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia konkretnej kwestii okoliczności”²¹.

Przykład nr 2:

Ustalenia: Trzydziestoletnia pacjentka miała gorączkę (40°C), skarżyła się na ból gardła i trudności z przełykaniem, dwa dni później pojawiły się omamy (widziała nosorożce i zmarłych krewnych), a brat zauważył na jej skórze „małe czerwone cętki”. Po przyjeździe karetki chora oświadczyła lekarzowi z ZRM, że piła alkohol i że „wolałaby zostać u siebie”. Lekarz podjął decyzję o pozostawieniu pacjentki w domu, gdzie zmarła kilka godzin później. Przyczyną śmierci była zaostrzająca się niewydolność krążeniowo-oddechowa u osoby z ropnym zapaleniem śródpiersia i ropowicą, które prowadziły do uogólnionego zakażenia organizmu (posocznicy) i do wstrząsu septycznego.

Opinia I: Zachowanie lekarza z ZRM było prawidłowe. Objawy zapalenia śródpiersia są niecharakterystyczne, a wzrost temperatury ciała w trakcie ostrej infekcji wirusowej u zdrowej uprzednio pacjentki nie stanowi wskazania do hospitalizacji. Zmiany ropne w obrębie śródpiersia o typie stwierdzonym u pokrzywdzonej nie są możliwe do zdiagnozowania jedynie na podstawie badania fizykalnego.

Opinia II: Zaburzenia świadomości w postaci omamów mogą występować w przypadku zakażenia bakteryjnego, zwłaszcza uogólnionego, natomiast krwawe wybroczyny mogą świadczyć o zaburzeniach krzepliwości krwi i są jednym z objawów posocznicy. Potwierdzenie sepsy byłoby możliwe, gdyby pacjentka zgodziła się na

20 Gdy w postanowieniu o zasięgnięciu opinii pojawia się pytanie o to, jak powinien wyglądać prawidłowy proces leczenia, to takie pytanie dotyczy konkretnego pokrzywdzonego, a nie – w ogóle leczenia danej choroby czy urazu określonego typu.

21 Wyrok SA w Poznaniu z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. II Aka 152/14.

hospitalizację. Pokrzywdzona nie prezentowała jednak objawów wskazujących na stan bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia.

Organ procesowy nie jest w stanie samodzielnie stwierdzić, jakie znaczenie w sprawie mają lub mogą mieć takie objawy, jak omamy i „małe czerwone cętki” (wybroczyny? wysypka?), ale z całą pewnością te kwestie wymagały wyjaśnienia. Opinia, która takie elementy pomija, nie może zostać uznana za pełną. Z drugiej opinii jednoznacznie wynika, że podczas wizyty zespołu ratownictwa medycznego istniały podstawy do przyjęcia podejrzenia posocznicy, właściwym działaniem byłoby zatem przetransportowanie pacjentki do szpitala. Z tej perspektywy pierwsza opinia jawi się nie tylko jako niepełna, lecz także jako niejasna.

To, że w momencie wizyty ZRM pokrzywdzona nie wykazywała objawów wskazujących na stan bezpośredniego zagrożenia życia, nie wyklucza przyjęcia odpowiedzialności za narażenie jej na takie niebezpieczeństwo. Na pewno w takim niebezpieczeństwie się znalazła, skoro zmarła kilka godzin później na skutek sepsy, którą można było wcześniej rozpoznać. Inną kwestią jest natomiast zgoda na leczenie. To organ procesowy powinien wyjaśnić, co oznaczało stwierdzenie, że pacjentka „wolałaby zostać w domu”, i czy została prawidłowo poinformowana o zagrożeniu wiążącym się z odmową hospitalizacji.

B – opinia jasna

Opinia ma być jasna – w pierwszej kolejności na poziomie czysto lingwistycznym. Stanowisko biegłych powinno zostać przedstawione językiem zrozumiałym dla osób niemających wiedzy specjalnej²². Oczywiście, biegli mogą posługiwać się skrótami i skrótowcami (np. DIC, rko, kmcr) oraz wyrażeniami fachowymi (np. cholangiopankreatografia), ale powinny one zostać wyjaśnione, aby treść opinii była czytelna dla organu procesowego i dla stron. Jeśli świadkowie przesłuchani na okoliczność działania zestawu do krążenia pozaustrojowego zeznawali o *drenach*, to użycie w opinii sformułowania *wenty* spowoduje nieporozumienia. Problemy może stwarzać też gramatyka, w tym – kilkukrotne przeczenia czy szyk przestawny w zdaniach wielokrotnie złożonych²³.

Trudności mogą też wynikać z użycia – w opinii – określonych wyrażań, nawet tak rozpowszechnionych i pozornie niekontrowersyjnych, jak *powikłanie*. Gdy biegli

22 Jak to wyraził Sąd Okręgowy w Gliwicach: „Opinia nie jest podręcznikiem akademickim, a jej autor nie ma obowiązku formułowania wypowiedzi wyłącznie przy użyciu specjalistycznego (a przez to często hermetycznego i niezrozumiałego) języka dziedziny wiedzy, którą reprezentuje. Komunikatywność i jasność opinii jest wręcz pożądana i nie uchybia wymogom fachowości biegły, który stara się używać sformułowań zrozumiałych dla laików (wyrok SO w Gliwicach z dnia 12 czerwca 2017 r. sygn. IV K 129/15; por. wyrok SN z dnia 29 lipca 1999 r. sygn. II KKN 60/99; wyrok SA w Warszawie z dnia 4 października 2017 r. sygn. II Aka 237/17); Z. Marek, *Błąd...*, s. 161; Z. Marek, *Nie można...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/2, s. 98; M. Legień, *O paramedycynie...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. III, s. 187; A. Pilch, *W kierunku...*, s. 52–53.

23 M. Nawrocki [w:] *Biegły...*, red. K. Flaga-Gieruszyńska, s. 606.

piszą, że np. „na skutek uszkodzenia nerki podczas arteriografii doszło do powikłań”, to dla organu procesowego będzie to stwierdzenie niejasne. Zgodnie z definicją słownikową *powikłanie* to „schorzenie będące następstwem jakiejś innej choroby, operacji albo niewłaściwego leczenia”²⁴, co oznacza, że tego rodzaju skutek negatywny dla pacjenta może być wynikiem błędu w leczeniu, ale nie musi. Tymczasem w orzecznictwie wyraźnie odróżnia się „błąd medyczny, jako odstępstwo od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy”, od „powikłania, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne”²⁵. I tak – przykładowo – niepowodzenie diagnostyczne to sytuacja nierozpoznania choroby z powodu jej atypowego czy skąpoobjawowego przebiegu, pomimo przeprowadzenia prawidłowych badań i wyciągania z nich poprawnych wniosków²⁶.

Niejasne może być również wyrażenie *jatrogenny*, ponieważ dla laika to „niekorzystny, a będący następstwem leczenia”, co sugeruje, że proces terapeutyczny nie przebiegał prawidłowo, a przynajmniej takiej możliwości nie wyklucza. Niezrozumiałe będzie wobec tego stwierdzenie, że „powikłania jatrogenne to powikłania nieumyślne, nie można zatem mówić o zaistnieniu błędu medycznego”. Zresztą ustalenie zamiaru czy nieumyślności to zadanie organu procesowego, a nieumyślne popełniony błąd nie wyłącza przecież odpowiedzialności. Zatem należy podkreślić, że dla prokuratora i dla sądu podstawowe znaczenie ma informacja, czy doszło do nieprawidłowości w leczeniu i czy następstwa niekorzystne dla pacjenta można powiązać z tymi nieprawidłowościami. Stwierdzenie, że „po operacji doszło do powikłań w postaci [...]”, warto byłoby zatem uzupełnić informacją, że np. „tego rodzaju powikłanie nie świadczy o wadliwości zabiegu lub opieki pooperacyjnej, ponieważ [...]”. Kolejną pułapką może stanowić określenie *rutynowy*. Stwierdzenie, że lekarz „zachował się rutynowo”, czy też „zlecił rutynowe badania”, nie przesądza wcale, czy w określonej sytuacji postąpił prawidłowo. Może to przecież oznaczać zastosowanie metod mniej skutecznych w świetle nowszych badań albo wprawdzie leczenia wskazanego w standardowych przypadkach, ale z pominięciem faktu, że rozpatrywany przypadek akurat do takich nie należał.

24 Słownik języka polskiego PWN (<https://sjp.pwn.pl/szukaj/powiklanie.html>).

25 Wyrok SA w Szczecinie z dnia 12 kwietnia 2017 sygn. ACa 6/17; por. Z. Marek, *Niepowodzenie...*, „Prawo i Medycyna” 2000/8, s. 141; Z. Marek, *Klasyfikacja...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 115; D. Wąsik, *Metodyka...*, s. 29; D. Wąsik, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2017/3, s. 14; A. Malicki, *Z problematyki...*, s. 318; B. Świątek, *Obce...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. III, s. 92; R. Latosiiewicz, M. Szeremeta, A. Niemcunowicz-Janica, *Problematyka...*, s. 224–225; M. Wolska, S. Kwiatkowski, *Wybrane...*, s. 51. Niepowodzenie lecznicze rozumiane jest jako brak pozytywnego skutku (bądź także wystąpienie skutku niepożądanego) pomimo całkowicie prawidłowego postępowania personelu medycznego.

26 R. Latosiiewicz, M. Szeremeta, A. Niemcunowicz-Janica, *Problematyka...*, s. 225; S. Raszeja, *Zagadnienia...*, s. 271; por. wyrok SN z dnia 8 grudnia 1970 r. sygn. II CR 543/70; wyrok SN z dnia 16 stycznia 1974 r. sygn. III KR 311/73; J. Sawicki, *Błąd...*, s. 107.

Opinia powinna być jasna, czyli logiczna i spójna. Za niejasną uznaje się taką ekspertyzę, która nie pozwala na zrozumienie ani wyrażonych w niej ocen i poglądów, ani sposobu dochodzenia do nich, albo zawiera wewnętrzne sprzeczności, posługuje się nielogicznymi argumentami itp.²⁷. Opinia biegłego okazuje się niejasna również wtedy, gdy jej wnioski końcowe są nielogiczne, nieścisłe, niespójne lub obwarowane takimi zastrzeżeniami, że utrudnione albo wręcz niemożliwe staje się ustalenie ostatecznego poglądu biegłego²⁸. Jeśli tezy opinii biegłego są wieloznaczne, to opinia nie może zostać uznana za jasną w rozumieniu art. 201 kpk²⁹. Jednak nawet jeśli wnioski są jednoznaczne, ekspertyza może zostać uznana za wadliwą – gdy nie zostanie wyjaśniony sposób ich ustalenia. Opinia niejasna to – wreszcie – opinia nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona ekspertyza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować zawartego w niej rozumowania co do trafności wniosków końcowych³⁰. Wnioski muszą znajdować oparcie w badaniach opisanych przez biegłego³¹. W sprawach o błąd medyczny biegli opiniują z powołaniem się na zasady wiedzy i praktyki medycznej. Jeśli mają one formę rozporządzeń, zaleceń towarzystw naukowych czy literatury fachowej, powinny one zostać przywołane w opinii z podaniem źródła³².

Przykład nr 3:

Ustalenia: Pacjentka, od wielu tygodni cierpiąca na nadwrażliwość jelita grubego i na bolesne miesiączki, wezwała karetkę z powodu silnego bólu brzucha, wymiotów i gorączki. Ratownicy, przybyli na miejsce, zbadali poziom cukru i ciśnienie oraz podali chorej no-spę i pyralginę, nie zbadali jednak brzucha. Stwierdzili, że pacjentka najprawdopodobniej cierpi na grypę jelitową, zalecili wizytę u ginekologa i wezwanie pogotowia w razie pogorszenia. Następnego dnia u pacjentki doszło do perforacji jelita. Pomimo wdrożonego leczenia kobieta zmarła kilka dni później.

Opinia: Pacjentkę należało przetransportować do szpitala, ale ratownicy nie są lekarzami i trudno oczekiwać od nich, żeby przy pierwszej wizycie stwierdzili jednoznaczne wskazania do hospitalizacji. Ocenili stan pacjentki jako stabilny i zanegowali wystąpienie

27 Postanowienie SN z dnia 1 września 1975 r. sygn. Z 24/75; wyrok SN z dnia 9 października 1980 r. sygn. II KR 317/80; wyrok SN z dnia 3 lipca 2007 r. sygn. II KK 321/06; postanowienie SN z dnia 26 marca 2008 r. sygn. II KK 19/08; postanowienie SN z dnia 26 czerwca 2008 r. sygn. IV KK 206/08; postanowienie SN z dnia 22 października 2015 r. sygn. III KK 239/15; wyrok SA w Poznaniu z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. II AKa 152/14; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 26 sierpnia 2015 r. sygn. II AKa 196/15; wyrok SA w Warszawie z dnia 2 czerwca 2021 r. sygn. II AKa 374/20; wyrok SA w Poznaniu z dnia 22 grudnia 2021 r. sygn. II AKa 52/21.

28 Wyrok SN z dnia 9 października 1980 r. sygn. II KR 317/80; wyrok SA w Krakowie z dnia 6 listopada 2008 r. sygn. II AKa 160/08; wyrok SA w Warszawie z dnia 23 września 2013 r. sygn. II AKa 278/13; postanowienie SN z dnia 4 listopada 2015 r. sygn. III KK 122/15; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18.

29 Postanowienie SN z dnia 27 września 2006 r. sygn. IV KK 330/06.

30 Postanowienie SN z dnia 26 marca 2008 r. sygn. II KK 19/08; postanowienie SN z dnia 14 sierpnia 2020 r. sygn. V CSK 5/20; wyrok SA w Lublinie z dnia 17 czerwca 2020 r. sygn. III AUa 709/19; M. Burdzik, A. Nowak, M. Frasz, *Efekt...*, „Państwo i Prawo” 2022/7, s. 85; H. Kolecki, *Procesowa...*, s. 145.

31 Wyrok SN z dnia 9 października 1980 r. sygn. II KR 317/80; postanowienie SN z dnia 20 kwietnia 2016 r. sygn. III KK 132/16.

32 R. Tymiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiński, art. 160, s. 265.

bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego. Brak jest związku przyczynowego między zaniechaniem przetransportowania pacjentki do szpitala a jej zgonem.

Biegli wskazali na stan faktyczny (ratownicy ocenili stan pacjentki jako niewymagający hospitalizacji), jednak nie wypowiedzieli się na temat, czy taka ocena – przy uwzględnieniu poziomu wiedzy wymaganej od ratowników – była słuszna i uzasadniona okolicznościami stwierdzonymi podczas wizyty. Biegli powinni wskazać, dlaczego pacjentkę należało przetransportować do szpitala oraz czy pozostawienie jej w domu było błędem, a jeżeli – nie, to z jakiego powodu. Nie jest jasne, na jakiej podstawie biegli wykluczyli związek przyczynowy między nieprawidłowością w postaci odmowy przetransportowania do szpitala (o ile była to nieprawidłowość) a śmiercią pokrzywdzonej. Brak również odpowiedzi na pytanie, czy pozostawienie pacjentki w domu (jeśli stanowiło uchybienie) narażało ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Dodać trzeba, że zawarte w art. 160 kk pojęcie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia nie jest równoważne z pojęciem nagłego zagrożenia zdrowotnego, którym posługuje się ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym³³.

Przykład nr 4:

Ustalenia: W kilka miesięcy po założeniu PEG (rurki gastrostomijnej wprowadzanej do żołądka przez skórę) u dwuletniego chłopca stwierdzono niedrożność drenu. Podczas wymiany gastrostomii tzw. grzybek PEG odcięto przy skórze i pozostawiono w żołądku, a dziecko wypisano do domu. W karcie informacyjnej w zaleceniach nie wpisano konieczności obserwowania stolca. Dwa dni później dziecko zostało przyjęte na oddział chirurgiczny, gdzie przebywało przez trzy tygodnie. W kolejnych miesiącach chłopiec wielokrotnie był konsultowany w poradni pediatrycznej, gastrologicznej i neurologicznej. Trzy miesiące po wymianie gastrostomii doszło do krwotoku z przewodu pokarmowego, a podczas zabiegu operacyjnego dziecko zmarło. Sekcja zwłok ujawniła w środkowej części przełyku ciało obce w postaci rozetki PEG, a wokół niej – odleżynę i perforację oraz skrzepę krwi w świetle żołądka i jelit. Bezpośrednią przyczyną zgonu stała się perforacja ściany przełyku z krwawieniem wewnętrznym.

Opinia: Zastosowana metoda wymiany gastrostomii (*tnij i pchnij*) była prawidłowa. Zasadą jest przy tym, że jeśli wewnętrzna płytka mocująca nie zostanie wydalona drogą naturalną, to powinna zostać usunięta w możliwie najkrótszym czasie (do 4 tygodni). Czas pasażu przez przewód pokarmowy wynosi 7–10 dni i w tym czasie rodzice powinni obserwować stolec dziecka. Lekarze w poradni nie mieli podstaw do zadawania pytań o wydalenie płytki, skoro matka nie mówiła o tym ani nie wyrażała niepokoju. Wprawdzie w zeznaniach matki dwukrotnie pojawia się wzmianka o informowaniu

³³ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity: Dz.U. 2024 r., poz. 652 ze zm.).

lekarzy o pozostawieniu tzw. grzybka w żołądku dziecka, ale nie potwierdzają tego zeznania lekarzy. Wiedza lekarza o wymianie PEG przy jednoznacznej informacji od rodzica, że nie widział grzybka w stolcu, „daje podstawy uznać, że lekarz zapewne podjąłby stosowne kroki i dalszą procedurę (np. diagnostykę), bez względu na występowanie niepokojących objawów ze strony przewodu pokarmowego”. Pozostawienie płytki w przewodzie pokarmowym nie pozostawało w związku ze śmiercią chłopca.

Biegli skupili się na obowiązkach rodziców dziecka, którzy – jak wynika z opinii – powinni sami obserwować stolce oraz spontanicznie informować lekarzy o wymianie PEG i o niewydaleniu grzybka. W opinii całkowicie pominięto okoliczność, że dwa dni po zabiegu dziecko znalazło się w szpitalu, a personel oddziału chirurgicznego miał wiedzę o metodzie wymiany PEG (wynika to z dokumentacji medycznej). Nie jest zatem jasne, dlaczego to rodzice mieli prowadzić obserwację każdego stolca. Biegli w swojej opinii w ogóle nie uwzględnili tego etapu leczenia pacjenta – co stanowi poważny jej mankament. Rodzą się przecież pytania o to, czy personel medyczny miał obowiązek obserwować stolce, czy powinien skonsultować się z gastrologiem, kiedy taka konsultacja powinna nastąpić itd.

W opinii pominięto treść dokumentacji medycznej: w karcie informacyjnej wydanej rodzicom po wymianie gastrostomii nie wpisano zalecenia obserwowania stolca – co koresponduje z zeznaniami matki, że taki obowiązek nie był jej znany. Tu należy zapytać, czy zaniechanie wydania takiego zalecenia było prawidłowe. Zeznanie matki w tym aspekcie nie budzi większych wątpliwości. Co ciekawe – biegli zakwestionowali wiarygodność tego świadka w części dotyczącej informowania lekarzy o zastosowanej u dziecka metodzie wymiany PEG, i to wyłącznie na tej podstawie, że nie potwierdzili tego lekarze opiekujący się dzieckiem. Należy zatem podkreślić, że ocena wiarygodności zeznań świadka (w znaczeniu jego prawdomówności) leży w kompetencjach organu procesowego.

Dla organu procesowego niejasne jest też stwierdzenie, że lekarz „zapewne podjąłby” stosowne kroki i dalszą procedurę bez względu na występowanie (bądź nie) niepokojących objawów ze strony przewodu pokarmowego. Najprawdopodobniej to zdanie należy zinterpretować następująco: lekarz mający wiedzę o pozostawieniu tzw. grzybka w żołądku powinien podjąć dalszą diagnostykę i zabieg usunięcia tego elementu. Czy można z tego wywnioskować, że postąpił nieprawidłowo, skoro takiej operacji nie zaplanował? W bardzo wielu sprawach pojawia się problem poinformowania lekarza o okoliczności istotnej leczniczo. Trzeba wobec tego zauważyć, że pacjenci i ich opiekunowie z reguły sami nie mają wykształcenia medycznego – stąd też dla oceny poprawności postępowania lekarza istotne jest nie tylko ustalenie, czy pacjent o danej okoliczności poinformował (to ustala organ procesowy), lecz także rozstrzygnięcie, czy lekarz miał obowiązek o daną okoliczność zapytać (to ustala biegły).

Jak stwierdził kiedyś Kazimierz Jaegermann, „prawnik oczekuje odpowiedzi kategorycznej”³⁴. To prawda, ale prawnik woli wyraźne wyartykułowanie wątpliwości powziętych przez biegłych od opinii nieuargumentowanej i tylko pozornie jednoznacznej. Postulat jasności opinii nie wymaga, aby zawsze była to opinia kategoryczna³⁵. Z różnych powodów jednoznacznie potwierdzenie bądź zanegowanie jakiejś tezy nie zawsze okazuje się możliwe – w takiej sytuacji biegły powinien wskazać, jaka jest tego przyczyna. W piśmiennictwie zasadnie wskazuje się, że chęć wydawania opinii kategorycznych za wszelką cenę, bez liczenia się z realiami nauki i z rzetelnością opiniodawczą, prowadzi do poważnych wadliwości opinii³⁶. W uzasadnionych przypadkach formułowanie wniosków o charakterze probabilistycznym lub alternatywnym nie świadczy o wadliwości opinii³⁷. Jeśli biegli nie są w stanie potwierdzić istnienia związku przyczynowego między nieprawidłowością w leczeniu a skutkiem, powinni wskazać, na czym polegają wątpliwości, oraz podać inną faktyczną lub prawdopodobną przyczynę skutku³⁸. Gdy biegły w opinii uzupełniającej zmienia poziom kategoryczności swojej opinii, powinien wyjaśnić powód tego rodzaju zmiany³⁹. Z drugiej strony – nie ma powodów do nieproporcjonalnego akcentowania twierdzeń niewykluczających⁴⁰.

C – opinia niesprzeczna

Sprzeczność w samej opinii (tzw. sprzeczność wewnętrzna) albo między dwiema opiniami lub większą ich liczbą (sprzeczność zewnętrzna) zachodzi wówczas, „gdy w jednej opinii, w dwóch albo większej ich liczbie, co do tych samych, istotnych okoliczności, dokonane zostały odmienne ustalenia, odmienne oceny albo też z przeprowadzonych takich samych czynności w opiniach tych sformułowane zostały odmienne wnioski”⁴¹. Sformułowania, którymi posługuje się biegły, „nie mogą być płynne, winny być jednoznaczne i wewnętrznie niesprzeczne”⁴².

Nie jest wewnętrznie sprzeczna opinia, w której biegły przedstawił odmienne wnioski co do poszczególnych alternatywnych wariantów zdarzenia założonych

34 K. Jaegermann, *Kategoryczne...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1978/2, s. 106; J. Kunz, *Niektóre ... Część I*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/1, s. 39; por. E. Skupień, F. Bolechała, *Odpowiedzialność...*, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 414.

35 D. Gruszecka [w:] *Kodeks...*, red. J. Skorupka, art. 201, teza 6; S. Pawelec, *Wadliwość...*, „Prokuratura i Prawo” 2014/4, s. 168; K. Jaegermann, *Opiniowanie...*, s. 69; por. wyrok SN z dnia 7 listopada 2005 r. sygn. V KK 91/05; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 160; K. Jaegermann, S. Kłys, *Rola...*, „Nowe Prawo” 1980/11–12, s. 86; wyrok SA w Katowicach z dnia 29 maja 2014 r. sygn. II AKa 107/14.

36 E. Gruza, *O błędach...*, s. 185; J. Kunz, *Niektóre ... Część II*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/2, s. 112. Domaganie się przez organ procesowy opinii kategorycznej jest często drogą donikąd (S. Pawelec, *Wadliwość...*, „Prokuratura i Prawo” 2014/4, s. 166).

37 M. Burdzik, A. Nowak, M. Fras, *Efekt...*, „Państwo i Prawo” 2022/7, s. 81; por. K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 244; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 166.

38 K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 245.

39 Wyrok SN z dnia 6 maja 1983 r. sygn. IV KR 74/83.

40 Z. Marek, *Nie można...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/2, s. 101; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 159; M. Legień, *O paramedycynie...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. III, s. 187 (autor pisze nawet o niezasadnym asekurancystwie orzeczniczym).

41 Postanowienie SN z dnia 22 października 2015 r. sygn. III KK 239/15; wyrok SA w Poznaniu z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. II AKa 152/14; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18; wyrok SA w Warszawie z dnia 2 czerwca 2021 r. sygn. II AKa 374/20; wyrok SA w Poznaniu z dnia 22 grudnia 2021 r. sygn. II AKa 52/21; M. Burdzik, A. Nowak, M. Fras, *Efekt...*, „Państwo i Prawo” 2022/7, s. 84.

42 Wyrok SN z dnia 6 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 308/99.

zgodnie z poleceniem organu procesowego⁴³. Tego rodzaju sprzeczność jest pozorna, dlatego że wynika ze sprzeczności analizowanych przebiegów zdarzenia. Nie jest zadaniem biegłego rozstrzygnięcie wątpliwości dowodowych na korzyść oskarżonego w myśl art. 5 § 2 kpk⁴⁴. Kontrowersje co do rzetelności opinii musi natomiast wzbudzić „ewolucja poglądów” biegłych na temat tego samego zdarzenia⁴⁵, gdy nie doszło do istotnej zmiany ustaleń faktycznych, a biegli nie wyjaśnili powodów zmiany stanowiska.

Warto dodać, że wystąpienie dwóch sprzecznych opinii, nawet – pochodzących od tego samego biegłego, nie zawsze powoduje konieczność powołania kolejnego biegłego w sprawie, ponieważ opinie biegłych (jak każdy dowód) podlegają ocenie sądu, a w postępowaniu przygotowawczym – prokuratora. Dopiero gdy sąd nie potrafi bez sięgnięcia do wiadomości specjalnych rozstrzygnąć, której opinii dać wiarę, a więc gdy żadnej z tych opinii nie można uznać za przekonującą i odpowiadającą wymaganiom procesowym, konieczne jest powołanie kolejnego biegłego⁴⁶.

Przykład nr 5:

Ustalenia: Trzydziestoletni mężczyzna został poddany badaniu metodą rezonansu magnetycznego z powodu utrzymującego się od kilku miesięcy silnego bólu głowy. Badania laboratoryjne nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Pacjentowi podano dożylnie 5 ml środka kontrastowego. W trakcie badania mężczyzna źle się poczuł, a następnie stracił przytomność. Lekarz i technik radiolog przenieśli chorego do pomieszczenia poza polem rezonansu, po czym lekarz rozpoczął resuscytację, a technik wezwał zespół anestezyjologiczny. Po mniej więcej dwóch minutach przybyła na miejsce lekarka, która podała adrenalinę i zaintubowała pacjenta. Kilkakrotnie przeprowadzono defibrylację, jednak pomimo podjętych działań – po dwóch godzinach reanimacji – stwierdzono zgon. Przyczyną śmierci był wstrząs anafilaktyczny, będący reakcją na podanie środka kontrastowego.

Opinia: Pierwszym lekiem podawanym w przypadku anafilaksji i zatrzymania krążenia powinna być adrenalina. Opóźnienie w podaniu tego leku było niezgodne z zasadami terapii wstrząsu alergicznego i zatrzymania krążenia oraz naraziło pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia. Nie jest możliwe wykazanie związku przyczynowego między opisaną nieprawidłowością a zgonem pacjenta, albowiem w przebiegu wstrząsu anafilaktycznego istnieje ryzyko niepomysłnego przebiegu nawet w sytuacji prawidłowo podjętych czynności ratowniczych. Nie było gwarancji uratowania pacjenta.

Opinia uzupełniająca (I): Opóźnienie w podaniu adrenaliny naraziło pacjenta na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia, gdyż doszło do niezastosowania odpowiedniej

43 Wyrok SN z dnia 29 sierpnia 2007 r. sygn. II KK 104/07; wyrok SA w Warszawie z dnia 27 kwietnia 2016 r. sygn. II AKa 108/16; wyrok SO w Piotrkowie Trybunalskim z dnia 22 listopada 2019 r. sygn. IV Ka 256/19; P. Wiecha, *Opinia...*, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 2021, t. XXV, s. 170.

44 Wyrok SA w Szczecinie z dnia 24 listopada 2016 r. sygn. II AKa 148/16.

45 D. Wąsik, *Metodyka...*, s. 125; D. Wąsik, *Opiniowanie...*, „Prokuratura i Prawo” 2017/7–8, s. 164.

46 Wyrok SN z dnia 7 stycznia 2008 r. sygn. II KK 250/07; wyrok SA w Katowicach z dnia 23 października 2008 r. sygn. II AKa 302/08.

terapii w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Nie można jednak stwierdzić, że zastosowanie natychmiast adrenaliny przyniosłoby efekt w postaci uchylenia stanu zagrożenia życia. Podanie adrenaliny po przejęciu reanimacji przez zespół anestezyjologiczny nie przyniosło efektu w postaci przywrócenia krążenia, co może wskazywać, że wcześniejsze jej podanie również nie zmieniłoby stanu klinicznego. Biegli wykluczyli związek między opóźnionym podaniem adrenaliny a śmiercią pacjenta. Nie można określić, jaki był przybliżony stopień prawdopodobieństwa uniknięcia skutku w postaci zgonu w razie podjęcia prawidłowych działań.

Opinia uzupełniająca (II): Czynności podjęte przez lekarza i technika radiologii, w tym – ewakuacja pacjenta poza pole magnetyczne, były prawidłowe. Zgodnie z wytycznymi należy w razie wstrząsu anafilaktycznego natychmiast rozpocząć czynności reanimacyjne z podaniem adrenaliny co 3–5 minut. Podanie leku pacjentowi mieściło się zatem w tym czasie. Biegli nie stwierdzili nieprawidłowości w zachowaniu personelu medycznego.

W niniejszej sprawie pierwotna opinia wzbudziła wątpliwości organu procesowego z uwagi na niedookreślenie stanu niebezpieczeństwa, w jakim znalazł się pacjent (czy było to niebezpieczeństwo bezpośrednie), oraz na wykluczenie związku przyczynowego między uchybieniem w leczeniu a śmiercią pokrzywdzonego wyłącznie na tej podstawie, że „nie było gwarancji” uratowania mu życia. Opinia tej treści daje wprawdzie podstawy do ustalenia, że dopuszczono się nieprawidłowości w leczeniu, ale nie pozwala prokuratorowi na rozstrzygnięcie, czy doszło do realizacji znamion przestępstw z art. 160 § 3 kk, z art. 156 § 2 kk lub z art. 155 kk.

W opinii uzupełniającej biegli wyjaśnili, że pacjent znalazł się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia. Jednak warto byłoby zaznaczyć, według jakich przesłanek ustalono cechę bezpośredniości. O ile w pierwotnej opinii biegli nie mieli wątpliwości, że doszło do narażenia pacjenta na niebezpieczeństwo (co dla organu procesowego – w razie uznania, że niebezpieczeństwo było bezpośrednie – oznacza podstawę do przypisania skutku, o którym mowa w art. 160 kk), o tyle w pierwszej opinii uzupełniającej podnieśli brak możliwości stwierdzenia, że natychmiastowe zastosowanie adrenaliny przyniosłoby efekt w postaci uchylenia stanu zagrożenia życia. Po przeczytaniu tego fragmentu prokurator od razu zadaje sobie pytanie, czy w takim razie istniała realna szansa chociażby na zmniejszenie niebezpieczeństwa dla życia pacjenta. Jeżeli – nie, to nie ma podstaw do przypisania skutku, co pozostaje w sprzeczności z sugestią płynącą z pierwotnej opinii. Warto byłoby się dowiedzieć, na jakiej podstawie biegli przypuszczają, że nieskuteczność adrenaliny w momencie jej podania przez anestezyjolożkę pozwala przypuszczać, że lek okazałby się nieskuteczny również trzy minuty wcześniej. Skoro są podstawy do takiego stwierdzenia, to rodzi się pytanie: dlaczego uznano, że wcześniejszy błąd lekarza naraził pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia? Oczywiście, to zagadnienie można rozpoznawać

w kontekście zmniejszenia szans pacjenta na przeżycie – ale takie podejście powinno wynikać z opinii.

Pomimo opisanych powyżej wątpliwości opinia pierwotna i pierwsza opinia uzupełniająca pozostają zgodne co do kwestii oceny zachowania lekarza, a konkretnie: odstąpienia przez niego od podania adrenaliny w oczekiwaniu na zespół anestezyjologiczny. Druga opinia uzupełniająca przynosi w tej materii całkiem nową ocenę: zdaniem biegłych nie doszło tu do nieprawidłowości. Zasadne było zarówno przeniesienie pacjenta poza pole rezonansu, jak i podanie adrenaliny dopiero po kilku minutach, tj. po przybyciu zespołu anestezyjologicznego. Sprzeczność z poprzednimi opiniami wydaje się oczywista, a jeżeli opinię wydawał ten sam biegły (lub zespół) albo ta sama instytucja specjalistyczna lub naukowa, tak daleko idące rozbieżności w ocenach powinny zostać szczegółowo wyjaśnione. Nie wystarczy tu stwierdzenie, że „po ponownej analizie” biegli doszli do innych wniosków.

Sprzeczność pomiędzy opiniami oznacza dla organu procesowego konieczność podjęcia decyzji co do zasięgnięcia opinii uzupełniającej, powołania innego zespołu biegłych bądź uznania jednej z opinii za prawidłową i lepiej uargumentowaną od pozostałych oraz oparcie rozstrzygnięcia procesowego właśnie na niej.

Na koniec warto zaznaczyć, że opinia musi też być poprawna pod względem formalnym. Oczywiście, takie braki jak pominięcie podpisów biegłych można uzupełnić (choćby powoduje to niepotrzebne wydłużenie postępowania), ale już wątpliwości organu procesowego budzą zawarte w treści opinii stwierdzenia w rodzaju „biegły nie stwierdza” w sytuacji, gdy opinię wydawały zespół biegłych lub instytucja. W razie powołania instytucji specjalistycznej lub naukowej organ procesowy nie musi wskazywać imiennie osób opiniujących, ale oczekuje wydania jednej opinii, a nie – przedstawienia kilku cząstkowych stanowisk podpisanych przez poszczególne osoby. Zgodnie z art. 193 § 3 kpk w wypadku powołania biegłych z zakresu różnych specjalności, o tym, czy mają oni przeprowadzić badania wspólnie i wydać jedną wspólną opinię czy opinie odrębne, rozstrzyga organ procesowy powołujący biegłych. Jeżeli – pomimo powołania zespołu z poleceniem wydania wspólnej opinii – opiniował tylko jeden biegły (lub inne osoby niż powołane przez organ procesowy), wydana ekspertyza nie może zostać uznana za opinię procesową. Zdaniem Sądu Najwyższego, jeśli biegli lub jeden z biegłych przedstawiają opinię, która nie tyle nie spełnia warunków wskazanych w postanowieniu o powołaniu biegłego, ile jest zupełnie inną opinią, to nie można uznać, że stanowi ona dowód z opinii biegłego. Takiego dokumentu nie można uznać za opinię w rozumieniu art. 193 § 1 kpk ani w ogóle za dowód. Nie powinien on zostać dołączony do akt sprawy – należy odesłać go z powrotem do biegłego jako pismo niestanowiące dowodu⁴⁷.

⁴⁷ Postanowienie SN z dnia 22 stycznia 2013 r. sygn. V KK 229/12.

Przykład nr 6:

Ustalenia: Pacjent został poddany operacji usunięcia żołądka z powodu zmian nowotworowych. Po zabiegu okazało się, że dokumentacja medyczna została sfałszowana, a interwencja chirurgiczna była zbyteczna. W czasie operacji nie stwierdzono zmian opisanych w dokumentacji. Prokurator zasięgnął opinii instytucji specjalistycznej, w celu uzyskania odpowiedzi na 10 pytań, w tym: jak powinien zachować się operator po powzięciu wątpliwości co do prawidłowości rozpoznania (pytanie nr 9) oraz jakiego uszczerbku na zdrowiu doznał pacjent (pytanie nr 10).

Opinia składa się z czterech części – opracowanych i podpisanych przez poszczególnych biegłych. Chirurg ogólny udzielił odpowiedzi na pytania nr 1–2 oraz 4–10. Na pytanie nr 10 odpowiedział: podjęto odpowiednie do rozpoznania leczenie operacyjne skutkujące ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. Gastrolog odpowiedział na pytania nr 6–7 i 10. Jego zdaniem pacjent doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale wynikało to z konieczności przeprowadzenia operacji, a celowość zabiegu nie budzi wątpliwości. Zdaniem internisty diagnostyka przedoperacyjna była prawidłowa. Sfałszowane wyniki badań jednoznacznie wskazywały na chorobę nowotworową, natomiast odpowiedź na temat przebiegu zabiegu pozostaje poza zakresem jego specjalizacji. Onkolog przedstawił odpowiedzi na pytania nr 6–10, m.in. uznał uszczerbek na zdrowiu za niewątpliwy, ale jednocześnie stwierdził, że nie uniemożliwił on pacjentowi aktywnego funkcjonowania. Biegły podkreślił, że do uszczerbku doprowadził sam pacjent.

Skoro organ procesowy zasięgnął opinii instytucji specjalistycznej, to powinna ona wydać jedną zbiorczą opinię. Oczywiście jest, że prokurator ani sąd nie wymagają np. od internisty wypowiedzi o prawidłowości przebiegu operacji, skoro wykracza to poza zasięg jego specjalności, ale właśnie z uwagi na interdyscyplinarny charakter sprawy w opinio- waniu biorą udział eksperci z różnych dziedzin. W niniejszej sprawie biegli byli zgodni co do zasadności przystąpienia do operacji (lekarze nie mieli świadomości, że dokumentacja medyczna została sfałszowana, podjęli zatem słuszną – z perspektywy *ex ante* – decyzję o zabiegu), ale brakuje już jednoznacznej wypowiedzi na temat, czy w trakcie zabiegu operator mógł powziąć wątpliwość co do pierwotnego rozpoznania i jak powinien się wtedy zachować (kontynuować zabieg, zaniechać resekcji żołądka, zlecić badania na *cito* itd.). We fragmentach dotyczących skutków operacji dla pacjenta poszczególne opinie okazują się niespójne i nie pozwalają na jednoznaczną ocenę. Tego rodzaju ekspertyza w istocie nie jest opinią instytucji specjalistycznej.

Podsumowanie:

Opinia biegłego ma być pełna, jasna i niesprzeczna. Opinia jest pełna, jeśli biegły udzielił odpowiedzi na wszystkie pytania, uwzględnił wszystkie okoliczności sprawy, a swoje stanowisko przekonująco uzasadnił. Opinia musi też być logiczna i spójna (opinia jasna). Biegły powinien używać języka zrozumiałego dla niespecjalistów, unikać wyrażen dwuznacznych,

a skróty i określenia fachowe – wyjaśnić. Jeśli w opinii uzupełniającej biegły przedstawia stanowisko chociażby częściowo odmienne od wyrażonego w opinii pierwotnej, powinien to szczególnie wnikliwie uargumentować. W razie powołania zespołu biegłych to organ procesowy rozstrzyga o tym, czy mają oni przeprowadzić badania wspólnie i wydać jedną wspólną opinię czy opinie odrębne.

2. Ocena opinii przez organ procesowy i tzw. opinie prywatne

Aby opinia mogła spełnić swoją procesową funkcję i służyć do czynienia ustaleń w postępowaniu karnym, musi zadośćuczynić wysokim wymaganiom. Podlega ona, tak jak każdy inny dowód, swobodnej ocenie sądu⁴⁸, a w postępowaniu przygotowawczym – prokuratora, przy czym skrupulatna ocena opinii to nie tylko uprawnienie, ale przede wszystkim obowiązek organu procesowego⁴⁹. Ocenia on ekspertyzę pod względem formalno-prawnym, logicznym i merytorycznym⁵⁰, bierze pod uwagę zarówno jej część pisemną, jak i ustną⁵¹. Ekspertyza specjalistyczna nie jest dowodem bezwzględnie rozstrzygającym – w tym znaczeniu, że nie obliguje organu procesowego do wydania konkretnej decyzji procesowej, ale najczęściej stanowi podstawę takiej decyzji⁵². Błędem jest bezkrytyczne oparcie się w decyzji procesowej na wnioskach opinii, zwłaszcza gdy budzą one wątpliwości lub nie zostały odpowiednio uzasadnione⁵³. Trzeba przy tym zaznaczyć, że sąd i prokurator nie mają uprawnień do jednostronnego i arbitralnego zdyskwalifikowania opinii bez wykazania, że jest ona niepełna lub niejasna albo została sporządzona w sposób nierzetelny lub niekompletny – w takich sytuacjach powinni spróbować uzupełnić dotychczasową opinię⁵⁴.

Biegły musi uwzględnić cały materiał relewantny z punktu widzenia przedmiotu postępowania i odnieść się do wszystkich istotnych okoliczności sprawy, co w sprawach medycznych niejednokrotnie będzie wymagało nie tylko wyszczególnienia elementów świadczących za podaną przez biegłych tezę, lecz także wyraźnego uzasadnienia, dlaczego

48 Wyrok SN z dnia 12 października 2006 r. sygn. IV KK 236/06; wyrok SN z dnia 5 lutego 2020 r. sygn. III KK 617/19; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 21 listopada 2018 r. sygn. II AKA 332/18.

49 Wyrok SN z dnia 8 sierpnia 1980 r. sygn. IV KR 152/80; wyrok SN z dnia 8 stycznia 2002 r. sygn. IV KKN 646/97; wyrok SN z dnia 7 października 2002 r. sygn. IV KKN 265/99; wyrok SN z dnia 6 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 308/99; wyrok SN z dnia 5 lutego 2020 r. sygn. III KK 617/19; wyrok SA w Lublinie z dnia 25 maja 1999 r. sygn. II AKA 78/99; wyrok SA w Rzeszowie z dnia 21 lutego 2013 r. sygn. II AKA 7/13; wyrok SA w Szczecinie z dnia 23 lutego 2016 r. sygn. II AKA 253/14; M. Burdzik, A. Nowak, M. Frasz, *Ejekt...*, „Państwo i Prawo” 2022/7, s. 85; V. Kwiatkowska-Darul, *Dowodowe...*, s. 116; P. Wiecha, *Opinia...*, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 2021, t. XXV, s. 164.

50 Wyrok SA w Warszawie z dnia 4 października 2017 r. sygn. II AKA 237/17; R. A. Stefański, S. Zablocki, *Kodeks...*, art. 201, teza 3; W. Grzeszczyk, *Rola...*, „Prokuratura i Prawo” 2005/6, s. 30; H. Kolecki, *Procesowa...*, s. 143–144; E. Gruza, *O błędach...*, s. 181; V. Kwiatkowska-Darul, *Dowodowe...*, s. 110; K. Jaegermann, S. Klys, *Rola...*, „Nowe Prawo” 1980/11–12, s. 83.

51 Postanowienie SN z dnia 1 października 2004 r. sygn. III KK 28/04.

52 Wyrok SN z dnia 7 listopada 2005 r. sygn. V KK 91/05; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 21 listopada 2018 r. sygn. II AKA 332/18; por. G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty...* (I), „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminalologii” 2001/1, s. 47; E. Gruza, *Ratio...*, s. 576; A. Bielska-Brodziak, T. Urban, *Ile waży...*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2019/1, s. 48; T. Konopka, E. Skupień, *Możliwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminalologii” 2008/1, s. 46; M. Nawrocki [w:] *Biegły...*, red. K. Flaga-Gieruszyńska, s. 539; D. Jagiełło, *Współpraca...*, s. 83–84; K. Rozum, M. Niedźwiecki, *Odpowiedzialność...*, s. 32; D. Wąsik, *Opiniowanie...*, „Prokuratura i Prawo” 2017/7–8, s. 152.

53 E. Gruza, *Ratio...*, s. 576; E. Gruza, *O błędach...*, s. 178; W. Grzeszczyk, *Rola...*, „Prokuratura i Prawo” 2005/6, s. 27; por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 253; J. Gurgul, *Glosa...* (V KKN 47/96), „Prokuratura i Prawo” 1998/9, s. 88; T. Widla, *Uwagi...*, „Palestra” 2002/3–4, s. 73.

54 Wyrok SN z dnia 3 października 2003 r. sygn. V KK 50/03; wyrok SA w Katowicach z dnia 3 października 2012 r. sygn. II AKA 220/12.

elementom świadczącym na rzecz tezy przeciwnej przydano mniejszą wagę⁵⁵. Można się zgodzić z twierdzeniem, że „nie każdy ból brzucha wymaga leczenia szpitalnego”, ale nie wystarczy ono do uzasadnienia ekspertyzy w sprawie dotyczącej zaniechania przetransportowania pacjenta do szpitala. Biegli powinni bowiem wyjaśnić, dlaczego w przypadku tej osoby w konkretnych okolicznościach sprawy odstąpienie od hospitalizacji było zasadne (*pomimo* dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta) albo dlaczego błędem było pozostawienie pacjenta w domu (*choć* „nie każdy ból brzucha...”).

Przykład nr 7:

Ustalenia: Pacjentka będąca w 20. tygodniu ciąży trafiła do szpitala z powodu krwawienia i silnego bólu. Stwierdzono brak płynu owodniowego i przedwczesne pęknięcie błon płodowych. W dniu przyjęcia pacjentce podano antybiotyk, a następnego dnia przed południem podjęto decyzję o farmakologicznym wywołaniu poronienia i podano oksycytenę. Wieczorem – z powodu silnego krwawienia, niemożliwego do zatamowania – konieczne okazało się usunięcie macicy. Pacjentka zmarła następnego dnia. Po otwarciu zwłok stwierdzono, że był zgon związany z przedwczesnym pęknięciem błon płodowych i obumarciem płodu. To doprowadziło do wstrząsu septyczno-krwotocznego i do zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC), a następnie – do ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Opinia: Biegli nie mieli zastrzeżeń do działań diagnostycznych. Uznali, że decyzja o indukcji poronienia po podaniu oksycyteny była związana z koniecznością uzyskania regularnej czynności skurczowej, prowadzącej do urodzenia martwego płodu. Była ona klinicznie uzasadniona i przeprowadzona we właściwym czasie. Nie zakwestionowano też działań zabiegowych, polegających na wyłyżeczkowaniu macicy, a następnie na jej usunięciu – wynikały one z konieczności ratowania życia pacjentki. Opieka medyczna była prowadzona w sposób prawidłowy, zgodny z aktualnymi wymogami sztuki i wiedzy medycznej, w sposób adekwatny do stanu klinicznego pokrzywdzonej oraz do wyników przeprowadzonych badań.

Pozornie opinia takiej treści powinna prowadzić do umorzenia postępowania wobec braku znamion czynu zabronionego. Jednak biegli nie odnieśli się w istocie ani do wyników badań laboratoryjnych, ani do prawidłowości farmakoterapii, a teza o właściwym czasie przeprowadzenia indukcji poronienia nie została uzasadniona. Tymczasem – jak wielokrotnie podkreślano w orzecznictwie – „żeby opinia biegłych miała moc przekonywającą, nie wystarczy, by biegli przedstawili swoją ostateczną konkluzję, lecz powinni oni również wskazać drogę, która doprowadziła ich do odpowiedzi na postawione pytania. W szczególności opinia powinna [...] przytaczać wszystkie argumenty oparte na stwierdzonych

okolicznościach, które mają związek z badanymi faktami, a które podbudowane są fachowymi wyjaśnieniami biegłych. W tej właśnie części biegli uzasadniają swoje poglądy wyrażone w końcowych wnioskach i dlatego też ta część powinna zawierać najwięcej materiału opartego na specjalistycznej wiedzy”⁵⁶.

Po zapoznaniu się ze stanowiskiem biegłych pełnomocnik rodziców pacjentki zakwestionował opinię i wskazał na następujące nieprawidłowości, które powinny zostać wyjaśnione: (a) w wymazie z pochwy stwierdzono zakażenie bakterią wrażliwą na antybiotyk A, natomiast oporną na B – pomimo tego pacjentce podano lek B, (b) nie monitorowano stanu pacjentki w nocy po przyjęciu do szpitala, (c) w dniu przyjęcia pacjentka miała gorączkę 38,2°C, która wzrosła potem do 38,8°C, (d) u pacjentki stwierdzono podwyższone CRP (86 mg/l; norma: <5 mg/l), (e) podwyższony poziom D-dimerów (11,8 µg/ml; norma: 0,5 µg/ml), (f) podwyższony poziom prokalcytoniny (32 ng/ml; norma 0,05–0,1 ng/ml). Zdaniem pełnomocnika zwlekano wiele godzin z terminacją ciąży, co stanowiło błąd i przyczyniło się do rozwoju zakażenia, a w konsekwencji – do wstrząsu septycznego. Pełnomocnik powołał się przy tym na zalecenia⁵⁷, zgodnie z którymi w przypadku przedwczesnego odpływania płynu owodniowego należy m.in.:

- potwierdzić odpływanie płynu owodniowego w badaniu przez pochwę, ocenić AFI w usg i potwierdzić odpływanie płynu w testach biochemicznych;
- odnotować czas i okoliczności odpływania płynu, stan ogólny pacjentki (temperatura, tętno, ciśnienie), czynności serca i położenia płodu (po 22. 6/7 tyg. ciąży);
- pobrać pełny wymaz bakteriologiczny z antybiogramem (badanie powtarzać w zależności od sytuacji klinicznej);
- pobrać krew od matki w celu oznaczenia morfologii w rozmazem krwinek białych, CRP, ewentualnie innych wykładników zakażenia (prokalcytonina), jak również oznaczenia układu krzepnięcia z fibrynogenem (badania powinny być powtarzane zależnie od sytuacji klinicznej);
- stosować profilaktyczną, empiryczną antybiotykoterapię lekiem o możliwie szerokim spektrum działania – po uzyskaniu wyniku badania bakteriologicznego antybiotykoterapia powinna zostać zweryfikowana.

Należy podkreślić, że w tej sprawie pełnomocnik powołał się na informacje zawarte w materiale dowodowym i dostępne biegłym. Nie przesądził o prawidłowości czy o wadliwości procesu leczenia pacjentki, ale zwrócił uwagę na te momenty, w których – jak się wydaje – leczenie mogło odbiegać od modelowego. Aby ekspertyzę uznać za jasną i pełną, a dzięki temu – za przekonującą, biegli powinni się odnieść do wszystkich elementów stanu

56 Wyrok SN z dnia 19 września 1973 r. sygn. III KR 187/73; wyrok SN z dnia 12 marca 1979 r. sygn. I KR 27/79; wyrok SN z dnia 13 października 1998 r. sygn. II KKN 225/96; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 27 lutego 2019 r. sygn. II AKA 292/18.

57 Komunikat Ministerstwa Zdrowia pt. Życie i zdrowie matki najważniejsze (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zycie-i-zdrowie-matki-najwazniejsze>).

55 T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/4, s. 229.

faktycznego. W przedmiotowej sprawie oznaczało to konieczność wyjaśnienia, dlaczego np. podwyższone wartości CRP i D-dimerów nie dawały podstaw do przyspieszenia, do zmiany czy do zintensyfikowania leczenia, dlaczego zasadne było podanie antybiotyku B zamiast antybiotyku A itd., innymi słowy: dlaczego uznano postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne za poprawne, pomimo okoliczności wykazanych wyżej. Jeśliby biegli stwierdzili, że doszło do nieprawidłowości, ale nie miały one znaczenia dla dalszych losów pacjentki, również powinni to wyjaśnić. Bez szczegółowego odniesienia się do wszystkich istotnych okoliczności sprawy nie sposób tej opinii uznać za pełną i jasną.

Ten przykład pokazuje, jak trudnym zadaniem jest ocena opinii przez organ procesowy, który sam nie ma wiedzy specjalistycznej, a przecież nie zawsze dysponuje procedurami postępowania w danym przypadku medycznym – aby na tej podstawie móc skontrolować, czy biegły odniósł się do wszystkich istotnych elementów sprawy. Niewątpliwie jednak błędem okazują się niezachwiana wiara organu procesowego w zasadność opinii i przyjęcie, że „wprawdzie biegły nie odwołał się do szczegółów, ale przecież były mu one znane (bo zapoznał się z dokumentacją), więc z pewnością je uwzględnił”. Jak to ujął Sąd Najwyższy: „wiadomości specjalne ze swej istoty są atrybutem biegłych, a kontrola opinii przez organ procesowy – siłą rzeczy – doznaje tu pewnych ograniczeń. Jednak obowiązkiem sądu korzystającego z takiego dowodu jest przeprowadzenie analizy i oceny z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania oraz sprawdzenie zupełności opinii, kompletności materiałów będących jej podstawą, poprawności zastosowanych metod badawczych i przyjętych sposobów wnioskowania”⁵⁸. Z tego punktu widzenia potencjalny sprawca jest w sytuacji uprzywilejowanej, ponieważ najczęściej dysponuje wiedzą niedostępną ani organowi procesowemu, ani pokrzywdzonemu⁵⁹.

W sprawach medycznych coraz częściej się zdarza, że strony postępowania przedstawiają ekspertyzy sporządzone przez lekarzy, którzy wprawdzie nie zostali powołani przez organ procesowy, ale jako osoby dysponujące wiedzą specjalistyczną wypowiadają się w sprawie będącej przedmiotem postępowania. Opinie prywatne mogą stanowić nie tylko tzw. informację o dowodzie⁶⁰, również w kontekście weryfikacji opinii procesowej, ale przede wszystkim – jedną z podstaw orzekania⁶¹. Co do zasady, nie zastępują procesowej

opinii biegłych⁶², ale jako dokumenty prywatne mogą być dowodem w sprawie⁶³. Zdaniem SN „konieczność ostrożnej oceny dowodu z tzw. opinii prywatnej nie jest równoznaczna z nakazem apriorycznego uznawania tego dowodu za dowód niewiarygodny. Tego rodzaju nakaz byłby wszakże oczywiście sprzeczny z treścią art. 7 kpk”⁶⁴, a nadto mógłby prowadzić do naruszenia prawa do obrony i do rzetelnego procesu⁶⁵. Organ procesowy nie powinien zatem ignorować opinii prywatnej i mechanicznie, bezkrytycznie odmawiać jej włączenia do akt sprawy lub instrumentalnie dyskwalifikować jako niewymagającej żadnej oceny⁶⁶. Za niezasadne należy też uznać odrzucenie *a limine* wniosków wynikających z opinii innego biegłego wydanej w równoległym toczącym się postępowaniu cywilnym⁶⁷ czy opinii wydanej na potrzeby postępowania przed Rzecznikiem Praw Pacjenta albo w zakresie odpowiedzialności zawodowej pracownika medycznego.

Jeżeli opinia prywatna okazuje się w istotnych punktach sprzeczna z opinią procesową, może to dać asumpt do zasięgnięcia uzupełniającej opinii biegłych powołanych na mocy art. 193 § 1 kpk, a nawet do zasięgnięcia opinii innego biegłego lub zespołu biegłych⁶⁸. Biegłym opiniującym na zlecenie organu procesowego nie udostępnia się – co do zasady – innych opinii wydanych w sprawie⁶⁹. Jeśli natomiast dowód z opinii biegłych jest przekonujący i rozumiały dla organu procesowego, to fakt, że dowód ten nie jest przekonujący dla strony, nie stwarza podstawy do ponownego powoływania biegłych lub do zasięgania opinii nowych biegłych⁷⁰.

58 Wyrok SN z dnia 28 maja 2001 r. sygn. IV KKN 89/01; por. wyrok SN z dnia 6 listopada 2000 r. sygn. IV KKN 477/99; wyrok SN z dnia 14 marca 2017 r. sygn. III KK 375/16; wyrok SA w Łodzi z dnia 29 października 2013 r. sygn. II AKA 129/13; por. V. Kwiatkowska-Darul, *Dowodowe...*, s. 110 – zdaniem autorki możliwość merytorycznej oceny opinii specjalistycznych przez organ procesowy jest nikła, ale organ orzekający „powinien być ich wnikliwym kontrolerem”.

59 D. Wąsik, *Opiniowanie...*, „Prokuratura i Prawo” 2017/7–8, s. 152.

60 Por. postanowienie SN z dnia 17 listopada 2020 r. sygn. I KK 17/20; postanowienie SN z dnia 27 kwietnia 2022 r. sygn. V KK 118/22; wyrok SA w Katowicach z dnia 9 maja 2018 r. sygn. II AKA 74/18; wyrok SA w Katowicach z dnia 26 października 2018 r. sygn. II AKA 295/18; M. Nawrocki [w:] *Biegły...*, red. K. Flaga-Gieruszyńska, s. 540.

61 Z dniem 1 lipca 2015 r. zmieniał się art. 393 § 3 kpk. Wcześniej można było odczytywać na rozprawie „wszelkie dokumenty prywatne, powstałe poza postępowaniem karnym i nie dla jego celów”. Po skreśleniu słów „i nie dla jego celów” nie ma przeszkód do odczytania tzw. opinii prywatnej, która staje się przez to jedną z podstaw orzekania (art. 410 kpk) – por. wyrok SN z dnia 14 marca 2023 r. sygn. IV KK 398/22; odmiennie: postanowienie SN z dnia 21 marca 2017 r. sygn. III KK 98/17; postanowienie SN z dnia 15 maja 2019 r. sygn. IV KK 167/19.

62 Jednak zgodnie z § 158 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. *Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury* (tekst jednolity: Dz.U. 2023 r., poz. 1115 ze zm.) dokumenty urzędowe i prywatne, o których mowa w art. 393 § 3 kpk, sporządzone przez osoby posiadające wiedzę specjalną, mogą stanowić podstawę do odstąpienia od powołania biegłego w zakresie objętym ich treścią, jeżeli kompletność i rzetelność tych dokumentów nie budzi wątpliwości. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do opinii o stanie zdrowia psychicznego podejrzanego (ust. 2).

63 Postanowienie SN z dnia 27 kwietnia 2022 r. sygn. V KK 118/22; D. Jagiełło, *Współpraca...*, s. 86; M. Nowak, *Dopuszczalność...*, s. 113.

64 Wyrok SN z dnia 14 marca 2023 r. sygn. IV KK 398/22; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 19 kwietnia 2012 r. sygn. II AKA 67/12; D. Mucha, *Prawo...*, s. 57; M. Nowak, *Dopuszczalność...*, s. 113.

65 A. Malicki, *Z problematyki...*, s. 321; A. Malicki, *Specyfika...*, s. 32.

66 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 19 kwietnia 2012 r. sygn. II AKA 67/12.

67 Postanowienie SN z dnia 11 września 2019 r. sygn. III KK 542/18.

68 Wyrok SN z dnia 21 kwietnia 2017 r. sygn. SDI 2/17; por. postanowienie SN z dnia 27 listopada 2020 r. sygn. II KK 326/20; D. Mucha, *Prawo...*, s. 58; R. Tymiński, *Prawo...*, s. 94.

69 Wprawdzie art. 198 § 1 kpk mówi o nieudostępnianiu „opinii wydanej przez innego biegłego”, przez co rozumieć należy opinie procesowe, ale ratio legis tej normy przemawia za nieudostępnianiem również opinii prywatnych. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej wskazany przepis: „Inną negatywną konsekwencją przesyłania w każdym wypadku całości akt sprawy jest to, że nowo powołany biegły zapoznaje się z treścią poprzedniej opinii i niejednokrotnie – co z psychologicznego i czysto ludzkiego punktu widzenia wydaje się być zrozumiałe – sugeruje się jej treścią. To zaś w aspekcie celów procesu karnego – z uwagi na konieczność stworzenia biegłemu jak najdalej idących warunków do wydania obiektywnej i bezstronnej opinii – musi być ocenione krytycznie. Chodzi bowiem o obiektywną wypowiedź na temat zagadnienia będącego przedmiotem opinii, tak by można było skonfrontować w sposób rzeczywisty treść obydwu opinii i wywieść stąd istotne dla postępowania wnioski”. Por. krytycznie do art. 198 kpk: P. Wiecha, *Opinia...*, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 2021, t. XXV, s. 166.

70 Postanowienie SN z dnia 7 lipca 2006 r. sygn. III KK 456/05; postanowienie SN z dnia 26 lipca 2006 r. sygn. III KK 455/05; postanowienie SN z dnia 13 września 2006 r. sygn. IV KK 139/06; postanowienie SN z dnia 20 września 2017 r. sygn. II KK 254/17; postanowienie SN z dnia 22 maja 2018 r. sygn. V KK 133/18; postanowienie SN z dnia 16 października 2018 r. sygn. IV KK 419/18; wyrok SA w Krakowie z dnia 7 maja 2015 r. sygn. II AKA 64/15; wyrok SA w Warszawie z dnia 20 lipca 2018 r. sygn. II AKA 358/16.

Podsumowanie:

W uzasadnieniu opinii biegli powinni podać argumenty świadczące za przyjętą tezę oraz wyjaśnić, dlaczego elementom mogącym przemawiać za tezą przeciwną nadali mniejszą wagę. Organ procesowy jest zobowiązany do wnikliwej oceny opinii – dotyczy to również opinii prywatnych, przedkładanych przez strony.

3. Ustalenie stanu faktycznego i prawnego

Ustalenie stanu faktycznego to zadanie organu procesowego. Jak to ujęto w orzecznictwie: „dowód z opinii biegłego tym różni się od innych dowodów, że jego celem nie jest ustalenie faktów mających znaczenie w sprawie, lecz udzielenie sądowi wyjaśnień w kwestiach wymagających wiadomości specjalnych. Biegły nie może zatem wyręczać sądu w wyjaśnieniu rzeczywistej treści stosunków faktycznych”⁷¹. To rolą sądu (prokuratora), a nie – rolą biegłego, jest dokonywanie ustaleń faktycznych mających wpływ na treść rozstrzygnięcia, a będących efektem oceny zebranych dowodów⁷².

Nieporozumieniem jest zatem żądanie od biegłych odpowiedzi na pytanie, kto wykonał konkretną czynność medyczną, zwłaszcza w sytuacji, gdy nie sporządzono na tę okoliczność stosownej wzmianki w dokumentacji medycznej, a świadkowie albo nie mają na ten temat wiedzy, albo ich depozycje okazują się wzajemnie sprzeczne. Opiniujący nie są też zobowiązani do ustalenia, czy pacjent nie został przyjęty do szpitala na mocy decyzji lekarza, czy też sam odmówił hospitalizacji – skoro wszelkie wątpliwości dowodowe powinien rozstrzygnąć organ procesowy. Z kolei sąd nie jest związany opinią biegłego w zakresie zastrzeżonym do wyłącznej kompetencji sądu, a dotyczącym ustalenia i oceny faktów oraz sposobu rozstrzygnięcia sprawy⁷³.

Iura novit curia, więc to organ procesowy powinien znać treść aktów prawnych relevantnych w sprawie. Nie ma zatem potrzeby zasięgnięcia opinii biegłych na okoliczność, czy na szpitalnym oddziale ratunkowym powinien być ultrasonograf (to kwestia prawna)⁷⁴, ani też pytać o to, czy takie urządzenie rzeczywiście było dostępne i sprawne (to kwestia ustaleń faktycznych). Jednak biegli też nie powinni pomijać takich okoliczności, zwłaszcza że mogą one zadecydować o uznaniu leczenia pokrzywdzonego za prawidłowe lub wadliwe. Wiadomości specjalne to również wiedza dotycząca wymogów formalnych funkcjonowania podmiotów leczniczych, poparta praktycznym doświadczeniem w tym zakresie. Należy pamiętać, że sama lektura aktu prawnego regulującego szczegółowe zagadnienia związane

z ochroną zdrowia rzadko pozwoli organowi procesowemu na kategorię stwierdzenie, czy dany pracownik podmiotu leczniczego (np. dyspozytor medyczny⁷⁵) prawidłowo zrealizował swoje zadania albo czy lekarz stażysta lub lekarz w trakcie specjalizacji byli uprawnieni do samodzielnego stosowania określonych metod diagnostycznych czy leczniczych⁷⁶. W tym ostatnim przypadku konieczne może okazać się ustalenie, czy lekarz samodzielnie decydował o sposobie leczenia, czy też realizował pomysły lecznicze zaakceptowane przez kierownika specjalizacji lub przez innego uprawnionego lekarza⁷⁷. Jeśli biegły dostrzeże potrzebę uzupełnienia materiału dowodowego, powinien zwrócić na to uwagę organu procesowego. Inaczej niż w procesie cywilnym, nadrzędną zasadą postępowania karnego jest przecież zasada prawdy materialnej, a opinia oparta na niewystarczającym materiale dowodowym staje się opinią niepełną⁷⁸.

Przykład nr 8:

Ustalenia: Pacjentka została przyjęta do szpitala z powodu bólu podbrzusza i gorączki (37,3°C), skarżyła się też na częste i bolesne oddawanie moczu. Badania laboratoryjne wskazywały na niewielki odczyn zapalny. W szpitalu wykonano badanie rtg, które nie wykazało nieprawidłowości, nie było natomiast możliwości wykonania usg i innych badań obrazowych. Po kilku dniach stan pacjentki poprawił się i została wypisana ze szpitala. Tydzień później zmarła z powodu perforacji jelita i zapalenia otrzewnej.

Opinia: Podstawowe procedury diagnostyczne przy dolegliwościach brzusznych to rtg, usg i rezonans magnetyczny. Postępowanie zespołu lekarskiego było adekwatne do dolegliwości zgłaszanych przez chorą oraz do możliwości sprzętowych szpitala. Możliwość wykonania określonych badań należy rozważać z uwzględnieniem sytuacji szpitali cierpiących na niedobory sprzętowe i personalne. Wykonanie usg nie było możliwe z przyczyn niezależnych od lekarzy.

Biegli przytoczyli ogólną zasadę diagnozowania przy dolegliwościach brzusznych, ale dla organu procesowego to za mało, żeby uznać opinię za pełną. Istotne znaczenie ma ustalenie, jakie badania należało przeprowadzić w przypadku pokrzywdzonej, czy wynik badania radiologicznego nakazywał wykonanie ultrasonografii czy rezonansu, kiedy takie badania należało wykonać itd. Z dalszej części opinii wynika, że postępowanie medyczne było prawidłowe „w zaistniałych okolicznościach”, tyle że te

71 Wyrok SA w Katowicach z dnia 11 czerwca 1992 r. sygn. I ACr 225/92; M. Legień, *O paramedycynie...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. III, s. 187; P. Wiecha, *Opinia...*, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 2021, t. XXV, s. 170.

72 Wyrok SN z dnia 7 listopada 2005 r. sygn. V KK 91/05; wyrok SA w Warszawie z dnia 18 grudnia 2015 r. sygn. II Aka 418/15; wyrok SO w Kielcach z dnia 23 maja 2013 r. sygn. IX Ka 333/13; R. Tymiański, *Prawo...*, s. 94; D. Wąsik, *Opiniowanie...*, „Prokuratura i Prawo” 2017/7–8, s. 150.

73 Wyrok SN z dnia 6 lutego 2003 r. sygn. IV CKN 1763/00; W. Grzeszczyk, *Rola...*, „Prokuratura i Prawo” 2005/6, s. 27.

74 Por. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity: Dz.U. 2023 r., poz. 1225); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jednolity: Dz.U. 2023 r., poz. 870); zarządzenie nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (Baza Aktów Własnych NFZ).

75 Por. rozporządzenie Min. Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz.U. 2019 r., poz. 1703).

76 Por. art. 15b ust. 3 i art. 16m ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jednolity: Dz.U. 2024 r., poz. 1287 ze zm.). Przykładowo: orzeczenie, które metody diagnostyczne stwarzały podwyższone ryzyko dla pacjenta, wymaga wiedzy medycznej biegłego. Prokurator powinien natomiast ustalić, czy umiejętność wykonania danej czynności przez lekarza stażystę została stwierdzona przez jego opiekuna.

77 R. Tymiański [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiański, art. 160, s. 263.

78 Wyrok SN z dnia 8 stycznia 2002 r. sygn. IV KKN 646/97.

okoliczności sugerowały nieprawidłowości w organizacji placówki medycznej. Oczywiście, że nie poniesie odpowiedzialności lekarz, który nie wykonał badania ultrasonograficznego z powodu braku sprawnego ultrasonografu, ale trudno przyjąć, że leczenie pacjentki w „szpitalu cierpiącym na niedobory sprzętowe” było poprawne. Biegli powinni wskazać, czy szpital powinien posiadać ultrasonograf w lokalizacji, zapewniać dostęp do rezonansu magnetycznego, czy w razie braku dostępności tych urządzeń lekarz powinien zlecić przewiezienie pacjentki do innej placówki, czy jej stan na to pozwalał itd. Oczywiście, zadaniem prokuratora będzie już ustalenie, dlaczego w szpitalu nie było możliwości wykonania wskazanych badań (czy nie zapewniono stosownego sprzętu, czy była to nagła awaria, czy szpital miał podpisaną umowę z placówką wykonującą rezonans itd.). W tego rodzaju sprawie nie można wykluczyć odpowiedzialności za błąd organizacyjny, nawet jeśli lekarz bezpośrednio zajmujący się pacjentką nie poniesie odpowiedzialności.

Przykład nr 9:

Ustalenia: Podczas pracy na budowie pokrzywdzony doznał urazu zmiążdżeniowego kończyny dolnej, w tym – rozerwania tętnicy udowej i żyły podkolanowej. Początkowo został przetransportowany karetką pogotowia na SOR szpitala w A. (15 km), gdzie zdiagnozowano u niego uszkodzenie tętnicy udowej z niedokrwieniem urazowym podudzia, a następnie – przewieziony do szpitala w B. (50 km), dysponującego oddziałem chirurgii naczyniowej. Tam jednak pokrzywdzony nie został zaopatrzony chirurgicznie, ponieważ jedyny chirurg naczyniowy przebywał na urlopie. Pacjenta przewieziono do kliniki w C. (95 km). Tu przeprowadzono amputację, ale pacjent zmarł.

Opinia: W procesie leczenia nie doszło do błędów w sztuce lekarskiej. Kolejne decyzje o przetransportowaniu pacjenta były słuszne. W momencie przyjęcia pacjenta w szpitalu w B., około 3,5 godziny po wypadku, istniała jeszcze szansa na uratowanie kończyny, nie było zatem błędem odstąpienie od amputacji, natomiast właściwy zabieg, tj. zespolenie uszkodzonych naczyń krwionośnych, mógł przeprowadzić tylko chirurg naczyniowy. W szpitalu w B. popełniono błąd organizacyjny, skoro jedyny specjalista w tej dziedzinie przebywał na urlopie.

Biegli ocenili zachowanie wszystkich lekarzy, którzy na różnych etapach zajmowali się pacjentem. Odnieśli się również do postępowania lekarza, który przyjął pacjenta w szpitalu w B. Nie miał on wpływu na niedobory kadrowe, ale to nie zwalnia z oceny – pod kątem słuszności – decyzji przez niego podjętych. Jak wynika z opinii, lekarz niebędący chirurgiem naczyniowym nie mógł podjąć się przeprowadzenia zabiegu zespolenia uszkodzonych naczyń krwionośnych. Alternatywnie mógłby przeprowadzić amputację, ale na tym etapie (z perspektywy *ex ante*) podjął słuszną decyzję o przetransportowaniu pacjenta do placówki, w której można było przeprowadzić

zabieg dający szansę na uniknięcie kalectwa przez pacjenta. Oczywiście, ustalenie, dlaczego w szpitalu nie było chirurga naczyniowego, dlaczego nie zgłoszono czasowego zaprzestania działalności leczniczej w omawianym zakresie itd., będzie zadaniem prokuratora.

Rolą sądu, a w postępowaniu przygotowawczym – prokuratora, jest ocena zeznań świadków i innych dowodów pod względem wiarygodności, ale opinia biegłych może się w tym okazać bardzo pomocna⁷⁹. Wychwycenie sprzeczności między poszczególnymi dowodami może wymagać wiadomości specjalnych, więc dopiero biegli wskażą na mankamenty materiału dowodowego. Prokurator nie zawsze będzie wiedział, że dreszcze to nie to samo co drgawki, a wybroczyny różnią się od wysypki. Tymczasem prawidłowe ustalenie tego rodzaju szczegółów może mieć podstawowe znaczenie dla wniosków opinii. Zatem biegli mogą – i powinni – zwrócić uwagę na luki, na nielogiczności, na sprzeczności w dokumentacji medycznej, w zeznaniach świadków⁸⁰ czy w nagraniach⁸¹. Mogą również się odnieść do tez przedstawionych przez pokrzywdzonego i podejrzanego oraz podać, za którą przemawia więcej argumentów⁸². Przyczyny zakwestionowania poszczególnych dowodów muszą jednak zostać w opinii opisane i w miarę potrzeby szczegółowo uzasadnione.

Przykład nr 10:

Ustalenia: U dwumiesięcznego noworodka stwierdzono katar, kaszel i tzw. sapkę. Dziecko zostało zbadane przez lekarzkę, która odnotowała w dokumentacji: „pełny kontakt słowny, chód prawidłowy, szmer pęcherzykowy prawidłowy, nos drożny, gardło bez zmian” oraz stwierdziła zapalenie nosa i gardła. Dziecko zmarło.

Opinia: Dokumentacja świadczy o braku staranności w badaniu i może być bezwartościowa. Lekarka nie podjęła żadnych działań zmierzających do wyjaśnienia przyczyny objawów infekcji, których nie dostrzegła albo je zlekceważyła. To zachowanie było błędem diagnostycznym.

Biegli zwrócili uwagę na bezwartościowość dokumentacji medycznej. W opisanej sprawie było to stosunkowo łatwe do wychwycenia (dwumiesięczny noworodek nie mógł ani chodzić prawidłowo, ani być w pełnym kontakcie), ale bardzo często stwierdzenie tego rodzaju nielogiczności będzie wymagało wiedzy specjalistycznej. Ponadto gdyby rzeczywiście dziecko miało „nos drożny, gardło bez zmian”, to rozpoznanie zapalenia nosa i gardła uznać

79 Wyrok SN z dnia 7 listopada 2005 r. sygn. V KK 91/05; postanowienie SN z dnia 18 kwietnia 2018 r. sygn. V KK 99/18; wyrok SA w Katowicach z dnia 2 października 2008 r. sygn. II AKa 276/08; L. Bednarski, *Rola...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007/4, s. 407–408.

80 K. Jaegermann, *Opiniowanie...*, s. 206.

81 Dowodem mogą być np. nagrania rozmów dokonane przez pacjenta (postanowienie SN z dnia 14 listopada 2006 r. sygn. V KK 52/06; postanowienie SN z dnia 20 października 2016 r. sygn. III KK 127/16; wyrok SA w Białymstoku z dnia 31 grudnia 2012 r. sygn. I ACa 504/11; R. Tymiński, *Prawo...*, s. 95; E. Zielińska, *Odpowiedzialność...*, s. 252).

82 Z. Marek, *Bląd...*, s. 112.

należałoby za nieuzasadnione. W tej sytuacji biegli słusznie oparli się na relacji matki dziecka i innych świadków, ponieważ nie jest tak, że brak dokumentacji medycznej albo jej wady *a limine* wykluczają opiniowanie w sprawie⁸³.

W razie uzasadnionych wątpliwości co do stanu faktycznego, „gdy możliwe są różne alternatywne jego wersje, biegli powinni odnieść się do wszystkich dowodów i wypowiedzieć co do wszystkich wchodzących w grę wersji”⁸⁴. Poważną wadą opinii jest czynienie przez biegłych własnych ustaleń faktycznych, sprzecznych z dowodami zgromadzonymi w sprawie. Jeśli w dokumentacji medycznej po badaniu płodu wpisano „ruchy niewidoczne” i „FHR(+)” (czyli stwierdzono czynność serca płodu), to ustalenie przez biegłego, że w chwili badania płód był martwy, wymaga precyzyjnego uzasadnienia. W istocie takim stwierdzeniem biegły uznaje dokumentację medyczną za niewiarygodną. Ma on obowiązek oprzeć się na całym materiale dowodowym i nie może z góry dyskwalifikować określonego rodzaju dowodu. W kontekście spraw o błąd medyczny warto zatem zaznaczyć, że dokumentacja medyczna nie jest dla organu procesowego dowodem bardziej wartościowym od źródeł osobowych⁸⁵.

Przykład nr 11:

Ustalenia: Na szpitalny oddział ratunkowy zgłosiła się 18-letnia kobieta z silnym bólem brzucha, skarżąca się na wymioty i osłabienie. Tu przeprowadzono podstawowe badania, podano leki przeciwbólowe i rozkurczowe, a następnie pacjentkę wypisano z zaleceniem zgłoszenia się do przychodni POZ w razie pogorszenia. Wieczorem tego samego dnia pokrzywdzona straciła przytomność, a po przewiezieniu do szpitala została poddana operacji, podczas której zszyto perforację żołądka. Pomimo wdrożonego leczenia chora zmarła dwa dni później. W toku postępowania przygotowawczego ujawniono, że dzień przed wizytą na SOR pacjentka upadła podczas meczu po silnym uderzeniu piłką w brzuch.

Opinia: Błędem było odstąpienie od wykonania badań obrazowych na SOR, ale wpływ na zakres diagnostyki miało niepoinformowanie przez pacjentkę o doznanym urazie. W tej konkretnej sytuacji lekarz nie był gwarantem tego, że nie nastąpi skutek w postaci śmierci. Prawidłowe i nieprawidłowe postępowanie lekarza nie było gwarantem wyzdrowienia pacjentki.

83 Odmienne: E. Skupień, F. Bolechała, Odpowiedzialność..., „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 414. Autorzy przyjmują zasadę opiniowania „na podstawie obiektywnych faktów”, tj. z pominięciem dowodów osobowych.

84 Wyrok SO w Piotrkowie Trybunalskim z dnia 22 listopada 2019 r. sygn. IV Ka 256/19; por. wyrok SN z dnia 29 sierpnia 2007 r. sygn. II KK 104/07; R. Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza w związku..., s. 250.

85 Biegły powinien traktować dokumentację medyczną zgodnie z zasadą ograniczonego zaufania (K. Jaegermann, Opiniowanie..., s. 206; T. Jurek, Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach..., s. 168; R. Tymiński, Prawo..., s. 91), przy czym można to odnieść do każdego innego dowodu. Natomiast zdaniem E. Skupień i F. Bolechały sprzeczności pomiędzy zeznaniami chorego i jego rodziny a zeznaniami personelu medycznego powinny zostać rozstrzygnięte na podstawie prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej (E. Skupień, F. Bolechała, Odpowiedzialność..., „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 412).

Niewątpliwie brak informacji o urazie doznanym przez pacjenta wpływa na zakres diagnostyki. Jednak dla jasności wyводу należałoby w konkretnej sprawie wskazać, czy objawy zgłaszane przez pokrzywdzoną (silny ból brzucha, wymioty, osłabienie) wymagały wykonania badań obrazowych. Innymi słowy: czy uznanie odstąpienia od poszerzenia diagnostyki za błąd to ocena z perspektywy *ex ante*, czy – z perspektywy *ex post*. Jeżeli zgłaszane dolegliwości nie wymagały wykonania dodatkowych badań, a w dokumentacji medycznej znajduje się wyraźna adnotacja dotycząca zanegowania urazu przez pacjentkę, opinię biegłych można w tej części uznać za zasadną. Niejednokrotnie jednak fakt niepoinformowania przez pacjenta o istotnej okoliczności (np. urazie, alergii czy przebyłym zabiegu) przyjmuje się wyłącznie na tej podstawie, że w dokumentacji medycznej nie ma na ten temat żadnej wzmianki. Tymczasem jeśli dana informacja nie została odnotowana w dokumentacji pacjenta, to można przyjąć (o ile nic innego nie wynika z pozostałych dowodów), że lekarz nie uznał jej za istotną lub nie zwrócił na nią uwagi⁸⁶, a w przypadkach podobnych do omawianego – nie zadał odpowiedniego pytania. W razie wątpliwości dowodowych to organ procesowy ustala, czy konkretne pytanie padło, natomiast rolą biegłych jest ustalenie, czy zgodnie z zasadami wiedzy medycznej należało je zadać.

Drugie z przytoczonych tu zdań opinii okazuje się dla prawnika niezrozumiałe. Lekarz przyjmujący pacjenta na SOR to wręcz modelowy przykład gwaranta nienastąpienia skutku w rozumieniu art. 2 kk, co powoduje, że zaniechanie przez niego podjęcia właściwych czynności diagnostycznych lub terapeutycznych może rodzić odpowiedzialność za skutek, w tym – za skutek śmiertelny. W tej sprawie nie było żadnych podstaw do odmowy przypisania lekarzowi statusu gwaranta. Być może nieporozumienie ma charakter semantyczny i biegli chcieli w ten sposób wyrazić myśl, że podjęcie właściwych działań diagnostycznych nie dawało gwarancji wyzdrowienia pacjentki: tyle sugerowałoby – też niejasne – zdanie trzecie. Rozstrzygnięcie, kto w konkretnej sytuacji był gwarantem nienastąpienia skutku i na kim personalnie spoczywał obowiązek podjęcia określonego działania, nie zawsze jest łatwe, a ustalenia w tym zakresie obciążają organ procesowy.

Przykład nr 12:

Ustalenia: Z powodu silnego bólu brzucha, wymiotów i drgawek pacjentka została przyjęta na szpitalny oddział ratunkowy. Tu stwierdzono padaczkę alkoholową, a w badaniach laboratoryjnych – m.in. następujące parametry: lipaza 1590 U/l (przy normie 150 U/l), leukocyty 12,2 tys./ μ l, ALAT 162 U/l, AspAT 351 U/l. Pacjentka została wypisana do domu tego samego dnia z zaleceniem przyjmowania leków uspokajających, stosowania restrykcyjnej diety wątrobowo-trzustkowej i podjęcia leczenia odwykowego. Kilka godzin później – z powodu utraty przytomności i drgawek – rodzina ponownie wezwała pogotowie ratunkowe. Specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego odmówił przewiezienia

86 R. Tymiński, Prawo..., s. 92.

pacjentki do szpitala. Następnego dnia doszło do nagłego zatrzymania krążenia, w szpitalu rozpoznano martwiczo-krwotoczne zapalenie trzustki. Wieczorem pokrzywdzona zmarła.

Jak ustalono w toku śledztwa, lekarka ze specjalistycznego ZRM nie wypełniła karty medycznych czynności ratunkowych. Jeden z ratowników, przesłuchany w charakterze świadka, zeznał, że lekarka sprawdziła podstawowe parametry życiowe pacjentki (temperatura, ciśnienie, poziom glukozy, odruchy neurologiczne). Chora była przytomna, spełniała polecenia, na stole leżała karta wypisowa z SOR i stały wykupione leki (relanium). Brat pacjentki poinformował lekarzkę, że kilka godzin wcześniej siostra była na SOR. Lekarka potwierdziła to w swoich zeznaniach.

Opinia: Wypisanie pacjentki ze szpitala było poważnym błędem – wyniki badań wskazywały na zapalenie trzustki i chora bezwzględnie wymagała hospitalizacji. Odnośnie do postępowania członków specjalistycznego ZRM biegli orzekli, że nie są w stanie ocenić stanu zdrowia pacjentki w momencie wizyty, a zatem nie mogą jednoznacznie wnioskować, czy pozostawienie jej w domu było błędem. Ocena wskazań do przewiezienia pokrzywdzonej do szpitala w chwili wizyty ZRM nie jest możliwa, chociaż niewątpliwie obowiązkiem kierownika zespołu było przeprowadzenie badania przedmiotowego i zapoznanie się z dokumentacją medyczną dotyczącą pacjentki. Jedynie na podstawie zeznań świadków biegli nie mogą wydać opinii na temat zachowania poszczególnych członków zespołu.

W zakresie dotyczącym oceny postępowania ZRM opinię należy uznać za niejasną. Odstąpienie od wypełnienia karty medycznych czynności ratunkowych z pewnością było błędem, ale dokumentacja medyczna nie stanowiła jedyne dowodu w sprawie. Twierdzenie, że w sprawach medycznych nie można czynić ustaleń na podstawie zeznań świadków, powodowałoby bezkarność w każdej sytuacji odstąpienia od sporządzenia wymaganej dokumentacji. Z faktu, że lekarz nie wypełnił dokumentacji, nie zbadał chorego, nie zlecił badań laboratoryjnych itp., nie wynika jeszcze, że nie można ustalić stanu pacjenta i stwierdzić błędu w leczeniu, a w konsekwencji – przypisać odpowiedzialności.

W niniejszej sprawie dysponowano dokumentacją z SOR (obrazującą stan pacjentki ledwie sprzed kilku godzin), zeznaniami brata pacjentki, lekarki z ZRM i ratownika medycznego. Należy zgodzić się z biegłymi, że obowiązkiem kierownika ZRM było zbadanie pacjentki i zapoznanie się z kartą wypisową ze szpitala. Oczywiście, takie stwierdzenie nie wyjaśnia jeszcze, jaki był stan zdrowia pacjentki i czy została ona narażona na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Te okoliczności można jednak ustalić *ex post*, tj. z uwzględnieniem wszelkich dostępnych danych.

Skoro zdaniem biegłych nie da się ocenić stanu pacjentki w momencie wizyty ZRM, to w uproszczeniu znaczy to, że mógł on być w tym momencie dobry albo zły. Rodzi się zatem pytanie, czy stan ten mógł być dobry, skoro kilka godzin wcześniej poziom lipazy wynosił 1590 U/l (wynika to z niekwestionowanej dokumentacji medycznej), a powodem kolejnego wezwania były drgawki i utrata przytomności (zeznania brata pacjentki i ewentualnie zapis

rozmowy z dyspozytorem). Prokurator nie jest w stanie udzielić odpowiedzi na pytanie, czy stan pacjentki mógł się poprawić tak szybko i czy martwicze zapalenie trzustki mogło ustąpić w czasie kilku godzin. Nie ma natomiast powodów do kwestionowania ustalenia, że członkom ZRM była znana dokumentacja z wcześniejszego leczenia (a przynajmniej mogli oni się z nią zapoznać). Zdyskwalifikowanie wszystkich dowodów i oparcie opinii wyłącznie na fakcie niesporządzenia dokumentacji medycznej trzeba w niniejszej sprawie uznać za niezrozumiałe.

Przykład nr 13:

Ustalenia: Pacjent został przywieziony na SOR z powodu zatrucia alkoholem. Powiedział lekarzowi, że „pije różne rzeczy, typu chemiczne, kosmetyczne”. W dokumentacji medycznej przy przyjęciu jako rozpoznanie wpisano „zatrucie metanolem/glikolem”. Rodzina chorego poinformowała, że pił płyn do spryskiwaczy, a ratownicy pokazali butelkę po płynie, którego składnikiem poza etanolem był również metanol. Tę butelkę znaleźli przy pacjentce podczas badania go w domu. W szpitalu przeprowadzono badania laboratoryjne, które wykazały następujące parametry: pH 7,31 (norma 7,36–7,42), HCO₃ 14,1 mmol/L (norma 21–27), pCO₂ 28,4 mmHg (norma 35–45), etanol 0,00‰. Pacjenta tego samego dnia wypisano do domu, gdzie zmarł następnego dnia z powodu zatrucia metanolem.

Opinia: Opieka nad pacjentem i ocena stanu jego zdrowia okazały się prawidłowe. Zdaniem biegłych wywiad co do spożycia alkoholu niespożywcze nie był ewidentnie pewny i jasny, „a właściwie był całkowicie negatywny”. U pacjenta nie występowały kliniczne wykładniki zatrucia alkoholem niespożywczym (silne bóle brzucha, wymioty, zaburzenia świadomości i oddychania) ani też pacjent tymże alkoholem nie był zatruty, skoro nie miał kwasicy metabolicznej. W badaniu gazometrycznym pH wynosiło 7,31, co sytuuje się w dolnej akceptowalnej granicy normy.

Dla organu procesowego nie jest jasne, z jakiego powodu biegli zakwestionowali wszystkie dowody świadczące o tym, że w momencie przywiezienia pacjenta do szpitala zachodziło podejrzenie zatrucia chorego alkoholem niespożywczym (świadczą o tym zeznania lekarza, zeznania członków rodziny, zeznania ratowników, dowód rzeczowy w postaci butelki i wynik badania na zawartość etanolu we krwi). Oczywiście, można powziąć wątpliwość, czy w tym momencie pacjent rzeczywiście znajdował się w stanie zatrucia alkoholem niespożywczym, skoro nie przeprowadzono stosownego badania (na zawartość metanolu), a pacjent nie prezentował typowych objawów zatrucia, ale pytanie jest inne: czy zasadne było odstąpienie od sprawdzenia tej możliwości? Zdaniem biegłych wynik gazometrii krwi „był w dolnej akceptowalnej granicy normy”, podczas gdy wartości referencyjne wskazane w sprawozdaniu z badania laboratoryjnego to pH 7,36–7,42. Jeśli nie oznacza to jeszcze kwasicy metabolicznej, to czy wynik pH 7,31 powinien skłonić lekarza do wykonania bardziej szczegółowych badań toksykologicznych? Czy brak (jeszcze?) klinicznych

wykładników zatrucia był wystarczającą przesłanką do odstąpienia od badań toksykologicznych? Czy jest możliwe, że pacjent nie prezentował jeszcze typowych objawów zatrucia metanolem, ponieważ płyn do spryskiwaczy wypił na krótko przed przyjazdem pogotowia?

Jak już wspomniano powyżej, biegli mogą i powinni odnieść się do materiału dowodowego. Jeśli jednak są zdania, że jakiś dowód nie może stać się podstawą czynienia ustaleń faktycznych, powinni szczegółowo to wyjaśnić. Mogą pominąć twierdzenia jednoznacznie błędne i nielogiczne (np. fragment zeznania, z którego wynika, że pokrzywdzony „był nieprzytomny i skarżył się na silny ból”), ale wątpliwości dowodowe musi rozstrzygnąć organ procesowy. Gdy rozbieżność jest tego rodzaju, że biegli nie są w stanie wydać jednoznacznej opinii, mogą albo zasugerować poszerzenie materiału dowodowego, albo przedstawić wnioski alternatywne. Trzeba przy tym pamiętać, że jeśli założenia przyjęte w opinii okazują się nielogiczne, błędne lub budzą zastrzeżenia w porównaniu z materiałem dowodowym sprawy, opinię należy uznać za niejasną, a nawet wewnętrznie sprzeczną, co – zgodnie z dyspozycją art. 201 kpk – wymaga podjęcia próby wyjaśnienia tych kwestii poprzez wezwanie tych samych biegłych (zasięgnięcie opinii uzupełniającej) lub poprzez dopuszczenie dowodu z opinii nowego biegłego⁸⁷.

Podsumowanie:

Ustalenie stanu faktycznego, w tym – ocena wiarygodności poszczególnych dowodów, jest zadaniem organu procesowego. Biegli powinni natomiast zwrócić uwagę na wady materiału dowodowego z punktu widzenia wiadomości specjalnych, w tym – na luki w dokumentacji medycznej czy na nielogiczności w zeznaniach świadków. Dokumentacja medyczna nie jest dowodem bardziej wartościowym od pozostałych.

4. Zadania biegłych i organu procesowego

Naczelną zasadą procesu karnego jest zasada prawdy materialnej, więc już chociażby z tego powodu biegły może i powinien występować do organu procesowego z inicjatywą poszerzenia materiału dowodowego, gdy braki w tym zakresie mogą wpłynąć na wnioski opinii⁸⁸. Nie jest też błędem zwrócenie przez biegłego uwagi na nieprawidłowość, o którą nie zadano pytania⁸⁹. Podobnie za usprawiedliwione uznać należy pytanie organu procesowego, czy biegły dostrzega inne czynniki, które – chociaż

nieujęte w treści postanowienia – z punktu widzenia wiedzy specjalistycznej mogą mieć znaczenie w sprawie⁹⁰.

W postanowieniach o zasięgnięciu opinii pojawia się niejednokrotnie pytanie, czy w trakcie leczenia pokrzywdzonego popełniono błąd, a jeżeli – tak, to kto go popełnił. Warto zatem zwrócić uwagę, że w postępowaniu przygotowawczym obowiązek ustalenia osoby, która popełniła błąd, obciąża prokuratora. Może to napotykać na trudności, zwłaszcza w razie zaniechania wykonania wobec pacjenta niezbędnego badania diagnostycznego albo czynności terapeutycznej⁹¹. Czasami trudność dotyczy stwierdzenia, czy dana osoba pełniła obowiązki gwaranta nienastąpienia skutku (np. lekarz przed rozpoczęciem dyżuru lub położna, do której pacjentka zgłosiła się bez formalnego przyjęcia do szpitala) – tego rodzaju wątpliwości rozstrzyga organ procesowy. Pytania o to, kto popełnił błąd, nie można jednak uznać za całkowicie niezasadne⁹², jeśli będzie ono dotyczyć nie personaliów, ale podziału zadań w procesie leczenia pacjenta. Jeśli błąd polegał na dopuszczeniu do operacji pacjenta z niewyrównaną cukrzycą, to zadaniem biegłych będzie osądzenie, czy ten błąd obciąża chirurga, czy – konsultującego diabetologa. Jeśli w trakcie operacji z użyciem aparatu do krążenia pozaustrojowego zaszła pilna potrzeba korekty działania urządzenia, to zasadne będzie pytanie o to, kto powinien podjąć decyzję w tym zakresie i przeprowadzić zmianę (operator, anestezjolog czy perfuzjonista). W tym znaczeniu pytania o to, kto popełnił błąd, nie można uznać za wadliwe.

Na koniec należy zauważyć, że kwestię zamiaru, realizacji znamion czynu zabronionego i zawinienia ustala organ procesowy. Nieakceptowalna jest „sytuacja, w której organ procesowy – dysponując stosowną opinią biegłych – uwalnia się od przeprowadzenia własnej analizy znamion czynu zabronionego”⁹³. Opinia biegłego nie powinna zawierać sformułowań dotyczących winy lub oceny prawnej czynu sprawcy, ponieważ uprawnienia w tym zakresie należą do wyłącznej kompetencji organu procesowego⁹⁴. Jak to ujął Sąd Najwyższy: „nie jest domeną biegłych rozważanie karnych aspektów postępowania lekarza”⁹⁵ ani „rozstrzyganie zagadnień prawnych, a jedynie naświetlenie wyjaśnianych okoliczności z punktu widzenia wiadomości specjalnych, przy uwzględnieniu zebranego i udostępnionego mu materiału sprawy”⁹⁶. Biegli powinni wypowiedzieć się w kwestiach dotyczących m.in. poprawności czynności diagnostycznych

87 Wyrok SN z dnia 19 listopada 2021 r. sygn. IV KK 332/21.

88 J. Gurgul, *Jeszcze...*, „Prokuratura i Prawo” 2006/2, s. 72; J. Gurgul, *O wadliwości...*, „Prokuratura i Prawo” 2015/4, s. 99; G. Teresiński, R. Mądro, *Ocena...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 108; M. Nawrocki [w:] *Biegły...*, red. K. Flaga-Gieruszyńska, s. 580; D. Jagiełło, *Współpraca...*, s. 89; R. Tymiański, *Prawo...*, s. 93; W. Kotowski, *Formułowanie...*, „Palestra” 2012/1–2, s. 188–189; E. Skupień, F. Bolechala, *Odpowiedzialność...*, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 414 (autorzy zwracają uwagę na odmienne zasady opiniowania w sprawach cywilnych). Biegły nie ma natomiast uprawnień do samodzielnego zbierania dowodów (J. Sehn, *Dowód...*, „Nowe Prawo” 1956/3, s. 25–26).

89 B. Świątek, *Granice...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. III, s. 177; B. Świątek, *Lekarz...*, s. 35 (zdaniem autorki dobrym zwyczajem jest stworzenie biegłemu możliwości wypowiedzenia się poza zakresem stawianych pytań); por. E. Gruza, *O błędach...*, s. 178 (autorka krytykuje samowolne rozszerzanie zakresu opinii).

90 S. Pawelec, *Wadliwość...*, „Prokuratura i Prawo” 2014/4, s. 164.

91 Zdarzają się sprawy, w których błąd medyczny jest oczywisty, ale bardzo trudno ustalić, pod czyją opieką pozostawał dany pacjent. Problem „pacjentów niczyich” to oczywiście nie tylko zagadnienie dowodowe.

92 Por. E. Augustyn, *Zarys...*, s. 169.

93 Postanowienie SN z dnia 11 września 2019 r. sygn. III KK 542/18; S. Pawelec, *Wadliwość...*, „Prokuratura i Prawo” 2014/4, s. 149.

94 Wyrok SN z dnia 3 lipca 1987 r. III KR 235/87; postanowienie SA w Krakowie z dnia 24 lutego 1994 r. sygn. II AKz 72/94; Jednak fakt przytoczenia w opinii wniosków odnoszących się do tych kwestii nie świadczy sam przez się o wadliwości oraz o nieobiektywności opinii (wyrok SA w Lublinie z dnia 1 sierpnia 2012 r. sygn. II AKa 96/12).

95 Postanowienie SN z dnia 11 września 2019 r. sygn. III KK 542/18.

96 Wyrok SN z dnia 4 marca 2008 r. sygn. IV CSK 496/07; wyrok SN z dnia 4 lutego 2021 r. sygn. II USKP 11/21.

i terapeutycznych, stanu zdrowia pokrzywdzonego podczas całego procesu leczenia do chwili śmierci lub do powstania u niego ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, powinni też sformułować ocenę, czy czynności diagnostyczne i lecznicze podjęte przez konkretną osobę wpłynęły, mogły albo nie mogły wpłynąć na poziom zagrożenia dla zdrowia lub życia pokrzywdzonego w trakcie procesu leczenia lub w okresie późniejszym⁹⁷. Nie jest zadaniem biegłych orzekanie, czy zachowanie lekarza „można uznać za zawiniony błąd”⁹⁸, ale właściwa ocena zawinienia może wymagać skorzystania z ich wiedzy fachowej⁹⁹. Wypowiedzi biegłego zawarte w opinii i odnoszące się do kwestii zastrzeżonych do kompetencji organu procesowego (np. uwagi dotyczące ustalenia stanu faktycznego czy sugestie rozstrzygnięcia sprawy) nie są wiążące¹⁰⁰ i organ procesowy powinien je pominąć¹⁰¹.

O tym, czy zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, decyduje organ procesowy samodzielnie¹⁰², zatem prokurator powinien tak skonstruować pytania, aby na podstawie odpowiedzi udzielonych przez biegłych móc ustalić, czy taki związek zaistniał. Dotyczy to także takich znamion jak bezpośredniość niebezpieczeństwa czy ciężki uszczerbek na zdrowiu¹⁰³. Prokurator nie może też zadać pytania, czy „leczenie stanowiło błąd medyczny skutkujący odpowiedzialnością karną”. Jak słusznie zauważyli Tomasz Jurek i Krzysztof Maksymowicz: pojęcie narażenia na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zawiera zarówno elementy „lekarские” (utrata życia i ciężki uszczerbek na zdrowiu), jak i „nielekarские” (narażenie i bezpośredniość)¹⁰⁴.

Nie jest jednak tak, że biegli medycy sądowi wypowiadają się tylko na tematy związane *stricte* z biologią człowieka. W programie specjalizacji z zakresu medycyny sądowej¹⁰⁵ przewidziano nabycie takich umiejętności, jak weryfikacja hipotez oraz ustalanie związków przyczynowo-skutkowych, ustalanie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu czy kwalifikowanie uszczerbku na zdrowiu dla potrzeb postępowania karnego, procesu cywilnego oraz dla celów ubezpieczeniowych. Biegli na co dzień zajmują się interpretacją takich pojęć medyczno-prawnych, jak uraz, uszczerbek na zdrowiu, niezdolność do pracy¹⁰⁶

czy trwałe, istotne zezwolenie¹⁰⁷. Nie jest wobec tego błędem zadanie biegłym pytania o związek przyczynowy czy o bezpośredniość¹⁰⁸. Medycy sądowi odeszli już od poglądu, zgodnie z którym opiniowanie o skutkach potencjalnych narusza zasadę *in dubio pro reo*¹⁰⁹, skoro „bezpośredniość zagrożenia można zobiektywizować i kwantyfikować”¹¹⁰.

W odniesieniu do spraw medycznych można mówić o swoistym podziale kompetencji: zadaniem biegłego jest – przykładowo – określenie charakteru i stopnia ciężkości obrażeń ciała doznanych przez pokrzywdzonego lub rozstroju zdrowia, ocena stanu jego zdrowia w związku z określonym zdarzeniem (w tym – w odniesieniu do możliwości podjęcia pracy), natomiast organ procesowy rozstrzyga np., co jest „zawodem” w rozumieniu art. 156 kk i czy niezdolność do określonej pracy stwierdzona u pokrzywdzonego jest niezdolnością do pracy w zawodzie¹¹¹. Prokurator lub sąd decydują o tym, czy niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego osiągnęło poziom bezpośredniości, ale czynią to na podstawie wypowiedzi biegłych, które odnoszą się m.in. do stopnia ryzyka dla życia lub zdrowia pacjenta, do bliskości czasowej tych skutków czy do liczby etapów dzielących przyczynę i skutek¹¹². Zadaniem biegłego jest wskazanie przesłanek dotyczących związku przyczynowego czy bezpośredniości narażenia, a tym samym – potwierdzenie (lub zanegowanie) tych znamion staje się wspólnym zadaniem biegłego i organu procesowego¹¹³. Biegły powinien przedstawić możliwe konsekwencje postępowania sprawcy, a na tej podstawie organ procesowy ustali kwestię bezpośredniości narażenia, prawną ocenę czynu i jego kwalifikację karnoprawną¹¹⁴.

Zgodnie z art. 194 kpk w postanowieniu o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego podaje się imię, nazwisko i specjalność biegłego, przy czym w razie zasięgnięcia opinii instytucji organ procesowy może (ale nie musi) wskazać specjalność i kwalifikacje osób, które powinny wziąć udział w wydaniu ekspertyzy. W przypadku powoływania zakładów medycznych

107 Z. Parkitna-Cegła, B. Świątek, *Trwale...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 23.

108 J. Gurgul, *O wadliwości...*, „Prokuratura i Prawo” 2015/4, s. 96; A. Malicki, *Z problematyki...*, s. 331; M. Szeremeta, R. Latosiiewicz, A. Niemcunowicz-Janica, *Czy odpowiedź...*, s. 300–302; J. Kunz, *Błąd w opiniach...*, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 68; K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 243; T. Konopka, E. Skupień, *Możliwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/1, s. 43; J. Kunz, *Niektóre... Część I*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/1, s. 51; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 77; P. Wiecha, *Opinia...*, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 2021, t. XXV, s. 171.

109 G. Teresiński, R. Mądro, *Ocena...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 106; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarские w przestępstwach...*, s. 147; por. M. Szeremeta, R. Latosiiewicz, A. Niemcunowicz-Janica, *Czy odpowiedź...*, s. 300; T. Konopka, E. Skupień, *Możliwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/1, s. 43 (choć autorzy są zdania, że „wiedza lekarzy w zakresie przewidywania skutków, które nie nastąpiły, tylko nieznacznie przewyższa wiedzę prawników”). Zdaniem J. Kunza rozważania na temat skutków potencjalnych (narażenia) „nie mieszczą się w ramach opiniowania sądowo-lekarского i jako sprzeczne z zasadą skutkowości winny pozostać całkowicie poza ocennością biegłych medyków sądowych” (J. Kunz, *Niektóre... Część II*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/2, s. 124). Domeną medycyny sądowej „jest opiniowanie na podstawie faktów, a nie [–] snucie hipotez” (E. Skupień, F. Bolechala, *Odpowiedzialność...*, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 412).

110 T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/4, s. 229.

111 A. Nowak, C. Chowaniec, M. Chowaniec, K. Rygól, *Całkowita...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/2–3, s. 98.

112 T. Jurek, K. Maksymowicz, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005/1, s. 69, 71; G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty...* (I), „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001/2, s. 109; G. Teresiński, R. Mądro, *Ocena...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 105–106; M. Szeremeta, R. Latosiiewicz, A. Niemcunowicz-Janica, *Czy odpowiedź...*, s. 303; T. Konopka, E. Skupień, *Możliwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/1, s. 44.

113 T. Jurek, K. Maksymowicz, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005/1, s. 71–72; G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty...* (I), „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001/1, s. 56; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarские w przestępstwach...*, s. 151, 163.

114 Wyrok SN z dnia 13 stycznia 2011 r. sygn. II KK 188/10; T. Jurek, K. Maksymowicz, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005/1, s. 72; T. Jurek, B. Świątek, M. Rorat, R. Drozd, *Prawna...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2011/4, s. 344.

97 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11; postanowienie SN z dnia 11 września 2019 r. sygn. III KK 542/18.

98 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 250.

99 E. Baran, *Przesłanki...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1996/4, s. 255.

100 Wyrok SN z dnia 6 lutego 2003 r. sygn. IV CKN 1763/00; wyrok SN z dnia 4 lutego 2021 r. sygn. II USKP 11/21; wyrok SA w Katowicach z dnia 25 kwietnia 2013 r. sygn. II AKA 91/13.

101 Wyrok SN z dnia 4 marca 2008 r. sygn. IV CSK 496/07.

102 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11.

103 Por. S. Pawelec, *Wadliwość...*, „Prokuratura i Prawo” 2014/4s. 160.

104 T. Jurek, K. Maksymowicz, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005/1, s. 67; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarские w przestępstwach...*, s. 151.

105 Por. *Program specjalizacji w dziedzinie medycyny sądowej* – aktualizacja 2018 r., Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 0714-program-1.pdf (cmkp.edu.pl).

106 Z. Mazak-Lucyk, W. Łucyk, *Pulapki...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005/1, s. 30.

sądowej, Instytutu Ekspertyz Medycznych czy Instytutu Ekspertyz Sądowych wyznaczenie pracowników odpowiedzialnych za opiniowanie można z powodzeniem pozostawić kierownikom tych instytucji¹¹⁵, zwłaszcza że niejednokrotnie już wskazanie odpowiednich specjalności biegłych wymaga wiadomości specjalnych¹¹⁶.

W sprawach dotyczących błędów medycznych jest zasadne, aby w skład zespołu wchodził klinicysta i specjalista z zakresu medycyny sądowej¹¹⁷. Nie zawsze klinicysta – pomimo ogromnej wiedzy w swojej dziedzinie, ale bez znajomości pojęć prawnych i reguł orzeczniczych – jest w stanie kompetentnie opiniować¹¹⁸, tymczasem zadaniem biegłego lekarza okazuje się stosowanie reguł wypracowanych w medycynie sądowej¹¹⁹. Dla klinicysty niejasne może być, co – na gruncie odpowiedzialności karnej – znaczy *naraża*, co to jest *niebezpieczeństwo* i jak zdefiniować *bezpośredniość*¹²⁰. Zachodzi realna obawa, że biegły nieświadom specyficzności znaczenia danego terminu prawnego oceni go według własnych czy potocznych konotacji¹²¹.

Podsumowanie:

W postępowaniu karnym biegły może i powinien wystąpić do organu procesowego o poszerzenie materiału dowodowego, jeśli może to mieć znaczenie dla wniosków opinii. Organ procesowy powinien tak sformułować pytania do biegłego, aby na podstawie odpowiedzi móc rozstrzygnąć kwestię realizacji znamion, w tym – czy niebezpieczeństwo dla życia pacjenta miało charakter bezpośredni albo czy zachodził związek przyczynowy między uchybieniem a skutkiem. Zadanie wprost pytania o związek przyczynowy lub o bezpośredniość niebezpieczeństwa nie jest błędem, gdy w opiniowaniu bierze udział specjalista z zakresu medycyny sądowej – co w sprawach o błędy medyczne powinno być regułą.

115 E. Baran, *O wydawaniu...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1998/3–4, s. 222; B. Świątek, *Lekarz...*, s. 35.

116 A. Bielska-Brodziak, T. Urban, *Ile waży...*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2019/1, s. 42.

117 E. Baran, *O wydawaniu...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1998/3–4, s. 222; Z. Marek, *Wybrane...*, s. 138; por. J. Kunz, D. Bajak, *Rozbieżności...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1998/3–4, s. 218; E. Skupień, F. Bolechała, *Odpowiedzialność...*, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 414.

118 B. Świątek, *Błędy lekarskie...*, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 40; B. Świątek, *Błąd medyczny...*, s. 523; J. Kunz, *Błąd w opiniach...*, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 71; M. Legień, *O paramedycynie...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. III, s. 187; W. Nasilowski, J. Szczepański, *Przyczyny...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994/2, s. 247.

119 M. Wolińska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/5, s. 28; J. Kunz, *Błąd opiniodawczy...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1998/1, s. 43; Z. Marek, A. Olesiński, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/2, s. 128; L. Bednarski, *Rola...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007/4, s. 414; E. Skupień, F. Bolechała, *Odpowiedzialność...*, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 414; P. Kowalski, M. Klys, *Ekspertyza...*, s. 153.

120 M. Szeremeta, R. Latosiiewicz, A. Niemcunowicz-Janica, *Czy odpowiedź...*, s. 300–301.

121 S. Pawelec, *Wadliwość...*, „Prokuratura i Prawo” 2014/4, s. 160.

Nieprawidłowość w leczeniu jako przesłanka odpowiedzialności karnej

1. Naruszenie reguły postępowania z dobrem prawnym

Jedną z podstawowych przesłanek odpowiedzialności karnej jest naruszenie przez sprawcę reguły postępowania z chronionym dobrem prawnym. Lekarz może odpowiadać za czyn zabroniony z art. 155, 156 czy art. 160 kk tylko wtedy, gdy zostanie wykazane, że nie zachował on ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, przez co naraził życie lub zdrowie pacjenta. Kolejne pytanie dotyczy skutku: czy w ogóle zaistniał i jaki był jego charakter. W sprawach medycznych – oprócz sytuacji oczywistych (np. pacjent zmarł lub w wyniku błędu lekarskiego stracił kończynę) – mamy do czynienia z różnymi skutkami, których bez pomocy biegłego organ procesowy nie będzie w stanie stwierdzić: ponieważ tylko osoba mająca wiedzę medyczną może ocenić np. charakter obrażeń czy stopień narażenia życia. Na następnym etapie rozważa się ewentualne powiązanie między niewłaściwym zachowaniem a skutkiem. Jednak w pierwszej kolejności należy odpowiedzieć na pytanie, czy doszło do nieprawidłowości w postępowaniu wobec pacjenta.

Prawidłowe zachowanie lekarza nie rodzi odpowiedzialności karnej, nawet jeżeli skutki takiego zachowania okazałyby się negatywne dla pokrzywdzonego, tak jak jego śmierć, uszczerbek na jego zdrowiu czy przeniesienie go w stan bezpośredniego zagrożenia życia. Niewykluczone, że zachowania personelu medycznego będą pozostawały w związku przyczynowym ze śmiercią pacjenta, a odpowiedzialność karna i tak będzie wyłączona – z uwagi na brak naruszenia normy postępowania z dobrem prawnym (w tym wypadku: zasad wynikających z wiedzy medycznej). Innymi słowy: gdy biegły nie stwierdzi nieprawidłowości w toku procesu diagnostyczno-terapeutycznego, odpada konieczność badania związku przyczynowego. Jak to ujął Sąd Najwyższy: „o tym, czy przeprowadzony zabieg lekarski stanowi [...] czyn zabroniony, decyduje ustalenie, czy zostały naruszone reguły sztuki lekarskiej w kontekście niezachowania ostrożności. Bez naruszenia tych reguł zabieg, którego skutkiem była np. śmierć człowieka, nie stanowi realizacji znamion typu czynu zabronionego z art. 155 kk”¹²². Jeżeli lekarz dochował obowiązku staranności, nie poniesie odpowiedzialności karnej, „choćby czynność przyniosła najokropniejsze i najbardziej dramatyczne następstwa”¹²³, ponieważ „kwalifikacja zachowania jako wypełniającego lub niewypełniającego normy zachowania jest niezależna od tego, czy doszło do urzeczywistnienia ustawowo stypizowanego skutku”¹²⁴.

122 Wyrok SN z dnia 11 października 2016 r. sygn. III KK 123/16.

123 M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 49; por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 111; E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 49; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 607; M. Malecki, *Przypisanie...*, „Paragraf na Drodze” 2013/4, s. 9.

124 J. Majewski, *Prawno karne...*, s. 89.

Zachowanie zgodne z regułami postępowania wykształconymi przez wiedzę i doświadczenie nie jest sprzeczne z normą sankcjonowaną (czyli normą zakazującą podejmowania zachowań prowadzących do naruszenia i narażenia dóbr prawnych¹²⁵ lub nakazującą zapobiegnięcie skutkowi¹²⁶) i przez to nie okazuje się zachowaniem bezprawnym¹²⁷. Kwestię bezprawności zachowania ocenia w toku postępowania organ procesowy, ale w sprawach o błąd medyczny nie jest w stanie tego zrobić bez pomocy biegłych. Ustalenie, że konkretne zachowanie lekarza było w określonej sytuacji niewskazane, wymaga przecież wiadomości specjalnych. Jak zauważył Piotr Kardas: „czynność przekładu prostych *prima facie* przepisów prawa karnego, zgromadzonych w rozdziale XIX [kodeksu karnego], na normy sankcjonowane co do zasady nie może być przeprowadzona samoistnie przez prawników, nie dysponują oni bowiem wiedzą umożliwiającą konkretyzację ich treści”¹²⁸. Reguły postępowania z dobrem prawnym to dyrektywy techniczne, które określają, jakie zachowania należy podjąć, a jakich zaniechać w kontaktach z danym dobrem, aby ograniczyć możliwość jego naruszenia, a jednocześnie określają zakres dozwolonych zachowań ryzykownych¹²⁹. To biegły dostarcza organowi procesowemu wiedzy, czy w danej sytuacji – w przypadku konkretnego pacjenta – należało wykonać określone badania diagnostyczne, podać antybiotyki, przeprowadzić zabieg chirurgiczny, czy jednak zasadne było przyjęcie postawy wyczekującej. Reguły wypracowane w naukach medycznych, chociaż (poza nielicznymi wyjątkami) niewyrażone w przepisach prawa, uzupełniają regulację prawną¹³⁰.

Spod zakresu normy sankcjonowanej zostają wyeliminowane wszystkie te zachowania, które chociaż potencjalnie mogą prowadzić do naruszenia dobra prawnego, to nie przekraczają dopuszczalnego ryzyka dla życia i zdrowia¹³¹. Ochrona dóbr prawnych nie może polegać na zakazie powodowania jakiegokolwiek zagrożenia, ponieważ

prowadziłyby to do paraliżu życia społecznego¹³² – zakazane byłyby chociażby ruch drogowy czy wszelkie zabiegi chirurgiczne. Lekarz nie poniesie zatem odpowiedzialności, jeżeli pacjenta prawidłowo zakwalifikowano do ryzykownej operacji, prawidłowo ją przeprowadzono i prawidłowo nadzorowano po wykonaniu czynności medycznej¹³³. Uzasadnione medycznie ryzyko nie może być oceniane negatywnie¹³⁴, przy czym zarówno poziom dozwolonego ryzyka, jak i właściwy sposób zachowania ustala się *in concreto*¹³⁵. Lekarz ma obowiązek wybrać technikę czy terapię dającą w określonych warunkach największe szanse powodzenia, nawet jeśli wyjściowo nie są one zbyt duże¹³⁶.

Naruszenie reguł ostrożności (w sprawach medycznych: reguł postępowania zgodne z wiedzą medyczną) to zatem pierwsza przesłanka odpowiedzialności. Chodzi przy tym o takie naruszenie reguł postępowania, które w sposób nieakceptowalny (ponad miarę społecznie dopuszczalną), karygodny i istotny zwiększa ryzyko wystąpienia skutku¹³⁷, stanowi atak na dobro prawne¹³⁸ i naraża je na zbyt duże i społecznie nieopłacalne niebezpieczeństwo¹³⁹. W ogromnej większości wypadków niezachowanie wymaganej ostrożności skutkuje stworzeniem lub zwiększeniem zagrożenia dla chronionych dóbr prawnych¹⁴⁰. Naruszenie reguł pozwala domniemywać, że ryzyko dla dobra prawnego się zwiększyło¹⁴¹. Jednak wyjątkowo może się zdarzyć, że naruszenie abstrakcyjnie określonych reguł w określonym przypadku nie spowoduje przekroczenia granicy dopuszczalnego ryzyka, ale kwestię ryzyka ocenia się zawsze *in concreto*¹⁴².

125 S. Tarapata, *Dobro...*, s. 278; A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 101; W. Zalewski, *Przestępstwo...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2006/1, s. 121.

126 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 514; K. Piątkowska, *Wybrane...*, s. 69; A. Spotowski, *Kilka...*, „Państwo i Prawo” 1987/11, s. 62.

127 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 43; A. Zoll [w:] *Kodeks... Część ogólna...*, red. W. Wróbel, art. 1, teza 21; J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 1, teza 24; M. Królikowski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, art. 160, nr 7; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 514; por. P. Kardas, *Błąd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatry” 2007/4, s. 92; J. Majewski, *Prawno karne...*, s. 80; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 27, 64; P. Daniluk, *Błąd...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 45, 52; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 110, 169; E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 50; M. Wolińska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/5, s. 24; S. Tarapata, *Dobro...*, s. 281; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 145; S. Tarapata, *Głos...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 32; J. Kalandyk, *Głosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 183; A. Barczak, *Głosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2012/4, s. 151; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 314; A. Dąbek, *Rozważania...*, „Acta Universitatis Lodzianensis” 2016, z. 77, s. 83; A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 87.

128 P. Kardas, *Błąd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatry” 2007/4, s. 93; por. J. Potulski, *Źródła...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2009/1, s. 102.

129 E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 51; M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/4, s. 29; S. Tarapata, *Dobro...*, s. 291; P. Kardas, *Błąd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatry” 2007/4, s. 91; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 44; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 187–188; A. Zoll, *Błąd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 12; D. Gruszecka, *Ochrona...*, s. 133; W. Zalewski, *Przestępstwo...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2006/1, s. 121; J. Majewski, *Prawno karne...*, s. 75.

130 P. Kardas, *Błąd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatry” 2007/4, s. 93; por. D. Gruszecka, *Ochrona...*, s. 134.

131 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18; J. Majewski, *Prawno karne...*, s. 72; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 49; C. Roxin, *Problematyka...*, s. 9–12; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 514

132 D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 104; P. Kardas, *Błąd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatry” 2007/4, s. 91; J. Majewski, *Prawno karne...*, s. 79.

133 R. Tymiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiński, art. 160, s. 236.

134 R. Tymiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiński, art. 160, s. 237; R. Kokot, M. Banasiewicz, *Z problematyki...*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2009, t. XXIV, s. 115; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 237; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 124; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 159; A. Dąbek, *Rozważania...*, „Acta Universitatis Lodzianensis” 2004/1, s. 40; A. Zoll, *Zaniechanie...*, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 33;

135 M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 40; A. Zoll, *Zaniechanie...*, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 33; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 198; E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 55; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodo-*

wa..., s. 392; J. Potulski, *Źródła...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2009/1, s. 101.

136 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 106.

137 Wyrok SN z dnia 12 października 2016 r. sygn. V KK 153/16; wyrok SN z dnia 8 marca 2000 r. sygn. III KKN 231/98; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 12 lutego 2009 r. sygn. II AKA 10/09; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II AKA 470/21; J. Giezek, *Przyczynowość hipotetycz-*

na..., „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 48; J. Giezek, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 138; P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i

Prawo” 2009/6, s. 40; R. Dębski, *O zasadności...*, s. 107; S. Tarapata, *Dobro...*, s. 300; S. Tarapata, *Głos...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 36; T. Kaczmarek, *O metodologicznej...*, s. 384; T. Kaczmarek, *Kryteria...*, s. 173; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 620; E. Hryniewicz, *Przestęp-*

stwa..., s. 260–261; M. Malecki, *Kryteria...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2013/3, s. 91; K. Piech, *Włączenie...*, „Zeszyty Nau-

kowe Towarzystwa Doktorantów UJ” 2018/2, s. 97; J. Kalandyk, *Głosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 184; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 316.

138 S. Tarapata, *Dobro...*, s. 270.

139 J. Giezek, *Naruszenie...*, „Państwo i Prawo” 1992/1, s. 65; G. Łabuda, *Przyczynę...*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004/2, s. 92; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 107.

140 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 231; A. Zoll, *Zaniechanie...*, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 32. Z drugiej strony pod-

nosi się, że zachowanie stwarzające prawdopodobieństwo negatywnego skutku nie zawsze idzie w parze z naruszeniem „mniej lub bardziej sensownie

*sformułowanej reguły postępowania” (J. Giezek, *Naruszenie...*, „Państwo i Prawo” 1992/1, s. 75).*

141 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 220; T. Kaczmarek, *Wybrane...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 27.

142 M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/4, s. 41.

Lekarz może ponieść odpowiedzialność karną tylko wtedy, gdy podjęcie stosownych (i potencjalnie skutecznych) czynności terapeutycznych oraz zmniejszenie zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta było obiektywnie możliwe¹⁴³. Obowiązek zapobieżenia skutkowi obejmuje wszakże „tylko takie czynności, które znajdują się w zasięgu sprawczym gwaranta”¹⁴⁴. Warunkiem odpowiedzialności jest ponadto rozpoznawalność niebezpieczeństwa połączona z przewidywalnością skutku, ponieważ dopiero możliwość przewidzenia konsekwencji określonego zachowania przekłada się na aktualizację obowiązku podjęcia zachowań zgodnych z regułami postępowania, wymaganymi w danych okolicznościach¹⁴⁵. Brak obiektywnej przewidywalności skutku wyklucza jakkolwiek możliwość podjęcia zachowania zgodnego z regułami postępowania, a zatem wyklucza uznanie takiego zachowania za pozostające w granicach stosowania normy sankcjonowanej – w takiej sytuacji nie jest możliwe stwierdzenie, że sprawca zachował się bezprawnie¹⁴⁶.

Podsumowanie:

Jeśli leczenie pacjenta było prawidłowe, lekarz nie poniesie odpowiedzialności karnej, nawet jeśli pacjent zmarł, doznał uszczerbku na zdrowiu lub znalazł się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia. Nie jest bezprawne zachowanie mieszczące się w granicach dozwolonego ryzyka, przy czym ryzyko ocenia się *in concreto*.

2. Ustalenie nieprawidłowości w leczeniu

W literaturze prawniczej podnosi się, że rola biegłych sprowadza się do przedstawienia modelowego sposobu postępowania przez osobę wykonującą określony zawód medyczny i pełniącą określoną funkcję w danej sytuacji faktycznej, a organ procesowy porównuje ów modelowy sposób postępowania z rzeczywistym zachowaniem określonej osoby, ustalonym w sprawie, i udziela odpowiedzi na pytanie, czy zachowanie ocenianej osoby było prawidłowe, czy też stanowiło naruszenie reguł postępowania z dobrem prawnym¹⁴⁷. Słusznie zatem w postanowieniach o powołaniu biegłych pojawiają się pytania o to, jak powinien wyglądać prawidłowo przeprowadzony proces diagnostyczno-terapeutyczny, przy czym należy podkreślić, że dotyczy to zawsze konkretnego pacjenta (z jego alergiami, ze schorzeniami przewlekłymi, z obrażeniami itd.), i to w określonej sytuacji klinicznej oraz na poszczególnych etapach leczenia. Jeśli lekarz A popełnił błąd, a pacjent trafił potem

do lekarza B, to należy ustalić m.in., jak powinien zachować się lekarz B w takiej właśnie sytuacji – czy mógł rozpoznać błąd poprzednika, czy mógł temu błędowi zaradzić, czy powinien kontynuować terapię przyjętą wcześniej itd. W tej sytuacji nie wystarczy stwierdzić, że od początku należało pacjenta leczyć inaczej.

Problem z ustaleniem nieprawidłowości w zachowaniu jest jednak poważniejszy, ponieważ w praktyce często nie wystarczy uzyskanie schematu prawidłowego leczenia od biegłych i samodzielne porównanie modelu z faktycznym zachowaniem lekarza. Już sama analiza materiału dowodowego, a zwłaszcza – dokumentacji medycznej, wymaga wiedzy specjalnej i dlatego najczęściej organ procesowy, oprócz pytania o modelowe leczenie konkretnego pacjenta, zadaje też pytanie o to, czy faktycznie podjęte postępowanie było prawidłowe, tj. zgodne z zasadami wiedzy medycznej. Ograniczenie roli biegłych do przedstawienia modelu właściwego leczenia i oddanie analizy porównawczej w ręce organu procesowego mogłoby prowadzić do nieporozumień. Jeśli biegli stwierdzą, że w przypadku konkretnego pacjenta należało oznaczyć poziom białka ostrej fazy czy białka C-reaktywnego, to fakt, że w dokumentacji medycznej znajduje się wynik badania CRP, niekoniecznie pozwoli organowi procesowemu na stwierdzenie, że proces diagnostyczny był w tym aspekcie poprawny. To – oczywiście – banalny przykład, ale wskazujący na potrzebę uzyskiwania od biegłych odpowiedzi również na pytanie, czy w określonej sytuacji proces leczenia pacjenta przeprowadzono prawidłowo, czy postępowanie lekarza – z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu czy wizyty lekarskiej – było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Jeszcze raz należy podkreślić, że pytanie, jak powinien wyglądać prawidłowy proces diagnostyczno-terapeutyczny, to w istocie pytanie o to, jak powinien być leczony pokrzywdzony XY, a nie – jak standardowo leczy się zawał, udar czy złamanie obojczyka.

Przykład nr 14:

Ustalenia: U rocznego dziecka rozpoznano ospę, lekarz zalecił podawanie mu leków przeciwwirusowych i paracetamolu. Trzy dni później stan chłopca znacznie się pogorszył, ratownicy stwierdzili wstrząs i przewieźli pacjenta do szpitala. Tam doszło do nagłego zatrzymania krążenia, pomimo działań resuscytacyjnych dziecko zmarło. Przyczyną śmierci była ospa wietrzna i posocznica.

Opinia: Na pytanie o to, czy (i ew. kiedy) należało wdrożyć antybiotykoterapię, biegli odpowiedzieli, że w infekcjach wirusowych zwykle nie stosuje się antybiotyków, bo są nieskuteczne, a stosowane nierozsądnie, powodują wytwarzanie lekooporności. Często jednak zakażenia wirusowe torują drogę bakteryjnym, dlatego rozważa się zastosowanie dodatkowych leków w okresie powikłań bakteryjnych po tygodniu do dwóch od rozpoczęcia choroby, kiedy pojawiają się objawy kliniczne – zapalenie ucha, oskrzeli, płuc. Często wtedy rozważa się położenie dziecka do szpitala specjalistycznego, gwarantującego całodobową opiekę, diagnostykę, leczenie parenteralne, nadzór specjalistyczny.

143 Wyrok SN z dnia 10 grudnia 2008 r. sygn. IV KK 214/08; wyrok SN z dnia 6 października 2016 r. sygn. V KK 94/16; wyrok SA w Łodzi z dnia 7 listopada 2018 r. sygn. I ACa 27/18; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 76; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 519; T. Kaczmarek, *Spory...*, s. 211; T. Sroka, *Czasowy...*, s. 323; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 102; M. Szeroczyńska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2012/4, s. 41; D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 168; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 334; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 165 (Polecenie zawarte w normie sankcjonowanej się nie aktualizuje, gdy wykonanie powinno zachowania nie jest możliwe).

144 T. Sroka, *Zaniechanie...*, s. 88; por. M. Bielski, *Kryteria...*, s. 519–520.

145 Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2013 r. sygn. V KK 133/13; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 83; K. Piątkowska, *Wybrane...*, s. 76.

146 Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2013 r. sygn. V KK 133/13.

147 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 264; por. M. Małecki, *Przypisanie...*, „Paragraf na Drodze” 2013/4, s. 9.

Dla organu procesowego podstawowe jest ustalenie, czy doszło do nieprawidłowości w leczeniu, przy czym ocena poprawności procesu diagnostyczno-terapeutycznego musi zawsze odnosić się do konkretnego pacjenta. Z opinii powinno wynikać, że wobec pokrzywdzonego należało podjąć standardowe leczenie polegające na tym, że [...], bądź przeciwnie – że w przypadku tego pacjenta, z uwagi na konkretne uwarunkowania, należało poszerzyć diagnostykę czy podjąć inną terapię. Jednak kluczowe okazuje się zawsze uwzględnienie sytuacji pokrzywdzonego. To, że w innych przypadkach „rozważa się” zastosowanie określonego leczenia, nie daje odpowiedzi na pytanie, czy w przypadku pokrzywdzonego takie właśnie leczenie należało podjąć. Treść opinii sugeruje, że w momencie rozpoznania ospy nie było przesłanek do podania antybiotyku, ponieważ podaje się go w razie powikłań bakteryjnych „po tygodniu do dwóch od rozpoczęcia choroby”. Jeśli zdaniem biegłych nie popełniono błędów w leczeniu, warto jednak wyraźnie wskazać w opinii, że np. w dniu badania w POZ dziecko nie miało objawów infekcji bakteryjnej, nie było podstaw do zastosowania antybiotykoterapii, a wdrożone leczenie było prawidłowe.

Specyfika postępowania karnego polega na tym, że konieczne staje się sformułowanie odrębnej oceny zachowania każdej osoby zaangażowanej w proces diagnostyczno-leczniczy. Konstrukcja tzw. winy anonimowej (lub organizacyjnej), która nie wymaga obarczenia konkretnej osoby zarzutem niewłaściwego zachowania i pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem a negatywnym skutkiem, ma zastosowanie do cywilnej odpowiedzialności zakładów leczniczych za szkody wyrządzone w leczeniu¹⁴⁸, ale nie może być stosowana w prawie karnym. To podstawowy element odróżniający opiniowanie w sprawach cywilnych od opiniowania w sprawach karnych. Pytanie prokuratora o prawidłowość czy wadliwość zachowania dotyczy zawsze poszczególnych osób, chociaż – oczywiście – od biegłych można jedynie wymagać, aby wskazali, że np. odpowiedzialnym za podjęcie decyzji był operator (a nie – anesteziolog) albo lekarz prowadzący, że błąd popełniła pielęgniarka, a niezależnie od niej – położna itd. Zadaniem biegłych nie jest natomiast wskazanie personalnie osoby odpowiedzialnej za dane uchybienie. Jednak skoro oceniamy indywidualnie sytuację każdego pracownika medycznego zaangażowanego w proces leczniczy, to ustalenie prawidłowości działania wymaga też odniesienia się do statusu zawodowego medyka. Inaczej będzie wyglądał schemat działania lekarza (np. powinien on przeprowadzić cesarskie cięcie), a inaczej – położnej (powinna o zauważonej nieprawidłowości w ktg powiadomić lekarza położnika).

Podsumowanie:

Zadaniem biegłych jest stwierdzenie, jak powinien wyglądać prawidłowy proces diagnostyczno-terapeutyczny w przypadku konkretnego pacjenta (pokrzywdzonego) i czy podjęte leczenie było zgodne z tym modelem, a jeżeli nie – wyjaśnienie, na czym polegały

nieprawidłowości. Konieczne staje się przy tym sformułowanie odrębnej oceny zachowania każdej osoby zaangażowanej w proces leczniczy.

3. Pojęcie błędu medycznego i obiektywny charakter błędu

W piśmiennictwie medycznoprawnym wiele uwagi poświęcono definicji błędu¹⁴⁹ i rozważaniom, jakie zachowania mogą zostać uznane za błąd medyczny. W 1955 r. Sąd Najwyższy zdefiniował błąd w sztuce lekarskiej jako czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym¹⁵⁰. Najogólniej błąd jest definiowany jako zachowanie obiektywnie sprzeczne z obowiązującymi regułami postępowania medycznego¹⁵¹, tj. świadczenie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i bez zachowania należytej staranności¹⁵². Błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, a wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka – na gruncie prawa to naruszenie reguł stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności¹⁵³. Błąd lekarski to postępowanie lekarza sprzeczne z powszechnymi zasadami postępowania zawodowego, obowiązującymi go w odniesieniu do konkretnej czynności medycznej, mającymi swoją podstawę w nauce i praktyce medycznej¹⁵⁴. Warto zaznaczyć, że obecnie odchodzi się od pojęcia błędu w sztuce lekarskiej¹⁵⁵ na rzecz błędu lekarskiego czy – szerzej – błędu medycznego.

Często w literaturze odróżnia się naruszenie zasad postępowania opartego na wiedzy medycznej od zwykłego zaniedbania lub pomyłki, tj. od naruszenia zasad ostrożności obowiązujących każdego człowieka, a nie – tylko profesjonalistę¹⁵⁶. W takim ujęciu nie stanowią błędów medycznych takie uchybienia, jak pozostawienie ciała obcego (np. chusty chirurgicznej lub

149 Por. E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 15 i nast.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 15; A. Dąbek, *Rozważania...*, „Acta Universitatis Lodzensis” 2016, z. 77, s. 77 i nast.

150 Orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r. sygn. IV CR 39/54.

151 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 108; B. Świątek, *Błędy lekarskie...*, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 39; K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy...*, „Prawo i Medycyna” 2006/4, s. 103; por. wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. sygn. II AKa 59/17.

152 E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 18; M. Wolińska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/5, s. 29; Z. Marek, *Błąd...*, s. 76.

153 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 28; por. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, „Edukacja Prawnicza” 2009/5, s. 5.

154 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 199; E. Baran, *Przesłanki...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1996/4, s. 254.

155 K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 26–27; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 55; P. Daniluk, *Błąd...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 46–47; Z. Marek, *Błąd...*, s. 76; Z. Marek, E. Plac-Bobula, *Klasyfikacja...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994/2, s. 198; E. Baran, *Przesłanki...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1996/4, s. 254; B. Świątek, *Błędy lekarskie...*, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 39; B. Świątek, *Błędy w praktyce...*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2004/3, s. 884; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 78; A. Dąbek, *Rozważania...*, „Acta Universitatis Lodzensis” 2016, z. 77, s. 75.

156 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 154; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, „Edukacja Prawnicza” 2009/5, s. 5; K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 30; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 117; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, s. 169; S. Raszeja, *Zagadnienia...*, s. 271; A. Dąbek, *Rozważania...*, „Acta Universitatis Lodzensis” 2016, z. 77, s. 74; J. Ruff, *Odpowiedzialność...*, s. 13; por. orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r. sygn. IV CR 39/54.

148 Wyrok SA w Warszawie z dnia 13 sierpnia 2020 r. sygn. V ACa 754/19; I. Kunert, *Błąd...*, „Prokuratura i Prawo” 2019/7–8, s. 173.

narzędzia) w polu operacyjnym¹⁵⁷, niezachowanie zasad aseptyki¹⁵⁸, pomyłka co do osoby pacjenta, skutkująca wykonaniem zbędnego zabiegu¹⁵⁹, przeprowadzenie transfuzji krwi nieodpowiedniej grupy¹⁶⁰, zamiana zdjęć radiologicznych czy odmowa udzielenia pomocy¹⁶¹. Nie są zaliczane do błędów lekarskich błędy techniczne¹⁶² i organizacyjne¹⁶³. Przyjmuje się, że dla stwierdzenia wadliwości takiego zachowania nie ma potrzeby odwoływana się do reguł nauki i praktyki medycznej¹⁶⁴, kwestionuje się nawet potrzebę zasięgnięcia opinii w takich wypadkach¹⁶⁵. O ile jednak w sytuacji pozostawienia skalpela w ciele pacjenta stwierdzenie nieprawidłowości rzeczywiście nie wymaga fachowej wiedzy, to już określenie skutków i powiązania przyczynowego bez wypowiedzi biegłych może okazać się niemożliwe. Można też spotkać się z poglądem, że błąd medyczny to pojęcie obejmujące typowy błąd lekarski oraz różnego rodzaju błędy techniczne, wykonawcze czy opiniodawcze¹⁶⁶.

Jeśli chodzi o rodzaje błędów, to najczęściej wyróżnia się błąd diagnostyczny (rozpoznanie), błąd terapeutyczny (błąd leczenia), błąd techniczny i błąd organizacyjny¹⁶⁷. Pojawia się także klasyfikacja błędów obejmująca błędy decyzyjne, błędy wykonawcze (realizacyjne) i błędy organizacyjne¹⁶⁸ bądź też błędy merytoryczne (diagnostyczne, lecznicze, decyzyjne) i błędy formalne (nieprzestrzeganie praw pacjenta)¹⁶⁹, a nawet podział na błędy aktywne i na błędy utajone¹⁷⁰. Odrębnie traktuje się błąd informacyjny¹⁷¹ i błąd opiniodawczy (orzecznicy)¹⁷².

157 Wyrok SN z dnia 17 lutego 1967 r. sygn. I CR 435/66; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 154; K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 31; E. Dytus, *Błąd...*, s. 145; J. Zajdel, *Prawo...*, s. 225; odmiennie: postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 134/09; W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność...*, s. 53; K. Szewczyk, *Od kultury...*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2007/9, s. 966.

158 K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 33.

159 Orzeczenie SN z dnia 10 grudnia 1952 r. sygn. C 584/52; K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 31; W. Zalewski, *Przestępstwo...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2006/1, s. 122.

160 S. Raszeja, *Zagadnienia...*, s. 275; K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 34.

161 K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 34.

162 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 107; K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 34; S. Rutkowski, *Wybrane...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 75–76; K. Kordel, M. Łabęcka, *Skutki...*, s. 60.

163 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 228; D. Wąsik, *Metodyka...*, s. 31; A. Dąbek, *Organizacyjne...*, s. 46.

164 S. Rutkowski, *Wybrane...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 76; S. Raszeja, *Zagadnienia...*, s. 275.

165 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 154; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 87; por. W. Grzeszczyk, *Rola...*, „Prokuratura i Prawo” 2005/6, s. 28.

166 K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 40 przypis 65.

167 Wyrok SN z dnia 29 kwietnia 1994 r. sygn. WR 70/94; E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 21; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 153; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna...*, s. 60; K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 36 i nast.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, „Edukacja Prawnicza” 2009/5, s. 6; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 63 i nast.; Z. Marek, *Błąd...*, s. 76; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 208 i nast.; C. Chowaniec, M. Chowaniec, A. Nowak, C. Jabłoński, *Ryzyko...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007/1, s. 96; M. Wolińska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/5, s. 24; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza, s. 178 i nast.*; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 21; T. Niedziński, *Odpowiedzialność...*, s. 770; J. Węglińska, *Realizacja...*, rozdz. II, § 2; Z. Marek, E. Plac-Bobula, *Klasyfikacja...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994/2, s. 198; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, WPP 2020/1, s. 74; J. Gądzik, *Odpowiedzialność...*, „Zeszyty Prawnicze” 2022/1, s. 178; J. Zajdel, *Prawo...*, s. 212–213; S. Raszeja, *Zagadnienia...*, s. 275; I. Kunert, *Błąd...*, „Prokuratura i Prawo” 2019/7–8, s. 168; M. Wolska, S. Kwiatkowski, *Wybrane...*, s. 46–47; K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy...*, „Prawo i Medycyna” 2006/4, s. 104.

168 Z. Marek, *Klasyfikacja...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 112; Z. Marek, *Wybrane...*, s. 126 i nast.; K. Jaegermann, *Opiniowanie...*, s. 211; M. Wolska, S. Kwiatkowski, *Wybrane...*, s. 54, 56.

169 B. Świątek, *Błędy w praktyce...*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2004/3, s. 886; B. Świątek, *Błąd medyczny...*, s. 521; K. Szewczyk, *Od kultury...*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2007/9, s. 965; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna...*, s. 67.

170 K. Szewczyk, *Od kultury...*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2007/9, s. 965.

171 J. Zajdel, *Prawo...*, s. 212–213.

172 Z. Marek, E. Plac-Bobula, *Klasyfikacja...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994/2, s. 198; B. Świątek, A. Morawski, *Problematyka...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994/2, s. 232; M. Kozak, R. Szostak, *Odpowiedzialność...*, „Studia Prawnoustrojowe UWM” 2014, t. XXIII, s. 124; M. Wolska, S. Kwiatkowski, *Wybrane...*, s. 47.

Po krótkim przedstawieniu kwestii terminologicznych należy podkreślić, że w postępowaniu karnym przyjęcie takiej czy innej definicji błędu medycznego nie ma znaczenia¹⁷³, podobnie jak klasyfikacja takiego uchybienia¹⁷⁴. Organ procesowy ma za zadanie ustalić, czy doszło do realizacji znamion przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu¹⁷⁵, a dla odpowiedzialności karnej pozostaje irrelevantne, czy pracownik medyczny naruszył zasady ostrożności specyficzne dla medycyny czy ogólnie. W praktyce prokuratorskiej, jeśli używa się pojęcia błąd lekarski, to jest on ujmowany szeroko, tj. obejmuje zarówno postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej, jak i z nakazem zachowania należytej staranności¹⁷⁶, bez względu na to, czy chodzi o staranność profesjonalną czy zwykłą. Niezachowanie higieny czy podanie leku innej osobie niż ta, dla której był on przeznaczony, może mieć równie fatalne skutki jak błędna diagnoza czy niewłaściwa terapia¹⁷⁷. To samo dotyczy błędu wynikającego z wadliwej organizacji pracy¹⁷⁸. Jak to ujął Sąd Najwyższy: odpowiedzialność lekarza „nie musi polegać tylko na popełnieniu przez niego błędu diagnostycznego czy medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”¹⁷⁹. Błędy typowo „profesjonalne” są dla pacjenta równie niebezpieczne jak „zwykłe” zaniedbania¹⁸⁰. Pojęcie błędu medycznego (używane – podobnie jak pojęcie błędu lekarskiego – wyłącznie do pewnej kategoryzacji postępowań) ma natomiast tę zaletę, że obejmuje wadliwe zachowania nie tylko lekarza, lecz także innych pracowników medycznych¹⁸¹, w tym – ratowników, położnych, pielęgniarek¹⁸² czy farmaceutów¹⁸³.

Na gruncie prawa karnego istotniejsze od definiowania błędu medycznego okazuje się ustalenie, że błąd (w znaczeniu: zachowanie niezgodne z zasadami ostrożności) jest

173 E. Augustyn, *Zarys...*, s. 21; P. Daniluk, *Błąd...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 48; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 566 (autor uważa posługiwanie się pojęciem błędu medycznego nie tylko za nieprzydatne, lecz także – niekiedy – wręcz za szkodliwe.); B. Świątek, *Obce...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. III, s. 92; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 86; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 388; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 18; A. Dąbek, *Rozważania...*, „Acta Universitatis Lodzianensis” 2016, z. 77, s. 86; E. Plebanek, *Glosa...* (WA 23/06), Lex, pkt II; odmiennie: E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 11 i nast.

174 E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 34; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 227; I. Kunert, *Błąd...*, „Prokuratura i Prawo” 2019/7–8, s. 168; E. Plebanek, *Glosa...* (WA 23/06), Lex, pkt VI. Podobnie jest w prawie cywilnym (K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd...*, s. 42).

175 E. Augustyn, *Zarys...*, s. 21; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 566.

176 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 466.

177 A. Dąbek, *Rozważania...*, „Acta Universitatis Lodzianensis” 2016, z. 77, s. 77; J. Wyrembak, *Glosa...*, „Prawo i Medycyna” 2006/1, s. 134.

178 E. Plebanek, *Glosa...* (WA 23/06), Lex, pkt II.

179 Por. wyrok SN z dnia 3 września 2013 r. sygn. WK 14/13; wyrok SA w Warszawie z dnia 13 sierpnia 2020 r. sygn. V ACa 754/19.

180 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 117.

181 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 194; T. Dukiet-Nagórska, *Reguły...*, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 5; M. Wolińska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/5, s. 22; S. Rutkowski, *Wybrane...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 71; L. Szczepaniak, *Błąd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii” 2007/4, s. 98; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 77; B. Świątek, A. Morawski, *Problematyka...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994/2, s. 230; A. Dąbek, *Rozważania...*, „Acta Universitatis Lodzianensis” 2016, z. 77, s. 74; M. Kozak, R. Szostak, *Odpowiedzialność...*, Studia Prawnoustrojowe UWM 2014, t. XXIII, s. 124.

182 Z. Marek, *Wybrane...*, s. 126; J. Zajdel, *Prawo...*, s. 252; D. Chrostowska, Ł. Buczek, *Odpowiedzialność...*, s. 98; D. Wąsik, *Błędy i uchybienia...*, „Prokuratura i Prawo” 2021/4, s. 53.

183 Por. na temat błędów farmaceutów: D. Wąsik, *Błędy i nieprawidłowości...*, „Prokuratura i Prawo” 2018/5, s. 66; E. Kokot, S. Poździech, M. Mikos, A. Czupryna, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 94; M. Małecki, *Z problematyki...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 66; P. Merks, M. Byliniak, A. Olszewska, K. Słomiak, J. Kaźmierczak, K. Szczęśniak, P. Węgrzyn, K. Krupa, *Błędy...*, s. 4.

kategorią obiektywną i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy medycznej¹⁸⁴. Takie okoliczności, jak doświadczenie zawodowe lekarza, jego kwalifikacje, wiek, stan psychofizyczny, samopoczucie czy anormalna sytuacja motywacyjna itp. nie mają znaczenia dla oceny prawidłowości zachowania, ale mogą mieć znaczenie przy ocenie zawinienia¹⁸⁵. Biegli nie powinni też oceniać zachowania lekarza przez pryzmat reputacji miejsca pracy, dorobku naukowego czy dotychczasowego przebiegu kariery¹⁸⁶. Wątpliwości budzą wobec tego stwierdzenia, że lekarz „jako doświadczony diagnosta z pewnością sprawdził [...]”.

Można też zadać pytanie, jak ocenić błąd lekarza wynikający z nietypowego przebiegu choroby u danego pacjenta lub z rzadkości powikłań. Piśmiennictwo każe rozstrzygać tego rodzaju wątpliwości na płaszczyźnie winy¹⁸⁷ (skoro diagnoza była obiektywnie błędna) – i rzeczywiście tak się stanie, jeśli lekarz popełnił błąd na skutek niewielkiego doświadczenia klinicznego. Jednak gdy objawy okażą się tak nietypowe, a powikłanie – tak niespodziewane, że nie przewidziałby go żaden lekarz postawiony na miejscu sprawcy, to uznamy raczej, że z powodu braku obiektywnej przewidywalności lekarz nie naruszył reguły postępowania z dobrem prawnym. Oczywiście, rozstrzygnięcie o bezprawności i o zawinieniu (a także o stopniu zawinienia) to zadanie organu procesowego, ale tylko biegli mogą udzielić odpowiedzi na pytanie, do jakiego stopnia dany przypadek był nietypowy, niecharakterystyczny i niespotykany.

Naruszenie reguły ostrożności ma charakter obiektywny, ale dotyczy konkretnej sytuacji¹⁸⁸. Obecnie dość powszechnie przyjmuje się, że ocena działania pracownika medycznego pod kątem prawidłowości powinna uwzględniać okoliczności, w jakich on działał¹⁸⁹, w tym – wyposażenie sprzętowe szpitala, dostępne metody i środki lecznicze czy liczbę zatrudnionych lekarzy¹⁹⁰. Innymi słowy: reguły ostrożności są relatywizowane do warunków, w których przyszło działać konkretnemu sprawcy¹⁹¹, a ocena zachowania lekarza powinna uwzględniać rzeczywiste możliwości danej placówki medycznej¹⁹². Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 4 nakazuje leczyć „zgodnie z dostępnymi metodami

i środkami”¹⁹³. Przy określaniu modelowego zachowania w konkretnej sytuacji chodzi w istocie o „metodę postępowania optymalną dla danych warunków”¹⁹⁴. Nadal jednak naruszenie reguły postępowania ma charakter obiektywny w tym znaczeniu, że pozostaje niezależne od świadomości sprawcy, że postępuje on wadliwie¹⁹⁵.

W postępowaniu sygn. IV KK 214/08¹⁹⁶ Sąd Najwyższy rozpoznawał sprawę lekarzy, którym zarzucono, że zaniechali oni umieszczenia małoletniej pacjentki na oddziale intensywnej terapii, przez co nie zapewnili jej stałej obserwacji oraz nieumyślnie doprowadzili do zatrzymania krążenia i oddychania, czego skutkiem stało się głębokie uszkodzenie centralnego systemu nerwowego. Kasacja od wyroku utrzymującego w mocy orzeczenie uniewinniające nie została uwzględniona. Zdaniem SN bezsprzecznie opieka na oddziale intensywnej terapii w zakresie zapewnienia stałej obserwacji pacjenta byłaby lepsza niż na zwykłym oddziale pediatrycznym, ale w chwili przyjmowania pokrzywdzonej szpital nie dysponował miejscami na oddziale intensywnej terapii. Można rozważać, czy w tej sytuacji lekarz nie powinien podjąć decyzji o przetransportowaniu pokrzywdzonej do innego szpitala, ale to wymagałoby wykazania, że było tam miejsce dla pacjentki, a transport nie wiązałby się z dodatkowym zagrożeniem dla zdrowia.

W tym miejscu należy poczynić jedno istotne rozróżnienie: postępowanie konkretnego lekarza należy pod kątem prawidłowości ocenić z uwzględnieniem warunków, w jakich działał ten lekarz, ale znaczenie może mieć także ocena tych warunków i przyczyn zaniechań. Jeżeli –przykładowo – nie miał on możliwości wykonania badań diagnostycznych z uwagi na brak dostępu do laboratorium czy z powodu awarii tomografu, to zadaniem biegłych stanie się odpowiedź na pytanie: jak lekarz powinien się zachować w takiej właśnie sytuacji? Czy należało wdrożyć antybiotykoterapię empiryczną, czy – wykonać laparotomię zwiadowczą, czy może jednak – przetransportować pacjenta do innego szpitala? Nie zmienia to jednak faktu, że w danej sytuacji obiektywnie najwłaściwszym postępowaniem byłoby wykonanie badań diagnostycznych i uzależnienie terapii od ich wyniku – w tym znaczeniu nieprawidłowość w leczeniu zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy medycznej¹⁹⁷. Te dwie płaszczyzny należy w sprawach medycznych wyraźnie odróżnić. Nawet jeśli uznamy, że lekarz, który musiał podjąć decyzję o terapii pomimo braków postępowania diagnostycznego, działał prawidłowo (w takich, a nie – w innych warunkach), to nie wyklucza to odpowiedzialności osoby, do której zadań należało zapewnienie podmiotowi medycznemu m.in. odpowiednich warunków sanitarnych, sprzętowych, wyposażenia apteki, obsady dyżurów¹⁹⁸. Stąd też zasadne są pytania organów procesowych nie tylko o to,

184 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 109; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 52; A. Zoll, *Ogólne...*, „Państwo i Prawo” 1990/10, s. 36; P. Daniluk, *Błęd...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 50; R. Kokot, M. Banasiewicz, *Z problematyki...* „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2009, t. XXIV, s. 111, 114; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 196, 203; E. Dytus, *Błęd...*, s. 146; D. Wąsik, *Błędy i nieprawidłowości...*, „Prokuratura i Prawo” 2018/5, s. 65–66; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 77; J. Sawicki, *Odpowiedzialność...*, s. 104; J. Sawicki, *Błęd...*, s. 68; R. Patryn, *Określenie...*, „Prawo i Medycyna” 2012/2, s. 82; P. Merks, M. Byliniak, A. Olszewska, K. Słomiak, J. Kaźmierczak, K. Szczęśniak, P. Węgrzyn, K. Krupa, *Błędy...*, s. 4.

185 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 109; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 52–53; E.M. Guzik-Makaruk, E. Truszkowska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 99, 226; P. Daniluk, *Błęd...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 50; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 82; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 77; J. Sawicki, *Odpowiedzialność...*, s. 105; J. Sawicki, *Błęd...*, s. 69; por. K. Bączyk-Rozwadowska, *Błęd...*, s. 43.

186 E.M. Guzik-Makaruk, E. Truszkowska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 226; por. K. Bączyk-Rozwadowska, *Błęd...*, s. 43.

187 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 52; E.M. Guzik-Makaruk, E. Truszkowska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 99.

188 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 53; A. Zoll, *Błęd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 12.

189 A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 81; K. Szewczyk, *Od kultury...*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2007/9, s. 969.

190 E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 52; A. Zoll, *Błęd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 12; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 55; Z. Marek, *Wybrane...*, s. 139; Z. Marek, *Błęd...*, s. 134–135; R. Patryn, *Określenie...*, „Prawo i Medycyna” 2012/2, s. 90; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 174; A. Fiutak, *Prawo...*, s. 43; częściowo odmiennie: K. Bączyk-Rozwadowska, *Błęd...*, s. 30; E.M. Guzik-Makaruk, E. Truszkowska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 99 (warunki sprzętowe to element brany pod uwagę przy ocenie zawinienia).

191 Wyrok SN z dnia 30 września 1960 r. sygn. II K 675/60; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 111; S. Rutkowski, *Wybrane...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 77.

192 C. Chowaniec, C. Jabłoński, M. Kobek, M. Chowaniec, *Narazenie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007/1, s. 80.

193 T. Dukiet-Nagórska, *Reguły...*, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 10.

194 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 55.

195 P. Kardas, *Błęd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatрії” 2007/4, s. 81.

196 Postanowienie SN z dnia 10 grudnia 2018 r. sygn. IV KK 214/08.

197 K. Bączyk-Rozwadowska, *Błęd...*, s. 30; E. Dytus, *Błęd...*, s. 146.

198 S. Rutkowski, *Wybrane...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 77; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 172; T. Dukiet-Nagórska, *Reguły...*, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 15; A. Dąbek, *Organizacyjne...*, s. 48–50; K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy...*, „Prawo i Medycyna” 2006/4, s. 106–107.

czy dana osoba działała prawidłowo, lecz także o to, jak powinien wyglądać modelowy (niejako: wzorcowy) proces leczniczy danego pacjenta.

Przykład nr 15:

Ustalenia: Pacjent (lat 80) został przyjęty do szpitala z powodu podejrzenia niedrożności przewodu pokarmowego. Mężczyzna cierpiał ponadto na chorobę niedokrwioną serca i cukrzycę, był po zawale serca. Po operacji jamy brzusznej, przeprowadzonej w piątek przed południem, został przekazany na oddział chirurgiczny. Zmarł w niedzielę wieczorem.

Opinia: Postępowanie z pacjentem w okresie pooperacyjnym było nieprawidłowe, ponieważ nie monitorowano stanu hemodynamicznego (tj. wartości ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji), stanu nawodnienia (nie prowadzono bilansów płynów), wskaźników nerkowych (poziom kreatyniny), wskaźników zapalnych (morfologii, CRP) oraz stężenia elektrolitów. Nie skonsultowano pacjenta kardiologicznie i diabetologicznie.

Opinia uzupełniająca (po przedstawieniu zarzutów): Przy mieszczącej się w granicach normy liczbie białych krwinek można było odstąpić od oznaczenia CRP. Za brak kardiomonitora, pulsoksymetru itd. nie można winić lekarzy. Nie obciąża ich również brak możliwości przeprowadzenia konsultacji specjalistycznych. Leczenie cukrzycy było jednak wadliwe, podobnie jak zaniechanie prowadzenia bilansu płynów. Po przyjęciu wyjaśnień podejrzanym za wiarygodne „nie można z pewnością wymaganą w postępowaniu karnym wykazać, że [nieprawidłowości] wpłynęły na dalsze losy chorego”.

W pierwotnej opinii biegli wskazali na obiektywnie właściwy sposób leczenia pacjenta, w tym – na konieczność przeprowadzenia określonych badań, monitorowania określonych parametrów i skonsultowania stanu pacjenta przez kardiologa i diabetologa. Jeżeli podejrzeni stwierdzili, że nie mieli obiektywnie możliwości wykonania koniecznych badań, to zadaniem prokuratora będzie ustalenie, czy rzeczywiście (i dlaczego) tak się stało. W razie potwierdzenia, że oddział chirurgiczny nie dysponował kardiomoniorem, pulsoksymetrem, ciśnieniomierzem ani możliwością zlecenia morfologii itd. (co wydaje się mało prawdopodobne), to nadal otwarta pozostanie kwestia prawidłowości podjętego leczenia w takich warunkach. Rodzi się bowiem pytanie, czy wobec tego zasadne było przekazanie pacjenta na oddział chirurgiczny, a potem – czy po stwierdzeniu braków sprzętowych nie należało przetransportować tego mężczyzny na inny oddział lub do innej placówki. Prokurator będzie musiał ustalić, dlaczego nie było możliwości zasięgnięcia konsultacji kardiologa i diabetologa (i – ewentualnie – kto za to odpowiada), natomiast biegli powinni udzielić odpowiedzi na pytanie: jak w takiej sytuacji powinien zachować się lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (zlecić przewiezienie chorego do innej placówki, zasięgnięcie konsultacji telefonicznej itd.)? Oczywiście jest, że lekarz nie może ponosić odpowiedzialności za okoliczności niezależne od niego, np. za awarię jedyne go dostępnego kardiomonitora, ale nadal powinien zachować ostrożność wymaganą w tych trudnych warunkach.

To, że lekarz nie odpowiada za braki sprzętowe, nie oznacza też, że obiektywnie leczenie pacjenta było poprawne. Należy dodać, że kwestie wiarygodności wyjaśnień podejrzanym powinien rozstrzygnąć organ procesowy – nad drodze ich procesowej weryfikacji.

W przedstawionej opinii dziwi zmiana stanowiska na temat zbadania poziomu białka C-reaktywnego. W pierwotnej opinii odstąpienie od zbadania tego parametru określono jako nieprawidłowość, w kolejnej opinii rezygnację z tego badania uznano za dopuszczalną. Zastanawia też stwierdzenie, że przyjęcie wyjaśnień podejrzanym za wiarygodne powoduje, jakoby nie można było „z pewnością wymaganą w postępowaniu karnym wykazać, że [nieprawidłowości] wpłynęły na dalsze losy chorego”. Jeżeli podejrzeni wyjaśnili, że nie mogli przeprowadzić określonych badań, zlecić konsultacji itd., to – oczywiście – ma to znaczenie dla oceny ich zachowania w tej konkretnej sytuacji (i rodzi pytanie, czy mogli zachować się inaczej), ale nie zmienia faktu, że – jak wynika z pierwotnej opinii – pacjent wymagał ścisłego nadzoru i konsultacji specjalistycznych. Zadaniem biegłych jest w takim wypadku m.in. stwierdzenie, czy istnieje związek między uchybieniem w leczeniu (a czy odpowiada za nie lekarz prowadzący, czy – ordynator, to ustali prokurator) a skutkiem w postaci śmierci pacjenta, ciężką chorobą czy narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. To, czy brak konsultacji i monitorowania stanu pacjenta wpłynął na jego dalsze losy, jest całkowicie niezależne od oceny wyjaśnień podejrzanym pod kątem ich wiarygodności. Przecież bez względu na to, co było przyczyną niemożności wykonania badań, obiektywnie wiadomo, że takich badań nie wykonano. To samo dotyczy kwestii konsultacji specjalistycznej.

Negatywny skutek może pozostawać w związku przyczynowym z nieprawidłowością w leczeniu (zawinioną lub nie), jak i z działaniem ocenionym z perspektywy *ex ante* jako prawidłowe. W tym drugim wypadku nie ma – oczywiście – podstaw do przypisania odpowiedzialności karnej, ale nie można powiedzieć, że automatycznie oznacza to brak związku przyczynowego¹⁹⁹. Jeszcze raz należy podkreślić, że nieprawidłowość w leczeniu i powiązanie przyczynowe to dwie zupełnie odmienne przesłanki odpowiedzialności, wzajemnie niezależne²⁰⁰. Potwierdzenie, że doszło do nieprawidłowości, nie przesądza, czy pozostawała ona w związku ze skutkiem, a uznanie określonego zachowania za przyczynę skutku nie daje podstaw do wnioskowania, czy było ono właściwe, czy – nie.

W tego rodzaju sprawach należałoby odpowiedzieć na pytanie: czy podjęcie prawidłowego leczenia (tu: wykonanie niezbędnych badań i zasięgnięcie konsultacji) dawało realną szansę na poprawę stanu zdrowia pacjenta albo na uniknięcie lub chociażby zmniejszenie stanu niebezpieczeństwa, w jakim się znalazł? Odpowiedź na to pytanie jest niezależna od tego, z jakiego powodu leczenie było wadliwe. Biegli nie mogą też poprzestać na stwierdzeniu, że „w istniejących warunkach postępowanie było prawidłowe”. Powinni zaznaczyć, że leczenie obiektywnie nie było właściwe z powodu [...], ale konkretny

¹⁹⁹ Bez względu na to, czy kierowca ciężarówki wjechał w przystanek autobusowy dlatego, że był pijany i nie zapanował nad pojazdem, czy też z powodu awarii układu kierowniczego – bez wątpliwości istnieje związek między ruchem pojazdu a powstaniem obrażeń u pasażerów oczekujących na przystanku.
²⁰⁰ T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 221–222.

lekarz w takich właśnie warunkach działał prawidłowo. Prokurator rozstrzyga wtedy o kierunku postępowania.

Przykład nr 16:

Ustalenia: Gdy 12-letnia dziewczynka nagle straciła przytomność i przestała oddychać, ojciec wezwał karetkę i rozpoczął resuscytację. Pogotowie (ZRM nr 2) przyjechało po 32 minutach z miejscowości oddalonej o 30 km. Ratownicy podali leki i przeprowadzili skuteczną defibrylację, jednak pacjentka zmarła tego samego dnia w szpitalu. Przyczyną śmierci była ostra niewydolność krążenia najprawdopodobniej w przebiegu zaburzeń rytmu serca. Ustalono, że 6 km od miejsca zdarzenia w tym samym czasie przebywał ZRM nr 1, który nie został wysłany do pacjentki ze względu na niedokonanie w systemie stosownej zmiany statusu dostępności tego zespołu.

Opinia: Dyspozytor wysłał do pacjentki najbliższy dostępny zespół wskazany przez System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Postępowanie ZRM nr 2 było prawidłowe. Nieudzielenie pacjentce pomocy medycznej przez specjalistyczny ZRM nr 1 z miejscem wyczekiwania położonym ok. 6 km od miejsca zdarzenia naraziło życie pacjentki, gdyż spowodowało opóźnienie we wdrożeniu kwalifikowanej pomocy medycznej. Ocena przyczyny niezgłoszenia gotowości do wyjazdu zespołu ZRM nr 1 leży poza kompetencjami biegłych z zakresu medycyny.

Ustalenia: Kierownik ZRM nr 1 o godz. 9:00 wprowadził w systemie status „przewóz do szpitala” i nie zmienił go do 16:50, pomimo przekazania pacjenta o godz. 9:35. Wtedy powinien zgłosić status „gotowy w bazie”. Nie odnotowano tego dnia żadnej awarii systemu.

Nieprawidłowość w leczeniu miała tutaj charakter organizacyjny i polegała na niezasadnym wydłużeniu oczekiwania na fachową pomoc medyczną. Biegli słusznie zauważyli, że nie jest ich zadaniem ustalenie, dlaczego do pacjentki wysłano zespół stacjonujący 30 km od miejsca wezwania. To specyficzna sytuacja, w której ustalenie, czy doszło do nieprawidłowości, w istocie nie wymaga wiadomości specjalnych z dziedziny medycyny, a opiera się wyłącznie na poszerzeniu ustaleń faktycznych w zakresie dotyczącym powodów niezgłoszenia przez ZRM nr 1 statusu „gotowy”. Ustalenie, że np. członkowie zespołu w wyniku wypadku odnieśli poważne obrażenia, w istocie czyniłoby zbyt dużym zasięgiem opinii w zakresie dotyczącym związku między opóźnieniem w leczeniu a skutkiem zdrowotnym negatywnym dla pacjentki. Skoro pytanie o powiązanie przyczynowe zostało biegłym zadane przed poczynieniem dokładniejszych ustaleń, biegli słusznie odnieśli się kwestii skutków opóźnienia we wdrożeniu kwalifikowanej pomocy medycznej – bez wypowiedzania się o przyczynach opóźnienia. Po ustaleniu w toku postępowania, że niezgłoszenie zmiany statusu zostało spowodowane przez błąd kierownika ZRM, potwierdzenie powiązania przyczynowego otwiera drogę do rozważenia odpowiedzialności kierownika za skutek.

Przykład nr 17:

Ustalenia: W czasie napadu duszności pacjentka wezwała pogotowie, a na miejsce przyjechał zespół specjalistyczny. Ratownicy ustalili, że chora ma objawy niewydolności oddechowej, saturacja wynosiła 65%, ciśnienie 65/40, czynność serca 30/min. Ratownicy założyli maskę krtaniową typu I-gel i wkłucie centralne. Lekarz będący kierownikiem ZRM w żaden sposób nie angażował się w prace zespołu. Jak ustalono, znajdował się pod wpływem środków odurzających, o czym jednak ratownicy nie wiedzieli. Pacjentka została przewieziona do szpitala, gdzie zmarła kilka dni później. Przyczyną zgonu była ostra niewydolność oddechowo-krążeniowa w przebiegu nasilonego zapalenia płuc z ropniami i ropnego zapalenia oskrzeli.

Opinia: Ratownicy prawidłowo zbadali i ocenili stan pacjentki, właściwie założyli wkłucie centralne i prowadzili wentylację mechaniczną. Błędem było natomiast odstępnie od podania drogą dożylną płynów osoczozastępczych oraz leków naczynioaktywnych i antyarytmicznych. Odstąpienie od płyno- i farmakoterapii naraziło pacjentkę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, pogłębiło bowiem stan niebezpieczeństwa, w jakim znajdowała się wyjściowo i pogorszyło rokowanie. Błędy te obciążają kierownika zespołu. Jego pasywna postawa wobec pacjentki była niezgodna z zasadami kierowania zespołem i nie do zaakceptowania, ponieważ to przede wszystkim jego zadaniem było zbadanie chorej, zaintubowanie jej, założenie wkłucia centralnego oraz podanie płynów i leków.

Zachowanie lekarza można określić mianem karygodnego, ale nie przesądza to jeszcze możliwości karnoprawnego przypisania mu każdego z uchybień wymienionych w opinii. Chociaż błędem było odstępnie przez lekarza od zbadania pacjentki i od założenia wkłucia centralnego, to te czynności prawidłowo wykonali ratownicy. Zatem nie można powiedzieć, żeby – w tym konkretnym aspekcie i niejako z punktu widzenia pacjentki – doszło do nieprawidłowości w leczeniu. Kwestia zaintubowania pokrzywdzonej wymagałaby uzupełniającej wypowiedzi biegłych: czy w porównaniu z wentylacją za pomocą maski krtaniowej intubacja miałaby szansę być skuteczniejsza i czy tylko lekarz był uprawniony do jej zastosowania.

Nie ulega wątpliwości, że lekarzowi można przypisać nieprawidłowości w postaci odstępnie od podania pacjentce niezbędnych leków, ale dodatkowo ustalić należy, czy – w aspekcie farmakoterapii – prawidłowo zachowali się pozostali członkowie ZRM. Z wykorzystaniem opinii biegłych prokurator powinien wobec tego wyjaśnić kwestie organizacyjne, tj. podział obowiązków w zespołach ratunkowych, w skład których wchodzi lekarz i ratownicy, oraz ustalić m.in., jakie leki powinny zostać podane pacjentce, czy mogli je podać ratownicy, czy też wymagało to zlecenia wydanego przez lekarza²⁰¹.

201 Por. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. 2023, poz. 1180).

Niniejsza sprawa pokazuje, jak złożonym procesem może się okazać ustalenie prawidłowości leczenia pacjenta. Wymaga przecież wykazania, jak powinno wyglądać prawidłowe (wzorcowe) leczenie danej osoby, ale też jak powinna zachować się każda z osób biorących udział w leczeniu – z uwzględnieniem np. braków sprzętowych, niedostatecznego wyposażenia w leki (gdyby takie okoliczności stwierdzono) czy wadliwego zachowania innych członków zespołu. Jeśli lekarz nie wydał żadnej dyspozycji co do podania leków (nie uznał ich podania za niewskazane), to rodzi się pytanie o zakres obowiązków ratowników – czy mogli i powinni sami takie leki podać. Dla ich zakresu odpowiedzialności nie ma znaczenia, z jakiego powodu lekarz nie wypełnił swoich obowiązków kierownika zespołu. Oczywiście, w ocenie zakresu obowiązków ratowników w konkretnej sytuacji uwzględnić należy zakres ich kompetencji i poziom wiedzy medycznej dostępny standardowo przedstawicielom tego zawodu medycznego.

Podsumowanie:

Przyjęcie określonej definicji błędu medycznego i zakwalifikowanie go do odpowiedniej kategorii nie ma znaczenia dla ustalenia kwestii odpowiedzialności karnej. Dla organu procesowego kluczowa jest odpowiedź na pytanie, czy doszło do nieprawidłowości w leczeniu.

Błąd medyczny jest kategorią obiektywną i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy medycznej (a nie – od doświadczenia zawodowego czy od stanu psychofizycznego lekarza i od jego świadomości, że postępuje on wadliwie). Przy ocenie naruszenia reguły ostrożności przez konkretną osobę należy jednak uwzględnić warunki, w jakich ona działała (np. wyposażenie szpitala).

4. Standard właściwego postępowania medycznego i wzorzec sumiennego lekarza

O tym, czy w konkretnej sytuacji doszło do naruszenia reguł ostrożności, rozstrzyga się przez odwołanie do modelu rozsądnego i kompetentnego człowieka w danej sytuacji²⁰². Zada się wtedy pytanie, jak w określonej sytuacji zachowałby się modelowy, dobry, porządny i racjonalnie działający obywatel²⁰³, staranny fachowiec w danej dziedzinie²⁰⁴. W sprawach medycznych takim wzorcem jest rozważny, sumienny, wykwalifikowany, kompetentny lekarz²⁰⁵ – w oderwaniu od indywidualnych cech i możliwości konkretnego lekarza²⁰⁶. Można

tu odwołać się do treści art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Na mocy tego zapisu lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z dostępnymi mu metodami i ze środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Modelowy lekarz to taki, który „posiada wymaganą w danej dziedzinie wiedzę fachową, opartą na teoretycznym przygotowaniu i niezbędnym doświadczeniu[,] oraz wypełniający swoje obowiązki w sposób sumienny i staranny”²⁰⁷.

Przy ustalaniu wzorca postępowania lekarza w określonej sytuacji należy wykonać następującą operację myślową: w miejscu sprawcy stawia się rozsądnego i kompetentnego człowieka wyposażonego w wiedzę na temat tych elementów stanu faktycznego, które były rozpoznawalne dla dobrego fachowca, i tych, które dodatkowo były znane sprawcy, oraz mającej podobne możliwości techniczne i organizacyjne²⁰⁸.

Pewne wątpliwości w piśmiennictwie budzi kwestia poziomu wymagań stawianych sprawcy, innymi słowy – charakteru wzorca, do którego porównujemy zachowanie konkretnej osoby. Z jednej strony za miarodajne przyjmuje się tylko najwyższe standardy i wymagania²⁰⁹, a model „dobrego lekarza” uznaje za niewystarczający²¹⁰. Z drugiej – poziom wymagań określa się jako „w uproszczeniu średni” (ani najwyższy, ani przeciętny)²¹¹.

Jeśli przyjąć, że obok lekarzy dobrych i świetnych zawodów wykonują też nieco gorsi fachowcy, to rzeczywiście poszukiwanie jakiegoś abstrakcyjnego modelu przeciętnego lekarza przekładałoby się na niezasadne zaniżenie poziom wymagań²¹². Cały czas chodzi tu o staranność (ostrożność) wymaganą, a nie – o „ogólnie przyjmowaną”, czyli o taki poziom świadczeń zdrowotnych, jaki powinien być, a nie – o taki, jaki (czasami) jest²¹³. Przy określaniu poziomu wymagań należy się kierować nie statystyką, ale racjonalnością²¹⁴, a zatem należąta staranność to co do zasady staranność wyższa niż przeciętna²¹⁵. Posługujemy się modelem rozsądnego i kompetentnego lekarza, ale niekoniecznie – wybitnego specjalisty²¹⁶, ponieważ od wybitnego specjalisty można wymagać więcej²¹⁷. Nie ma też powodów do odrzucania modelu dobrego lekarza – oparcie się na takim wzorcu nie oznacza wszakże zaniżenia wymagań. Z uwagi na chronione dobra prawne, jakimi są życie i zdrowie pacjen-

202 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 12 lutego 2009 r. sygn. II Aka 10/09; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 24; T. Dukiet-Nagórska, *Reguły...*, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 5; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 25; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 17.

203 S. Tarapata, *Dobro...*, s. 282; K. Schmoller, *Standardowe...*, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/5, s. 43 (autor zauważa, że figury osób standardowych to twory normatywne, a nie empiryczne – ibidem, s. 47).

204 D. Gruszecka, *Ochrona...*, s. 87; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 392.

205 E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 92; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 104; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 92; R. Kokot, M. Banasiewicz, *Z problematyki...* „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2009, t. XXIV, s. 113; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 167, 172; E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 64; M. Ruzsala, *Przesłanki...*, s. 102; S. Rutkowski, *Wybrane...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 78; A. Zoll, *Błąd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 13; Z. Skrenty, *Odpowiedzialność...*, s. 240; W. Zalewski, *Przestępstwo...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2006/1, s. 121; M. Syroka-Marczewska, *Odpowiedzialność...*, „Studia Iuridica” 2012, t. LV, s. 96.

206 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 31.

207 E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 64.

208 R. Kokot, M. Banasiewicz, *Z problematyki...* „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2009, t. XXIV, s. 113; M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza* [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność...*, Warszawa 2004, s. 154; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 92.

209 Wyrok SN z dnia 13 stycznia 2005 r. sygn. III CK 143/04; wyrok SN z dnia 29 października 2003 r. sygn. III CK 34/02; J. Sawicki, *Odpowiedzialność...*, s. 105; J. Sawicki, *Błąd...*, s. 85; P. Daniluk, *Błąd...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 53; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 78.

210 P. Daniluk, *Błąd...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 53.

211 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 110; por. postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 39/09 (przeciętna ostrożność).

212 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 173; S. Rutkowski, *Wybrane...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 73; K. Buchała, *Przypisanie...*, s. 30; J. Sawicki, *Błąd...*, s. 74.

213 M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 54.

214 S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 157.

215 R. Patryn, *Określenie...*, „Prawo i Medycyna” 2012/2, s. 87.

216 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 172; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, s. 171; K. Buchała, *Przypisanie...*, s. 30; W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność...*, s. 30; R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 327; W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność...*, s. 21.

217 Wyrok SN z dnia 16 stycznia 1974 r. sygn. III KR 311/73; postanowienie SN z dnia 14 marca 2013 r. sygn. IV KK 420/12; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 155, 218; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 110, 119; R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 338–339.

tów, reguły ostrożności obowiązujące dobrego lekarza są bliskie najwyższym standardom. Aby uniknąć sporu co do poziomu wymagań, można powiedzieć, że wzorzec postępowania jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie²¹⁸.

W doktrynie panuje też zgodność co do potrzeby relatywizowania modelu z uwagi na charakter wykonywanego zawodu (inne obowiązki ciążyą na ratowniku, inne – na położnej czy na pielęgniarkę, a jeszcze inne – na lekarzu) oraz stopień przygotowania zawodowego – wymagania stawiane lekarzowi stażyście są odmienne od stawianych specjalistom²¹⁹. Zasady zachowania zależą też od usytuowania w systemie ochrony zdrowia i od realnych możliwości: od lekarza pierwszego kontaktu można wymagać, żeby skierował pacjenta do szpitala, natomiast od specjalisty w szpitalu – żeby podjął diagnostykę i wdrożył odpowiednią terapię²²⁰.

Należy dodać, że nawet tam, gdzie pracownik medyczny, z uwagi na brak statusu gwaranta, nie będzie odpowiadał za przestępstwo skutkowe, a jedynie – za nieudzielenie pomocy (art. 162 kk), wymagany od niego standard udzielanej pomocy jest wyższy niż w przypadku nieprofesjonalisty²²¹. Co do zasady, osoby wykonujące zawody medyczne nie mogą się ograniczyć do wezwania karetki pogotowia, ponieważ zakres pomocy jest związany ze stanem wiedzy osoby zobowiązanej do udzielenia tej pomocy²²².

Wiedza medyczna to informacje przekazywane w czasie studiów, zawarte w podręcznikach akademickich i w publikacjach naukowych²²³ – uaktualniane i uzupełniane, lekarz ma wszakże obowiązek dokształcania się, pogłębiania wiedzy i poznawania nowych metod leczenia²²⁴. Źródłem norm postępowania mogą być uregulowania zawarte w aktach prawnych²²⁵, zalecenia towarzystw medycznych i organizacji międzynarodowych (np. WHO)²²⁶ oraz niespisane zasady doświadczenia zawodowego²²⁷. Jednak o ile wskazówki zawarte w powszechnie obowiązujących aktach prawnych są wiążące, o tyle wytyczne praktyki klinicznej okazują się tylko jednym z czynników uwzględnianych przy ocenie poprawności leczenia (czasami w określonej sytuacji wręcz wymagane jest odstępianie od zaleceń zawartych w wytycznych)²²⁸. Algorytmy postępowania może też tworzyć administracja

podmiotu leczniczego²²⁹. Tyle że jeżeli standardy opracowane w danej placówce są zaniżone w stosunku do wskazań aktualnej wiedzy medycznej, to działanie z nimi zgodne nie zwalnia lekarza z odpowiedzialności²³⁰. Regulamin wewnętrzny oddziału może zatem być potwierdzeniem uznanych i powszechnie obowiązujących zawodowych reguł prawidłowego postępowania medycznego w odniesieniu do opieki nad pacjentem, ale nie – źródłem powstania tych standardów²³¹. Jeżeli reguły postępowania w określonej sytuacji mają formę rozporządzeń lub wytycznych towarzystw naukowych, biegły powinien te źródła przywołać w opinii²³².

W razie braku jednej powszechnie zaakceptowanej metody leczenia zastosowanie którejś z metod alternatywnie dopuszczanych nie jest błędem – dlatego że poglądy szkół medycznych (uznane w Polsce lub za granicą) są równouprawnione²³³. Lekarzowi nie wolno stosować tylko tych metod, które zostały powszechnie uznane za niewłaściwe²³⁴, ma on też obowiązek wdrażać postępowanie uznane za konieczne²³⁵. Natomiast metody niesprawdzone należy traktować jak eksperymenty²³⁶.

Reguły ostrożności obejmują trzy elementy: kwalifikacje do przeprowadzenia czynności, odpowiednie narzędzie i odpowiedni sposób przeprowadzenia czynności²³⁷. W odniesieniu do czynności medycznej ocenia się zarówno celowość jej wykonania, jak i czas oraz sposób przeprowadzenia²³⁸. Wadą opinii będzie zatem np. odniesienie się do technicznej poprawności cesarskiego cięcia i celowości tego zabiegu oraz uznanie na tej podstawie postępowania lekarza za prawidłowe, a pominięcie kwestii czasu przeprowadzenia zabiegu.

Błąd może polegać na wdrożeniu niewłaściwej (w tym – spóźnionej) terapii, ale też na zaniechaniu przekazania istotnych informacji pacjentowi²³⁹. Tego rodzaju błąd informacyjny może mieć zasadnicze znaczenie w sytuacji, gdy pacjent odmówił leczenia lub sam podjął czynności szkodliwe dla własnego zdrowia. Oczywiście, brak zgody na leczenie powoduje, że po stronie lekarza nie aktualizuje się obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego²⁴⁰, a niezastosowanie się przez pacjenta do zaleceń lekarza nie może obciążać tego ostatniego. W obu sytuacjach podstawowe znaczenie ma jednak kwestia, czy pokrzywdzony został

218 Wyrok SA w Łodzi z dnia 19 marca 2015 r. sygn. I ACa 1219/14; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 81.

219 Wyrok SN z dnia 16 stycznia 1974 r. sygn. III KR 311/73; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 56; A. Zoll, *Zaniechanie...*, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 33; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 176; E. Dytus, *Błąd...*, s. 145; Ż. Skrenty, *Odpowiedzialność...*, s. 240–241; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 81; A. Dąbek, *Odpowiedzialność...*, MP Onkologia 2015/5, s. 84; częściowo odmiennie: S. Raszeja, *Zagadnienia...*, s. 272.

220 E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 65.

221 A. Ślefarska, *Odpowiedzialność...*, s. 94.

222 A. Ślefarska, *Odpowiedzialność...*, s. 95.

223 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 112.

224 Wyrok SA w Łodzi z dnia 19 marca 2015 r. sygn. I ACa 1219/14.

225 Przykładowo: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (tekst jednolity: Dz.U. 2023 r., poz. 1324); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (tekst jednolity: Dz.U. 2022 r., poz. 392).

226 P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 77; J. Potulski, *Źródła...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2009/1, s. 99.

227 J. Potulski, *Źródła...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2009/1, s. 99.

228 J. Zajdel, *Moc...*, „Medycyna Praktyczna” 2010/5, s. 120; J. Brożek, R. Jaeschke, *Czy lekarz...*, „Medycyna Praktyczna” 2010/5, s. 124–125.

229 M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 55.

230 E. Augustyn, *Zarys...*, s. 28.

231 D. Wąsik, *Opiniowanie...*, „Prokuratura i Prawo” 2017/7–8, s. 160.

232 R. Tymiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiński, art. 160, s. 265.

233 Postanowienie SN z dnia 27 października 2009 r. sygn. II KK 45/09; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 91; E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 53; J. Sawicki, *Błąd...*, s. 85; J. Zajdel, *Moc...*, „Medycyna Praktyczna” 2010/5, s. 122.

234 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 61; A. Zoll, *Błąd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 15; E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 53; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 91; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 405; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 78; J. Sawicki, *Błąd...*, s. 86.

235 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 61; A. Zoll, *Błąd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 16; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 78; J. Sawicki, *Błąd...*, s. 86.

236 A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 91.

237 A. Zoll, *Ogólne...*, „Państwo i Prawo” 1990/10, s. 35–36; por. K. Piech, *Granice...*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2021/3, s. 119.

238 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 116.

239 Por. wyrok SN z dnia 19 sierpnia 2008 r. sygn. WA 29/08 (pacjenta wypisanego ze szpitala nie powiadomiono o wykryciu w jego krwi gronkowca złocistego metycylinoopornego).

240 A. Barczak-Opustil, *Sprzeciw...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2011/4, s. 65.

prawidłowo pouczony o skutkach zaniechania leczenia, czy mógł podjąć świadomą decyzję²⁴¹, czy zalecenia medyczne przekazano mu w zrozumiałej formie.

Błędy to również zaniechanie kontroli działań podejmowanych przez podległych pracowników, oparcie się na wstępnej diagnozie bez jej weryfikacji²⁴² czy udzielenie teleporady pomimo potrzeby skierowania pacjenta na osobistą wizytę²⁴³. Za błąd jest uznawane podjęcie się czynności przekraczających umiejętności zawodowe lekarza i zaniechanie wniosku o konsultację²⁴⁴, w tym – niezwrócenie się przez lekarza rezydenta do kierownika dyżuru czy do kierownika specjalizacji²⁴⁵ albo niepowiadomienie przełożonych o trudnościach z zapewnieniem konsultacji specjalistycznej²⁴⁶. Zgodnie z art. 37 u.z.l. w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Zgodnie z art. 10 kodeksu etyki lekarskiej lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich (ust. 1). A jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas powinien on się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego (ust. 2). Należy jednak dodać, że lekarz bez odpowiednich kwalifikacji tylko wtedy narusza obowiązek ostrożności, gdy miał realną możliwość skonsultowania przypadku ze specjalistą²⁴⁷, a stan pacjenta nie wymagał natychmiastowej interwencji²⁴⁸. Jeśli pomimo potrzeby, a zarazem – możliwości skonsultowania przypadku, lekarz tego nie zrobił, będzie oceniany jak specjalista²⁴⁹. Ponadto gwarant może odpowiadać za skutek, jeżeli sam uniemożliwił sobie wykonanie obowiązku, np. nie przygotował narzędzi lub podjął czynności, chociaż nie był w pełni sprawny fizycznie lub psychicznie²⁵⁰. Brak kompetencji jest naruszeniem reguły ostrożności bez względu na to, czy okazał się zawiniony, czy też – nie²⁵¹.

241 A. Komar, P. Szenk, *Obowiązek...*, „Prawo i Medycyna” 2012/1, s. 73–74.

242 S. Wiśniewska-Momot, *Zasada...*, s. 131–132; J. Zajdel, *Prawo...*, s. 213; A. Dąbek, *Odpowiedzialność...*, „Medycyna Praktyczna. Onkologia” 2015/5, s. 86.

243 J. Gądzik, *Odpowiedzialność...*, „Zeszyty Prawnicze” 2022/1, s. 175, 180.

244 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 59; A. Zoll, *Bląd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 14; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 118; E. Zielińska, *Wzajemne...*, „Prawo i Medycyna” 2001/9, s. 42; por. postanowienie SN z dnia 27 października 2009 r. sygn. II KK 45/09; 245 R. Tymiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiński, art. 160, s. 264; A. Dąbek, *Odpowiedzialność...*, „Medycyna Praktyczna. Onkologia” 2015/5, s. 88.

246 Por. wyrok SN z dnia 26 marca 2007 r. sygn. WA 17/07. Zdaniem SN „skoro obaj oskarżeni lekarze SOR mieli świadomość tego, że pacjent powinien być niezwłocznie operowany, a wielokrotnie monity o konsultację chirurgiczną pozostawały bez reakcji, to powinni oni podjąć inne zdecydowane kroki zmierzające do poddania pacjenta zabiegowi operacyjnemu”.

247 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 60; Z. Skrenty, *Odpowiedzialność...*, s. 240

248 A. Zoll, *Bląd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 15; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 402; J. Sawicki, *Odpowiedzialność...*, s. 110; Z. Marek, *Bląd...*, s. 36; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 112; D. Karkowska, *Zawody...*, s. 311; A. Dąbek, *Odpowiedzialność...*, s. 125; M. Kozak, R. Szostak, *Odpowiedzialność...*, „Studia Prawnostronowe UMW” 2014, t. XXIII, s. 126; por. postanowienie SN z dnia 27 października 2009 r. sygn. II KK 45/09. Lekarz bez specjalizacji nie ma zakazu udzielania świadczeń w zakresie objętym specjalizacją, ale powinien się od nich powstrzymać, gdy istnieje możliwość podjęcia działań przez lekarza z odpowiednią specjalizacją – T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 284.

249 J. Zajdel, *Prawo...*, s. 223.

250 T. Sroka, *Zaniechanie...*, s. 91; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 170; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 26; A. Zoll, *Bląd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 15.

251 A. Zoll, *Ogólne...*, „Państwo i Prawo” 1990/10, s. 36.

Przykład nr 18:

Ustalenia: W kilka godzin po dużym zabiegu chirurgicznym w obrębie jamy brzusznej pacjent zgłosił ból brzucha i duszność, miał niskie ciśnienie (70/42) i przyśpieszone tętno (150/min). Wynik morfologii wskazywał na spadek poziomu hematokrytu (Ht-21,9 %) i hemoglobiny (7,9 g/dl). Poziom D-dimerów był podwyższony. Lekarz prowadzący poprosił o konsultację kardiologiczną, którą godzinę później przeprowadził rezydent w trakcie specjalizacji z kardiologii. Postawił on wstępne rozpoznanie zatorowości płucnej oraz zlecił podanie płynów, lewonoru (leku podnoszącego ciśnienie) i heparyny (leku przeciwzakrzepowego). W dokumentacji medycznej wpisano „niedokrwistość ostra – zamówiono krew”. Trzy godziny później doszło do zatrzymania krążenia. W badaniu pośmiertnym stwierdzono stan po masywnym krwotoku (w jamie brzusznej stwierdzono około trzech litrów krwi).

Opinia: Rezydent popełnił szereg błędów diagnostycznych i terapeutycznych, w tym nieprawidłowo ocenił stan chorego i nie dostrzegł stanu bezpośrednio zagrażającego jego życiu. Postawił rozpoznanie zatorowości płucnej na podstawie wartości D-dimerów (co było błędem) i wykluczył krwotok wewnętrzny na podstawie wyników morfologii sprzed godziny, chociaż stan pacjenta od tego czasu się pogorszył. Przed rozpoczęciem leczenia zatorowości płucnej u pacjenta we wczesnym okresie pooperacyjnym należało przeprowadzić diagnostykę różnicową, w tym wykonać badanie echokardiograficzne i ekg, uzyskać aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyjaśnić przyczyny wstrząsu i wykluczyć krwawienie z okolicy operowanej. Bolesność brzucha i ostra niedokrwistość w wynikach badań nie są objawami swoistymi dla zatorowości płucnej. Lekarz rezydent powinien pilnie wezwać specjalistę kardiologa i anestezjologa. Z chwilą spadku ciśnienia, przyśpieszenia tętna i stwierdzenia bledkości skóry należało rozpoznać krwawienie z jamy brzusznej i natychmiast przetoczyć krew w dużej ilości, a nadto otworzyć jamę brzuszną celem skontrolowania krwawienia. Heparyna z dużym prawdopodobieństwem nasiliła krwawienie i zmniejszyła szanse pacjenta na przeżycie.

Zarzut: Lekarzowi rezydentowi przedstawiono zarzut popełnienia czynu z art. 155 kk. Przesłuchany w charakterze podejrzanego wyjaśnił, że sam nie podejmował żadnej decyzji i że jeśli podano heparynę, to po konsultacji z kierownikiem dyżuru. Stwierdził, że przedstawił kierownikowi stan pacjenta, a następnie samodzielnie podjął decyzję o zasadności podania heparyny ze względu na pogarszający się stan chorego. Przesłuchany w charakterze świadka kierownik dyżuru potwierdził, że rezydent dyskutował z nim o możliwości włączenia heparyny, ale świadek poprosił, by najpierw poszerzyć diagnostykę i wykluczyć krwawienie.

Opinia uzupełniająca: Jeżeli przyjąć za wiarygodne wyjaśnienia podejrzanego, że przed postawieniem podejrzenia zatorowości płucnej został on zapewniony przez lekarza prowadzącego, że krwawienie zostało wykluczone, to postępowanie rezydenta – przy uwzględnieniu jego doświadczenia zawodowego – można byłoby uznać za uzasadnione. Jednak przed podjęciem decyzji o podaniu heparyny powinny zostać powtórzone badania

uprawdopodobniające wystąpienie zatorowości i wykluczające krwawienie. W tym stanie rzeczy – zdaniem biegłych – nie można z odpowiednią dozą pewności przyjąć odpowiedzialności lekarza za powstałą nieprawidłowość.

Druga opinia biegłych budzi wątpliwości – nie tylko z uwagi na użycie niejasnego sformułowania „można byłoby uznać za uzasadnione”. Kwestia wiarygodności wyjaśnień podejrzanego oraz ich zgodności bądź sprzeczności z zeznaniami lekarza prowadzącego powinna zostać rozstrzygnięta przez organ procesowy, ale nawet jeśli uznać, że rzeczywiście lekarz prowadzący stwierdził, że „wykluczył krwawienie”, to rodzi się pytanie: na jakiej podstawie i czy wystarczało to do podjęcia decyzji o podaniu heparyny²⁵²? Najwyraźniej – nie, skoro biegli w opinii uzupełniającej wyraźnie stwierdzili, że należało powtórzyć badania. A zatem podanie heparyny obiektywnie było błędem, co pozostaje w sprzeczności ze stwierdzeniem, że zachowanie rezydenta „można byłoby uznać za uzasadnione”. W opinii zwrócono uwagę na doświadczenie zawodowe lekarza rezydenta, z oczywistych przyczyn mniejsze niż w przypadku lekarza specjalisty. Ten element stanu faktycznego jednak się zmienił i był znany opiniującym również podczas wydawania pierwotnej opinii.

Najważniejsze pytanie dotyczy jednak reguł postępowania, jakich powinien przestrzegać lekarz rezydent. Jak już wspomniano, reguły ostrożności kształtują się odmiennie w przypadku różnych przedstawicieli zawodów medycznych. Z kolei w gronie lekarzy innego zachowania wymaga się od stażysty, innego – od rezydenta czy od specjalisty. W pierwotnej opinii biegli nie mieli wątpliwości, że lekarz rezydent powinien zlecić dodatkowe badania, a ponadto skonsultować stan pacjenta z kardiologiem i anestezjologiem. Uzupełniony materiał dowodowy wskazuje, że podejrzaný skonsultował się z kardiologiem, a ten zalecił wykluczenie krwawienia. Skoro tak się nie stało (lekarz rezydent nie podjął w tym celu żadnych kroków, a zapewnienia ze strony lekarza prowadzącego nie uwiarygodnił), trudno przyjąć, że to zachowanie „można byłoby uznać” za właściwe. W tego rodzaju sprawie powinno się odpowiedzieć na pytanie: jak powinien zachować się modelowy lekarz rezydent i czy podejrzaný tym wymaganiom sprostał? Jego osobiste doświadczenie życiowe i zawodowe, zmęczenie itd. mogą zostać ocenione na płaszczyźnie zawinienia, ale to już materia zarezerwowana do oceny przez organ procesowy.

Warto jeszcze napomknąć, że trudnością w opiniowaniu może być ustalenie, czy niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach miało charakter rażący. Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 28 października 2020 r.²⁵³ nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2 kk, art. 157 § 3 kk lub art. 160 § 3 kk, ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowot-

nych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym albo ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia Covid-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Zakres wyłączenia odpowiedzialności jest stosunkowo wąski, przy czym kontrowersje wzbudza konieczność wykazania zarówno szczególnych okoliczności²⁵⁴, jak i rażącego niezachowania ostrożności²⁵⁵.

Podsumowanie:

Pytanie o model właściwego postępowania wobec pacjenta to pytanie o to, jak w określonej sytuacji powinien się zachować dobry, wykształcony i rozsądny pracownik medyczny – sumienny (ale niekoniecznie najwybitniejszy) fachowiec w swojej dziedzinie. Wzorzec zachowania powinien zostać zrelatywizowany do charakteru wykonywanego zawodu oraz poziomu przygotowania zawodowego, ponieważ inne obowiązki ciążyą na lekarzu, a inne – na położnej, inaczej też ocenia się zachowanie lekarza stażysty i zachowanie specjalisty.

Jeśli reguły postępowania w określonej sytuacji mają formę rozporządzeń lub wytycznych towarzystw naukowych, biegły powinien te źródła przywołać w opinii. Ocena leczenia pod kątem poprawności powinna obejmować zarówno jego celowość, jak i czas jego podjęcia oraz sposób prowadzenia, a ponadto – przykładowo – zakres informacji przekazanych pacjentowi.

252 Tej tezie przeczy zresztą treść dokumentacji medycznej, w której wpisano m.in. informację o ostrej niedokrwistości i o zamówieniu krwi (której pacjentowi jednak nie podano).

253 Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz.U. 2020 r., poz. 2112).

254 M. Ruszala, *Przesłanki...*, s. 108.

255 J. Gądzik, *Odpowiedzialność...*, „Zeszyty Prawnicze” 2022/1, s. 185.

Narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

1. Odpowiedzialność za przestępstwo z art. 160 kk – uwagi wstępne

Jeżeli pomimo uchybień w leczeniu nie doszło do śmierci pacjenta ani też do powstania uszczerbku na jego zdrowiu, nie oznacza to jeszcze uwolnienia lekarza od odpowiedzialności karnej. Zgodnie z art. 160 § 3 kk karze podlega wszakże ten, kto nieumyślnie naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Surowszą odpowiedzialność ponosi sprawca, na którym ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo (art. 160 § 2 kk). W praktyce przepis art. 160 kk znajduje często zastosowanie w sprawach, w których po przeprowadzeniu wadliwego leczenia pacjent zmarł lub stan jego zdrowia się pogorszył, ale – z różnych powodów – tych skutków nie można przypisać lekarzowi²⁵⁶. Omawiane przestępstwo jest wszakże dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy²⁵⁷.

W sprawach medycznych prokurator niemal zawsze zadaje biegłemu pytania dotyczące narażenia życia lub zdrowia pokrzywdzonego, charakteru niebezpieczeństwa, w jakim znalazł się pacjent, możliwości uchylenia zagrożenia itd. Odpowiedzi na te pytania mają – być może – mniejsze znaczenie, gdy zachodzą przesłanki do przypisania lekarzowi skutku z art. 155 kk czy art. 156 kk²⁵⁸, ale w pozostałych sprawach odpowiedź dotycząca narażenia życia lub zdrowia może zadecydować o przedstawieniu zarzutu. Poprzeszanie przez organ procesowy na ustaleniu, że lekarz nie odpowiada za śmierć pacjenta, i umorzenie śledztwa na tej podstawie – bez rozważenia odpowiedzialności z art. 160 kk – uznaje się za poważne uchybienie procesowe²⁵⁹.

Jednak art. 160 kk nie może stać się swoistym wytrychem służącym do przypisania lekarzowi odpowiedzialności karnej za wszelkie nieprawidłowości w leczeniu. Ten przepis nie statuuje „odpowiedzialności zastępczej” i nie zwalnia organu procesowego z precyzyjnego

256 Por. G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty...* (I), „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001/1, s. 51; K. Maksymowicz, M. Krasnowska, *Nierozpoznane...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 124; B. Świątek, *Błędy w praktyce...*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2004/3, s. 889; B. Świątek, *Błąd medyczny...*, s. 526; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa...*, s. 426.

257 Wyrok z dnia 3 października 1973 r. sygn. IV KR 256/73; wyrok SN z dnia 26 czerwca 1980 r. sygn. II KR 191/80; wyrok SN z dnia 5 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 347/99; wyrok SN z dnia 8 czerwca 2010 r. sygn. III KK 409/09; wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11; wyrok SN z dnia 21 września 2011 r. sygn. WA 26/11 („w sytuacji, w której nic w sferze życia i zdrowia pokrzywdzonego się nie zmieniło”); wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13; wyrok SN z dnia 24 września 2015 r. sygn. V KK 228/15; postanowienie SN z dnia 11 września 2019 r. III KK 542/18; postanowienie SN z dnia 12 sierpnia 2020 r. sygn. III KK 41/19.

258 W zakresie odpowiedzialności za przestępstwo z art. 155 kk nie mieści się odpowiedzialność za nieumyślne narażenie życia, bo „skutek idący dalej konsumuje skutek bliżej idący” (wyrok SN z dnia 21 września 2006 r. sygn. V KK 10/06; por. wyrok SN z dnia 14 marca 1973 r. sygn. III KR 11/73; wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2000 r. sygn. V KKN 318/99). Nie dotyczy to – oczywiście – sytuacji, gdy w wyniku tego samego błędu medycznego jedna osoba zmarła, a życie drugiej zostało narażone, np. kobieta w czasie porodu i jej dziecko. Nie ma też przeszkód, aby przypisać odpowiedzialność za nieumyślne spowodowanie uszczerbku na zdrowiu i nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia (art. 160 § 3 kk). Kumulatywna kwalifikacja czynu umyślnego (art. 160 § 2 kk) z nieumyślnym (art. 155 kk) okaże się w sprawach medycznych raczej wyjątkiem.

259 Wyrok SN z dnia 21 września 2006 r. V KK 10/06; por. wyrok SN z dnia 7 grudnia 2006 r. sygn. V KK 91/06; wyrok SN z dnia 21 września 2011 r. sygn. WA 26/11; wyrok SN z dnia 5 stycznia 2021 r. sygn. I KK 52/20.

ustalenia, czy lekarzowi można przypisać np. skutek śmiertelny. Pochopne stwierdzenie, że „lekarz nie może odpowiadać za śmierć pacjenta (skoro ten i tak był chory), ale popełnił błąd, więc naraził życie pokrzywdzonego” może prowadzić zarówno do niezasadnego uwolnienia od odpowiedzialności za przestępstwo z art. 155 kk²⁶⁰, jak i do niesłusznego przypisania sprawstwa czynu z art. 160 kk. Trzeba zatem podkreślić, że przesłanki przypisania skutku z art. 160 kk należy ustalać równie skrupulatnie jak warunki przypisania skutków biologicznych, o których mowa w art. 155–157 kk.

Przepis art. 160 kk mówi o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu²⁶¹. Ustawodawca posłużył się tu alternatywą rozłączną, chociaż z całą pewnością wiele błędów w leczeniu skutkuje narażeniem zarówno życia, jak i zdrowia pacjenta w stopniu, o którym mowa w art. 156 kk²⁶². Sformułowanie art. 160 § 1 kk powoduje jednak, że w toku postępowania przygotowawczego kwestia narażenia musi zostać – najpóźniej w momencie przedstawienia zarzutu – sprecyzowana. Zdaniem Sądu Najwyższego możliwość alternatywnego zaistnienia wskazanych przesłanek, przewidziana przez ustawodawcę, oznacza, że każda z nich powinna być oceniana oddzielnie²⁶³. Skoro ustawodawca wskazuje, że w danym układzie faktycznym może zachodzić albo bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia, albo bezpośrednio niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, to oczywiste jest, że „w grę nie może wchodzić jednocześnie bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”²⁶⁴. O ile niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może mieścić się w niebezpieczeństwie utraty życia, o tyle relacja odwrotna nie zachodzi. Przypisanie skutku z art. 160 kk wymaga więc jego konkretyzacji²⁶⁵.

W postanowieniu o zasięgnięciu opinii biegłego prokurator najczęściej pyta o to, czy pacjent XY został narażony na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Pozytywna odpowiedź może przybrać m.in. następujące formy: 1) pacjent został narażony na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia oraz na bezpośrednio niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci [...], 2) pacjent został narażony na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci [...], ale nie na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia itd. Jak już wspomniano, w praktyce nie będzie rzadkością (a może nawet okaże się regułą) wystąpienie

260 Por. A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 80; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 332 przypis 6; J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 15; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 271; T. Jurek, B. Świątek, R. Drozd, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach błędnego...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007/4, s. 418.

261 Przez ciężki uszczerbek na zdrowiu ustawodawca rozumie skutki wymienione w art. 156 § 1 kk, czyli m.in. pozbawienie wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, inne ciężkie kalectwo czy trwałe, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała.

262 A. Zoll, *Narażenie...*, s. 465 – autor słusznie wskazuje na trudności w ustaleniu, czy sprawca naraził na niebezpieczeństwo życie czy zdrowie pokrzywdzonego.

263 Wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12; wyrok SN z dnia 3 września 2013 r. sygn. WK 14/13; wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r. IV KK 221/19.

264 Wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12.

265 Wyrok SN z dnia 4 stycznia 2022 r. sygn. III KK 411/21; R. Tyimiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tyimiński, art. 160, s. 250; por. wyrok SN z dnia 7 lutego 1975 r. sygn. Rw 22/75; wyrz. ok SN z dnia 9 lutego 1976 r. sygn. Rw 20/76; wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 kwietnia 2021 r. sygn. II AKa 62/21.

bezpośredniego niebezpieczeństwa jednocześnie dla życia i dla zdrowia. Jeśli biegły udzieli takiej właśnie odpowiedzi, prokurator będzie mógł skonstruować opis czynu zgodnie z typizacją ustawową z art. 160 kk. Jednak gdy w opinii biegły stwierdzi, że doszło do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo „utruty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, to prokurator nie będzie mógł sprecyzować opisu i wybrać jednej z alternatywnie opisanych przesłanek. Z opinii powinno zatem wynikać, jakiego rodzaju niebezpieczeństwo groziło pacjentowi i na czym polegało. Wadliwe jest także sformułowanie „narażenie na ciężki uszczerbek”, skoro przepis wyraźnie mówi o „narażeniu na bezpośrednio niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, przy czym bezpośredniość jest tu oceniana identycznie jak w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia.

Podsumowanie:

W opinii należy sprecyzować, czy doszło do narażenia pacjenta na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia czy na bezpośrednio niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (w tym – utraty kończyny czy utraty wzroku), czy też pacjent znalazł się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa zaistnienia obu tych skutków biologicznych jednocześnie.

2. Znamię narażenia na niebezpieczeństwo i skutkowy charakter czynu z art. 160 kk

Niebezpieczeństwo, o którym mowa w art. 160 § 1 kk, jest zazwyczaj definiowane jako „obiektywna sytuacja, stanowiąca pewien szczególny układ rzeczy i zjawisk o charakterze dynamicznym, z którego rozwojem wiąże się wysokie prawdopodobieństwo nastąpienia uszczerbku obejmującego dobro prawne”²⁶⁶. Przez niebezpieczeństwo rozumie się „stan przejściowy pomiędzy zachowaniem a szkodą”²⁶⁷ oraz „zmianę w świecie zewnętrznym, która – właśnie ze względu na swój dynamiczny charakter – zawiera potencjał prowadzący do dalszej zmiany”²⁶⁸. Niebezpieczeństwo to możliwość nastąpienia ujemnego skutku, ale nie – jego konieczność²⁶⁹. Co więcej, sytuację

266 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II AKa 470/21; A. Zoll [w:] *Kodeks...*, red. A. Zoll, art. 160, s. 308; J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 13; W. Radecki, *Przestępstwa narażenia...*, s. 18; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 75, 79; G. Teresiński, R. Mądro, *Ocena...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 105; M. Dudzik, *Prawo...*, s. 18; P. Kardas, *O osobliwościach...*, „Państwo i Prawo” 2022/11, s. 103; P. Burzyński, *Zaniechanie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2005/2, s. 64; M. Cieślak, *Pojęcie...*, s. 51; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 39; por. W. Wolter, *Nauka...*, s. 31 („obiektywny i dynamiczny układ, z którego dalszym rozwojem wiąże się znaczne prawdopodobieństwo nastąpienia jakiegoś ujemnego skutku”); T. Hanausek, *Uwagi...*, s. 80 („atypowy układ zjawisk, który zawiera znaczne prawdopodobieństwo zaistnienia – jako jego skutku – ujemnych następstw w rzeczywistości”); T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 111 („sytuacja, z wystąpieniem której łączy się prawdopodobieństwo (mniejsze lub większe) wystąpienia »dalszych« skutków”).

267 G. Łabuda, *Przyczynę...*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004/2, s. 87.

268 A. Zoll [w:] *Kodeks...*, red. A. Zoll, art. 160, s. 309; J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 13; por. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 410; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 609; A. Zoll, *Narażenie...*, s. 467; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 29; T. Hanausek, *Uwagi...*, s. 76 („Niebezpieczeństwo jest zmianą w stosunku do stanu poprzedzającego, a zarazem przygotowaniem do dalszej zmiany”).

269 T. Hanausek, *Uwagi...*, s. 79; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadku...*, s. 83; G. Łabuda, *Przyczynę...*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004/2, s. 89; M. Cieślak, *Pojęcie...*, s. 50. Z niebezpieczeństwem może się wiązać konieczność zaistnienia dalszych skutków, ale nie musi (E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 68–70; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 111; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 37).

można określić jako niebezpieczną dopiero wtedy, gdy zostanie przekroczony pewien graniczny poziom ryzyka²⁷⁰.

W art. 160 § 1 kk czynność sprawcza została określona słowem *naraża*, co można zinterpretować jako doprowadzenie do tego, że jakaś osoba znalazła się w niebezpiecznej sytuacji²⁷¹, wywołanie (sprowadzenie) stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa²⁷². Narażenie na niebezpieczeństwo może przejawiać się w bardzo różnych zachowaniach, skoro ustawodawca w żaden sposób tego znamienia czasownikowego nie precyzuje²⁷³. Nacisk położono na „konieczność występowania kauzalnego powiązania między podejmowanym przez podmiot zachowaniem a skutkiem w postaci wywołania stanu narażenia”²⁷⁴. W istocie znamię naraża to zbiorcze określenie dla wszelkich zachowań, które mogą skutkować bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu²⁷⁵.

Można rozważać, czy ustawodawca zasadnie posłużył się dwoma wyrażeniami oznaczającymi zagrożenie (*naraża* oraz *niebezpieczeństwo*), skoro „narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia” to inaczej „narażenie życia”. W literaturze postuluje się nawet odejście od formuły „narażenia na niebezpieczeństwo” na rzecz bardziej precyzyjnego „narażenia na naruszenie”²⁷⁶ dobra prawnego. Tyle że w art. 160 kk chyba nie bez powodu pojawia się znamię wyrażone słowem *niebezpieczeństwo*, skoro od razu zostaje ono znacząco zawężone – owo niebezpieczeństwo ma być bezpośrednie.

Przestępstwa z art. 160 § 2 i § 3 kk można popełnić zarówno poprzez działanie, jak i przez zaniechanie, pomimo użycia w § 3 kk sformułowania „jeżeli sprawca działa [...]”²⁷⁷. Przyjmuje się, że realizacja znamion tego czynu zabronionego może polegać na tym, że:

1. lekarz spowodował taki stan rzeczy, w którym pacjent znalazł się w sytuacji grożącej bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia albo zdrowia, a wcześniej nie groziło mu takie niebezpieczeństwo²⁷⁸ (brak niebezpieczeństwa → niebezpieczeństwo bezpośrednie);
2. lekarz „dynamizował przebieg i rozwój procesów chorobowych u pacjenta w ten

270 R. Tyimiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tyimiński, art. 160, s. 232.

271 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa...*, s. 442; R. Tyimiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tyimiński, art. 160, s. 223.

272 M. Szwarczyk [w:] *Kodeks...*, red. T. Bojarski, art. 160, teza 3; A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. W. Wróbel, art. 160, teza 7; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 74, 79.

273 J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 7; por. J. Majewski, *O pożytkach...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 114 (o znamieniu czasownikowym powoduje).

274 J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 7.

275 M. Królikowski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, art. 160, nr 13; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 606; B. Michalski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. A. Wąsek, art. 160, s. 373; B. Michalski, *Przestępstwa...*, s. 308.

276 E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, k. 97.

277 Postanowienie SN z dnia 5 lutego 2002 r. sygn. V KKN 473/99; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 118, przypis 296.

278 Wyrok SN z dnia 3 października 1973 r. sygn. IV KR 256/73; wyrok SN z dnia 21 marca 1978 r. sygn. IV KR 62/78; wyrok SN z dnia 26 czerwca 1980 r. sygn. II KR 191/80; wyrok SN z dnia 5 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 347/99; wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11; wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13; wyrok SN z dnia 24 września 2015 r. sygn. V KK 228/15; wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r. sygn. IV KK 221/19; wyrok SA w Katowicach z dnia 12 lutego 2004 r. sygn. II AKA 12/04; wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. sygn. II AKA 59/17; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18.

sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego życiu albo zdrowiu”²⁷⁹, innymi słowami: lekarz zwiększył stopień niebezpieczeństwa dla życia albo zdrowia pacjenta (niebezpieczeństwo „zwykłe” → niebezpieczeństwo bezpośrednie);

3. lekarz (realnie i znacząco) „zwiększył stopień zaistniałego już wcześniej narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo zdrowia”²⁸⁰ (niebezpieczeństwo bezpośrednie → zwiększone niebezpieczeństwo bezpośrednie²⁸¹);
4. lekarz utrzymał (nie odwrócił, nie zmniejszył) istniejącego już poziomu niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania jako gwaranta²⁸² (niebezpieczeństwo bezpośrednie);

Możliwość przypisania odpowiedzialności z art. 160 kk w przypadku, gdy stan bezpośredniego niebezpieczeństwa zaistniał przed podjęciem zachowania przez sprawcę i uległ potem tylko nieznacznemu pogłębieniu (por. powyżej punkt III), budzi kontrowersje w piśmiennictwie prawniczym. Wyrażono m.in. stanowisko, zgodnie z którym „skutkiem z art. 160 kk, w sytuacji[,] gdy przed zachowaniem sprawcy zaistniał już stan bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, powinien być wzrost ww. stanu niebezpieczeństwa w stopniu większym niż minimalny, a zatem [–] w sposób istotny (realny, znaczący)”²⁸³. Orzecznictwo poszło jednak w innym kierunku.

279 Wyrok SN z dnia 5 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 347/99; por. wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12; wyrok SA w Łodzi z dnia 7 listopada 2018 r. sygn. I ACa 27/18; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 57, 72; M. Filar, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 42; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 96; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 45; J. Kulesza, *O odpowiedzialności...*, „Państwo i Prawo” 2006/9, s. 50 („przybliżenie, przez brak reakcji i związany z tym wpływ czasu, bezpośredniego niebezpieczeństwa”).

280 Wyrok SN z dnia 21 marca 1978 r. sygn. IV KR 62/78; wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2000 r. sygn. V KKN 318/99; wyrok SN z dnia 10 sierpnia 2000 r. sygn. WA 23/00; wyrok SN z dnia 15 lutego 2001 r. sygn. WA 2/01; postanowienie SN z dnia 26 września 2001 r. sygn. IV KKN 395/00; wyrok SN z dnia 3 czerwca 2004 r. sygn. V KK 37/04; wyrok SN z dnia 21 września 2006 r. sygn. V KK 10/06; wyrok SN z dnia 1 kwietnia 2008 r. sygn. IV KK 381/07; wyrok SN z dnia 21 czerwca 2017 r. sygn. II KK 74/17; wyrok SN z dnia 4 października 2018 r. sygn. III KK 453/17; postanowienie SN z dnia 11 września 2019 r. III KK 542/18; wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11; wyrok SN z dnia 4 stycznia 2022 r. sygn. III KK 411/21; wyrok SA w Łodzi z dnia 7 listopada 2018 r. sygn. I ACa 27/18; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II AKA 470/21; por. wyrok SN z dnia 8 czerwca 2010 r. sygn. III KK 409/09 („pogłębienie zagrożenia”); por. wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12; A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. W. Wróbel, art. 160, teza 16; M. Królikowski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, art. 160, nr 12, 24; M. Szeroczyńska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2012/4, s. 42; T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/4, s. 229; B. Michalski, *Narażenie...*, s. 294.

281 Bezpośrednie niebezpieczeństwo w rozumieniu art. 160 kk najwyraźniej nie jest kategorią zero-jedynkową i samo podlega pewnemu stopniowaniu. Jak zauważa T. Sroka, „stan niebezpieczeństwa określony w art. 160 kk może być mniejszy lub większy, mniej lub bardziej prawdopodobny (niekiedy zbliżając się lub nawet osiągając stan pewności wystąpienia »dalszych« skutków), także w ramach sytuacji mieszczących się w kategorii bezpośredności niebezpieczeństwa” (T. Sroka, *Glosa...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 328; por. T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 120; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 612; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 268). Natomiast zdaniem T. Jurka „sama »bezpośredniość« jako cecha niezbędna dla wypełnienia omawianego typu przestępstwa jest lub jej nie ma. Nie stopniuje się. »Niebezpieczeństwo« jest jednak kwantyfikowalne” (T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 93).

282 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11; wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13; wyrok SN z dnia 24 września 2015 r. sygn. V KK 228/15; wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r. sygn. IV KK 221/19; wyrok SN z dnia 4 stycznia 2022 r. sygn. III KK 411/21; postanowienie SN z dnia 14 lipca 2022 r. sygn. III KK 224/22; wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. sygn. II AKA 59/17; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II AKA 470/21; A. Wróbel, Wokół..., „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2019/12, s. 61; V. Konarska-Wrzošek [w:] *Kodeks...*, red. V. Konarska-Wrzošek, art. 160, teza 2; J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, tezy 9, 14; A. Fiutak, *Prawo...*, s. 146; R. Tyimiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tyimiński, art. 160, s. 251; E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskołaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 91.

283 T. Sroka, *Glosa...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 330. Autor wyraźnie odróżnia zwiększenie stopnia bezpośredniego niebezpieczeństwa jako znamienia skutku z art. 160 kk od przesłanki obiektywnego przypisania tego skutku (ibidem, s. 332); por. wyrok SN z dnia 24 sierpnia 2023 r. sygn. III KK 461/22; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, „Edukacja Prawnicza” 2009, nr 5, s. 9; J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 11; D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 167; kryt. A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 616–617.

Wprawdzie w niektórych orzeczeniach zwracano uwagę, że skutek z art. 160 kk można przypisać, gdy pożądane zachowanie alternatywne „zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia”²⁸⁴, ale nie odniesiono się w nich do skutku w postaci „nieznacznego wzrostu niebezpieczeństwa”. Natomiast w orzeczeniu sygn. IV KK 42/12 Sąd Najwyższy wprost stwierdził, że „kwestia, o jaką ewentualnie wartość stopień tego narażenia został zwiększony (a właściwie [–] o ile nie zostało zmniejszone niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pokrzywdzonego [...]), jest już kwestią wtórną w stosunku do wcześniej przypisanego [...] skutku i może rzutować chociażby na rozmiar ewentualnej represji karnej”²⁸⁵.

Jeszcze większą wątpliwość budzi realizacja znamion poprzez „utrzymanie istniejącego już poziomu niebezpieczeństwa” (por. wyżej, punkt IV) – nie dlatego, że do popełnienia przestępstwa w tej formie dochodzi przez zaniechanie, ale z uwagi na problem z określeniem skutku takiego czynu. Przestępstwo z art. 160 kk jest powszechnie zaliczane do przestępstw materialnych²⁸⁶, tj. wymagających zaistnienia skutku, aby można było powiedzieć, że zostały dokonane. Nie wystarczy zatem stwierdzenie, że samo zachowanie sprawcy było ryzykowne. Skutek natomiast jest w doktrynie prawniczej najczęściej definiowany jako „określona zmiana w świecie zewnętrznym” (niekoniecznie w znaczeniu fizycznym²⁸⁷), „zmiana w układzie elementów rzeczywistości, różna od samego czynu”²⁸⁸ czy „należący do ustawowych znamion stan faktyczny, dający się wyodrębnić z zachowania sprawcy (i stanowiący rezultat tego zachowania)”²⁸⁹.

284 Postanowienie SN z dnia 3 czerwca 2004 r. sygn. V KK 37/04; wyrok SN z dnia 19 sierpnia 2008 r. sygn. WA 29/08; postanowienie SN z dnia 5 czerwca 2019 r. sygn. III KK 212/18; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II Aka 470/21.

285 Wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12; kryt. D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 167.

286 Wyrok SN z dnia 2 lutego 2010 r. sygn. III KK 17/10; Wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13; postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15; postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17; wyrok SN z dnia 21 czerwca 2017 r. sygn. II KK 74/17; wyrok SN z dnia 24 października 2018 r. sygn. I KK 4/18; wyrok SN z dnia 24 września 2015 r. sygn. V KK 228/15; wyrok SA w Łodzi z dnia 10 września 2015 r. sygn. II Aka 162/15; postanowienie SN z dnia 12 sierpnia 2020 r. sygn. III KK 41/19; wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. sygn. I ACa 893/17; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 97; M. Cieślak, *Indywidualne...*, „Nowe Prawo” 1952/4, s. 17; R. Tymiański [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiański, art. 160, s. 219; A. Wróbel, *Wokół...*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2019/12, s. 56; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 3; E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 87; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 99; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 137; T. Jurek, K. Maksymowicz, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005/1, s. 68; G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty...* (I), „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001/1, s. 56; W. Radecki, *Przestępstwa narażenia...*, s. 28; M. Wolińska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/5, s. 30; P. Szczerba [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność...*, s. 121; P. Burzyński, *Zaniechanie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2005/2, s. 64; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 31. Zdaniem J. Węglińskiej przestępstwa ujęte w art. 160 § 1–3 kk mają „co do zasady, charakter materialny” (J. Węglińska, *Realizacja...*, Legalis, rozdz. VI § 2.III); odmiennie: R. Kokot, M. Banasiewicz, *Z problematyki...*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2009, t. XXIV, s. 109; por. też K. Daszkiewicz, *Przestępstwa...*, s. 395.

287 J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 2, teza 10; W. Wolter, *Nauka...*, s. 29; A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część ogólna...*, red. W. Wróbel, art. 2, teza 4; M. Kulik, A. Wąsek [w:] *Kodeks...*, red. M. Filar, art. 2, teza 2; T. Hanausek, *Uwagi...*, s. 77; T. Sroka, *Glosa...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 328; D. Gruszecka, *Ochrona...*, s. 87; Zdaniem E. Hryniewicz skutek to „pewne ujemnie oceniane zjawisko obiektywne dostrzegalne w świecie zewnętrznym” (E. Hryniewicz, *Skutek...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 115, 125).

288 A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część ogólna...*, red. W. Wróbel, art. 2, teza 3; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 46 („zmiana w świecie zewnętrznym dająca się sensownie oddzielić od samego zachowania”); M. Dudzik, *Prawo...*, s. 54; W. Wolter, *Nauka...*, s. 29; E. Hryniewicz, *Skutek...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 113, 118; M. Kulik, *Przedawnienie...*, s. 299; A. Nowosad, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2011/11, s. 79; P. Kozłowska-Kalisz [w:] *Kodeks...*, red. M. Mozgawa, art. 2, teza 3; P. Nowak, *O skutkowości...*, „Zeszyty Prawnicze UJ” 2014/1, s. 163–164; S. Tarapata, *Dobro...*, s. 271; P. Kardas, *O osobliwościach...*, „Państwo i Prawo” 2022/11, s. 100, przypis 14 („skutek to zmiana w świecie zewnętrznym, różna od samego czynu, przyjmująca postać swoiście rozumianego następstwa statycznego lub dynamicznego”).

289 Por. E. Hryniewicz, *Skutek...*, „Prokuratura i Prawo”, 2013/7–8, s. 114.

Taką zmianą w przypadku przestępstwa z art. 155 kk jest śmierć pokrzywdzonego, a w przypadku czynu zabronionego z art. 156 kk – np. utrata wzroku. Odpowiedzialność za przestępstwo z art. 156 kk może ponieść lekarz, który przeprowadził zbędną amputację ręki (działanie + skutek w postaci kalectwa), jak i lekarz, który zaniechał oczyszczenia rany i podania antybiotyku, jeśli potem rozwinęło się zakażenie i konieczne było odjęcie ręki (zaniechanie + skutek w postaci kalectwa). Znamiona typu czynu zabronionego zrealizuje również ten lekarz, który nie podjął operacji przyszczenia kończyny odciętej na skutek nieszczęśliwego wypadku – oczywiście w sytuacji, gdy istniały realne szanse na powodzenie zabiegu naprawczego. W tym ostatnim przypadku można powiedzieć, że skutek w postaci utraty kończyny nastąpił przed kontaktem pacjenta z lekarzem (a dopiero moment tego kontaktu jest miarodajny dla oceny zachowania sprawcy), ale lekarz pomimo tego może ponieść odpowiedzialność, ponieważ zaniechanie operacji spowodowało, że kalectwo pacjenta stało się nieodwracalne. To także jest zmiana w świecie zewnętrznym, różna od samego czynu – może mniej uchwytna, ale nadal obiektywnie stwierdzalna. Jej zaistnienie pozwala na przypisanie skutku z art. 156 kk oraz na uznanie lekarza za sprawcę tego przestępstwa.

Na gruncie przestępstwa z art. 160 kk zmiana w świecie zewnętrznym może polegać na stworzeniu stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta (gdy przedtem takie niebezpieczeństwo nie istniało) bądź też na zwiększeniu niebezpieczeństwa, które wystąpiło już wcześniej²⁹⁰. Skutek w rozumieniu art. 160 kk to – zdaniem SN – „obiektywnie istniejący potencjał niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”²⁹¹, ale warunkiem odpowiedzialności jest przecież uznanie, że skutek został spowodowany (sprowadzony) przez sprawcę – również w znaczeniu spowodowania (sprowadzenia) „większego niebezpieczeństwa”. Czy zatem można przypisać odpowiedzialność za dokonanie przestępstwa z art. 160 kk osobie, która nie zwiększyła poziomu niebezpieczeństwa grożącego pokrzywdzonemu (choćby powinna chociażby próbować zmniejszyć to zagrożenie)? Czy może ponieść odpowiedzialność lekarz, który wprawdzie nie udzielił pacjentowi niezbędnej pomocy, ale nie zwiększył stanu zagrożenia życia, bo w krótkim czasie niezbędnej pomocy udzieliła inna kompetentna osoba? W sprawach medycznych oczywiście najczęściej będziemy mieli do czynienia z sytuacjami, gdy zaniechanie właściwego leczenia wiązało się z pogłębieniem stanu zagrożenia z uwagi na rozwój procesów chorobowych²⁹², sytuacji granicznych nie sposób jednak wykluczyć.

Warto zwrócić uwagę, że przed wejściem obowiązującego kodeksu karnego w życie sytuacja tu opisana (utrzymanie niebezpieczeństwa zaistniałego wcześniej) nie nastęrczała

290 Wyrok SN z dnia 21 września 2006 r. sygn. V KK 10/06; wyrok SN z dnia 21 czerwca 2017 r. sygn. II KK 74/17; wyrok SN z dnia 4 stycznia 2022 r. sygn. III KK 411/21; W. Wolter, *Nauka...*, s. 32; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 98; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 46.

291 Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15; postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17; wyrok SN z dnia 15 listopada 2017 r. sygn. IV KK 293/17; wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. sygn. I ACa 893/17; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. II Aka 470/21; wyrok SA w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2023 r. sygn. II Aka 483/21.

292 Por. wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r. sygn. IV KK 221/19 („niezmniejszenie zagrożenia, które niewątpliwie wraz z upływem czasu wzrastało”).

trudności. Kodeks karny z 1932 r. przewidywał w art. 243 § 1 odpowiedzialność karną za porzucenie – w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwa dla życia – osoby, względem której sprawca miał obowiązek troszczenia się lub nadzoru. Zgodnie natomiast z art. 163 § 1 kodeksu karnego z 1969 r. karze podlegał ten, kto osobę, względem której miał obowiązek troszczenia się, pozostawił w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Oba kodeksy przewidywały też odpowiedzialność za czyn zabroniony popełniony nieumyślnie. Zatem istniała podstawa do przypisania odpowiedzialności karnej lekarzowi²⁹³, który wprawdzie zaniechał powinnego zachowania, ale nie zmienił sytuacji zdrowotnej pacjenta w tym sensie, że nie spowodował pogłębienia stanu niebezpieczeństwa wynikającego z procesów chorobowych, urazu itd. Zastosowanie niezgodnych z wiedzą i praktyką lekarską metod leczenia oznaczało w tym wypadku pozostawienie pacjenta w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem²⁹⁴. Nie było zatem potrzeby sięgania po odpowiedniki dzisiejszego art. 160 kk.

W kodeksie karnym z 1997 r. zrezygnowano z osobnego typu czynu zabronionego polegającego na „pozostawieniu w położeniu grożącym niebezpieczeństwem”. Uzasadniano to trudnościami w rozgraniczeniu znamion z art. 163 d.kk i art. 160 § 2 d.kk²⁹⁵. Uznano, że skoro przestępstwo sprowadzenia niebezpieczeństwa (art. 160 kk) może być popełnione przez działanie i przez zaniechanie, to obejmuje również sytuacje kwalifikowane wcześniej z art. 163 d.kk²⁹⁶. Czy wszystkie?

Zagadnienie było dyskutowane w doktrynie prawniczej, a kontrowersje doprowadziły do dwóch odmiennych rozwiązań. Zgodnie z jednym z nich odpowiedzialność karna wchodzi w grę tylko wtedy, gdy penalizowany skutek jest *wynikiem* działania lub zaniechania gwaranta²⁹⁷. Niebezpieczeństwo „musi być sprowadzone przez człowieka”²⁹⁸. Odpowiada karne tylko ten, kto swoim zachowaniem wywołał sytuację niebezpieczną dla życia, ciała lub zdrowia człowieka²⁹⁹, a zatem stan niebezpieczeństwa musi „być przez zachowanie sprawcy spowodowany, [...] nie może być przez sprawcę zastany”³⁰⁰. Lekarze, którzy nie udzielili niezbędnej pomocy pacjentowi, nie mogą odpowiadać z art. 160 kk, jeśli niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia chorego istniało realnie bez ich udziału³⁰¹. Skutek nie może czasowo

wyprzedzać przyczyny, tymczasem przyjęcie, że sprawca odpowiada za utrzymanie już istniejącego niebezpieczeństwa, przekładałoby się na przyjęcie odpowiedzialności za skutek, który wystąpił przed czynem sprawcy³⁰². Do uznania, że zaistniał karnoprawnie relewantny skutek, „niezbędne jest wykazanie, że określony stopień stanu niebezpieczeństwa z art. 160 kk, powstały po zachowaniu sprawcy, jest wyższy w stosunku do stopnia stanu niebezpieczeństwa istniejącego przed podjęciem określonego zachowania przez sprawcę”³⁰³.

Zdaniem zwolenników wąskiego rozumienia skutku rezygnacja z art. 163 d.kk spowodowała bezkarność „niefrasobliwych przypadków” pozostawienia pacjenta bez koniecznej pomocy w wyniku niezbyt dokładnego zbadania go czy zbagatelizowania stanu jego zdrowia³⁰⁴. Nawet karygodne zaniechania pozostają poza obszarem penalizacji, jeśli „szczęśliwym zbiegiem okoliczności sytuacja bezpośrednio niebezpieczna nie doprowadzi do utraty zagrożonych dóbr, np. pacjent zostanie przewieziony do innego szpitala, w którym zostanie mu udzielona pomoc ratująca życie”³⁰⁵. Taką interpretację można też sporadycznie odnaleźć w orzecznictwie. Uznano – przykładowo – że odpowiedzialności karnej nie mogą ponieść oskarżeni, którzy nie zlecili badań oczu wcześniaka, przez co dziecku groziła utrata wzroku. Oskarżonym zarzucono bierne zachowanie wobec niebezpieczeństwa, w jakim dziecko znalazło się wskutek okoliczności niezależnych od nikogo, a zdaniem sądu przepis art. 160 § 2 kk obejmuje wyłącznie czyn sprawcy, który sam spowodował niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia innej osoby³⁰⁶. Odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy (art. 162 kk) jest w takiej sytuacji wyłączona, ponieważ to przestępstwo można popełnić tylko umyślnie³⁰⁷. Natomiast przy błędnie diagnostycznym zaniechaniu udzielenia świadczenia zdrowotnego wynika z reguły z nierozpoznania stanu niebezpieczeństwa³⁰⁸.

Skutek z art. 160 kk można jednak ujmować inaczej. W szerszym rozumieniu jest to nie tylko „stan, który został przez działanie sprawcy wywołany (spowodowany)”, lecz także stan, „którego nie udało się z uwagi na zaniechanie sprawcy wyeliminować”³⁰⁹. Oznacza to, że „skutek stanowi nie zmiana, lecz fakt niezmienności, gdy realizacja znamion przestępstwa polega na utrzymywaniu określonego stanu, który może (lecz nie musi) być wytworzony przez sprawcę”³¹⁰. Sprawca „realizuje to konkretne zagrożenie, niejako je

293 Por. A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 94.

294 T. Cyprian, *Karna...*, s. 72; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 99; M. Siewierski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks...*, art. 163, s. 417; M. Filar, *Przestępstwa...*, s. 335.

295 Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy, Warszawa 1997, s. 187; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 98.

296 Kryt. V. Konarska-Wrzošek, *Uwagi...*, „Państwo i Prawo” 1997/3, s. 79; J. Kulesza, *O odpowiedzialności...*, „Państwo i Prawo” 2006/9, s. 48; A. Domański, *Problemy...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 130; por. R. Kędzióra, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne...*, „Studia Iuridica Lublensia” 2006/8, s. 96; M. Królikowski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, art. 160, nr 27.

297 P. Szczerba [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wronska, *Odpowiedzialność...*, s. 123.

298 R. Tyminiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tyminiński, art. 160, s. 232. Istniejący wcześniej stan zagrożenia nie wyklucza przypisania skutku z art. 160 kk, o ile zostanie wykazane, że działanie (albo zaniechanie) sprawcy doprowadziło do realnego (istotnego) zwiększenia zagrożenia dla pacjenta (ibidem, s. 236).

299 W. Wolter, *Nauka...*, s. 32.

300 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 97; por. T. Sroka, *Glosa...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 331.

301 V. Konarska-Wrzošek, *Uwagi...*, „Państwo i Prawo” 1997/3, s. 84.

302 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 194.

303 T. Sroka, *Glosa...*, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 329.

304 V. Konarska-Wrzošek, *Uwagi...*, „Państwo i Prawo” 1997/3, s. 84; V. Konarska-Wrzošek, *Glos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 148; J. Kulesza, *O odpowiedzialności...*, „Państwo i Prawo” 2006/9, s. 56; A. Domański, *Problemy...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 130.

305 V. Konarska-Wrzošek, *Uwagi...*, „Państwo i Prawo” 1997/3, s. 84.

306 Wyrok SN w Krakowie z dnia 25 listopada 1998 r. sygn. IV Ka 926/98 (podają za: A. Domański, *Problemy...*, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 130).

307 Wyrok SN z dnia 29 kwietnia 1994 r. sygn. WR 70/94; J. Kulesza, *O odpowiedzialności...*, „Państwo i Prawo” 2006/9, s. 56 (zdaniem autora gwarant może odpowiadać z art. 162 kk, gdy nie można przypisać mu skutku, a zaniechał np. łagodzenia cierpienia umierającej osoby – ibidem, „Państwo i Prawo” 2006/9, s. 53; por. L. Kubicki, *Obowiązek...*, „Prawo i Medycyna” 2003/13, s. 17).

308 R. Kędzióra, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne...*, „Studia Iuridica Lublensia” 2006/8, s. 90; por. wyrok SN z dnia 29 kwietnia 1994 r. sygn. WR 70/94.

309 P. Kardas, *O osobliwościach...*, „Państwo i Prawo” 2022/11, s. 99, 103; por. M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 335; E. Zatyka, *Lekarski...*, s. 39.

310 P. Nowak, *O skutkowości...*, „Zeszyty Prawnicze UJ” 2014/1, s. 164 (uwagi dot. art. 300 § 1 kk).

kontynuując³¹¹. Zdaniem Piotra Kardasa „niezależnie od tego, czy stan niebezpieczeństwa wynika kauzalnie z działania sprawcy, czy też z innych przyczyn, a jedynie nie został wyeliminowany przez sprawcę, który zaniechał nakazanego działania, ma charakter obiektywny, istnieje niezależnie od zachowania sprawcy, choć albo z niego kauzalnie wynika, albo dzięki braku przyczynowości przeciwstawnej trwa³¹². Przyjmuje się wobec tego, że narażenie na gruncie art. 160 kk oznacza „doprowadzenie albo trwanie w konkretnej sytuacji lub procesie, w których otwarto możliwość wystąpienia negatywnych skutków [...] dla innego człowieka lub nie podjęto działań co najmniej zmniejszających niebezpieczeństwo już istniejące (przy przestępstwach z zaniechania)³¹³. Zdaniem J. Giezka skutek może polegać na utrzymaniu poziomu niebezpieczeństwa zastanego przez gwaranta w chwili aktualizacji jego obowiązku działania, a „wynika to z treści obowiązku gwaranta, którego zadaniem jest nie tylko podjęcie działań zapobiegających pojawieniu się konkretnego niebezpieczeństwa dla chronionego dobra, ale także podjęcie wszelkich działań zmierzających do obniżenia stopnia konkretnego niebezpieczeństwa dla dobra istniejącego już w chwili aktualizacji jego obowiązku³¹⁴. Uchylenie art. 163 d.kk nie spowodowało luki w penalizacji, ponieważ nieudzielenie pomocy wbrew obowiązkowi „powinno być traktowane jako przyczynienie się do bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, co uzasadnia odpowiedzialność z art. 160 § 2 w zw. z art. 2 kk³¹⁵. Takie stanowisko zajęł też Sąd Najwyższy: funkcję przepisu art. 163 d.kk przejęły przepisy art. 160 § 2 i 3 kk w powiązaniu z art. 2 kk³¹⁶.

Zgodnie z tym ujęciem nie ma przeszkód, żeby do odpowiedzialności karnej pociągnąć lekarza, który wprawdzie sam nie wywołał stanu niebezpieczeństwa ani go nie zwiększył, ale zaniechał podjęcia niezbędnych działań i zaistniałego niebezpieczeństwa nie zmniejszył. Warunkiem odpowiedzialności jest, żeby zastane niebezpieczeństwo miało charakter bezpośredni, a na lekarzu ciążył obowiązek opieki nad pacjentem. Istotą niebezpieczeństwa z art. 160 kk jest nie tyle zmiana w świecie zewnętrznym, ile fakt, że prowadzi ono do dalszej zmiany³¹⁷. Dzięki szerokiej definicji skutku przestępstwo z art. 160 kk jest nadal uznawane za materialne³¹⁸.

Nie można – oczywiście – kwestionować, że bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jest zmianą w świecie zewnętrznym. Wątpliwości budzi jedynie uznanie,

że ten skutek został wywołany (*sprowadzony, spowodowany*) przez daną osobę w sytuacji, gdy zaistniał już wcześniej. Z drugiej strony trudno uznać przestępstwo z art. 160 kk za formalne, skoro każdorazowo przeprowadzamy tzw. test zachowania alternatywnego, a przypisanie odpowiedzialności nie opiera się wyłącznie na potwierdzeniu nagannego zachowania w formie zaniechania.

Warto w tym miejscu przytoczyć stanowisko reprezentowane w orzecznictwie sądowym. Otóż sądy powszechnie przyjmują odpowiedzialność lekarza, który wprawdzie nie zwiększył istniejącego poziomu zagrożenia, ale też nie zmniejszył niebezpieczeństwa już istniejącego, chociaż obiektywnie było to możliwe. Zdaniem SN znamię narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo może zostać zrealizowane przez „niespowodowanie ustąpienia lub zmniejszenia niebezpieczeństwa³¹⁹, czyli poprzez jego „utrzymanie (nieodwrócenie)³²⁰.

Jednak niektóre orzeczenia mogą się okazać trudne do zinterpretowania. W sprawie sygn. III KK 77/11 Sąd Najwyższy przyjął, że jeśli wadliwe zachowanie nie ma wpływu na stan zagrożenia dla życia czy zdrowia określonej osoby, to „nie jest przyczynowe dla utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 160 § 1 kk³²¹. Nie jest jasne, czy dotyczy to przyczynowości w aspekcie utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (a zatem skutków z art. 155 i 156 kk), czy – zaistnienia bezpośredniego niebezpieczeństwa. Zdaniem SN „nie nastąpi wypełnienie znamion czynu zabronionego określonego w art. 160 kk, jeżeli sprzeczne z obowiązkiem prawnym zachowanie (działanie, zaniechanie) nie będzie miało wpływu na stan zagrożenia dla życia lub zdrowia określonej osoby³²². Nawet jeśli to sformułowanie jest sugestią przyjęcia przez sąd pierwszej z przedstawionych wyżej interpretacji skutku i narażenia, to przeczą temu pozostałe fragmenty uzasadnienia wyroku, w którym kilkakrotnie podkreślono konieczność ustalenia, czy prawidłowe leczenie wpłynęłoby na zmniejszenie zagrożenia dla życia pacjentki. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy „również sytuacji, gdy źródło narażenia [tych dóbr] znajdzie się poza możliwością oddziaływania osoby prawnie zobowiązanej do określonego zachowania³²³. Gdyby przyjąć, że niezmiennienie poziomu zagrożenia *a limine* wyklucza odpowiedzialność za narażenie w rozumieniu art. 160 kk, to zbyt liczne stałoby się ustalanie, czy prawidłowe działanie mogło to zagrożenie zmniejszyć.

Za szerokim ujęciem skutku z art. 160 kk opowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku sygn. III KK 453/17³²⁴. Sąd kasacyjny jednoznacznie wyraził aprobatę dla stanowiska Marka Bielskiego i przytoczył obszerny fragment wypowiedzi tego autora: „W wypadku zaniecha-

311 A. Wróbel, *Glosa...*, „Palestra” 2015/3–4, s. 137.

312 P. Kardas, *O osobliwościach...*, „Państwo i Prawo” 2022/11, s. 99–100.

313 R. Tymiański [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiański, art. 160, s. 226, 251.

314 J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 14; por. M. Bielski, *Prawnikarstwo...*, „Przebieg Sądowy” 2005/4, s. 124; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 614; Co do obowiązków gwaranta – por. T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 190; K. Piątkowska, *Wybrane...*, s. 77.

315 A. Marek, *Kodeks...*, art. 160, teza 5; por. J. Kulesza, *Granice...*, „Prokuratura i Prawo” 2006/7–8, s. 118; J. Kulesza, *O odpowiedzialności...*, „Państwo i Prawo” 2006/9, s. 51; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 410; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 612; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 53.

316 Wyrok SN z dnia 5 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 347/99.

317 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 410.

318 Jak to ujęła K. Daszkiewicz: przestępstwo uznaje się za skutkowe lub bezskutkowe w zależności od tego, jak rozumiany jest skutek (K. Daszkiewicz, *Przestępstwa...*, s. 394). Zdaniem P. Kardasa przestępstwa konkretnego narażenia nigdy nie mają postaci przestępstw formalnych (P. Kardas, *O osobliwościach...*, „Państwo i Prawo” 2022/11, s. 104, przypis 28). Dla M. Filara zaniechanie uchylenia niebezpieczeństwa to „formalne w swej istocie przestępstwo z narażenia” (M. Filar, *Glosa...*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2012/5 poz. 49, s. 323).

319 Wyrok SN z dnia 24 września 2015 r. V KK 228/15.

320 Wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13; postanowienie SN z dnia 12 sierpnia 2020 r. sygn. III KK 41/19; wyrok SA w Łodzi z dnia 19 marca 2015 r. sygn. I ACa 1219/14; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II AKA 470/21.

321 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11.

322 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11. Należy dodać, że w omawianej sprawie stan pacjentki ulegał zmianie (zmarła dzień po przyjęciu do szpitala z powodu krwaka śródmózgowego).

323 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11.

324 Wyrok SN z dnia 4 października 2018 r. sygn. III KK 453/17.

nia wymaganych działań przez gwaranta nienastąpienia skutku, skutek co do przestępstw materialnych dokonanych przez zaniechanie będzie polegał zarówno na wywołaniu stanu zwiększającego owo niebezpieczeństwo, jak i na utrzymaniu się poziomowi owego niebezpieczeństwa zastanego przez gwaranta w chwili aktualizacji jego obowiązku działania. Wynika to z treści obowiązku gwaranta, którego zadaniem jest nie tylko podjęcie działań zapobiegających pojawieniu się konkretnego niebezpieczeństwa dla chronionego dobra, ale także podjęcie wszelkich działań zmierzających do obniżenia stopnia konkretnego niebezpieczeństwa dla dobra istniejącego już w chwili aktualizacji jego obowiązku. [...] W przypadku zaniechania wymaganych od podmiotu obowiązków gwaranta konieczne będzie stwierdzenie, że dopełnienie ciężących na nim powinności pozwoliłoby uniknąć wystąpienia stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa lub pozwoliłoby na zmniejszenie poziomu istniejącego wcześniej bezpośredniego niebezpieczeństwa³²⁵.

Ten pogląd Sąd Najwyższy powtórzył w wyroku sygn. III KK 411/21³²⁶: „skutek co do przestępstw materialnych dokonanych przez zaniechanie polega [m.in.] na utrzymaniu się poziomu [...] niebezpieczeństwa zastanego przez gwaranta w chwili aktualizacji jego obowiązku działania”, a „wynika to z treści obowiązku gwaranta [...]”. W sprawie tu omawianej trzy zespoły biegłych uznały, że lekarze nieprawidłowo opisali wynik badania TK śledziony, skoro nie dostrzegli uszkodzenia tego narządu, powodującego krwawienie. Wątpliwości dotyczyły tego, czy w rzeczywistości pacjent doznał pęknięcia śledziony, uszkodzenia torebki śledziony czy uszkodzenia mięszonego tego narządu. Dwa zespoły biegłych uznały, że nieprawidłowości w opisach śledziony narażały pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 160 § 1 kk.

Nie ulega wątpliwości, że lekarz ma obowiązek zapobiegać niebezpieczeństwu dla życia i zdrowia pacjenta, podejmować kroki zmierzające do uchylenia czy chociażby do ograniczenia tego niebezpieczeństwa, a także do zmniejszenia cierpień pacjenta. Lekarz jest zobowiązany do tego, „by odwracać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia, a nie tylko do tego, by go nie zwiększać”³²⁷. Zaniechanie podjęcia tych czynności będzie błędem, ale samo naruszenie reguł ostrożnego i starannego zachowania nie jest równoważne ze skutkiem³²⁸.

W omawianej sprawie niedostrzeżenie uszkodzenia śledziony (co znalazło wyraz w wadliwym opisie badania TK) stanowiło uchybienie, ponieważ okazało się niezgodne z regułami postępowania obowiązującymi lekarzy radiologów. W tego rodzaju sprawach dla stwierdzenia, czy doszło do skutku z art. 160 kk, należałoby odpowiedzieć na pytania, czy i w jaki sposób błąd w opisie wpłynął na diagnozę, czy doprowadził do zaniechania leczenia w tym aspekcie i jak to zaniechanie wpłynęło na sytuację pacjenta – np. istniejące po urazie niebezpieczeństwo na skutek zaniechania właściwego leczenia osiągnęło poziom

bezpośredniości, to niebezpieczeństwo uległo zwiększeniu albo na skutek zwłoki w leczeniu pomniejszono szanse pacjenta na skuteczne leczenie. Niestety, z uzasadnienia orzeczenia nie wynika, jak wyglądało dalsze leczenie pacjenta i kiedy dostrzeżono, że opis badania TK był błędny. Możliwe, że w przypadku krwawienia ze śledziony poziom niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pacjenta ulegał dalszemu pogłębieniu, a lekarz nie tylko utrzymał stan niebezpieczeństwa, lecz także doprowadził do jego zwiększenia (a dokładnie: zaniechał podjęcia czynności, które mogły zapobiec zwiększeniu niebezpieczeństwa, więc w efekcie to zagrożenie rzeczywiście uległo zwiększeniu).

Nawet jeśli przyjmujemy szerokie rozumienie skutku, to nie oznacza to jeszcze akceptacji dla stwierdzenia – pojawiającego się, niestety, w opiniach sędziów-lekarzy – że „skoro popełniono błąd, to znaczy, że narażono życie i zdrowie pacjenta”. W sprawach medycznych należy każdorazowo zbadać, czy „czynności diagnostyczne i lecznicze oskarżonego miały, mogły mieć albo nie miały wpływu na poziom zagrożenia dla zdrowia lub życia” konkretnego pacjenta „w okresie sprawowania dyżuru lekarskiego lub w okresie późniejszym”³²⁹. Jeśli w sprawie sygn. III KK 77/11, wyżej omawianej, skutkiem błędu w opisie badania okazało się jedynie utrzymanie – istniejącego wcześniej – stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa, to z myślą o przypisaniu odpowiedzialności z art. 160 kk należałoby dodatkowo odpowiedzieć na pytanie: jak wyglądałoby właściwe postępowanie (rzetelny opis badania i prawidłowe postępowanie lecznicze, na nim oparte) oraz czy w tym konkretnym przypadku dawało ono realną szansę na uchylenie lub chociażby na zmniejszenie zagrożenia dla życia pacjenta? Być może nie ma tu znaczenia, czy w rzeczywistości doszło do pęknięcia śledziony, czy – do uszkodzenia torebki, ale również tę kwestię należy wyjaśnić, a wszelkie wątpliwości powinny zostać uwzględnione na korzyść oskarżonego zgodnie z art. 5 § 2 kpk.

W orzeczeniu sygn. III KK 224/22³³⁰ Sąd Najwyższy przedstawił stanowisko, zgodnie z którym zachowanie przestępcze „zachodzi także wtedy, gdy gwarant nienastąpienia skutku nie podejmie działania, utrzymując poziom niebezpieczeństwa (którego sam nie spowodował i nie wywołał) dla dobra, które ma ochraniać”. Sprawa dotyczyła położnej oskarżonej o zlekceważenie nadzoru nad rodzącą, o zaniechanie monitorowania akcji porodowej za pomocą ktg i o brak reakcji na objawy niedotlenienia płodu – co doprowadziło do niedotlenienia, a następnie do urodzenia noworodka w ciężkiej zamartwicy i do wystąpienia u niego encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej, stanowiącej inne ciężkie kalectwo, tj. o przestępstwo kwalifikowane kumulatywnie z art. 160 § 2 kk oraz z art. 156 § 1 pkt 2 w zw. z § 2 kk. W I instancji przypisano oskarżonej wyłącznie odpowiedzialność za czyn zabroniony z art. 160 § 2 kk i postępowanie warunkowo umorzono. Powodem oddalenia kasacji od drugoinstancyjnego wyroku uniewinniającego był brak pewności co do tego, czy podjęcie wcześniej prawidłowych działań dawałoby realne szanse na zmniejszenie stanu zagrożenia dla życia pacjentek (matki i córki). Sąd Najwyższy nie zakwestionował

325 M. Bielski, *Prawnokarne...*, „Przegląd Sądowy” 2005/4, s. 125–126, 129.

326 Wyrok SN z dnia 4 stycznia 2022 r. sygn. III KK 411/21.

327 M. Bielski, *Prawnokarne...*, „Przegląd Sądowy” 2005/4, s. 128; H. Kuczyńska, *Glosa...*, „Palestra” 2012/7–8, s. 132; K. Wiak [w:] A. Grzeszkowiak, K. Wiak, *Kodeks...*, art. 160, nr 5; D. Wąsik, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2017/3, s. 12.

328 Por. R. Tymiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiński, art. 160, s. 234.

329 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11.

330 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2022 r. sygn. III KK 224/22.

samego powstania skutku (zaistnienia bezpośredniego niebezpieczeństwa) – zakwestionował jedynie możliwość jego przypisania oskarżonej. Jednak w istocie okazuje się wielce prawdopodobne, że poziom niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia rodzącej i jej dziecka ulegał z biegiem czasu pogłębieniu. Ryzyko poważnych uszkodzeń i śmierci płodu wzrasta wszakże w zależności od długości trwania stanu niedotlenienia. Nie ma to – oczywiście – znaczenia w postępowaniu, w którym wynik testu zachowania alternatywnego nie pozwolił na przypisanie skutku.

W tego rodzaju sprawach należy ustalać m.in., kiedy można było dostrzec pierwsze objawy niedotlenienia, jakie działania należało wtedy podjąć, jak długo zwlekano z podjęciem właściwych działań (rozwiązaniem ciąży), na czym polegało niebezpieczeństwo dla każdego z pokrzywdzonych (matki i dziecka), czy i w jakim stopniu uległo ono zmianie od momentu przejścia opieki nad rodzącą przez konkretną położną czy lekarza, kiedy osiągnęło etap bezpośredniości oraz czy i kiedy istniała jeszcze szansa na jego zmniejszenie.

W piśmiennictwie prawniczym zaaprobowano stanowisko, zgodnie z którym niezmnieszenie zaistniałego wcześniej niebezpieczeństwa dla życia albo zdrowia innego człowieka realizuje znamiona z art. 160 kk³³¹. Nieopóźnienie wystąpienia skutku jest uważane za równoważne z jego spowodowaniem³³². Skutek z art. 160 kk nie zachodzi tylko wtedy, gdy „brakuje możliwości wpływu na poziom niebezpieczeństwa, nawet przy prawidłowym (zgodnym z normą) zachowaniu”³³³. Trzeba zatem wykazać, że pacjent znalazł się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia oraz że lekarz miał obowiązek to niebezpieczeństwo odwrócić i mógł mu zapobiec lub je zmniejszyć³³⁴.

W tym miejscu jeszcze raz należy podkreślić, że samo stwierdzenie utrzymania zastanego poziomu niebezpieczeństwa nie jest równoważne z przypisaniem skutku. Jak to ujął SN: „o skutku w postaci narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo nie będzie mowy w sytuacji, gdy mimo nieodpowiedniego działania lekarza w ogóle nie dojdzie do zmiany stanu leczonego przez niego pacjenta, a jednocześnie będzie można stwierdzić, że w danej sytuacji faktycznej nie można było podjąć żadnych innych działań leczniczych, które ów skutek byłyby w stanie odwrócić”³³⁵. Istotny jest wszakże wynik testu zachowania alternatywnego, czyli odpowiedź na pytanie, czy podjęcie wymaganych działań, których

ostatecznie lekarz zaniechał, pozwoliłoby osiągnąć cel w postaci zmniejszenia konkretnego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pacjenta³³⁶. To już płaszczyzna nie tyle stwierdzenia i opisanie skutku, ile jego przypisania. Nie ma przy tym znaczenia, czy właściwe zachowanie lekarza mogło całkowicie odwrócić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta (zapobiec naruszeniu chronionego dobra) – wystarczy, że mogło je zmniejszyć³³⁷.

Podsumowanie:

Przestępstwo z art. 160 § 1 kk ma charakter skutkowy. Narażenie może polegać na przeniesieniu pacjenta w stan bezpośredniego niebezpieczeństwa (choć wcześniej mu ono nie groziło), na zintensyfikowaniu istniejącego już wcześniej niebezpieczeństwa, ale też na utrzymaniu (niezmniejszeniu) zaistniałego wcześniej bezpośredniego niebezpieczeństwa – jeśli jego zmniejszenie było realnie możliwe, a sprawca miał obowiązek podjęcia działania w tym kierunku.

3. Nieprawidłowe zachowanie a skutek

Pomimo zarysowanych wyżej wątpliwości co do rozumienia skutku na gruncie art. 160 kk przytoczone orzeczenia sądowe nie upoważniają do przyjęcia tezy, jakoby przestępstwo z art. 160 kk popełnione przez zaniechanie miało charakter formalny, ani nie pozwalają na oparcie odpowiedzialności karnej wyłącznie na potwierdzeniu wadliwego zachowania lekarza lub innego członka personelu medycznego. Organ procesowy – z pomocą biegłych – każdorazowo musi wykazać m.in., czy i kiedy pokrzywdzony znalazł się w stanie niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia, na czym to niebezpieczeństwo polegało oraz czy i kiedy stało się bezpośrednie. Biegły, który w opinii potwierdzi, że doszło do narażenia życia albo zdrowia pacjenta, będzie musiał wykazać, które konkretne elementy stanu faktycznego za tym przemawiają i jak znaczne było to zagrożenie³³⁸. Konieczne jest ustalenie rzeczywistego wpływu wadliwego zachowania na stan pokrzywdzonego³³⁹. Samo postawienie błędnej diagnozy nie oznacza jeszcze zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta³⁴⁰. Przypisywanie niebezpieczeństwu waloru bezpośredniości pomimo nikłego prawdopodobieństwa wystąpienia ujemnego skutku zdrowotnego, a zatem – wyłącznie przez przyzmat wadliwości zachowania, uznać należy za błąd³⁴¹.

Oczywiście, rozstrzygnięcie skomplikowanych zagadnień prawnych, związanych ze skutkowym charakterem przestępstwa z art. 160 kk i z problematyką przypisania skutku, nie jest zadaniem biegłych. Jakikolwiek wątpliwości w tym zakresie powinien wyjaśnić organ

331 M. Bielski, *Prawnokarne...*, „Przebieg Sądowy” 2005/4, s. 123; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 23; M. Królikowski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, art. 160, nr 20; E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 91; E. Zatyka, *Lekarski...*, s. 39; A. Fiutak, *Prawo...*, s. 146; A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna...*, s. 76; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 330; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 612; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa...*, s. 440; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 53; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 332–333; A. Wróbel, *Glosa...*, „Palestra” 2015/3–4, s. 137; M. Filar, *Przestępstwa...*, s. 333; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 99 (Jednak zarazem – według tego autora – jeśli niebezpieczeństwo pierwotne było skrajnie i nie można było go zwiększyć, to nie ma podstaw do uznania narażenia” – ibidem, s. 109. Należałoby tu chyba postawić dodatkowe pytanie: czy niebezpieczeństwo to można było zmniejszyć?). Zdaniem R.A. Stefańskiego niebezpieczeństwo, o którym mowa w art. 160 kk, nie może pochodzić od innej osoby lub z innych źródeł, np. z sił przyrody (R.A. Stefański, *Prawo...*, s. 136.

332 M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 333.

333 J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 267; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 105.

334 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 110.

335 Wyrok SN z dnia 21 września 2006 r. V KK 10/06. Z treści orzeczenia wynika, że oba warunki (brak zmiany w stanie leczonego pacjenta i brak możliwości odwrócenia niebezpieczeństwa) muszą wystąpić łącznie, żeby wykluczyć odpowiedzialność za przestępstwo z art. 160 kk.

336 Wyrok SN z dnia 21 września 2006 r. V KK 10/06; wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. sygn. II AKa 59/17.

337 Wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13; D. Wąsik, *Metodyka...*, s. 43.

338 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 79.

339 K. Łukasik, *Odpowiedzialność...*, s. 293.

340 P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, WPP 2020/1, s. 75.

341 G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty...* (II), „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001/2, s. 109; A. Górski, *Glosa...*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2001/6 poz. 94, s. 319.

procesowy, który jednak będzie mógł to uczynić wyłącznie z wykorzystaniem fachowej wiedzy ekspertów. Wymaga podkreślenia, że nie bez powodu prokurator odrębnie zadaje pytanie o prawidłowość postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, a odrębnie – o skutki ewentualnych uchybień, m.in. o to, czy pacjent znalazł się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Są to wszakże dwie odmienne kategorie. Stwierdzenie, że w toku leczenia popełniono błędy, nie jest jednoznaczne ze stwierdzeniem, że życie (albo zdrowie) pacjenta zostało narażone³⁴². Oczywiście, reguły postępowania służą ograniczeniu ryzyka dla dóbr prawnych i złamanie tych reguł przekłada się potencjalnie na zwiększenie niebezpieczeństwa, ale pamiętać należy, że dla przypisania odpowiedzialności karnej z art. 160 kk to narażenie ma mieć charakter konkretny, a niebezpieczeństwo – bezpośredni. Stwierdzenie, że w danej sytuacji nie doszło do powstania karalnego skutku, nie oznacza wcale aprobaty dla wadliwego zachowania lekarza.

Warto w tym miejscu przedstawić stan faktyczny i rozstrzygnięcie, które zapadło w sprawie sygn. V KK 342/15³⁴³. Lekarzowi zarzucono, że w prywatnym gabinecie ginekologiczno-położniczym przeprowadził zabiegi, podczas których stosował krótkotrwałe znieczulenie ogólne w postaci dożylniej iniekcji leku Propofol 1% Fresenius oraz dopuścił się licznych uchybień, czym – zgodnie z aktem oskarżenia – naraził pacjentki na ryzyko wystąpienia skutków związanych ze stosowaniem środka znieczulającego – w postaci zaburzeń oddechowych, zaburzeń krążeniowych ze spadkami ciśnienia i bradyarytmią aż do zatrzymania krążenia, a w konsekwencji naraził te kobiety na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Wskazany lek mógł być aplikowany przez anestezjologów, na oddziałach intensywnej terapii, ponadto nie można go było stosować w położnictwie, w okresie ciąży i karmienia piersią. Lekarz nie miał specjalizacji z zakresu anestezjologii, w zabiegach nie uczestniczyli ani anestezjolog, ani pielęgniarka anestezjologiczna, a gabinet nie był wyposażony w środki techniczne niezbędne do zabiegów znieczulenia ogólnego. Ponadto oskarżony nie prowadził dokumentacji medycznej, a przed zabiegami nie przeprowadzał ani wywiadu lekarskiego, ani stosownego badania. Pomimo złamania rozlicznych reguł ostrożności przez ginekologa Sąd Najwyższy oddalił kasację od wyroku uniewinniającego oskarżonego od zarzutu popełnienia ciągu przestępstw z art. 160 § 2 kk.

Zdaniem SN „bezpośrednie niebezpieczeństwo nie może być [...] utożsamiane z potencjalnym ryzykiem wystąpienia skutków w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ryzyko takie bowiem występowało w odniesieniu do pacjentek wskazanych w zarzutach”. Sąd zwrócił uwagę, że biegli wydający opinie w toku postępowania zdawali się stawiać znak równości między naruszeniem reguł stosowania środka Propofol 1% Fresenius

i ryzykiem powikłań z tym związanym a narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Tymczasem „ustawodawca nie bez powodu użył w odniesieniu do tego niebezpieczeństwa przymiotnika »bezpośrednie«, który ogranicza zakres odpowiedzialności karnej z art. 160 kk³⁴⁴. Pacjentki przed zabiegiem nie znajdowały się w stanie zagrożenia dla życia lub zdrowia, czego na szczęście nie zmieniło podanie leku (natomiast ryzyko związane z samym zabiegiem uznać należy za dopuszczalne, skoro kwestionowano nie zasadność jego podjęcia, ale jedynie rodzaj i warunki przeprowadzenia znieczulenia).

W innym orzeczeniu (sygn. WA 26/11) SN stwierdził, że nie każde zaniechanie przeprowadzenia badania prowadzi do narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. To „*in concreto* każdorazowo powinien rozstrzygać sąd po przeprowadzeniu wolnego od wad postępowania dowodowego połączonego ze zgodną z art. 7 kpk oceną zebranych dowodów³⁴⁵”.

Aby zobrazować to zagadnienie, można też podać inny przykład: przed podaniem penicyliny przytomnemu pacjentowi lekarz powinien zapytać, czy chory nie jest uczulony na ten antybiotyk. Lekarz narusza reguły postępowania z dobrem prawnym, gdy takiego pytania nie zada. Jeśli okaże się, że pacjent miał alergię i jego stan się pogorszył, to w zależności od zaistniałego skutku lekarz będzie mógł odpowiadać za przestępstwo z art. 155, z art. 156, z art. 157 czy z art. 160 kk. Można powiedzieć, że w takiej sytuacji wraz z podaniem leku potencjalne ryzyko skonkretyzowało się jako zagrożenie dla życia i zdrowia danego pacjenta, a to niebezpieczeństwo ziściło się potem (lub nie) w postaci śmierci lub uszczerbku na zdrowiu. Jeśli jednak pacjent nie był uczulony na penicylinę, to czyn lekarza pozostanie bezskutkowy, chociaż samo niezadanie obowiązkowego pytania nadal będziemy uważać za uchybienie. Jeszcze raz należy zatem przestrzec przed niejako automatycznym przenoszeniem oceny zachowania na ocenę, czy wystąpił skutek w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa. Trzeba przy tym pamiętać, że wadliwe zachowanie stanowi tylko jedną z przesłanek odpowiedzialności karnej.

Nie inaczej jest w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, przez położną czy przez ratownika będących pod wpływem alkoholu. Wywołuje to słuszne oburzenie, ale nie oznacza automatycznie przypisania tym osobom odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 kk. Tylko wyjątkowo, m.in. ze względu na stopień upojenia alkoholowego (i związane z tym zaburzenia psychomotoryczne) oraz na rodzaj wykonywanych czynności, możliwe będzie przyjęcie, że doszło do realizacji skutku³⁴⁶. W tego rodzaju

342 Por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18. Wobec tego nieco mylące może okazać się stwierdzenie, że dla przyjęcia odpowiedzialności niezbędne jest m.in. „powstanie zmiany w świecie zewnętrznym, tj. w realiach niniejszej sprawy[,] stwierdzenie wystąpienia błędu diagnostycznego” (postanowienie SN z dnia 5 czerwca 2019 r. sygn. III KK 212/18), zwłaszcza że błąd polegał na zaniechaniu dalszej diagnostyki.

343 Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15.

344 Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15; por. E. Skupień, F. Bolechała, *Odpowiedzialność... „Z Zagadnień Nauk Sądowych”* 2007, t. LXXII, s. 412.

345 Wyrok SN z dnia 21 września 2011 r. sygn. WA 26/11. SN podkreślił jednak, że nie chodzi tu o kwestionowanie celowości diagnostyki w sytuacjach, w których dostępne metody nie dają całkowitej pewności ani wykrycia konkretnego schorzenia, ani wdrożenia właściwego, skutecznego leczenia.

346 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 558; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa...*, s. 431; T. Jurek, B. Świątek, R. Drodz, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach nietrzeźwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2009/2, s. 76; T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/4, s. 230; por. J. Zajdel, *Prawo...*, s. 214.

sprawie prokurator – z pomocą biegłego – będzie musiał ustalić sytuację zdrowotną każdego z pacjentów, nad którymi opiekę sprawował nietrzeźwy medyk³⁴⁷, i odpowiedzieć na pytanie, czy pacjent został przeniesiony w stan bezpośredniego zagrożenia, czy grożące mu już wcześniej niebezpieczeństwo uległo zintensyfikowaniu albo czy pracownik medyczny nie uchylił (nie zmniejszył) bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego pacjentowi, chociaż obiektywnie było to możliwe.

Warto tu odwołać się do orzeczeń sądowych dotyczących sprawowania opieki nad dziećmi przez rodziców będących w stanie nietrzeźwości. W sprawie sygn. III KK 87/12³⁴⁸ ustalono, że pijana matka usnęła na klatce schodowej i pozostawiła bez opieki czworo dzieci w wieku: 9 miesięcy, 7 lat, 9 lat i 15 lat, którymi zaopiekowali się sąsiedzi. W postępowaniu sygn. III KK 17/10³⁴⁹ rozpoznano sprawę pijanych rodziców, którzy mieli pod opieką dzieci w wieku 8 i 15 lat. W obu przypadkach SN, po rozpatrzeniu kasacji Prokuratora Generalnego złożonych na korzyść oskarżonych, uniewinnił rodziców od zarzutów popełnienia przestępstw z art. 160 § 2 kk. Sąd kasacyjny zarzucił oskarżycielowi i sądom I instancji, że nie wykazali, na czym miałyby polegać niebezpieczeństwo będące znamieniem wymienionych czynów zabronionych³⁵⁰. Zdaniem SN „trudno przyjąć, że samo niesprawowanie opieki nad dziećmi [...] było w stanie takie niebezpieczeństwo wytworzyć” w sytuacji, gdy pokrzywdzeni nie byli od tej opieki „bezpośrednio uzależnieni”³⁵¹. Wątpliwości SN wzbudziło też przewożenie dzieci w samochodzie bez fotelików ochronnych przez kierowcę w stanie nietrzeźwości, skoro „art. 160 kk nie stanowi generalnego typu penalizującego sprowadzenie jakiegokolwiek niebezpieczeństwa dla innych osób”³⁵².

W sprawach medycznych nietrzeźwy pracownik medyczny będzie podlegał odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 kk, jeśli zostanie wykazane, że jego obiektywnie wadliwe działanie sprowadziło lub zintensyfikowało stan niebezpieczeństwa albo też że poprzez zaniechanie nie zapobiegł on powstaniu niebezpieczeństwa, a co do zagrożenia już istniejącego – nie uchylił go ani nie zmniejszył. We wszystkich tych sytuacjach chodzi o bezpośrednie niebezpieczeństwo grożące konkretnemu pacjentowi. Nie ma – oczywiście – obowiązku wykazania, że stan zdrowia pacjenta uległ pogorszeniu, ponieważ narażeniem

347 T. Jurek, B. Świątek, R. Drozd, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach nietrzeźwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2009/2, s. 75 (autorzy podają przykład chorego z powierzchowną raną palca – taki pacjent jest „daleko” od możliwości utraty życia lub powstania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, bez względu na stopień upojenia alkoholowego lekarza, który się nim zajmuje); G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty... (III)*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001/4, s. 348.

348 Wyrok SN z dnia 29 maja 2012 r. sygn. III KK 87/12.

349 Wyrok SN z dnia 2 lutego 2010 r. sygn. III KK 17/10.

350 Można tu przytoczyć również stan faktyczny rozpatrywany w sprawie sygn. II KKN 377/97. Właścicielce sklepu mięsnego zarzucono, że nie zachowała należących warunków sanitarno-higienicznych, przez co nieumyślnie bezpośrednio narażała konsumentów na wystąpienie masowych zatruc pokarmowych, tj. o czyn z art. 160 § 3 d.kk. SN uwzględnił kasację obrońcy. Podkreślił, że w sprawie nie ustalono, aby ktokolwiek doznał zatrucia, nie przeprowadzono też badań laboratoryjnych artykułów spożywczych wystawionych do sprzedaży. Nie ustalono zatem wystąpienia skutku, o którym mowa w art. 160 § 3 d.kk (wyrok SN z dnia 3 grudnia 1999 r. sygn. II KKN 377/97).

351 Wyrok SN z dnia 2 lutego 2010 r. sygn. III KK 17/10. Jednak zdaniem K. Janczukowicza im niższy wiek dzieci i im dłużej trwa stan nietrzeźwości, tym bardziej zasadne może być przyjęcie odpowiedzialności nietrzeźwego opiekuna (K. Janczukowicz, *Sposoby...* pkt 2).

352 Wyrok SN z dnia 15 listopada 2017 r. sygn. IV KK 293/17 (w kasacji RPO zwrócił uwagę m.in. na takie okoliczności, jak niewielki przejechany dystans, pora nocna i czas przejazdu; wyrok skazujący sądu I instancji został przez SN uchylony); wyrok SA w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2021 r. sygn. AKA 483/21.

na bezpośrednio niebezpieczeństwo będzie np. przeprowadzenie operacji mózgu przez neurochirurga mającego we krwi dwa promile alkoholu. W odniesieniu do nietrzeźwego lekarza dyżurującego na szpitalnym oddziale ratunkowym trzeba będzie rozpatrzyć jednostkowo sytuację każdego z pacjentów pozostających w tym czasie pod opieką tej osoby. Co do zasady, niebezpieczeństwo wynikające wyłącznie z pełnienia określonych czynności przez nietrzeźwego pracownika medycznego ma charakter abstrakcyjny, a nie – konkretny³⁵³.

W opinii nie wystarczy zatem podać, że popełniono błąd. Należy jeszcze wykazać, jaki był wpływ uchybienia na sytuację konkretnego pacjenta. Jeszcze raz należy podkreślić, że samo uchybienie nie jest równoważne ze skutkiem, o którym mowa w art. 160 kk³⁵⁴. Jeśli zatem biegli za błąd uznają np. zaniechanie hospitalizacji, to należy wskazać, jakie procedury powinny zostać przeprowadzone w szpitalu (a ich przeprowadzenie nie było możliwe w domu) i jak mogło to wpłynąć na zdrowie pacjenta (czy mogło chociażby zmniejszyć zagrożenie i poprawić rokowanie). Jeśli błąd polegał na zaniechaniu przeniesienia pacjenta na inny oddział, trzeba wskazać, jakie zalety miałyby dla pacjenta leczenie na tym oddziale. Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy: umieszczenie chorego na określonym oddziale szpitalnym „nie jest celem samym w sobie”³⁵⁵.

Podsumowanie:

Stwierdzenie, że lekarz zachował się nieostrożnie i popełnił błąd, nie oznacza jeszcze, że pacjent znalazł się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Obie te przesłanki (nieprawidłowość w leczeniu i skutek) należy odrębnie ocenić i uzasadnić.

4. Kryteria bezpośredniości niebezpieczeństwa

Szczególna ochrona dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka przejawia się m.in. w rozszerzeniu penalizacji na przedpole naruszenia tych dóbr i na poddanie karze już samego ich narażenia. To poszerzenie ochrony karnoprawnej ma jednak granice³⁵⁶. Prawo karne może przecież zakazywać tylko takich zachowań, które powodują zagrożenie przekraczające pewien społecznie tolerowany poziom³⁵⁷. Całkowite wyeliminowanie zagrożenia dla życia i zdrowia nie jest możliwe, ponieważ takie zagrożenie immanentnie wiąże się z czynnościami codziennymi i siłą rzeczy z czynnościami medycznymi – nawet gdy są niezbędnymi.

353 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 134.

354 S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 331.

355 Postanowienie SN z dnia 10 grudnia 2008 r. sygn. IV KK 214/08.

356 Jednak skoro karalne jest narażenie na bezpośrednio niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a takim uszczerbkiem okazuje się m.in. choroba realnie zagrażająca życiu, to przy przyjęciu teoretycznej możliwości usiłowania przestępstw z konkretnego narażenia (por. R. Tymiński [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiński, art. 160, s. 252; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 7; J. Karnat [w:] *Kodeks...*, red. B. Gadecki, art. 160, nr 11; odmiennie: M. Królikowski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. M. Królikowski, R. Zawlocki, art. 160, nr 27) otrzymalibyśmy formułę „bezpośredniego zmierzania do bezpośredniego niebezpieczeństwa choroby realnie zagrażającej życiu”.

357 R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 1.

Zgodnie z art. 160 kk karalne jest narażenie nie na każde niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a tylko – narażenie na niebezpieczeństwo bezpośrednie. W sprawach medycznych ustalenie, czy niebezpieczeństwo grożące pokrzywdzonemu osiągnęło poziom (stopień, etap) bezpośredniości, jest jednym z trudniejszych zadań stojących przed organem procesowym, a zarazem przed biegłymi. Ostateczna decyzja o uznaniu niebezpieczeństwa za bezpośrednie należy do organu procesowego, ale to biegły przedstawia argumenty pozwalające na taką ocenę³⁵⁸. Określa on, czy dane zachowanie mogło doprowadzić do śmierci lub do powstania uszczerbku na zdrowiu, jakie było prawdopodobieństwo utraty życia lub zdrowia, kiedy takie niebezpieczeństwo zaistniało itd., a to daje organowi procesowemu przesłanki do ustalenia, czy zrealizowane zostały znamiona typu czynu zabronionego, w tym – skutek w postaci stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu³⁵⁹.

Na wstępie tych rozważań należy zaakcentować, że w przepisie jest mowa o „bezpośrednim niebezpieczeństwie”, a nie – o „bezpośrednim narażeniu”. Temu rozróżnieniu można przypisać istotne znaczenie praktyczne. Jeżeli farmaceuta przygotowuje wadliwy lek recepturowy, który tydzień później matka, nieświadoma pomyłki, poda noworodkowi, wskutek czego dziecko znajdzie się w stanie zagrożenia życia, to oceniać będziemy to, czy niebezpieczeństwo dla życia dziecka miało charakter bezpośredni. Będzie można natomiast pominąć rozważania, czy farmaceuta naraził życie dziecka bezpośrednio, czy – pośrednio (skoro to matka podała dziecku lek). Oczywiście, czasem ten łańcuch etapów pośrednich będzie karnoprawnie relewantny (np. lek poda pielęgniarka, która mogła odkryć pomyłkę), ale nie zmienia to faktu, że w stosunku do każdego uczestnika tego łańcucha będziemy rozstrzygać kwestię przypisania skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia dziecka. Do przypisania odpowiedzialności z art. 160 kk nie jest konieczne, żeby zachowanie sprawcy prowadziło bezpośrednio do skutku³⁶⁰ – to skutek ma polegać na bezpośredniości niebezpieczeństwa³⁶¹. Jak to zasadnie ujął Jarosław Wyrembak: ustawa wcale nie zakłada, że niebezpieczeństwo ma wynikać bezpośrednio z czynu sprawcy (i wykluczać przy tym ewentualny dalszy udział osób trzecich w jego kreacji) – wymaga tylko, żeby niebezpieczeństwo było niebezpieczeństwem bezpośrednim dla życia lub zdrowia³⁶². Odpowiedź na pytanie, czy zachowanie prowadziło (bezpośrednio lub nie) do niebezpieczeństwa dla dobra prawnego to kwestia przypisania skutku, natomiast zagadnienie, z jakim prawdopodobieństwem

i w jakim czasie niebezpieczeństwo prowadziło (mogło prowadzić) do naruszenia dobra – to kwestia bezpośredniości niebezpieczeństwa.

W orzecznictwie dotyczącym odpowiedzialności za czyn zabroniony z art. 160 kk wypracowano następujące kryteria bezpośredniości niebezpieczeństwa:

1. wysokie prawdopodobieństwo naruszenia dobra,
2. brak etapów pośrednich między przyczyną zagrożenia a naruszeniem dobra,
3. (względna) nieuchronność naruszenia dobra,
4. czasowa bliskość naruszenia dobra.

Pomimo językowej formuły *narażenia na niebezpieczeństwo* nie badamy osobno stopnia narażenia, a osobno – poziomu niebezpieczeństwa. Chodzi o niebezpieczeństwo śmierci, co można też byłoby wyrazić jako ryzyko³⁶³ śmierci, zagrożenie śmiercią czy narażenie na śmierć. Wobec czego pewne zdziwienie budzą sformułowania typu „sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla zachodzącego bezpośrednio niebezpieczeństwa”³⁶⁴, skoro w przepisie chodzi o zwiększenie (albo o niezmnieszenie) zagrożenia dla dobra prawnego, czyli o zwiększenie (niezmniejszenie) niebezpieczeństwa naruszenia tego dobra. To nie niebezpieczeństwo ma być wysoce prawdopodobne – to naruszenie dobra (śmierć pacjenta lub ciężki uszczerbek na zdrowiu) ma być bardzo prawdopodobne, żeby można było określić niebezpieczeństwo mianem bezpośredniego. To samo dotyczy pozostałych przesłanek bezpośredniości w rozumieniu art. 160 kk.

Według kryteriów tu podanych bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia to stan, o którym można powiedzieć, że: 1) pokrzywdzony z dużym prawdopodobieństwem umrze, 2) pokrzywdzony umrze, nawet jeśli nikt inny nie popełni błędu, a śmierć będzie następnym ogniwem łańcucha przyczynowego, 3) śmierć pokrzywdzonego jest nieuchronna (pokrzywdzony umrze, jeśli nikt nie udzieli mu skutecznej pomocy) oraz 4) pokrzywdzony umrze wkrótce lub jego śmierć jest możliwa w każdym czasie. Analogicznie będzie się przedstawiać narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (np. pokrzywdzony z dużym prawdopodobieństwem, wkrótce, bez ingerencji innych osób, straci wzrok itd.).

Ad 1 – wysokie prawdopodobieństwo naruszenia dobra

Zdaniem Sądu Najwyższego bezpośredniość w rozumieniu art. 160 kk należy rozumieć jako „nieuchronne następstwo dalszego niebezpiecznego dla życia lub zdrowia rozwoju sytuacji albo jako wysokie prawdopodobieństwo jego wystąpienia”³⁶⁵. Bezpośrednie niebezpieczeństwo „nie może być przy tym utożsamiane z potencjalnym ryzykiem wystąpienia

358 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadku...*, s. 79.

359 E. Augustyn, *Zarys...*, s. 176.

360 Wyrok SN z dnia 7 stycznia 1935 r. sygn. III K 1533/34; wyrok SN z dnia 28 października 1947 r. sygn. K 1279/47; wyrok SA w Gdańsku z dnia 17 grudnia 2013 r. sygn. II Aka 366/13; M. Dudzik, *Prawo...*, s. 33; B. Michalski, *Narażenie...*, s. 320; por. M. Nesterowicz, *Kilka...*, „Palestra” 1968/7–8, s. 50; K. Krupa-Lipińska, *Związek...*, „Prawo i Medycyna” 2012/3–4, s. 85 (w postępowaniu cywilnym); odmiennie: wyrok SN z dnia 18 stycznia 1982 r. sygn. II KR 308/81; wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2001 r. sygn. II KKN 521/98.

361 Inaczej jest w przypadku usiłowania naruszenia dobra – odpowiada za usiłowanie ten, kto swoim zachowaniem bezpośrednio zmierza do dokonania (art. 13 § 1 kk). Odmianą regulację zawiera też art. 161 kk, penalizujący bezpośrednio narażenie na zarażenie wirusem HIV lub chorobą weneryczną. Art. 160 kk podobnych wymogów nie zawiera. Por. M. Dudzik, *Prawo...*, s. 33.

362 J. Wyrembak, *Glosa...*, „Prawo i Medycyna” 2006/1, s. 131; B. Michalski, *Narażenie...*, s. 320.

363 Używam tu słowa ryzyko w potocznym znaczeniu. Na temat odróżnienia ryzyka od niebezpieczeństwa – por. R. Tymiański [w:] *Kodeks...*, red. R. Tymiański, art. 160, s. 232.

364 Wyrok SN z dnia 4 stycznia 2022 r. sygn. III KK 411/21.

365 Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15 (pewne wątpliwości może budzić kwestia, czego dotyczy tu zaimek jego); wyrok SN z dnia 15 listopada 2017 r. IV KK 293/17; wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. sygn. I ACa 893/17; wyrok SA w Warszawie z dnia 3 sierpnia 2020 r. sygn. V ACa 815/19.

skutków w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu³⁶⁶. Niebezpieczeństwo, o którym mowa w art. 160 kk, to „obiektywna sytuacja, stanowiąca pewien szczególnie układ rzeczy i zjawisk o charakterze dynamicznym, z którego rozwojem wiąże się wysokie prawdopodobieństwo nastąpienia uszczerbku obejmującego dobro prawne³⁶⁷”.

Sąd Najwyższy przyznał też, że przy ocenie prawdopodobieństwa „trudno precyzyjnie wytyczyć granicę”, której przekroczenie prowadzi do odpowiedzialności z art. 160 kk. Bezpośredniość jest kategorią oceną i każdorazowo wymaga odniesienia się do konkretnych okoliczności danej sprawy³⁶⁸. W sprawach o przestępstwo z art. 160 kk prawdopodobieństwo naruszenia dobra określane jest w orzecznictwie zazwyczaj jako duże³⁶⁹ lub wysokie³⁷⁰. Liczbowe wyrażenie tego prawdopodobieństwa może okazać się niemożliwe – statystyki dotyczące rokowań, powikłań itd. będą tutaj przydatne, ale ocena niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia dotyczy zawsze konkretnego pacjenta³⁷¹, z jego alergiami, wadami wrodzonymi, odpornością, historią wcześniejszych zachorowań i zabiegów itd. Kryterium wysokiego prawdopodobieństwa naruszenia dobra jako wyznacznik bezpośredniości niebezpieczeństwa powszechnie zaakceptowano w literaturze prawniczej³⁷².

W razie czasowej rozbieżności między zachowaniem a skutkiem „powinien zostać wykazany automatyzm dowodzący co najmniej wysokiego prawdopodobieństwa jego zaistnienia³⁷³”. Chodzi o „działanie lub zaniechanie, które wywołuje realny stan takiego zagrożenia³⁷⁴”. Należy przeciwstawić się tendencji do przypisywania niebezpieczeństwu waloru bezpośredniości pomimo nikłego i raczej teoretycznego prawdopodobieństwa wystąpienia następstw ujemnych dla pacjenta³⁷⁵.

366 Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15.

367 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II Aka 470/21.

368 Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15.

369 Wyrok SN z dnia 29 listopada 1973 r. sygn. Rw 902/73; wyrok SA w Katowicach z dnia 10 sierpnia 2017 r. sygn. II Aka 307/17; wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. sygn. I Aca 893/17; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II Aka 262/18; wyrok SA w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2021 r. sygn. Aka 483/21.

370 Wyrok SN z dnia 3 grudnia 1999 r. sygn. II KKN 377/97; postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 39/09; postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 134/09; postanowienie SN z dnia 19 stycznia 2011 r. sygn. IV KK 356/10; wyrok SN z dnia 29 maja 2012 r. sygn. III KK 87/12; wyrok SN z dnia 15 listopada 2017 r. sygn. IV KK 293/17; wyrok SN z dnia 21 września 2021 r. sygn. II KK 396/20; wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. sygn. I Aca 893/17; por. postanowienie SN z dnia 8 grudnia 2017 r. sygn. IV KK 104/07; wyrok SN z dnia 29 kwietnia 2021 r. sygn. IV KK 50/20; wyrok SA w Krakowie z dnia 5 maja 1994 r. sygn. II AKr 46/94; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r., sygn. II Aka 262/18.

371 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 83–84.

372 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 410; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 610; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa...*, s. 427; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 47; T. Jurek, B. Świątek, R. Drodz, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach nietrzeźwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2009/2, s. 74; I. Zduński, *Odpowiedzialność...*, s. 190; B. Michalski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. A. Wąsek, s. 378; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne...*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2006/8, s. 95; P. Szczurba [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczurba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność...*, s. 122; D. Wąsik, *Błędy i nieprawidłowości...*, „Prokuratura i Prawo” 2018/5, s. 75; M. Dudzik, *Pracow...*, s. 21; M. Szeremeta, R. Latosięwicz, A. Niemcunowicz-Janica, *Czy odpowiedź...*, s. 302; T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/4, s. 229; M. Cieślak, *Indywidualne...*, „Nowe Prawo” 1952/4, s. 19; A. Wróbel, *Bezpośrednie...*, „Zeszyty Prawnicze” 2012/12, s. 196; W. Radecki, *Przestępstwa przeciwko...*, s. 76; T. Hanausek, *Element...*, „Państwo i Prawo” 1964/12, s. 909; B. Michalski, *Narażenie...*, s. 301.

373 Wyrok SN z dnia 29 maja 2012 r. sygn. III KK 87/12; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II Aka 262/18.

374 Wyrok SN z dnia 25 lipca 1996 r. sygn. V KKN 48/96; wyrok SA w Krakowie z dnia 5 maja 1994 r. sygn. II AKr 46/94; wyrok SA w Katowicach z dnia 19 grudnia 2014 r. sygn. II Aka 427/14; wyrok SA w Łodzi z dnia 10 września 2015 r. sygn. II Aka 162/15; wyrok SA w Białymstoku z dnia 21 marca 2022 r. sygn. II Aka 263/21; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 84.

375 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne...*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2006/8, s. 96.

Ad 2 – brak etapów pośrednich między przyczyną zagrożenia a naruszeniem dobra

Zgodnie z definicją słownikową bezpośredni to „dotyczący kogoś lub czegoś wprost³⁷⁶ lub też „znajdujący się bardzo blisko, najbliższy³⁷⁷”, „niczym nieprzedzielony, nieoddzielony³⁷⁸”, występujący „bez pośrednictwa kogokolwiek³⁷⁹”, „taki, który nie ma ogniw pośrednich³⁸⁰”. W orzecznictwie przez stan bezpośredniego niebezpieczeństwa rozumie się „układ sytuacyjny [...] tego rodzaju, że w każdej chwili, bez jakiegokolwiek ingerencji człowieka, może doprowadzić do skutków w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pokrzywdzonego³⁸¹”. O realizacji znamion czynu zabronionego z art. 160 kk można mówić, gdy „nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji, bez konieczności pojawienia się jakichś nowych czynników dynamizujących, jest niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia³⁸²”. Chodzi o „zdarzenie, które znajduje się o krok od zaistnienia³⁸³”, „blisko »krawędzi«, na granicy – po przekroczeniu której realizuje się skutek biologiczny³⁸⁴”, „ostatni etap między niebezpieczeństwem dla określonego dobra a jego naruszeniem³⁸⁵”, gdy „wedle dającego się przewidzieć przebiegu przyczynowości [...] istnieją wszelkie realne przesłanki do przyjęcia, że następstwa, o których mowa w przepisie, zrealizują się w ramach następnego ogniw jej przebiegu³⁸⁶”.

Pojęcie *bezpośrednie* wyklucza natomiast każdą możliwość objęcia nim przypadków, w których „niebezpieczeństwo wprawdzie istnieje, ale jego realizacja zależy od ewentualnych dalszych działań sprawcy bądź innych osób³⁸⁷”. Nie można zatem kwalifikować jako

376 Słownik..., red. W. Doroszewski, s. 447; Słownik..., red. E. Wierzbicka, s. 51; *Praktyczny...*, red. H. Zgólkowa, s. 137; Słownik..., red. A. Sikorska-Michalak i O. Wojniłko, s. 157; *Słownik języka polskiego PWN* (<https://sjp.pwn.pl/szukaj/bezpo%20C5%9Bredni.html>); *Popularny...*, red. B. Dunaj, s. 30.

377 Słownik..., red. W. Doroszewski, s. 447.

378 Słownik..., red. W. Doroszewski, s. 447; J. Karłowicz, A. Kryński, W. Niedźwiedzki, *Słownik...*, s. 130; *Imny...*, red. M. Bańko, s. 85; *Słownik języka polskiego PWN* (<https://sjp.pwn.pl/szukaj/bezpo%20C5%9Bredni.html>).

379 Słownik..., red. E. Wierzbicka, s. 51; *Popularny...*, red. B. Dunaj, s. 30; J. Karłowicz, A. Kryński, W. Niedźwiedzki, *Słownik...*, s. 130; *Słownik...*, red. A. Sikorska-Michalak i O. Wojniłko, s. 157.

380 *Praktyczny...*, red. H. Zgólkowa, s. 137.

381 Wyrok SN z dnia 29 listopada 1973 r. sygn. Rw 902/73 („bez dalszej akcji ze strony sprawcy”); postanowienie SN z dnia 6 maja 2015 r. sygn. IV KK 33/15; wyrok SN z dnia 21 września 2021 r. sygn. II KK 396/20; wyrok SA w Krakowie z dnia 4 października 2007 r. sygn. II Aka 132/07 („bez dalszych możliwych działań sprawcy”); wyrok SA w Katowicach z dnia 10 sierpnia 2017 r. sygn. II Aka 307/17 („bez dalszej akcji z jego [sprawcy] strony”); wyrok SA w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2021 r. sygn. Aka 483/21.

382 Postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II Aka 262/18; B. Michalski, *Przestępstwa...*, s. 275; K. Buchala, *Przestępstwa...*, s. 85; A. Wróbel, *Wokół...*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2019/12, s. 56; A. Zoll, *Narażenie...*, s. 468; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 610–611; H. Kuczyńska, *Glosa...*, „Palestra” 2012/7–8, s. 133; J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 20. Skoro definiujemy bezpośredniość niebezpieczeństwa, to chyba bardziej precyzyjne byłoby sformułowanie, że „nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji, bez konieczności pojawienia się jakichś nowych czynników dynamizujących, jest utrata życia lub zdrowia”.

383 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadku...*, s. 81; por. T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/4, s. 229 („osiągnięcie stadium, którego dalszy rozwój wynika jedynie z czynnika losowego – brak skutku cielesnego jest wynikiem tylko szczęśliwego zbiegu okoliczności”).

384 T. Jurek, B. Świątek, R. Drodz, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach nietrzeźwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2009/2, s. 74.

385 R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 17.

386 M. Filar, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 42; B. Michalski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. A. Wąsek, s. 361; por. T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa...*, s. 430; E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 77; T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/4, s. 229; kryt. T. Hanausek, *Element...*, „Państwo i Prawo” 1964/12, s. 908.

387 Wyrok SA w Katowicach z dnia 20 marca 2003 r. sygn. II Aka 18/03; por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II Aka 262/18; wyrok SA w Warszawie z dnia 25 lutego 2022 r. II Aka 184/21; wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2022 r. sygn. II KK 216/21; I. Zduński, *Odpowiedzialność...*, s. 190.

występku z art. 160 kk działania sprawcy polegającego na wywołaniu „niebezpieczeństwa zależnego w istocie od powstania dalszych przyczyn, które nie są koniecznym, lecz możliwym skutkiem działania sprawcy”³⁸⁸. Chodzi zatem o „niebezpieczeństwo grożące wprost, bez konieczności włączenia się dalszego impulsu ze strony sprawcy, bądź dodatkowej przyczyny, co oznacza tak zaawansowaną sytuację, że można mówić o »bliskim skutku«³⁸⁹. Niebezpieczeństwo musi „faktycznie grozić przedmiotowo, a nie [–] tylko móc zagrażać przy braniu pod uwagę jakichś bliżej nieokreślonych, odległych możliwości”³⁹⁰. Zagrożenie jest bezpośrednie, jeśli „nie musi wystąpić żadne inne zdarzenie (element łańcucha przyczynowo-skutkowego), by w przyszłości wystąpił skutek w postaci naruszenia zagrożonego dobra prawnego”³⁹¹.

Ad 3 – (względna) nieuchronność naruszenia dobra

W wielu orzeczeniach jako kryterium bezpośredniości niebezpieczeństwa jest wymieniana nieuchronność naruszenia dobra³⁹². Zgodnie z wypowiedziami judykatury bezpośrednie niebezpieczeństwo to m.in. stan, gdy „nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji [...] jest niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia”³⁹³. Bezpośredniość z art. 160 § 1 kk rozumie się jako „nieuchronne następstwo dalszego niebezpieczeństwa dla zdrowia lub życia pokrzywdzonego”³⁹⁴. Jakkolwiek te sformułowania mogą budzić pewne wątpliwości³⁹⁵, można założyć, że za bezpośrednie niebezpieczeństwo uznaje się tu stan, którego nieuchronnym następstwem jest naruszenie dobra.

Nieuchronny to inaczej nieunikniony, niechybny, „taki, przed którym nie można się uchronić”³⁹⁶ czy „taki, o którym wiadomo, że nastąpi i nie można nic zrobić, żeby go uniknąć”³⁹⁷. W orzecznictwie przyjmuje się, że niebezpieczeństwo bezpośrednie to „niebezpieczeństwo nieuniknione”³⁹⁸. Jeśli chodzi tu o stan, w którym naruszenie dobra jest pewne, to

388 Wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2001 r. sygn. II KKN 430/98; por. wyrok SN z dnia 20 lutego 1934 r. sygn. II K 4/34; wyrok SN z dnia 26 kwietnia 1934 r. sygn. II K 366/34; wyrok SN z dnia 6 kwietnia 1957 r. sygn. III KRn 274/57; wyrok SN z dnia 18 listopada 1959 r. sygn. IV K 878/59; T. Cyprian, *Karna...*, s. 64; M. Filar, *Przestępstwa...*, s. 333.

389 Wyrok SA w Łodzi z dnia 28 sierpnia 2014 r. sygn. III AUa 412/14; por. K. Buchała [w:] *Kodeks...*, red. A. Zoll, art. 164, s. 336; R.A. Stefański, *Prawo...*, s. 136; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 47; A. Wróbel, *Bezpośrednie...*, „Zeszyty Prawnicze” 2012/12, s. 193.

390 Wyrok SN z dnia 30 grudnia 1937 r. sygn. III K 1326/37; por. J. Wojciechowski, *Kodeks...*, art. 160, s. 301.

391 Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2022 r. sygn. II KK 216/21; A. Zoll [w:] *Kodeks...*, red. A. Zoll, art. 160, s. 310 („gdy sytuacja nie wymaga włączenia się elementu dodatkowego”); A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 410 („gdy do dalszego rozwoju sytuacji przybliżającej powstanie [skutku] nie jest konieczne włączenie się w układ zdarzeń jakiegoś elementu dodatkowego”); B. Michalski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. A. Wąsek, s. 360.

392 Postanowienie SN z dnia 6 maja 2015 r. sygn. IV KK 33/15 (w nieuchronny sposób); postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17 (nieuchronne następstwo); wyrok SN z dnia 15 listopada 2017 r. sygn. IV KK 293/17; wyrok SA w Warszawie z dnia 25 lutego 2022 r. II AKA 184/21; por. A. Grześkowiak, *Okoliczności...*, s. 126.

393 Postanowienie SN z dnia 19 stycznia 2011 r. sygn. IV KK 356/10; postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17.

394 Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15; wyrok SN z dnia 15 listopada 2017 r. sygn. IV KK 293/17; wyrok SA w Warszawie z dnia 25 lutego 2022 r. II AKA 184/21; D. Wąsik, *Błędy i nieprawidłowości...*, „Prokuratura i Prawo” 2018/5, s. 75.

395 Bezpośredniość nie jest następstwem niebezpieczeństwa, jest jego cechą. Natomiast bezpośrednie niebezpieczeństwo raczej nie może być definiowane jako stan, którego następstwem jest niebezpieczeństwo.

396 *Słownik języka polskiego PWN* (<https://sjp.pwn.pl/szukaj/nieuchronny.html>).

397 *Wielki słownik języka polskiego* (<https://wsjp.pl/haslo/podglad/4334/nieuchronny>).

398 Wyrok SN z dnia 29 maja 2012 r. sygn. III KK 87/12; wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2022 r. sygn. II KK 216/21; wyrok SA w Łodzi z dnia 28 sierpnia 2014 r. sygn. III AUa 412/14; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18. Znowu pojawia się tu kontrowersja, czy to niebezpieczeństwo (jako skutek zachowania sprawcy) ma być nieuniknione, czy też raczej niebezpieczeństwo to stan, w którym naruszenie dobra jest nieuniknione.

nieuchronność nie stanie się odrębnym kryterium oceny niebezpieczeństwa³⁹⁹. Jako stuprocentowe prawdopodobieństwo będzie w najwyższym stopniu realizować kryterium omówione w punkcie 1. Pojawia się pytanie, na ile tak rozumiana nieuchronność może być przydatna do określenia poziomu niebezpieczeństwa w sprawach medycznych. Jeśli niebezpieczeństwa nie da się odwrócić ani zmniejszyć, czyli jeśli śmierć pacjenta jest pewna, to lekarzowi, który zastał pacjenta w tym stanie i niebezpieczeństwa nie odwrócił ani nie zmniejszył, nie będziemy mogli przypisać odpowiedzialności⁴⁰⁰. Zresztą w doktrynie zwrócono uwagę, że samo pojęcie niebezpieczeństwa zawiera możliwość nastąpienia ujemnego skutku, ale nie – jego konieczność⁴⁰¹, a z pewnością nie każde niebezpieczeństwo oznacza konieczność naruszenia dobra prawnego⁴⁰². Gdyby przez bezpośrednie niebezpieczeństwo rozumieć tylko takie, które bezwzględnie i nieodwołalnie musi się ziścić, art. 160 § 4 kk byłby normą pustą.

Oczywiście, stan, w którym śmierć pacjenta okazuje się nieunikniona, z pewnością uznamy za bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, tyle że brak tak rozumianej nieuchronności naruszenia dobra nie oznacza wcale, że niebezpieczeństwo nie będzie mogło zostać uznane za bezpośrednie. Pewność czy konieczność naruszenia dobra prawnego jest tu zatem mało przydatnym wyznacznikiem bezpośredniości niebezpieczeństwa. Innymi słowy: z faktu, że śmierć pacjenta nie była w danej sytuacji pewna, nie wynika wcale, że jego życie nie było w bezpośrednim niebezpieczeństwie.

Sprawdźmy, czy to kryterium okaże się pomocne, jeśli trochę inaczej (może nie do końca zgodnie z prymarnym znaczeniem słowa) zinterpretujemy nieuchronność. W sprawach medycznych niebezpieczeństwo dla życia pacjenta często polega na tym, że przed śmiercią może go uratować tylko interwencja lekarska. Można powiedzieć, że skutek w postaci śmierci nastąpi z pewnością (*nieuchronnie*), o ile nie podejmie się kroków zaradczych⁴⁰³. Problem polega na tym, że tak jest w wielu sytuacjach – ale nie zawsze. Z faktu, że np. przedawkowanie jakiegoś leku w 90% przypadków prowadzi do śmierci, nie wynika przecież automatycznie, że życie pozostałych 10% chorych nie znalazło się w bezpośrednim niebezpieczeństwie (a uniknęły śmierci bez żadnej terapii). Małe dziecko pozostawione przy niezabezpieczonej studni może uniknąć wypadku, nawet gdy nikt nie podejmie akcji ratunkowej, a raczej nie będzie wątpliwości, że jego życie było zagrożone w stopniu bezpośrednim. Niebezpieczeństwo ma wszakże to do siebie, że wraz z upływem czasu może się zwiększać (np. niedzielenie pomocy pacjentowi z zawałem mięśnia sercowego czy

399 Por. M. Dudzik, *Prawo...*, s. 22.

400 M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 331; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 88; Sytuacja będzie przedstawiała się inaczej, jeśli to lekarz doprowadził do stanu, w którym zgon był nieunikniony (pewny), ale wtedy po śmierci pacjenta lekarz będzie ponosił odpowiedzialność za przestępstwo z art. 155 kk. Sytuacja może się skomplikować, gdy pomimo pewności śmierci pacjent umrze na skutek włączenia się innej przyczyny, np. w zamachu.

401 T. Hanausek, *Uwagi...*, s. 79; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 41.

402 E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 68–70; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 111; M. Filar, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 42; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne...*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2006/8, s. 95.

403 Na gruncie art. 247 d.kk SN wyraził pogląd, że bezpośrednie zagrożenie życia oznacza taką sytuację, w której przy normalnym toku rzeczy człowiek musi umrzeć w najbliższym czasie, jeżeli pomoc nie przerwie procesu nieuchronnie prowadzącego do śmierci (uchwała SN z dnia 19 stycznia 1961 r. sygn. VI KO 43/60); por. M. Dudzik, *Prawo...*, s. 22; E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 75; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 85.

dopuszczenie do ulatniania się gazu w zamkniętym pomieszczeniu⁴⁰⁴), może pozostać niezmiennie (np. niezabezpieczenie głębokiego wykopu), ale może się też zmniejszać (np. pozostawienie otwartego pojemnika z trucizną, która – jako substancja lotna – z czasem zmniejsza swoje stężenie i przestaje być szkodliwa)⁴⁰⁵. Nieuchronność w znaczeniu niemożności uniknięcia naruszenia dobra bez akcji zaradczej może być zatem wykorzystywana przy opisie niebezpieczeństwa, ale nie jest warunkiem koniecznym jego bezpośredniości.

Ad 4 – czasowa bliskość naruszenia dobra

Kolejnym kryterium bezpośredniości niebezpieczeństwa jest czasowa bliskość naruszenia dobra, przy czym ta cecha budzi najwięcej kontrowersji i jest różnie traktowana w orzecznictwie. Z jednej strony bezpośrednie niebezpieczeństwo utożsamia się z niebezpieczeństwem „natychmiastowym”⁴⁰⁶ bądź też definiuje się je jako duże prawdopodobieństwo nastąpienia „w najbliższej chwili” skutków, o których mowa w art. 155 i w art. 156 kk⁴⁰⁷. Zgodnie z tą koncepcją nie można kwalifikować jako występku z art. 160 kk „działania sprawcy nawet polegającego na wywołaniu niebezpieczeństwa, ale odległego w czasie”⁴⁰⁸. Słownikowo *bezpośrednio* w stosunkach czasowych to „natychmiast, zaraz, wkrótce po czym albo krótko przed czym”⁴⁰⁹, „w najbliższym sąsiedztwie czasowym”⁴¹⁰, „w chwili następującej po czymś lub poprzedzającej”⁴¹¹, a *bezpośredni* to „niczym nieoddzielony w czasie”⁴¹². Z drugiej strony za wystarczającą dla przyjęcia bezpośredniości niebezpieczeństwa uważa się sytuację, w której nastąpienie skutku jest „realnie możliwe w każdym czasie”⁴¹³ bądź też „wysoce prawdopodobne w dającej się przewidzieć przyszłości, ale niekoniecznie natychmiastowe”⁴¹⁴. Zdaniem Sądu Najwyższego bezpośredniość niebezpie-

czeństwa „należy wiązać nie tyle z bliskością czasową skutku mogącego nastąpić w związku z rozwojem sytuacji, ile ze stanem, gdy nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji, bez konieczności pojawienia się jakichś nowych czynników dynamizujących, jest niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia”⁴¹⁵. Niebezpieczeństwo w rozumieniu art. 160 kk może być zatem „nieco odległe w czasie”, byle „nieuchronnie zbliżało się i realnie zagrażało określone mu dobru prawnemu”⁴¹⁶.

Nowsze orzecznictwo wyraźnie dystansuje się od kryterium bliskości czasowej naruszenia dobra prawnego. Można tam przeczytać, że „o bezpośrednim niebezpieczeństwie nastąpienia skutku w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku dla zdrowia nie przesądza[ją] nieuchronność [an]i czas jego nastąpienia (natychmiast, w bliskim lub odległym czasie)”⁴¹⁷. Chodzi przecież o sytuację niebezpieczną, a nie – o czasową bliskość skutku⁴¹⁸. Podobne poglądy wyraża się w literaturze prawniczej⁴¹⁹. Zamiast bliskości czasowej proponuje się jako kryterium bezpośredniości przyjąć „bliskość przyczynową”⁴²⁰. Odmienne stanowisko w tym zakresie zajmuje Andrzej Wróbel, zdaniem którego pojęcie bezpośredniości niebezpieczeństwa nie może zostać pozbawione elementu czasowego, właściwego dla niej – bliskość czasowa ma szczególne znaczenie w kontekście aspektu niebezpieczeństwa, chociaż nie może się stać wyłącznym kryterium jego oceny⁴²¹.

Można powziąć wątpliwość, czy wszystkie przytoczone tu wypowiedzi rzeczywiście odnoszą się do kryteriów bezpośredniości i czy kontrowersje w orzecznictwie i piśmiennictwie nie wynikają z nieporozumienia. Wypowiedzi judykatury o „takich działaniach, które stwarzają konkretne, realne i natychmiastowe zagrożenie dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego”, sugerują, że chodzi o zagrożenie, które powstaje natychmiast (w bardzo krótkim czasie) po zachowaniu sprawcy, a samo niebezpieczeństwo definiują przymiotnikami *konkretny* i *realny*, nieodnoszącymi się do relacji czasowych. Zdaniem SN nie można kwalifikować jako występku z art. 160 kk „działania sprawcy [...] polegającego na wywołaniu niebezpieczeństwa [...] odległego w czasie” – również ta wypowiedź akcentuje upływ czasu między działaniem sprawcy a wystąpieniem niebezpieczeństwa (czyli skutku), a nie – cechę

404 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 86.

405 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 86.

406 Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2022 r. sygn. II KK 216/21 (natychmiastowe zagrożenie); wyrok SA w Katowicach z dnia 20 marca 2003 r. sygn. II AKA 18/03 (natychmiastowe zagrożenie); wyrok SA w Krakowie z dnia 4 października 2007 r. sygn. II AKA 132/07 (niebezpieczeństwo bezpośrednie, a więc natychmiastowe); wyrok SA w Katowicach z dnia 19 grudnia 2014 r. sygn. II AKA 427/14 (narażenie bezpośrednie, a więc natychmiastowe); A. Fiutak, *Prawo...*, s. 146; J. Wojciechowski, *Kodeks...*, art. 162, s. 304; A. Grześkowiak, *Okoliczności...*, s. 126.

407 Uchwała SN z dnia 19 stycznia 1961 r. sygn. VI KO 43/60 (dot. 247 d.kk); wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2001 r. sygn. II KKN 430/98 (w najbliższym czasie); wyrok SA w Katowicach z dnia 10 sierpnia 2017 r. sygn. II AKA 307/17; wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. sygn. I ACa 893/17 (w najbliższej chwili); wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18 (w najbliższym czasie); por. K. Makarewicz, *Kodeks...*, s. 547; T. Jurek T., B. Świątek, R. Droz, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach nietrzeźwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2009/2, s. 74; B. Michalski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. A. Wąsek, s. 374, 379; B. Michalski, *Przestępstwa...*, s. 310; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne...*, „Studia Iuridica Lublinska” 2006/8, s. 95; M. Szeremeta, R. Latosiiewicz, A. Niemcunowicz-Janica, *Czy odpowiedzialność...*, s. 302. Taka interpretacja dominowała na gruncie przepisów kodeksów karnych z 1932 r. i 1969 r. – por. wyrok SN z dnia 26 kwietnia 1934 r. sygn. II K 366/34 (w najbliższej chwili); wyrok SN z dnia 6 kwietnia 1957 r. sygn. III KRn 274/57 (w najbliższej chwili); wyrok SN z dnia 18 listopada 1959 r. sygn. IV K 878/59 (bezpośrednio, a więc w najbliższej chwili); wyrok SN z dnia 29 listopada 1973 r. sygn. Rw 902/73 (w najbliższej chwili); M. Siewierski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks...*, art. 160, s. 414; T. Cyprian, *Karna...*, s. 64.

408 Wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2001 r. sygn. II KKN 430/98; por. M. Siewierski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks...*, art. 160, s. 414; J. Kulesza, *Przestępstwo...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2008/2, s. 168 („zagrożenie obecnie istniejące, a nie [–] dopiero przyszłe”).

409 *Słownik...*, red. W. Doroszewski, s. 447.

410 *Słownik...*, red. E. Wierzbicka, s. 51; *Słownik...*, red. A. Sikorska-Michalak i O. Wojniłko, s. 157.

411 *Praktyczny...*, red. H. Zgólkowa, s. 137.

412 *Inny...*, red. M. Bańko, s. 85.

413 Wyrok SN z dnia 27 października 1983 r. sygn. II KR 219/83.

414 Wyrok SN z dnia 29 maja 2012 r. sygn. III KK 87/12; wyrok SN z dnia 6 lutego 2014 r. I UK 318/13; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKA 262/18.

415 Postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17; A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. W. Wróbel, art. 160, teza 20; por. J. Kulesza, *O odpowiedzialności...*, „Państwo i Prawo” 2006/9, s. 50.

416 V. Konarska-Wrzošek [w:] *Kodeks...*, red. V. Konarska-Wrzošek, art. 160, teza 2.

417 Wyrok SN z dnia 21 września 2021 r. sygn. II KK 396/20 (dot. art. 220 § 1 kk).

418 Postanowienie SN z dnia 8 grudnia 2017 r. sygn. IV KK 104/07 (dot. art. 220 § 1 kk). Niejasne są już wywody sądu na temat „narażenia [...]”, [które] wyraża się w samym już zaistnieniu stanu bezpośredniego, realnego narażenia” oraz „narażenia [...]” chociażby odłożonego w czasie”.

419 A. Zoll, *Narażenie...*, s. 468 („pojęcia bezpośredniości nie można wiązać z czasową bliskością”); A. Zoll [w:] *Kodeks...*, red. A. Zoll, art. 160, s. 310; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 86; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 148; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 410; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 610; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 47; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa...*, s. 427; E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 75; odmiennie: A. Wróbel, *Bezpośrednie...*, „Zeszyty Prawnicze” 2012/12, s. 193; M. Cieślak podaje przykład pozostawienia otwartych drzwi do szybu windowego na piątym piętrze w nieoświetlonym korytarzu. Autor podkreśla, że „chodzi tu nie o tylko o czasową aktualność niebezpieczeństwa, lecz również o jego nasilenie” (M. Cieślak, *Indywidualne...*, „Nowe Prawo” 1952/4, s. 19). Zdaniem M. Dudzika czynnik czasowy jest jednym z czynników determinujących stopień prawdopodobieństwa nastąpienia dalszych skutków (M. Dudzik, *Prawo...*, s. 21; por. W. Radecki, *Przestępstwa przeciwko...*, s. 76). A. Spotowski zwraca jednak uwagę, że nie zawsze przy wyższym stopniu prawdopodobieństwa skutek jest bliższy w czasie (A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 83).

420 R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 15.

421 A. Wróbel, *Bezpośrednie...*, „Zeszyty Prawnicze” 2012/12, s. 193.

tego niebezpieczeństwa. W niektórych orzeczeniach wprost jest mowa o „rozbieżności czasowej między działaniem a skutkiem” z zastrzeżeniem, że w takich wypadkach „powinien zostać wykazany automatyzm dowodzący co najmniej wysokiego prawdopodobieństwa jego zaistnienia”⁴²². Powstaje pytanie, czy chodzi o rozbieżność czasową między działaniem sprawcy a skutkiem z art. 160 kk, czy też o upływ czasu między czynem a potencjalnym (bo ostatecznie niezrealizowanym) skutkiem z art. 155 lub art. 156 kk.

Podzielam pogląd, zgodnie z którym niebezpieczeństwo jest bezpośrednie nie tylko wtedy, gdy możemy powiedzieć, że naruszenie dobra nastąpi natychmiast, czy w bardzo krótkim czasie, lecz także wtedy, gdy – przy spełnieniu pozostałych kryteriów – śmierć lub ciężki uszczerbek na zdrowiu pokrzywdzonego jest możliwy w każdej chwili (mniej lub bardziej odległej). Przykładowo: otwarcie drzwi w jadącym pociągu stwarza bezpośrednie zagrożenie życia dla osób stojących tuż przy drzwiach, ponieważ nawet chwilowa utrata równowagi, gwałtowne szarpnięcie pociągu czy pęd powietrza mogą być przyczyną wypadnięcia z wagonu⁴²³, dodajmy: w każdej chwili, jak długo trwa ten układ sytuacyjny. Inne przykłady bezpośredniego narażenia życia lub zdrowia to pozostawienie małego dziecka przy otwartym oknie na wysokości albo niezabezpieczenie przed nim głębokiej studni i pozostawienie go w pobliżu bez opieki⁴²⁴. Bezpośrednie niebezpieczeństwo może też wynikać z zaniechania usunięcia drzewa, które z uwagi na stan fitosanitarny było przeznaczone do wycięcia, a zagrażało przechodniom w każdym czasie⁴²⁵, a konkretnie – w czasie, gdy ktoś akurat przechodził w pobliżu. Na gruncie spraw medycznych przykładem jest pozostawienie ostrego narzędzia w jamie brzusznej lub w klatce piersiowej pacjenta. Jeśli umiejscowione jest ono np. w pobliżu tętnicy, to nie oznacza, że do niebezpiecznego krwotoku dojdzie zaraz czy wkrótce, ale jest to możliwe w każdej chwili: wystarczy, że pacjent kichnie albo się pochyli. Od razu należy dodać, że tego rodzaju krytycznego ruchu pacjenta czy kroku wykonanego przez dziecko w kierunku studni nie można uznać za *ingerencję człowieka* (w znaczeniu opisanym wyżej w punkcie 2), która wykluczałaby bezpośredniość niebezpieczeństwa zaistniałego wcześniej. Po stronie pokrzywdzonych, działających w nieświadomości zagrożenia, to zwykła aktywność, którą autor niebezpieczeństwa może przewidzieć.

Kryterium bliskości czasowej dotyczy niebezpieczeństwa (staje się ono bezpośrednie, gdy można powiedzieć, że skutki biologiczne w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nastąpią w krótkim czasie lub możliwe są w każdej chwili). Natomiast nie ma wymogu, aby to bezpośrednie niebezpieczeństwo powstało natychmiast czy wkrótce po nieostrożnym zachowaniu sprawcy. Elżbieta Hryniewicz podaje przykład wysadzenia tamy, co jest niebezpieczne dla mieszkańców terenów położonych poniżej, ale niebezpieczeństwo

nie jest jeszcze bezpośrednie, jeśli woda dopiero za wiele godzin zaleje ich domy⁴²⁶. Podobnie jak w odniesieniu do czynu zabronionego z art. 155 kk ustawa nie określa maksymalnego czasu, jaki może upłynąć między bezprawnym zachowaniem sprawcy a zaistnieniem skutku, którym na gruncie art. 160 kk jest bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Oczywiście, wraz z upływem czasu trudniejsze może okazać się przypisanie skutku, to jednak już odmienne zagadnienie. Przy takiej interpretacji kryterium czasowego może być ono użytecznym miernikiem bezpośredniości niebezpieczeństwa, o którym mowa w art. 160 kk. Jak to ujął Andrzej Spotowski: „nie chodzi [...] o to, że niebezpieczeństwo zajdzie (grozi) w najbliższej chwili, lecz o to, że skutek ujemny zajdzie (grozi) już w najbliższej chwili”⁴²⁷. Zdaniem Tadeusza Hanauska „skoro »bezpośrednie« jest niebezpieczeństwo, to element ten nie charakteryzuje drogi, na której doszło do powstania stanu niebezpieczeństwa, lecz odnosi się do tego stanu”⁴²⁸. Nie badamy, czy zachowanie podjęte przez sprawcę prowadziło bezpośrednio do stanu zagrożenia, ale – czy ten stan bezpośrednio zagrażał życiu lub zdrowiu. Decydujące jest to, czy powstał skutek w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa, a nie – to, czy ten skutek powstał jako bezpośrednie czy pośrednie następstwo zachowania sprawcy⁴²⁹.

W wielu orzeczeniach opisane wyżej kryteria bezpośredniości wymieniane były kumulatywnie. Przyjmowano np., że bezpośrednie niebezpieczeństwo zachodzi, gdy „w sytuacji przez sprawcę już stworzonej, a więc bez dalszej akcji z jego strony (1), istnieje duże prawdopodobieństwo (2) nastąpienia w najbliższej chwili (3) wymienionych [w ustawie] skutków”⁴³⁰. W orzeczeniach, w których dopuszczano „czasową rozbieżność pomiędzy działaniem a skutkiem” podkreślano konieczność wykazania „automatyzmu dowodzącego co najmniej wysokiego prawdopodobieństwa zaistnienia skutku”⁴³¹. Zgodnie z tą tezą o bezpośrednim niebezpieczeństwie nastąpienia skutku w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku dla zdrowia „nie przesądza[ją] nieuchronność i czas jego nastąpienia (natychmiast, w bliskim lub odległym czasie), lecz [–] wysoki stopień prawdopodobieństwa jego wystąpienia w konkretnych okolicznościach faktycznych”⁴³². W literaturze wymienione kryteria traktuje się jako komplementarne lub też za podstawowe uznaje się kryterium prawdopodobieństwa, a pozostałe przesłanki mają charakter posiłkowy⁴³³. Oparcie się wyłącznie na kryterium czasowym mogłoby spowodować, że zdarzenie bliskie, ale mało prawdopodobne zostałoby

426 E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 78.

427 A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 83.

428 T. Hanausek, *Element...*, „Państwo i Prawo” 1964/12, s. 906.

429 T. Hanausek, *Element...*, „Państwo i Prawo” 1964/12, s. 907.

430 Wyrok SN z dnia 29 listopada 1973 r. sygn. R w 902/73; wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. sygn. I ACa 893/17; wyrok SA w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2023 r. sygn. II AKa 483/21.

431 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18.

432 Wyrok SN z dnia 21 września 2021 r. sygn. II KK 396/20.

433 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 113; J. Kulesza, *Przestępstwo...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2008/2, s. 168; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 147; T. Hanausek, *Element...*, „Państwo i Prawo” 1964/12, s. 910; por. W. Radecki, *Przestępstwa przeciwko...*, s. 76; A. Wróbel, *Bezpośrednie...*, „Zeszyty Prawnicze” 2012/12, s. 196 (zdaniem tego autora nie należy pomijać żadnego z kryteriów bezpośredniości); A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 82 (autor wskazuje, że te kryteria łączy się lub stosuje alternatywnie).

422 Wyrok SN z dnia 29 maja 2012 r. sygn. III KK 87/12; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18.

423 Wyrok SA w Katowicach z dnia 20 marca 2003 r. sygn. II AKa 18/03.

424 Wyrok SA w Krakowie z dnia 7 września 2005 r. sygn. II AKa 162/05.

425 H. Kuczyńska, *Glosa...*, „Palestra” 2012/7–8, s. 133, 136. SN rozpoznawał sprawę urzędników gminnych odpowiedzialnych za wycinkę drzew. Po gwałtownej burzy oderwał się konar, a przechodzień nim przegnieciony zmarł.

uznane za niebezpieczne w stopniu bezpośrednim, a tej cechy nie miałyby zdarzenie bardzo prawdopodobne, ale odległe w czasie⁴³⁴.

Podsumowanie:

Do przypisania odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 kk nie jest wymagane, aby sprawca bezpośrednio naraził pokrzywdzonego na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. To nie narażenie, a niebezpieczeństwo ma być bezpośrednie. Kryteria bezpośredniości niebezpieczeństwa to: wysokie prawdopodobieństwo naruszenia dobra, brak etapów pośrednich między przyczyną zagrożenia a naruszeniem dobra, (względna) nieuchronność naruszenia dobra i czasowa bliskość naruszenia dobra.

5. Kryteria bezpośredniości niebezpieczeństwa w sprawach medycznych

O bardzo wielu chorobach, urazach itd. można powiedzieć, że z wysokim prawdopodobieństwem (kryterium pierwsze) i niejako same z siebie, tj. bez jakiegokolwiek ingerencji człowieka (kryterium drugie), oraz w razie zaniechania akcji ratunkowej (kryterium trzecie) prowadzą do śmierci lub kalectwa pacjenta, ale czasem w dość odległym czasie. Gdyby całkiem zignorować kryterium czasowe, należałoby przyjąć, że pacjent już w momencie zgłoszenia się do lekarza był w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia. Przy założeniu, że dla wypełnienia znamienia „naraża na bezpośrednie niebezpieczeństwo” nie jest potrzebne zwiększenie poziomu tego niebezpieczeństwa, a wystarczy jego „utrzymanie”, a ponadto – że bezpośredniość niebezpieczeństwa nie zależy od kryterium czasowego, niemal każdy błąd diagnostyczny lekarza oznaczałby realizację przez niego znamion przestępstwa z art. 160 kk, i to nawet w sytuacji, gdy choroba rozwijała się wolno, a pacjentowi tydzień później udzielono skutecznej pomocy. Nie wydaje się, aby taka była intencja ustawodawcy, który ograniczył penalizację narażenia poprzez wymóg bezpośredniości niebezpieczeństwa. Jak wspomniano powyżej, niektóre nieporozumienia w ocenie tego znamienia i kryterium czasowego wynikają prawdopodobnie z tego, że raz oceniamy skutek (czy powstałe niebezpieczeństwo było bezpośrednie), a innym razem badamy czas, który upłynął od czynu do skutku w rozumieniu art. 160 kk. Widać to zwłaszcza w sprawach medycznych.

Uważam kryterium czasowe za przydatne przy wykładni znamion z art. 160 kk, pod warunkiem że konsekwentnie będzie ono odnoszone do skutku (tj. do niebezpieczeństwa), a nie – do upływu czasu między czynem a zaistnieniem niebezpieczeństwa. Ta przesłanka służy do wyjaśnienia pojęcia bezpośredniości, a bezpośredniość to cecha niebezpieczeństwa, a więc skutku⁴³⁵. Bezpośrednie niebezpieczeństwo „zrelacjonowane jest nie do

434 M. Cieślak, *Indywidualne...*, „Nowe Prawo” 1952/4, s. 19; A. Wróbel, *Bezpośrednie...*, „Zeszyty Prawnicze” 2012/12, s. 193; T. Hanausek, *Element...*, „Państwo i Prawo” 1964/12, s. 908.

435 Por. A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 611.

zachowania sprawcy, lecz do potencjalnego naruszenia dobra prawnego⁴³⁶. Nie badamy zatem, ile czasu upłynęło od momentu czynu do skutku (czyli do zaistnienia niebezpieczeństwa w rozumieniu art. 160 kk) ani też (potencjalnego lub realnego) upływu czasu między czynem a zrealizowaniem się dalej idących skutków w postaci śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Kryterium czasowe nie służy więc do ustalania, *kiedy* zaistniało niebezpieczeństwo (wkrótce czy w dłuższym czasie po czynie), ale *jakie* ono było (czyli *kiedy* mogły nastąpić dalsze skutki w postaci śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu). Bezpośredniość w tym znaczeniu dotyczy nie bliskości zagrożenia, ale bliskości naruszenia dobra⁴³⁷. Ustalamy, czy pokrzywdzony znalazł się w takim stanie, że skutki z art. 155 lub 156 kk mogły nastąpić w krótkim czasie lub w każdej możliwej chwili.

Przykład nr 19:

Ustalenia: U pacjentki rozpoznano zmianę w piersi (12 mm x 13 mm), a biopsja potwierdziła nacieki średnio dojrzałego raka. Przeprowadzono tzw. zabieg oszczędzający (tj. mający na celu usunięcie guza bez amputacji piersi). Badanie histopatologiczne wyciętych tkanek nie wykazało naciekającego nowotworu, wobec czego histopatolog uznał, że zmiana została w całości usunięta już podczas biopsji. Po upływie dwóch tygodni od zabiegu chirurg onkolog poinformował pacjentkę, że zmianę wycięto w całości. Tydzień później pokrzywdzona – zaniepokojona wynikiem badania, który nie odpowiadał wcześniejszemu obrazowi po badaniu biopsyjnym – udała się do innego lekarza, który po wykonaniu usg stwierdził, że guz nie został usunięty w całości. Operacja oszczędzająca nie była już możliwa i pacjentkę poddano mastektomii.

Opinia: Zabieg operacyjny został zaplanowany prawidłowo, ale operator nie osiągnął zamierzonego celu, tj. nie wyciął guza nowotworowego. Operator może się ustrzec takiej pomyłki, jeżeli zastosuje procedury kontrolne (takie jak ocena mikroskopowa podczas operacji czy badanie usg po zabiegu). Pozostawienie guza nowotworowego było błędem ewidentnym, chociaż niezamierzonym, ale w obliczu leczenia uzupełniającego (chemioterapii i radioterapii), czekającego pacjentkę, i przy uwzględnieniu biologii raka piersi i bardzo wolnego tempa wzrostu guza, nie spowodowało bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ryzyko niepowodzenia całego leczenia, rozumianego jako 5-letnie przeżycie bez objawów choroby, z powodu tego błędu wzrosło nieznacznie.

W sprawie nie ulega wątpliwości, że błąd lekarza był „niezamierzony”. Dla prokuratora ważne będzie natomiast, czy błędu można było uniknąć – jakie procedury do tego służą i czy zostały one wykonane, zarówno przed operacją, podczas niej, jak i po zabiegu. Nie wystarczy wskazanie, jakie procedury kontrolne zna medycyna, ponieważ rozstrzygające

436 M. Dudzik, *Prawo...*, s. 33.

437 E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 77.

jest, które z nich powinny zostać (ale nie zostały) zastosowane wobec pokrzywdzonej. Najpoważniejsza wątpliwość dotyczy jednak skutku błędu. Jak już wspomniano, przesłanki w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia i bezpośredniego niebezpieczeństwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu trzeba rozważać odrębnie. Treść opinii sugeruje, że nie zaistniała żadna z nich, podczas gdy pacjentkę poddano mastektomii, a zatem doznała ona trwałego istotnego zniekształcenia ciała – a jest to skutek, o którym mowa w art. 156 kk. Zatem kobieta nie tylko znalazła się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, lecz także doznała takiego uszczerbku. Opinię w tej części należy uznać za wyjątkowo niejasną. Można – oczywiście – podnieść, że interpretacja znamion w postaci trwałego, istotnego zszpecenia lub zniekształcenia to zadanie organu procesowego, a biegły nie musi rozstrzygać, czy utrata piersi jest takim zszpeceniem lub zniekształceniem⁴³⁸. Jednak wtedy tym bardziej brakuje przesłanek dla kategorięcznego stwierdzenia, że do bezpośredniego niebezpieczeństwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie doszło. Oczywiście – w momencie, gdy pacjentka udała się do drugiego onkologa, mastektomia była już niezbędna, ale rodzi się pytanie, czy wcześniej zasadnie podjęto decyzję o zabiegu oszczędzającym oraz czy w razie jego prawidłowego przeprowadzenia można było uniknąć skutku w postaci odjęcia piersi.

Odrębną kwestią jest narażenie pacjentki na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Biegły zanegował wystąpienie takiego niebezpieczeństwa, ale opinia wymagałaby w tym punkcie głębszego uzasadnienia, zwłaszcza że ocena wymaga wiadomości specjalnych. Organ procesowy może jedynie domniemywać, że nieleczony nowotwór złośliwy piersi z wysokim prawdopodobieństwem, „bez dodatkowych czynników dynamizujących” i nieuchronnie (w znaczeniu: jeżeli nie podejmie się leczenia) prowadzi do śmierci. Z pewnością jednak pacjentka – nawet nieleczona – nie zmarłaby „wkrótce” ani też śmierć nie groziła jej „w każdej chwili”. Jesliby uznać, że do stwierdzenia bezpośredniości niebezpieczeństwa wystarczy potwierdzenie trzech wymienionych tu kryteriów, bez potrzeby wykazania kryterium czasowego, to należałoby przyjąć, że pacjentka już podczas wizyty u chirurga onkologa znalazła się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia, a skoro lekarz zaniechał leczenia (w tym – chociażby prostej diagnostyki w postaci usg), to naraził życie pacjentki w rozumieniu art. 160 § 3 kk, i to pomimo że już tydzień później (a trzy tygodnie po operacji) pacjentka została poddana prawidłowemu leczeniu. Jeśli jednak uznać, że w chwili leczenia u chirurga onkologa stan niebezpieczeństwa dla życia nie osiągnął jeszcze stopnia bezpośredniości, to (najprawdopodobniej) nie osiągnął go też tydzień później – a do tego czasu rozwijało się zagrożenie, którego lekarz onkolog nie dostrzegł. Natomiast na skutek dalszego, prawidłowego, leczenia to niebezpieczeństwo zostało wyeliminowane. To oznaczałoby, że ewidentnie nieprawidłowe zachowanie chirurga onkologa (a także – histopatologa) nie doprowadziło do skutku w rozumieniu art. 160 § 3 kk. Tę interpretację

⁴³⁸ Chociaż biegły z zakresu medycyny sądowej jest przygotowany do sformułowania takiej oceny (Z. Parkitna-Cegła, B. Świątek, *Trwałe...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 23).

uważam za właściwą, ale decyzja w tym zakresie należy każdorazowo do organu procesowego. Należy też podkreślić, że w podobnych sprawach zanegowanie realizacji znamion przestępstwa nie oznacza akceptacji zachowania lekarzy, którzy mogą ponieść odpowiedzialność zawodową.

W postępowaniu sygn. III KK 408/09 Sąd Najwyższy rozpoznawał sprawę lekarza, który zaniechał przyjęcia pacjenta do szpitala, przez co nie rozpoznał szybko rosnącego mięsaka (guza) Ewinga kości ramiennej⁴³⁹. Jak wynika z uzasadnienia tego wyroku, pokrzywdzony zmarł – jeśli miało to związek z rozwojem choroby, to można powiedzieć, że w wyniku błędu przed zgonem znalazł się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa. SN nie wykluczył tu odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 § 3 kk, nie odniósł się jednak do tego, kiedy zaistniał skutek stanowiący znamię przestępstwa.

Przykład nr 20:

Ustalenia: Kilkudniowy noworodek przez dwa dni kaszłał i miał katar, potem rodzice zauważyli dodatkowo nierówny oddech. Lekarz w poradni zalecił płukanie nosa wodą morską, ale stan dziecka się nie poprawił. Dlatego następnego dnia wieczorem rodzice udali się na SOR, gdzie dziecko zostało zbadane przez lekarzkę, która stwierdziła zapalenie nosa i gardła oraz zleciła inhalację pulmicortem. W nocy dziecko zmarło. Po przeprowadzeniu sekcji zwłok biegły stwierdził, że przyczyną śmierci była ostra niewydolność oddechowa wskutek odoskrzelowego zapalenia płuc i oskrzeli.

Opinia: Lekarka nie podjęła żadnych działań zmierzających do wyjaśnienia przyczyny infekcji, której symptomów nie dostrzegła albo je zlekceważyła. Objawy utrzymywały się już od trzech dni, wobec czego przy uwzględnieniu wszystkich danych dziecko powinno zostać skierowane do szpitala. Zapewniłoby mu to stałą obserwację lekarsko-pielęgniarską (monitorowanie oddechu, czynności serca), należną terapię (antybiotyki, tlen), kontrolę niezbędnych parametrów laboratoryjnych itd. Odstąpienie od hospitalizacji było błędem diagnostycznym, ale nie narażiło dziecka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, chociaż zadecydowało o braku postawienia prawidłowego rozpoznania i dalszego postępowania leczniczego. Potencjalne narażenie nie stanowi o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo. Narażenie musi być bezpośrednie, tj. takie, z którego niebezpieczeństwo wynika wprost, a nie – tylko daje się przewidzieć. Na pytanie, czy zachodzi związek przyczynowy między nieprawidłowością w leczeniu a śmiercią dziecka, biegły udzielili odpowiedzi negatywnej, dodali przy tym, że związek przyczynowo-skutkowy jest pojęciem prawniczym i na dobrą sprawę jego ocena przekracza kompetencje biegłych lekarzy.

Dla prawnika opinia w przedmiotowej sprawie jest w kilku miejscach niezrozumiała. Skoro dziecko zmarło w kilka godzin po wizycie lekarskiej, i to na chorobę, której lekarz

⁴³⁹ Wyrok SN z dnia 8 czerwca 2010 r. sygn. III KK 408/09.

nie rozpoznał, to zanegowanie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia musi dziwić. Skoro noworodek zmarł, to z całą pewnością przed śmiercią znalazł się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, a to przesądza o zaistnieniu skutku z art. 160 kk. Jest przecież pewną prawidłowością, że naruszenie dobra prawnego następuje po jego narażeniu⁴⁴⁰. Co więcej, w niniejszej sprawie nie ma znaczenia, czy to niebezpieczeństwo osiągnęło poziom bezpośredniości już w czasie badania dziecka, czy dopiero po jego powrocie do domu. Nie jest też jasne, co biegli rozumieją pod pojęciem „potencjalnego narażenia” ani też dlaczego narażenie miałoby być bezpośrednie.

Z opinii wynika, że – według oceny *ex ante* – należało rozpoznać infekcję układu oddechowego i skierować dziecko do szpitala, a zatem lekarka popełniła błąd diagnostyczny, skutkujący odstąpieniem od terapii. Została więc spełniona pierwsza przesłanka karnoprawnej odpowiedzialności za błąd medyczny: niezgodność postępowania z zasadami ostrożności wypracowanymi w medycynie. Ten błąd zadecydował o braku dalszego leczenia i przez to co najmniej pogorszył rokowanie, a dziecko znalazło się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa (według wszystkich kryteriów przytoczonych wyżej), co spełnia drugą przesłankę: powstanie skutku. Niestety, nie wynika to wprost z opinii, ponieważ biegli skupili się na bezpośredniości narażenia, a nie – niebezpieczeństwa. Należałoby jeszcze ustalić, czy hospitalizacja dawała szansę przynajmniej na zmniejszenie niebezpieczeństwa, w jakim znalazł się noworodek. Biegli powinni odnieść się do tego, jakie badania należałoby wykonać w szpitalu (a niedostępne lekarzowi w przychodni), jakie leczenie zastosować i w jakim stopniu mogło to poprawić stan dziecka, a przynajmniej – rokowanie.

Rzeczywiście – ostateczne rozstrzygnięcie, czy nieprawidłowe działanie pozostawało w związku ze śmiercią pokrzywdzonego, to zadanie organu procesowego, ale w niniejszej sprawie poczynienie ustaleń w tej kwestii nie jest możliwe bez pomocy ekspertów. Tylko lekarze mogą odpowiedzieć na pytanie: czy w razie podjęcia prawidłowych działań istniały realne szanse (wysokie prawdopodobieństwo) na uratowanie życia noworodka? W aspekcie dotyczącym bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia opinia jest zatem niejasna, a w odniesieniu do przypisania skutku w postaci śmierci – niepełna, skoro pozbawiona argumentacji.

Podsumowanie:

Opiniowanie w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wymaga, żeby się odnieść do wszystkich kryteriów bezpośredniości, zwłaszcza że budzą one wątpliwości w doktrynie i w orzecznictwie, a organ procesowy powinien mieć możliwość podjęcia własnej decyzji w tym zakresie. Kryterium czasowe nie oznacza, że niebezpieczeństwo ma zaistnieć wkrótce po czynie.

440 Por. J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 1; M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 85; J. Kunz, *Niektóre ... Część II*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/2, s. 119–120.

Zgodnie z kryterium czasowym niebezpieczeństwo jest bezpośrednie, gdy skutki biologiczne (śmierć lub ciężki uszczerbek na zdrowiu) grożą pokrzywdzonemu, czyli mogą wystąpić natychmiast, w krótkim czasie lub w każdej chwili. Nie ma natomiast znaczenia czas, jaki upłynął od wadliwego zachowania sprawcy do osiągnięcia stopnia bezpośredniości przez niebezpieczeństwo.

6. Czas czynu a czas zaistnienia skutku

Prawo karne wyraźnie rozróżnia czas czynu (w znaczeniu: zachowania człowieka) od czasu skutku. Zgodnie z art. 6 § 1 kk czyn zabroniony uważa się za popełniony w czasie, w którym sprawca działał lub zaniechał działania, do którego był obowiązany. Natomiast na mocy art. 6 § 2 kk czyn zabroniony uważa się za popełniony w miejscu, w którym sprawca działał lub zaniechał działania, do którego był obowiązany, albo gdzie skutek stanowiący znamię czynu zabronionego nastąpił lub według zamiaru sprawcy miał nastąpić. Czasu popełnienia przestępstwa nie można przy tym utożsamiać z jego dokonaniem⁴⁴¹, ponieważ do dokonania przestępstwa materialnego konieczne jest powstanie skutku opisanego w ustawie.

Czynem jest zachowanie sprawcy, tj. działanie (np. przedawkowanie leku, przecięcie tętnicy, podanie powietrza do żyły itd.) lub zaniechanie (odstąpienie od badania, nieprzyjęcie pacjenta do szpitala, brak nadzoru po operacji itd.). Skutkiem może być śmierć pacjenta (art. 155), ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 156 kk), lżejszy uszczerbek na zdrowiu (art. 157 kk) lub stan bezpośredniego niebezpieczeństwa w rozumieniu art. 160 § 3 kk. Czas skutku nie wyznacza czasu popełnienia czynu zabronionego, nawet gdy stanowi znamię typu tego czynu zabronionego. Również przy przestępstwach materialnych czasem popełnienia przestępstwa jest czas czynu, czyli czas działania lub zaniechania⁴⁴². To rozróżnienie może się okazać istotne dla odpowiedzialności konkretnego sprawcy: kwestię, czy dana osoba była gwarantem nienastąpienia skutku, bada się na czas czynu. Natomiast czas skutku będzie miał znaczenie chociażby dla kwestii przedawnienia karalności.

W przypadku przestępstwa z art. 155 czy art. 156 kk rozróżnienie czynu i skutku jest wręcz intuicyjne i nie ma z reguły problemu z zakwalifikowaniem jakiegoś elementu rzeczywistości jako czynu (przedawkowanie leku czy zaniechanie czynności ratunkowych), a innego – jako skutku (śmierć, ciężkie kalectwo itd.), chociażby ten skutek nastąpił wiele dni później i w innym miejscu. W przypadku czynu z art. 160 kk zdarza się jednak, że czyn i skutek oceniane są niejako łącznie, a biegli na pytanie prokuratora o bezpośrednie niebezpieczeństwo odpowiadają, że nie doszło do narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, ponieważ w momencie badania przez lekarza stan zdrowia pokrzywdzonego nie wskazywał na takie niebezpieczeństwo, a w okresie późniejszym lekarz nie miał już z pacjentem styczności. Takie przemieszczenie płaszczyzn w przypadku czynu

441 Por. M. Kulik, *Przedawnienie...*, s. 269.

442 A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część ogólna...*, red. W. Wróbel, art. 6, teza 3.

z art. 160 kk wynika prawdopodobnie z faktu, że o ile skutek w formie śmierci pacjenta jest ustalony i samo jego zaistnienie nie wymaga oceny⁴⁴³, to skutek w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa trzeba dopiero ustalić, tj. stwierdzić, czy (1) i kiedy (2) zaistniał.

Jeszcze raz należy zatem podkreślić, że bezpośrednie niebezpieczeństwo jest skutkiem, a skutek to zmiana w rzeczywistości oderwana od samego czynu. Nie ma zatem wymogu, żeby niebezpieczeństwo istniało już w chwili działania lub zaniechania sprawcy⁴⁴⁴, a tym bardziej – żeby miało wtedy charakter bezpośredni. Niebezpieczeństwo może zatem stać się bezpośrednio już po zakończeniu wizyty lekarskiej czy po wypisaniu pacjenta ze szpitala (czyli po popełnieniu czynu) i w żadnej mierze nie stoi to na przeszkodzie uznaniu, że powiązane było z błędami popełnionymi na wcześniejszym etapie. Oczywiście, powstaje wtedy niełatwy problem przypisania skutku, ale nie ulega wątpliwości, że skutek zaistniał.

Można tu podać następujący przykład: pacjentowi wydano w aptece wadliwy lek (czyn w postaci działania), który pacjent zażył tydzień później, i wskutek tego stracił przytomność podczas prowadzenia samochodu na autostradzie. W takim wypadku nie musimy wykazać, że życie pacjenta było zagrożone w momencie otrzymania leku w aptece, ale trzeba ocenić, czy niebezpieczeństwo było bezpośrednie w momencie utraty przytomności. Gdyby pacjent zgubił lek, to nie doszłoby do niebezpiecznej sytuacji na autostradzie, a aptekarzowi nie moglibyśmy przypisać czynu z art. 160 kk, chociaż – oczywiście – nie oznacza to aprobaty dla jego niedbałego zachowania. Podobnie wyglądać będzie sytuacja, w której pracownik pozostawił niezabezpieczoną studzienkę (czyn w postaci zaniechania), do której tydzień później o mało co nie wpadł mały chłopiec. W momencie zaniechania życie chłopca nie było zagrożone, ponieważ znajdował się on zupełnie gdzie indziej, natomiast bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia powstało, gdy przejeżdżał tuż obok głębokiego otworu kanalizacyjnego.

Na obie sytuacje można spojrzeć z punktu widzenia kryteriów bezpośredniości niebezpieczeństwa. Nie jest ważne, że od opisanych tu czynów (wydanie leku i niezabezpieczenie studzienki⁴⁴⁵) do powstania sytuacji niebezpiecznych minął tydzień. Istotne jest, że w pewnym momencie i kierowcy samochodu, i małemu rowerzyście śmierć lub ciężki uszczerbek na zdrowiu groziły w każdej chwili. Nie inaczej jest w sprawach medycznych: nie ma wymogu, aby bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia istniało w momencie kontaktu lekarza z pacjentem czy podejmowania – przez lekarza – decyzji o leczeniu⁴⁴⁶. Należy pamiętać, że

lekarz ma obowiązek udzielania pomocy także osobie, u której objawy pogorszenia stanu zdrowia pojawią się dopiero w przyszłości. Treścią obowiązku gwaranta jest „podejmowanie działań niejako na przedpolu niebezpieczeństwa dla dobra prawnego, które umożliwiając w odpowiednim momencie wykrycie niebezpieczeństwa dla dobra prawnego i podjęcie działań eliminujących lub minimalizujących owo niebezpieczeństwo”⁴⁴⁷.

Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, wynikający z art. 30 u.z.l., aktualizuje się, gdy zwłoka w tym udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia – niebezpieczeństwo nie musi być bezpośrednie⁴⁴⁸. Podaje się tu przykład wypadku komunikacyjnego, po którym osoba poszkodowana może jeszcze nie mieć objawów pogorszenia stanu zdrowia, ale nie ulega wątpliwości, że są one przewidywane w krótkim czasie, więc zasadne okazuje się natychmiastowe udzielenie świadczenia zdrowotnego⁴⁴⁹. Oczywiście, kwestia objawów zgłaszanych przez pacjenta i wszystkich innych okoliczności (np. uczestnictwo w wypadku drogowym) ma podstawowe znaczenie dla wyznaczenia modelu właściwego postępowania lekarza w tej konkretnej sytuacji, ale fakt, że wszystkie dostępne dane obiektywnie „nie świadczyły o zaistnieniu niebezpieczeństwa” w chwili czynu, nie stoi na przeszkodzie, aby przyjąć, że takie niebezpieczeństwo zaistniało później. Zatem trzeba będzie odpowiedzieć na pytanie: czy takie niebezpieczeństwo było *ex ante* przewidywalne?

W tym miejscu trzeba jednak przyznać, że omawiana kwestia budzi kontrowersje w praktyce, a w powiązaniu z różnie ocenianymi kryteriami bezpośredniości prowadzi do rozstrzygnięć wzajemnie sprzecznych. Warto wobec tego przedstawić dwa orzeczenia Sądu Najwyższego dotyczące odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 kk.

W sprawie sygn. II KR 219/83⁴⁵⁰ Sąd Najwyższy zajmował się sytuacją ordynatora, który dopuścił do przechowywania azotynu sodu (silnie działającej substancji dodawanej do płynów dezynfekujących) w szafce z lekami, przez co ten środek stał się być łatwo dostępny i mógł zostać w każdej chwili pomyłkowo użyty dla celów leczniczych. Położna – przekonana, że podaje tzw. sól gorzką – podała pacjentkom azotyn sodu, w następstwie czego cztery z nich zmarły. SN potwierdził odpowiedzialność ordynatora za przestępstwo z art. 160 kk. Stwierdził, że „przechowywanie silnie działającego trującego środka na oddziale szpitalnym w szafce obok leków stwarza bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjentów tego oddziału, gdyż w każdej chwili może być on pomyłkowo użyty do celów leczniczych. Fakt zaistnienia takiej pomyłki jest wysoce prawdopodobny i realnie możliwy w każdym czasie. Tego rodzaju działanie zatem wyczerpuje znamiona przestępstwa określonego w art. 160 kk”.

443 W przypadku uszkodzenia na zdrowiu trzeba ocenić, czy konkretne obrażenia, choroby itd. realizowały któreś ze znamion opisanych w art. 156 kk czy w art. 157 kk, ale biegły nie ustala, czy w ogóle zaistniały (ustalenia stanu faktycznego to rola organu procesowego).

444 Wyrok SN z dnia 20 lutego 1934 r. sygn. II K 4/34; wyrok SO w Szczecinie z dnia 12 marca 2013 r. sygn. IV Ka 1674/12; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 15; Z. Marek, *Biąd...*, s. 132; B. Michalski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. A. Wąsek, s. 374; B. Michalski, *Przestępstwa...*, s. 310 (wystarczy, że czyn wywoła niebezpieczeństwo w przyszłości); częściowo odmiennie (jak się wydaje): wyrok SN z dnia 8 czerwca 2010 r. sygn. III KK 409/09; M. Królikowski [w:] *Kodeks karny. Część szczególna...*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, art. 160, nr 15.

445 Zdaniem J. Wojciechowskiego pozostawienie odkrytej studzienki kanalizacyjnej w dzień nie oznacza spowodowania bezpośredniego niebezpieczeństwa, w nocy takie niebezpieczeństwo istnieje (J. Wojciechowski, *Kodeks...*, art. 160, s. 301).

446 K. Daszkiewicz, *Przestępstwa...*, s. 390; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, s. 39; M. Siewierski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks...*, art. 160, s. 414.

447 T. Sroka, *Zaniechanie...*, s. 94.

448 K. Piech, *Granice...* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2021/3, s. 110.

449 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie...*, s. 358–359; por. wyrok SN z dnia 27 września 2010 r. sygn. V KK 34/10.

450 Wyrok SN z dnia 27 października 1983 r. sygn. II KR 219/83; por. też wyrok SN z dnia 9 lipca 1977 r. sygn. V KR 210/76; K. Buchała, *Przestępstwa...*, s. 85; W. Radecki, *Przestępstwa przeciwko...*, s. 78.

W sprawie rozpoznawanej przez Sąd Najwyższy pod sygn. II KK 216/21⁴⁵¹ jednemu z oskarżonych zarzucono czyn polegający na ustalaniu składu i wyrabianiu dopalaczy, sprzedawanych potem na terenie kraju, co stworzyło realne zagrożenie dla życia i zdrowia wielu osób, również tych, które w wyniku zażycia tych substancji uległy zatruciu i były hospitalizowane⁴⁵². Zdaniem SN „samo wytworzenie dopalaczy i świadomość ich dalszych losów, przy jednoczesnym uzależnieniu nastąpienia konkretnego niebezpieczeństwa od ich dystrybucji, a następnie zakupu przez odbiorców i wreszcie zażywania niezgodnie z przeznaczeniem wskazanym w opisie produktu, nie mogą być uznane za powodujące narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”. Zagrożenie bezpośrednie to „takie, w którym nie musi wystąpić żadne inne zdarzenie (element łańcucha przyczynowo-skutkowego), by w przyszłości wystąpił skutek w postaci naruszenia dobra prawnego. Chodzi zatem wyłącznie o takie działania, które stwarzają konkretne, realne i natychmiastowe zagrożenie dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego”. Określenie „bezpośrednie” wyklucza natomiast każdą możliwość objęcia nim przypadków, w których niebezpieczeństwo wprawdzie istnieje, ale jego realizacja zależy od ewentualnych dalszych działań sprawcy bądź innych osób.

Pomimo odmiennych realiów sprawy oba orzeczenia dotyczą odpowiedzialności osoby, która przekroczyła zasady postępowania z dobrem prawnym na etapie znacznie oddalonym od (potencjalnego) naruszenia dobra. Chodzi przy tym nie tylko o oddalenie czasowe, lecz także o to, że między nieostrożnym zachowaniem sprawcy a negatywnym skutkiem biologicznym (zdrowotnym) dla innej osoby musiało się pojawić dodatkowe ogniwo w postaci nieostrożnego zachowania innej osoby niż sprawca. Środek przechowywany w szafce z lekami sam w sobie nie jest niebezpieczny (o ile nie jest to substancja lotna w uszkodzonym opakowaniu), ale staje się groźny, jeśli zostanie podany pacjentowi (w przypadku azotynu sodu: w dużych ilościach). Jeżeli opakowanie z azotynem sodu nie było opisane, to błąd popełniła położna, bo zasadą ostrożnego postępowania jest wszak zaniechanie podawania nieznanych *de facto* substancji pacjentom. Jeżeli środek był opisany jako azotyn sodu, to błąd jest tym bardziej widoczny⁴⁵³. W momencie zachowania ordynatora (dopuszczenie do przechowywania potencjalnie trującej substancji w szafce z lekami) niebezpieczeństwo dla życia pacjentek na oddziale było oddalone w czasie, a ponadto nie można powiedzieć, żeby śmierć groziła im „bez ingerencji człowieka” czy bez „jakichś czynników dynamizujących”. Nie można nawet uznać, że śmierć pacjentek była wysoce prawdopodobna, chociaż – oczywiście – trudno szacować, ile położnych na oddziale podawało leki bez sprawdzenia zawartości opakowania. Podobnie jest z dopalaczami. Niebezpieczeństwo związane z wyprodukowaniem takiej substancji może stać się bezpośrednie dopiero wówczas, gdy zostanie ona

przekazana (sprzedana) innej osobie i przez nią spożyta. Moment zakończenia produkcji nie jest stanem, o którym można byłoby powiedzieć, że skutki negatywne dla odbiorcy powstaną nieuchronnie, w krótkim czasie, z dużym prawdopodobieństwem i bez ingerencji innej osoby.

Pomimo tych zbieżności orzeczenia sądowe były całkowicie odmienne: ordynatorowi przypisano stworzenie bezpośredniego niebezpieczeństwa, podczas gdy w przypadku producenta dopalaczy zanegowano tę bezpośredniość. Za słuszny uważam drugi punkt widzenia: ani w momencie zakończenia produkcji dopalaczy, ani w momencie włożenia trucizny do szafki z lekami (czy przyzwolenia na taką praktykę) niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia nie osiągnęło poziomu bezpośredniości. To jednak wcale nie oznacza automatycznego przyjęcia, że nie doszło do realizacji znamion przestępstwa. Należałoby wszakże (1) ustalić, czy w okresie późniejszym pokrzywdzeni znaleźli się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia (w przypadku pacjentek – na pewno tak, w przypadku odbiorców dopalaczy – prawdopodobnie też), a następnie (2) odpowiedzieć na pytanie, czy ordynatorowi i producentowi dopalaczy można ten skutek przypisać. To jednak pytania skierowane do organu procesowego – może się nawet okazać, że odpowiedzi nie będą wymagały zasięgnięcia opinii medycznosądowej⁴⁵⁴.

Warto – wreszcie – zwrócić uwagę na problem z ustaleniem czasu skutku, jakim jest bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Tomasz Jurek podaje przykład pacjenta cierpiącego na autoimmunizacyjne zapalenie wątroby, prowadzące ostatecznie do marskości i do ciężkiego kalectwa. Choroba trwa latami i początkowo przebiega bezobjawowo lub powoduje niespecyficzne dolegliwości, a dopiero z czasem pojawiają się symptomy będące wskazaniem do pogłębionej diagnostyki. Nieprzeprowadzenie badań, a zatem brak diagnozy i leczenia, prowadzi do progresji choroby i w efekcie – do marskości, przy czym ten proces może trwać kilkanaście lat. Jak słusznie zauważa autor: „błąd w takim przypadku zostaje popełniony w chwili, gdy nie występuje jeszcze stan bezpośredniego zagrożenia życia”, a „czas, jaki dzieli nieprawidłowe postępowanie od jego skutku, liczony jest w latach”⁴⁵⁵. Skoro bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jest skutkiem, to nie ma znaczenia, jak długi czas upłynął od momentu czynu do skutku. Nieistotne jest również to, że w momencie czynu (zaniechania diagnostyki) niebezpieczeństwo nie groziło pacjentowi „w najbliższym czasie”. Istotne okazuje się raczej, że w pewnym momencie – w przebiegu niezdiagnozowanej choroby – pacjent znalazł się w stanie, w którym realnie, z dużym prawdopodobieństwem, bez dodatkowych czynników dynamizujących i w bliskim czasie groził mu ciężki uszczerbek

451 Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2022 r. sygn. II KK 216/21.

452 Kwalifikacja prawna zarzuconego czynu obejmowała m.in. art. 165 § 1 pkt 5 oraz art. 160 § 1 kk.

453 Raczej nie mieliśmy tu do czynienia z przechowywaniem azotynu sodu w opakowaniu opisanym „sól gorzka”, bo nic takiego nie wynika z uzasadnienia orzeczenia. Zresztą w takiej sytuacji rozważalibyśmy raczej odpowiedzialność osoby, która zrobiła taką zamianę.

454 Jeśli prokurator będzie dysponował opinią z zakresu badań fizykochemicznych danej substancji, informacją na temat dawki śmiertelnej, sposobu działania środka i – przykładowo – wynikiem sekcji zwłok. Ponadto powstaje tu skomplikowany problem tzw. włączenia się cudzego zakresu odpowiedzialności.

455 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 88. Położenie stanowiące bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia nie musi powstać nagle – może to być wynik rozwijającego się stanu chorobowego (A. Zoll, *Narażenie...*, s. 480). Inny przykład to lek, który dopiero po paru miesiącach spowoduje toksyczne uszkodzenie nerek (T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 148).

na zdrowiu (marskość wątroby), a potem ewentualnie w stanie, w którym (według tych samych kryteriów) groziła mu śmierć. W toku postępowania ustalimy datę wizyty, podczas której zaniechano niezbędnej diagnostyki (czas czynu) i – z pomocą biegłego – być może również przybliżony czas powstania marskości wątroby (czas skutku z art. 156 kk). Natomiast wyznaczenie konkretnego dnia, w którym niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu stało się bezpośrednie, okaże się bardzo trudne.

Te trudności orzecznicze nie zwalniają jednak z obowiązku podjęcia próby określenia czasu zaistnienia skutku, zwłaszcza gdy będzie to miało znaczenie np. dla przedawnienia karalności czynu. W wielu sytuacjach możliwe będzie jedynie podanie pewnego wycinka („od – do”) mieszczącego się w przedziale czasowym między czynem a ustaniem niebezpieczeństwa albo skutkiem biologicznym (o ile ten nastąpił). Dla organu procesowego może to oznaczać konieczność rozstrzygnięcia wątpliwości na korzyść oskarżonego, ponieważ „niedające się usunąć wątpliwości” w rozumieniu art. 5 § 2 kk mogą dotyczyć też czasu czynu czy czasu skutku. Termin przedawnienia biegnie wtedy od chwili stanowiącej początek tego okresu⁴⁵⁶. Dla biegłych tego rodzaju trudności orzecznicze nie oznaczają przyzwolenia na stwierdzenie, że skoro niebezpieczeństwo nie było bezpośrednie w chwili czynu, to nie doszło do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo.

Na sprawy związane z narażeniem życia lub zdrowia patrzy się często z perspektywy już zaistniałego skutku biologicznego, i to czasem śmiertelnego – ponieważ nierzadko dopiero wtedy informacja dociera do organów procesowych. W powyższych sytuacjach ostatecznie doszło do zaistnienia skutku z art. 160 kk, ale długo po czynie i (dotyczy to kazusu ordynatora i producenta dopalaczy) przy wydatnym wsparciu innej osoby. Rozważmy natomiast sytuacje, w których: ordynator zezwolił na przechowywanie azotynu sodu w szafce z lekami, ale pielęgniarka wyjęła opakowanie z tą substancją i przeniosła do magazynu; wyprodukowane dopalacze zostały zniszczone przed ich wprowadzeniem na rynek; pacjent chory na autoimmunizacyjne zapalenie wątroby poszedł do innego lekarza i został poddany właściwej diagnostyce i terapii. Po zaakceptowaniu kryterium czasowego jako wyznacznika bezpośredniości niebezpieczeństwa należy przyjąć, że we wszystkich tych sytuacjach nie doszło do bezpośredniego narażenia życia albo zdrowia. Można byłoby powiedzieć, że sprawca miał szczęście, a to – zdaniem niektórych – kłóci się z intuicyjną potrzebą ukarania osoby, która wszakże zachowała się nieodpowiedzialnie. Jednak przecież nie odpowiada za przestępstwo z art. 155 kk ktoś, kto zachował się skrajnie nieostrożnie (np. przez nieuwagę zamienił butelkę z mlekiem dla dziecka na butelkę z wybielaczem), ale do skutku nie doszło, ponieważ strącił butelkę ze stołu, zanim podał płyn dziecku. Zatem jeszcze raz należy podkreślić odrębność oceny, czy podjęte zachowanie było ostrożne, zasadne i dopuszczalne, od oceny skutku.

⁴⁵⁶ Wyrok SN z dnia 4 grudnia 2007 r. sygn. IV KK 281/07.

Dla ustalenia czasu nastąpienia skutku z art. 160 kk miarodajny będzie moment, w którym niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia osiągnęło etap bezpośredniości. Natomiast przy wyznaczaniu tej bezpośredniości nie deprecjonowałabym kryterium czasowego, ale z wyraźnym podkreśleniem, że dotyczy ono skutku (niebezpieczeństwa), a nie – stanu w momencie czynu. Jak słusznie zauważył Tomasz Jurek: „przyjmując, że czas między czynem sprawcy a wystąpieniem narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu powinien być krótki, ograniczalibyśmy znacznie zakres penalizacji”⁴⁵⁷. Ten czas rzeczywiście może być długi lub krótki, natomiast kryterium tu omawiane dotyczy bliskości czasowej naruszenia dobra, tj. śmierci albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jeśli na linii czasu wyznaczymy trzy punkty: czyn (1), skutek w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa (2) i (potencjalny) skutek biologiczny (3), to kryterium czasowe dotyczy odcinka 2–3 w tym znaczeniu, że niebezpieczeństwo w punkcie 2 jest bezpośrednie, gdy skutek biologiczny grozi w najbliższej chwili.

Niech zobrazuje to następujący (abstrakcyjny) przykład: pacjent cierpiał na dolegliwości ze strony układu pokarmowego i 1 czerwca udał się do lekarza, który zbagatelizował jego objawy. W dniu 1 listopada pacjent poczuł silny ból w jamie brzusznej, wymiotował, miał gorączkę (przewlekłe zapalenie wyrostka przeszło w ostre), a następnego dnia – przed przyjazdem karetki pogotowia – doszło do perforacji. Pacjent zmarł dwa dni później. Nie ma potrzeby wykazania, że 1 czerwca istniało wysokie prawdopodobieństwo śmierci albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ani rozważania, czy tego dnia negatywne skutki biologiczne groziły pacjentowi w najbliższym czasie, czy – nie. Można natomiast powiedzieć, że najpóźniej 2 listopada (a może – już dzień wcześniej) pacjent znalazł się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, tj. w stanie, w którym realnie, z dużym prawdopodobieństwem, bez dodatkowych czynników dynamizujących i w bliskim czasie groziła mu śmierć⁴⁵⁸. Czas czynu to 1 czerwca, czas skutku z art. 160 kk to 1 lub 2 listopada, czas skutku z art. 155 kk – 4 listopada. Oznacza to, że przyjęcie kryterium „krótkiego czasu” jako wyznacznika bezpośredniości niebezpieczeństwa nie skutkuje wykluczeniem możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności karnej kogoś, kto spowodował powstanie „niebezpieczeństwa odległego w czasie” – niebezpieczeństwo jest w tym wypadku odległe od czynu, ale okazuje się bezpośrednie, ponieważ skutek śmiertelny groził pacjentowi w krótkim czasie, z dużym prawdopodobieństwem i jako kolejne ogniwo przebiegu przyczynowego. Dla oceny bezpośredniości niebezpieczeństwa nie ma znaczenia, kiedy faktycznie wystąpił skutek biologiczny (o ile wystąpił). Ważne natomiast jest to, że 1 lub 2 listopada pacjentowi groziło, że umrze on wkrótce, z wysokim prawdopodobieństwem, bez ingerencji sprawcy lub innej osoby.

⁴⁵⁷ T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 87–88.

⁴⁵⁸ Inną kwestią (równie ważną) jest oczywiście ustalenie, czy 1 czerwca lekarz popełnił błąd, czy objawy wykazywane przez chorego obligowały do dalszej diagnostyki, czy zagrożenie życia pacjenta było wtedy obiektywnie przewidywalne, czy perforacja była konsekwencją tej samej choroby, na którą pacjent cierpiał 1 czerwca, i – ewentualnie – kiedy pacjent znalazł się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Dodatkową trudnością okaże się rozgraniczenie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia od choroby realnie zagrażającej życiu.

Czasowe kryterium bezpośredniości należy – wreszcie – odróżnić od czasu trwania już zaistniałego bezpośredniego niebezpieczeństwa. Jeśli powstało bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia albo zdrowia pokrzywdzonego, to nie jest już istotne, jak długo trwał ten stan. Nie ma wobec tego znaczenia, czy był to krótki „akt zagrożenia”, czy „stan zagrożenia” nieco rozciągnięty w czasie⁴⁵⁹. Jeśli jednak przepis wymaga, żeby negatywne skutki zdrowotne trwały przez jakiś czas (np. choroba długotrwała z art. 156 kk czy rozstrój zdrowia trwający powyżej 7 dni w rozumieniu art. 157 kk), to dopiero po upływie tego czasu można powiedzieć, że zaistniał skutek, a przestępstwo zostało dokonane⁴⁶⁰ – nie dotyczy to jednak niebezpieczeństwa z art. 160 kk.

O tym, jak istotne może być ustalenie czasu skutku, świadczy sprawa rozpoznawana przez Sąd Najwyższy pod sygn. III KK 41/19⁴⁶¹. Sąd okręgowy utrzymał w mocy wyrok sądu rejonowego, który – wobec przedawnienia karalności – umorzył postępowanie przeciwko oskarżonemu, który 18 lipca 2008 r. jako lekarz ginekolog operujący pokrzywdzoną naraził ją na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że nie zapewnił należytej kontroli nad chustami chirurgicznymi stosowanymi podczas operacji, w wyniku czego doprowadził do pozostawienia po zabiegu w jamie brzusznej pacjentki chusty chirurgicznej, czym nieumyślnie spowodował u niej chorobę realnie zagrażającą życiu⁴⁶². W następstwie pozostawienia chusty w jamie otrzewnej doszło u pokrzywdzonej do otorbienia ciała obcego (serwet i chusty gazowej z taśmą) z tworzeniem się konglomeratu drożnych pętli jelitowych i rozwinięcia się zmian naciekowo-zapalnych w obrębie tkanek przyległych z następowym przebicciem ściany jelita cienkiego. Chustę usunięto w dniu 28 lipca 2011 r. Sądy obu instancji uznały, że stan narażenia pokrzywdzonej na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia powstał w wyniku przeprowadzonego zabiegu i pozostawienia w ciele (jamie brzusznej) pacjentki chusty chirurgicznej, a skutek w postaci choroby realnie zagrażającej życiu nastąpił w ciągu kilku dni od operacji wykonanej 18 lipca 2008 r., a nie dopiero po trzech latach. Sąd kasacyjny uznał umorzenie postępowania za zasadne.

Zgodnie z art. 101 § 3 kk, jeżeli dokonanie przestępstwa zależy od nastąpienia skutku określonego w ustawie, bieg przedawnienia rozpoczyna się od czasu, gdy skutek nastąpił. Zdaniem Sądu Najwyższego „w wypadku [...] przestępstwa jednorazowego o skutku trwałym, inaczej niż przy przestępstwach trwałych, sprawca wywołuje swoim zachowaniem określony stan sprzeczny z prawem i określony skutek już następuje [...]”. Po tym zdarzeniu skutek nie wymaga podtrzymania, a zatem sprawca go nie wywołuje na nowo, ani przez swoją aktywność, ani przez jakąkolwiek bierność. To uniemożliwia uznanie, że czasem, w którym skutek następuje, jest jakkolwiek inny czas, poza pierwszym momentem, w jakim [ten skutek] się pojawił”. Sąd stwierdził, że oskarżony od czasu zaistnienia choroby realnie

zagrażającej życiu pacjentki, tj. na pewno z końcem lipca 2008 r., nie „podtrzymywał” swoim zachowaniem tego skutku, ani go nie „odnawiał”. Nie bez znaczenia jest fakt, że po operacji z 18 lipca 2008 r. oskarżony nie leczył już pacjentki i nie miał z nią kontaktu. Niestety, SN nie odniósł się tu do kwestii czasu zaistnienia skutku w postaci narażenia pacjenta na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Trudnością w sprawach medycznych może być to, że znamiona czynu zabronionego sprawca często realizuje przez zaniechanie, a stan bezpośredniego zagrożenia istnieje już w momencie pierwszego kontaktu lekarza z pacjentem. Warto zatem przypomnieć, że – zgodnie z poglądami prezentowanymi w piśmiennictwie – czasem popełnienia czynu zabronionego przez zaniechanie jest albo ostatnia chwila, w której nakazane działanie mogło być skutecznie podjęte⁴⁶³, albo moment początkowy sytuacji, w której zobowiązany nie mógł już wykonać nałożonego na niego obowiązku⁴⁶⁴. Kwestia budzi jednak w doktrynie wątpliwości, których rozstrzygnięcie przekracza ramy niniejszego opracowania. Czas popełnienia przestępstwa każdorazowo ustalić będzie musiał organ procesowy z wykorzystaniem opinii biegłych i odpowiedzi na pytanie, kiedy niebezpieczeństwo stało się bezpośrednio i kiedy jeszcze można było je uchylić lub zmniejszyć.

Podsumowanie:

Nie ma wymogu, żeby niebezpieczeństwo istniało już w chwili działania lub zaniechania sprawcy. Lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy także osobie, u której objawy pogorszenia stanu zdrowia pojawiają się dopiero w przyszłości. Ustalenie czasu powstania skutku (tj. momentu, w którym niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia stało się bezpośrednio) może być trudne, więc często można ustalić ten czas tylko w przybliżeniu. Ma on jednak znaczenie prawne, np. dla kwestii przedawnienia karalności czynu.

459 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 78; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 11; por. wyrok SA w Białymstoku z dnia 2 lutego 2023 r. sygn. II Aka 163/22.

460 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za przestępstwa...*, s. 108.

461 Postanowienie SN z dnia 12 sierpnia 2020 r. sygn. III KK 41/19.

462 Czyn oskarżonego zakwalifikowano z art. 156 § 1 pkt 2 kk w zw. z art. 156 § 2 kk w zbiegu z art. 160 § 2 kk w zw. z art. 160 § 3 kk w zw. z art. 11 § 2 kk.

463 J. Kostarczyk-Gryszka, *Problemy...*, „Nowe Prawo” 1970/9, s. 1250; J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 6, teza 3.

464 A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część ogólna...*, red. W. Wróbel, art. 6, teza 14; P. Kozłowska-Kalisz [w:] *Kodeks...*, red. M. Mozgawa, art. 6, teza 9.

Przypisanie skutku i związek przyczynowo-skutkowy

1. Przypisanie skutku przy działaniu i przy zaniechaniu

Przypisanie odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe⁴⁶⁵ wymaga – oprócz stwierdzenia nieprawidłowości w postępowaniu medycznym i zaistnienia skutku – powiązania tego skutku z wadliwym działaniem lub zaniechaniem lekarza albo innego pracownika medycznego. Przyjmuje się, że jeżeli ustawodawca zalicza do znamion czynu zabronionego skutek, to tym samym do tych znamion zalicza też związek przyczynowy⁴⁶⁶. Zachowanie sprawcy określone w art. 155, w art. 156 czy w art. 157 kk za pomocą czynnościowo-skutkowego znamienia *powoduje* oznacza, że w grę wchodzi każdy sposób spowodowania śmierci albo uszczerbku na zdrowiu (zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie), innymi słowy – doprowadzenie do skutku poprzez zachowanie polegające na niezachowaniu reguły ostrożności wymaganej w danych okolicznościach⁴⁶⁷.

Reguły przypisania skutku wypracowane w prawie karnym różnią się w zależności od tego, czy rozpatrywane zachowanie sprawcy przybrało formę działania czy zaniechania. Przypisanie skutku w przypadku działania odbywa się na płaszczyźnie empirycznej (wymaga wykazania związku przyczynowo-skutkowego między działaniem a skutkiem) oraz na płaszczyźnie normatywnej⁴⁶⁸ – tutaj konieczne okazuje się potwierdzenie naruszenia normy sankcjonowanej zakazującej powodowania skutku, tj. naruszenia reguły postępowania z dobrem prawnym, z której niedochowaniem wiąże się przewidywalność określonego przebiegu przyczynowego mogącego prowadzić do wystąpienia skutku. Natomiast w odniesieniu do zaniechania mówimy wyłącznie o powiązaniu normatywnym⁴⁶⁹: sprawcą jest gwarant nienastąpienia skutku, niedopełniający obowiązku na nim ciążącego i przez to naruszający reguły postępowania z dobrem prawnym w sytuacji, w której wykonanie obowiązku zapobiegłoby powstaniu skutku.

465 Przestępstwa skutkowe (czyli materialne) uznaje się za dokonane dopiero po zaistnieniu skutku. W przypadku przestępstw formalnych ustawa nie wymaga powstania skutku, są one dokonane w momencie zakończenia zachowania przez sprawcę. Przestępstwem formalnym jest np. udzielanie świadczeń lekarskich bez uprawnień w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (art. 58 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jednolity: Dz.U. 2024 r., poz. 1287 ze zm.).

466 J. Lachowski [w:] *Kodeks...*, red. V. Konarska-Wrzošek, art. 1, teza 11; R. Rabięga, *Związek...*, „Acta Iuris Stetinensis” 2014/8, s. 177, 183; por. J. Kochanowski, *O zbędności teorii...*, „Państwo i Prawo” 1967/11, s. 781.

467 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18.

468 M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 76; P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 77; J. Giezek, P. Kardas, *O kryteriach...*, s. 16; M. Kliś, *Źródła...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1999/2, s. 169; por. W. Wolter, *Nauka...*, s. 76; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 46; T. Kaczmarek, *O metodologicznej...*, s. 383–384; T. Kaczmarek, *Spory...*, s. 208; J. Kalandyć, *Glosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 187; M. Malecki, *Przypisanie...*, „Paragraf na Drodze” 2013/4, s. 8; kryt. S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 132–133; A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 112 – zdaniem autorów kryteria badania relacji sprawstwa mają wyłącznie charakter normatywny.

469 W. Wolter, *O tzw. przyczynowości...*, „Państwo i Prawo” 1954/10–11, s. 521–522; W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 380; A. Zoll, *Ogólne...*, „Państwo i Prawo” 1990/10, s. 33; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 510; M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 76; M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 26; M. Malecki, *Z problematyki...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 67; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 112; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 412; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 618; M. Królikowski, *Odpowiedzialność...*, „Monitor Prawniczy” 2006/3, s. 156; M. Kliś, *Źródła...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1999/2, s. 169.

Należy podkreślić, że stwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego na płaszczyźnie empirycznej jest możliwe tylko w odniesieniu do działania, chociaż ta kwestia zalicza się w doktrynie do spornych. Zdaniem W. Woltera związek przyczynowy „istnieje poza naszą świadomością jako szczególna właściwość materii będącej w ruchu”⁴⁷⁰, tymczasem zaniechanie to brak działania, które powinno nastąpić, „brak akcji pozytywnej”⁴⁷¹, „bezczywność w określonym kierunku”⁴⁷², „brak ingerencji w przebieg zdarzenia toczącego się swoim własnym, niezakłóconym rytmem”⁴⁷³. Cechą związku przyczynowego jest oddziaływanie – poprzez przekazanie energii lub informacji – między dwoma zdarzeniami⁴⁷⁴. Nie można wobec tego mówić o przyczynowości zaniechania⁴⁷⁵, ponieważ „brak ruchu nie jest i nie może być nośnikiem energetycznym”⁴⁷⁶, a odpowiedzialność za materialne przestępstwo z zaniechania wynika z „braku przyczynowości przeciwstawnej”⁴⁷⁷. W istocie gwarant odpowiada nie za to, że „spowodował” skutek, a za to, że nie podjął działania, które temu skutkowi miało zapobiec⁴⁷⁸.

To zagadnienie zilustrujemy następującym przykładem: pacjent doznał zawału mięśnia sercowego, krwotoku lub innego urazu wymagającego natychmiastowego udzielania mu pomocy. Spośród czterech opiekujących się nim lekarzy pierwszy nie zrobił nic, ponieważ sam dostał udaru i stracił przytomność. Drugi nie udzielił pomocy pacjentowi, ponieważ przyszedł do pracy w stanie silnego upojenia alkoholowego i nie był w stanie wykonywać swoich obowiązków. Trzeci lekarz uznał, że jako stażysta nie ma jeszcze wystarczającego doświadczenia i woli poczekać na ordynatora (który zjawiał się dopiero po 30 minutach). Czwarty lekarz był synem pacjenta, skłóconym z nim od dawna, i po stwierdzeniu ciężkiego

470 W. Wolter, *O tzw. przyczynowości...*, „Państwo i Prawo” 1954/10–11, s. 521–522; W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 380; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 512; K. Buchała, *Przestępstwa...*, s. 115.

471 W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 380; W. Wolter, *O tzw. przyczynowości...*, „Państwo i Prawo” 1954/10–11, s. 521–522; J. Wróblewski, *W związku...*, „Państwo i Prawo” 1955/7–8, s. 268.

472 A. Zoll, *Okoliczności...*, s. 17–18; J. Kulesza, *O pojmowaniu...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2007/2, s. 50; P. Burzyński, *Zaniechanie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2005/2, s. 49; R. Rabięga, *O zaniechaniu...*, „Ius Novum” 2011/2, s. 26; L. Kubicki, *Przestępstwo...*, s. 75–76.

473 M. Małecki, *Zbiegi...*, s. 331.

474 K. Buchała, *Przestępstwa...*, s. 115; K. Buchała, *Przypisanie...*, s. 26; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 512; por. M. Cieślak, *O przyczynowości...*, s. 388.

475 W. Wolter, *O tzw. przyczynowości...*, „Państwo i Prawo” 1954/10–11, s. 523, 534; W. Wolter, *Nauka...*, s. 81; K. Buchała, *Przestępstwa...*, s. 122–123; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 48; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 127; J. Wróblewski, *W związku...*, „Państwo i Prawo” 1955/7–8, s. 269; A. Zoll, *Ogólne...*, „Państwo i Prawo” 1990/10, s. 33; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 509; J. Majewski, *O pożytkach...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 118–119; J. Majewski, *Prawo karne...*, s. 56; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 111; W. Wróbel, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4,

s. 136; J. Giezek, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 139; M. Małecki, *Zbiegi...*, s. 330; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodo-*

wa..., s. 412; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 194; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 184; J. Kalandyk, *Głos...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 180; M. Kliś, *Źródła...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1999/2,

s. 169; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 79; W. Patryas, *Przyczynę...*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1992/3, s. 3; P. Konieczniak, *Czyn...*, s. 221–222; J. Niekraś, *Konfrontacja...*, „Palestra” 1976/7, s. 15; odmiennie: M. Cieślak, *O przyczynowości...*, s. 386; L. Kubicki, *Przestępstwo...*,

s. 140; L. Kubicki, *Obowiązek...*, „Prawo i Medycyna” 2003/13, s. 17; W. Radecki, *Przestępstwa narażenia...*, s. 41; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, s. 39; T. Kaczmarek, *Spory...*, s. 206; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 333; K. Piech, *Włączenie...*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ” 2018/2, s. 110; R. Rabięga, *O zaniechaniu...*, „Ius Novum” 2011/2, s. 28; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 49; M. Klinowski, *Przyczynę...*, „Diametros” 2009/9, s. 75–76.

476 K. Buchała, *Przestępstwa...*, s. 122; por. S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 127; A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 91.

477 W. Wolter, *O tzw. przyczynowości...*, „Państwo i Prawo” 1954/10–11, s. 523, 534; J. Wróblewski, *W związku...*, „Państwo i Prawo” 1955/7–8, s. 269; kryt. W. Patryas, *Przyczynę...*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1992/3, s. 6.

478 D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 112.

stanu ojca odstąpił od jakichkolwiek czynności z myślą „no, wreszcie”. Pacjent zmarł. Prawnicy nie powinni mieć trudności z określeniem, czy i jaką odpowiedzialność powinien ponieść każdy z lekarzy. Jeśli jednak zapytamy, który z nich „spowodował” śmierć pacjenta lub „zdynamiczował” przebieg choroby, to odpowiedź będzie tylko jedna: na płaszczyźnie ontycznej – żaden⁴⁷⁹. Przypisanie odpowiedzialności karnej w takim wypadku jest możliwe, ponieważ powiązanie zaniechania ze skutkiem ma charakter normatywny. Zaniechanie „nie jest w stanie zniweczyć czy chociażby zmodyfikować rzeczywistego związku kauzalnego”, ale po spełnieniu warunków opisanych w ustawie pozwala pociągnąć do odpowiedzialności tego, kto zaniechał obowiązkowego działania⁴⁸⁰.

Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie, cytowanym w orzeczeniach sądów powszechnych, wielokrotnie opowiedział się za przyczynowością zaniechania. Stwierdził m.in., że „odpowiedzialności karnej z art. 160 kk podlega lekarz – gwarant, który w wyniku zaniechania udzielenia właściwego świadczenia zdrowotnego zdynamiczował swą bezczynnością przebieg i rozwój procesów chorobowych u pacjenta w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego życiu i zdrowiu”⁴⁸¹. Znacznie bardziej przekonuje jednak stanowisko, zgodnie z którym dla „przypisania skutku w przypadku zaniechania, owo zaniechanie musi być bezprawne, [a przypisanie jest] oparte wyłącznie na powiązaniu normatywnym ze skutkiem”⁴⁸². W sytuacji zaniechania przypisanie skutku „z czysto logicznych powodów nie opiera się na relacjach »przyczynowych«, lecz wyłącznie na kryteriach normatywnych”⁴⁸³. W innym orzeczeniu mowa jest o powiązaniu „quasi-przyczynowym”⁴⁸⁴.

Podsumowanie:

Przypisanie odpowiedzialności za przestępstwa skutkowe, a do takich należą m.in. czyny z art. 155–160 kk, wymaga powiązania skutku z wadliwym działaniem lub zaniechaniem. W sytuacji zaniechania sprawca odpowiada za to, że nie zapobiegł skutkowi, chociaż miał taki obowiązek i było to możliwe.

479 Jak to ujął W. Wolter: ofiara utonęła, bo wpadła do głębokiej wody, a nie „skutkiem nieratowania” (W. Wolter, *O tzw. przyczynowości...*, „Państwo i Prawo” 1954/10–11, s. 523). Lekarz nie dynamiczuje przebiegu schorzenia, jego bezczynność jedynie „nie zatrzymuje biegu zdarzeń, które są wynikiem samodzielnego rozwoju choroby” (T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 95; por. T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 184); kryt. A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 107.

480 M. Małecki, *Zbiegi...*, s. 331; W. Wolter, *Z problematyki...*, „Państwo i Prawo” 1957/6, s. 1113.

481 Wyrok SN z dnia 5 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 347/99; postanowienie SN z dnia 3 czerwca 2004 r. sygn. V KK 37/04; wyrok SN z dnia 1 kwietnia 2008 r. sygn. IV KK 381/07; wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12; wyrok SN z dnia 4 października 2018 r. III KK 453/17.

482 Wyrok SN z dnia 22 listopada 2005 r. sygn. V KK 100/05; wyrok SN z dnia 12 października 2016 r. sygn. V KK 153/16; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II AKA 470/21; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 6 kwietnia 2016 r. sygn. II AKA 67/16.

483 Wyrok SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. V KK 85/15.

484 Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2000 r. sygn. V KKN 318/99; por. A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 48; M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 77; M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 26; K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 241–242; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 185; A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 110.

2. Teorie przyczynowości w prawie karnym

Aby przypisać odpowiedzialność za przestępstwa materialne (skutkowe) – a do takich należą czyny zabronione z art. 155, z art. 156, z art. 157 i z art. 160 kk – konieczne okazuje się stwierdzenie powiązania między określonym zachowaniem a skutkiem. Sprawca nie może przecież ponosić odpowiedzialności za każdy skutek, który wystąpił po czynie. Związek między zachowaniem a skutkiem nie może być rozumiany „jako jedynie czasowe lub miejscowe następstwo wydarzeń”⁴⁸⁵. W doktrynie prawa karnego opracowano różne teorie przyczynowości, próbowano przy tym wyraźnie odróżnić płaszczyznę bytu od płaszczyzny norm prawnych. Związek przyczynowy jest wszakże uważany za kategorię obiektywną, ontologiczną, pozbawioną elementów normatywnych⁴⁸⁶. Więzy przyczynowa „ma rzeczywisty, niezależny od indywidualnych i subiektywnych ocen dokonywanych przez człowieka, byt materialny”⁴⁸⁷, a rozstrzygnięcie o przyczynowości to badanie świata realnego⁴⁸⁸.

Początkowo odwoływano się do teorii ekwiwalencji⁴⁸⁹ i do testu warunku *sine qua non*, który wymaga udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy po wyeliminowaniu danego elementu doszłoby do tego skutku, który faktycznie zaistniał⁴⁹⁰. Jeżeli bez określonego działania sprawcy skutek i tak by nastąpił, to takie działanie nie było przyczynowe dla tego skutku. Jeśli natomiast nie doszłoby do skutku, to można powiedzieć, że oceniane działanie było przyczyną skutku, tj. pozostawało z nim w związku kauzalnym⁴⁹¹. W tym ujęciu przyczyna to suma wszystkich warunków koniecznych, a warunek konieczny to czynnik, bez którego nie wystąpiłby element uzależniony od tego czynnika⁴⁹². Zgodnie z tą teorią wszystkie warunki mają taki sam walor i nie ma znaczenia, ile ogniw pośrednich oddziela dane zdarzenie od końcowego skutku⁴⁹³. Zatem czyn sprawcy nie musi być wyłączną przyczyną skutku należącego do znamion przestępstwa⁴⁹⁴ – wystąpienie innych jeszcze warunków nie wyłącza przyczynowości, i to nawet gdy rola tych innych warunków była znaczna⁴⁹⁵.

485 Wyrok SN z dnia 4 listopada 1998 r. sygn. V KKN 303/97.

486 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 227; W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 380; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 178; J. Niekrasz, *Konfrontacja...*, „Palestra” 1976/7, s. 15.

487 P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 33.

488 T. Sroka, *Czasowy...*, s. 325.

489 Inaczej: teoria równowartości przyczyn, równoważności warunków, teoria ekwiwalencyjna, kondycjonalna, teoria warunkowości.

490 W. Wolter, *Nauka...*, s. 72; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 47; S. Zablocki, *Zagadnienie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 33; K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 243; J. Kunz, *Niektóre... Część I*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/1, s. 50; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 25; E.M. Guzik-Makaruk E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 96; P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 27; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 178; D. Wąsik, *Metodyka...*, s. 30; J. Giezek, *Wyjaśnienie...*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 47; por. wyrok SN z dnia 7 stycznia 1935 r. sygn. III K 1533/34; wyrok SN z dnia 12 lipca 1973 r. sygn. V KRN 181/73; I. Jankowska-Prochot, *Określenie...*, „Prokuratura i Prawo” 2021/2, s. 141–142; R. Rabiega, *Związek...*, „Acta Iuris Stetinensis” 2014/8, s. 179, 188; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu...*, „Palestra” 1983/10, s. 65; kryt. J. Majewski, *Glosa...*, s. 492.

491 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 214; M. Filar, *Glosa...*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2012/5 poz. 49, s. 323; T. Kaczmarek, *O metodologicznej...*, s. 389; M. Cieślak, *O przyczynowości...*, s. 384.

492 W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 380.

493 K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 243; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 46; M. Cieślak, *O przyczynowości...*, s. 383.

494 M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 32.

495 Postanowienie SN z dnia 2 października 1967 r. sygn. RNw 47/67; wyrok SN z dnia 14 grudnia 1973 r. sygn. III KR 303/73; postanowienie SN z dnia 21 lutego 2001 r. sygn. IV KKN 189/00; wyrok SA w Poznaniu z dnia 13 grudnia 2012 r. sygn. II Aka 256/12; por. (w prawie brytyjskim i w prawie amerykańskim) I. Jankowska-Prochot, *Określenie...*, „Prokuratura i Prawo” 2021/2, s. 141.

Jednak ponieważ teoria ekwiwalencji może prowadzić do wniosków niemożliwych do zaakceptowania⁴⁹⁶, próbowano ją w różny sposób zreformować. Przykładowo: indywidualizujące teorie przyczynowości pozwalały za przyczynę uznać warunek najskuteczniejszy czy decydujący (szczególnie kwalifikowany)⁴⁹⁷. Zdaniem Sądu Najwyższego związek przyczynowy musi mieć „charakter bezpośredni, a więc gdy działanie sprawcy jest – jeżeli nie wyłączną, to w każdym razie wystarczającą – przyczyną powstania określonego skutku przestępczego”⁴⁹⁸. Tyle że jednocześnie odrzucano tezę, zgodnie z którą czyn sprawcy miał być „jedyną i główną” przyczyną skutku⁴⁹⁹. Ostatecznie jednak „specjalne” teorie związku przyczynowego (teorie skutków koniecznych i przypadkowych, teorie sprawstwa społecznie niebezpiecznego⁵⁰⁰, teorie wyłącznej przyczyny⁵⁰¹ itd.) poddano krytyce⁵⁰². Z uwagi na problemy związane ze zdefiniowaniem związku przyczynowego oraz z tzw. przyczynowością zaniechania zaproponowano też oparcie się wyłącznie na teście warunku koniecznego. Ustalenie, że „czyn człowieka jest *conditio sine qua non* skutku szkodliwego, bez względu na to, jak taka zależność ma się do związku przyczynowego, pozwala uważać ten skutek za wynik zachowania się człowieka i w dalszej kolejności przypisać mu sprawstwo i pociągnąć do odpowiedzialności”⁵⁰³.

W miejsce zbyt szerokiej teorii ekwiwalencji zaproponowano test warunku właściwego (teoria adekwancji czy adekwatności⁵⁰⁴). Związek adekwatny ogranicza się do skutków normalnych, typowych, przeciętnych⁵⁰⁵, zgodnych z doświadczeniem życiowym⁵⁰⁶, takich,

496 Por. K. Buchała, *Przypisanie...*, s. 25; J. Kalandyk, *Glosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 182; K. Jaegermann, *Opiniowanie...*, s. 150. W doktrynie podaje się czasem przykład producenta broni, który zgodnie z teorią ekwiwalencji zawsze będzie sprawcą zabójstwa popełnionego za pomocą pistoletu zakupionego od niego. W sprawach medycznych można zauważyć, że bez zgody pacjenta nie doszłoby do operacji, ale czy wyrażenie zgody spowodowało śmierć pacjenta? Zgodnie z teorią warunkowości lekarz, który wysłał pacjenta nad morze, odpowiada za jego śmierć nad morzem (J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 24, 63). Zdaniem SN pojęcie związku przyczynowego w znaczeniu logicznym jest na użytek procesu karnego wysoce niewystarczające. W takim ujęciu związek przyczynowy jest pojęciem niezmiernie szerokim, tymczasem „łańcuch przyczyn i skutków nie może ciągnąć się w czasie i przestrzeni w sposób [...] nieograniczony [...]. Pojęcie zatem związku przyczynowego w rozumieniu prawa karnego nie może być utożsamiane z jego logiczną wykładnią, prowadziłoby to bowiem do nadmiernego rozbudowania odpowiedzialności karnej” (wyrok SN z dnia 18 stycznia 1982 r. sygn. II KR 308/81). Zdaniem J. Giezka tylko eliminacja rzeczywiśta (eksperymentalnie sprawdzalna), a nie – myślowa, mogłaby dać odpowiedź na pytanie, czy dana okoliczność stanowiła warunek powstania skutku (J. Giezek, *Wyjaśnienie...*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 52; J. Giezek, *Znaczenie...*, s. 209).

497 W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 379.

498 Wyrok SN z dnia 18 stycznia 1982 r. sygn. II KR 308/81; por. P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 44; T. Niedziński, *Odpowiedzialność...*, s. 775; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 87, 309; odmiennie: wyrok SN z dnia 7 stycznia 1935 r. sygn. III K 1533/34; wyrok SN z dnia 28 października 1947 r. sygn. K 1279/47.

499 Postanowienie SN z dnia 2 października 1967 r. sygn. RNw 47/67.

500 Por. J. Kochanowski, *O zbędności teorii...*, „Państwo i Prawo” 1967/11, s. 782.

501 Por. J. Kunz, *Niektóre... Część I*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/1, s. 51.

502 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 54; por. J. Kunz, *Niektóre... Część I*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/1, s. 50.

503 J. Kochanowski, *O zbędności teorii...*, „Państwo i Prawo” 1967/11, s. 785. Zdaniem tego autora prawo nie potrzebuje wiązać odpowiedzialności z istnieniem związku przyczynowego (ibidem, s. 789). Por. K. Buchała, *Przypisanie...*, s. 26; K. Buchała, *Przestępstwa...*, s. 122 – według autora brak ruchu może być warunkiem koniecznym.

504 Inaczej: teoria adekwatnego związku przyczynowego, teoria przeciętnej przyczynowości.

505 W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 380; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 49; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 23; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 55; T. Kaczmarek, *Kryteria...*, s. 175; E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 259; J. Kunz, *Niektóre... Część II*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/2, s. 123; R. Rabiega, *Związek...*, „Acta Iuris Stetinensis” 2014/8, s. 187; K. Jaegermann, *Opiniowanie...*, s. 151; K. Krupa-Lipińska, *Związek...*, „Prawo i Medycyna” 2012/3–4, s. 78, 84; J. Zajdel, *Prawo...*, s. 252.

506 C. Roxin, *Problematyka...*, s. 9; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 33.

które zazwyczaj, w zwykłej kolejności rzeczy, stanowią konsekwencję danego zdarzenia⁵⁰⁷. Według tej teorii wyrażenie przez pacjenta zgody na operację nie jest „przyczyną” negatywnych skutków wynikłych z zabiegu, podobnie jak nie jest nią wyprodukowanie narzędzi chirurgicznych itd. Tę koncepcję tę przyjęto w prawie cywilnym (zgodnie z art. 361 § 1 kc zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła)⁵⁰⁸, ale też w prawie karnym – skutek określony w ustawie powinien być normalnym, typowym następstwem zachowania się oskarżonego⁵⁰⁹. Zdarzenie A stanowi adekwatną przyczynę B, jeżeli prawdopodobieństwo, że A pociągnie za sobą B, uznamy za adekwatne, tj. nie jest ono zbyt małe⁵¹⁰, przy czym statystyczna rzadkość określonego następstwa nie wyłącza automatycznie adekwatności (normalności) związku przyczynowego⁵¹¹. W istocie teoria adekwatnego związku przyczynowego to teoria odpowiedzialności (przypisania), której jedną z przesłanek jest związek przyczynowy⁵¹².

Zgodnie z teorią warunku właściwego: A jest warunkiem (przyczyną) B, jeśli zgodnie z poglądem specjalistów w danej dziedzinie zachodzi prawidłowość, że po zdarzeniu A nastąpi zdarzenie B⁵¹³. Teoria relewancji⁵¹⁴ każe natomiast sprawdzić, czy związek przyczynowy wykazany za pomocą testu *conditio sine qua non* jest istotny dla możliwości pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności karnej⁵¹⁵. Przyczynowość sprawdza się zgodnie z teorią ekwiwalencji, a kwestia adekwatności związku przyczynowego jest rozpatrywana na płaszczyźnie ustawowej istoty czynu – to oznacza, że prawnie relewantne są tylko takie związki przyczynowe, które cechuje element adekwatności⁵¹⁶. Istotność przyczyny dla skutku ocenia się z punktu widzenia zgodności treści zachowania sprawcy z treścią znamion czynnościowych określonych w ustawie⁵¹⁷. Ta koncepcja jest zatem oparta na elementach empirycznych i normatywnych: to teoria odpowiedzialności, a nie – przyczynowości⁵¹⁸.

507 K. Czub [w:] *Kodeks...*, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, art. 361, teza 7.

508 Wyrok SN z dnia 15 stycznia 1970 r. sygn. I CR 522/69; wyrok SN z dnia 12 listopada 1970 r. sygn. I CR 468/70; wyrok SN z dnia 17 listopada 2021 r. sygn. I CSKP 2/21; wyrok SN z dnia 12 stycznia 2022 r. sygn. II CSKP 53/22; por. M. Nesterowicz, *Kilka...*, „Palestra” 1968/7–8, s. 48; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 169; B. Ostrzechowski, *Normalność...*, s. 38; K. Krupa-Lipińska, *Związek...*, „Prawo i Medycyna” 2012/3–4, s. 78, 84; P.W. Chelmonska, *Errare...*, s. 13; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 162; K. Pałka, *Odpowiedzialność...*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2021/1, s. 60. 509 Postanowienie SN z dnia 15 lipca 1966 r. sygn. R.w 520/66; wyrok SN z dnia 6 marca 1974 r. sygn. V KR 83/74; wyrok SN z dnia 16 czerwca 2000 r. sygn. III KKN 123/98; wyrok SN z dnia 14 czerwca 2002 r. sygn. II KKN 254/00; postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 134/09; wyrok SA w Gdańsku z dnia 20 września 2012 r. sygn. II Aka 305/12; I. Zduński, *Odpowiedzialność...*, s. 186.

510 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 55; T. Sroka, *Czasowy...*, s. 324.

511 B. Ostrzechowski, *Normalność...*, s. 40–41.

512 W. Wolter, *Nauka...*, s. 68; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 56; J. Giezek, *Przyczynowość hipotetyczna...*, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 42; P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 34; A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 49; C. Roxin, *Problematyka...*, s. 9; K. Buchała, *Przypisanie...*, s. 25; K. Jaegermann, *Opiniowanie...*, s. 150; por. J. Majewski, *Glosa...*, s. 491–492.

513 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 47; T. Sroka, *Czasowy...*, s. 323; R. Kędzióra, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 178; J. Kalandyk, *Glosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 182.

514 Inaczej: teoria znacności.

515 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 160.

516 W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 382.

517 E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 259; R. Rabiega, *Związek...*, „Acta Iuris Stetinensis” 2014/8, s. 187; A. Górski, *Glosa...*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2001/6 poz. 94, s. 318; W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 383.

518 K. Buchała, *Przypisanie...*, s. 25; J. Giezek, *Przyczynowość hipotetyczna...*, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 42; por. E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 259.

Teorie przyczynowości w prawie karnym od początku budziły kontrowersje. Skoro związek przyczynowy to zjawisko obiektywne, to nie powinno się „preparować związku przyczynowego na potrzeby prawa karnego”⁵¹⁹. Tymczasem teorie prawnej przyczynowości dopasowują pojęcie związku przyczynowego do przypadków wymagających represji karnej, w wyniku czego związek przyczynowy staje się zagadnieniem prawa i odpowiedzialności⁵²⁰. Związek przyczynowy to tylko wstępny warunek odpowiedzialności, nieprzesądający wcale o konieczności pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności karnej⁵²¹. Prawo nie może modyfikować przyczynowości, ale można ograniczyć przypisywalność czynu, ponieważ w istocie jest to problem normatywny⁵²².

Obecnie doktryna powołuje się na teorię warunku odpowiadającego empirycznie potwierdzonej prawidłowości⁵²³. Tutaj bierze się pod uwagę znane już przebiegi przyczynowe, tj. wiedzę o tym, że określone zdarzenie zawsze (z pewnością) lub w większości przypadków (z dużym prawdopodobieństwem) prowadzi do określonego skutku. Pozwala to na różnicowanie (zgodnie z doświadczeniem życiowym) warunków przyczyniających się do powstania skutku, a tym samym – na skorygowanie i zrationalizowanie odpowiedzialności karnej⁵²⁴. O związku przyczynowym można mówić, gdy badane zachowanie w świetle znanej – dzięki wiedzy i doświadczeniu kauzalnemu – prawidłowości prowadzi do skutku przestępczego⁵²⁵. Istnieje zatem empirycznie potwierdzone prawo przyczynowe wskazujące na związek kauzalny między dwoma zdarzeniami⁵²⁶. Zdarzenie A₁ stanowi przyczynowe wyjaśnienie późniejszego czasowo zdarzenia B₁, gdy na podstawie ogólnych praw (prawidłowość otaczającego nas świata) można stwierdzić, że zdarzeniom typu A regularnie towarzyszy zdarzenie B⁵²⁷. I do niego właśnie odwołujemy się przy udzielaniu odpowiedzi o skutek i o przyczynę⁵²⁸. Konkretny czyn, będący zdarzeniem jednorazowym, stanowi

519 W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 382.

520 J. Kochanowski, *O zbędności teorii...*, „Państwo i Prawo” 1967/11, s. 781; por. J. Majewski, *Prawnokarne...*, s. 49.

521 W. Wolter, *Błędne...*, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 385; J. Kochanowski, *O zbędności teorii...*, „Państwo i Prawo” 1967/11, s. 783; por. M. Bielski, *Kryteria...*, s. 505.

522 A. Zoll, *Ogólne...*, „Państwo i Prawo” 1990/10, s. 36; por. M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 76; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 131; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 14; por. wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2021 r. sygn. II KKN 521/98 („Niezależnie od ograniczeń odpowiedzialności karnej za zabroniony skutek, które dotyczą zawinienia, istnieją ograniczenia w sferze obiektywnej, którą tłumaczy się samym charakterem powiązań przyczynowych, bez potrzeby uciekania się do pojęcia szczególnej przyczynowości »prawniczej« czy »normatywnej«”).

523 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 510–511; M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 77; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 40; J. Giezek, *Wyjaśnienie...*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 57; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 618; kryt. T. Kaczmarek, *O metodologicznej...*, s. 395; T. Kaczmarek, *Wybrane...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 21.

524 W. Radecki, *Przestępstwa przeciwko...*, s. 81; M. Bielski, *O potrzebie...*, s. 244–245 (autorzy zwracają uwagę na zawężenie zakresu odpowiedzialności karnej); J. Giezek podaje przykład dwunastu żołnierzy, którzy strzelają do skazańca i każdy z nich trafia w serce. Według teorii ekwiwalencji żaden strzał nie był przyczyną śmierci, ponieważ gdyby został wyeliminowany, to skutek i tak by nastąpił. Według teorii warunku odpowiadającego empirycznie potwierdzonej prawidłowości każdy z żołnierzy spełnia warunek trafienia kulą w serce, a istnieje prawo przyczynowe, zgodnie z którym człowiek trafiony kulą w serce umiera (J. Giezek, *Wyjaśnienie...*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 60; por. W. Wolter, *Nauka...*, s. 73).

525 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 511; M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 76; por. A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 47; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 311.

526 M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 77; J. Giezek, *Glosa...* (III KKN 231/98), „Państwo i Prawo” 2001/6, s. 110; J. Majewski, *Prawnokarne...*, s. 72.

527 J. Giezek, *Wyjaśnienie...*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 56–57.

528 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 12.

egzemplifikację jakiejś znanej prawidłowości⁵²⁹. Należy wyraźnie podkreślić, że ta teoria nie definiuje istoty związku przyczynowego, ale wskazuje, kiedy jakieś zdarzenie (np. czyn sprawcy) można uznać za przyczynę zdarzenia czasowo późniejszego (ustawowego skutku)⁵³⁰. Ustalenie praw kauzalnych – na podstawie teorii empirycznie potwierdzonej prawidłowości – to pierwszy etap przypisania skutku⁵³¹.

Nie jest celem niniejszej pracy wyczerpujące przedstawienie teorii przyczynowości, zwłaszcza że niektóre z nich mają już charakter historyczny. Trzeba jednak zwrócić uwagę na złożoność tego zagadnienia i na konieczność czynienia precyzyjnych ustaleń – zarówno przez organ procesowy, jak i przez biegłych. Właściwie żadna z teorii nie neguje przydatności *conditio sine qua non*, ale wszystkie uzupełniają go o elementy normatywne, mające na celu zawężenie zakresu odpowiedzialności karnej. Tymczasem „jakiegokolwiek wartościowanie warunków wywołujących skutek leży już poza ontologicznym znaczeniem pojęcia przyczynowości”⁵³².

W pytaniach kierowanych do biegłych organ procesowy niejednokrotnie zadaje pytanie, czy między stwierdzonymi uchybieniami w leczeniu a skutkiem w postaci śmierci pacjenta (rozstroju zdrowia, bezpośredniego niebezpieczeństwa, w jakim znalazł się pokrzywdzony) zachodzi związek przyczynowo-skutkowy. Zdarza się, że biegli udzielają na to pytanie odpowiedzi twierdzącej lub przeczącej, ale pozbawionej argumentacji. Wobec mnogości teorii związku przyczynowego trudno wtedy rozstrzygnąć, na czym polega powiązanie między konkretnym zachowaniem a skutkiem – może się przecież okazać, że prokurator i biegły zupełnie inaczej definiują związek przyczynowy⁵³³. Nie jest nawet jasne, czy obie strony mają na myśli powiązanie wyłącznie na płaszczyźnie empirycznej, czy również – na płaszczyźnie normatywnej i co rozumieją pod pojęciem związku przyczynowego między zaniechaniem a skutkiem.

Pomimo wszystkich przedstawionych wątpliwości nie ma jednak powodów, żeby na gruncie spraw karnych rezygnować całkowicie z posługiwania się pojęciem związku przyczynowego⁵³⁴. Nie ma przecież wątpliwości, że zgodnie z doświadczeniem można (z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem) powiązać zdarzenie A z późniejszym zdarzeniem B lub wykluczyć takie powiązanie. Na podstawie wiedzy medycznej biegły może powiedzieć, że podanie zbyt wysokiej dawki leku spowodowało śmierć pacjenta, ponieważ np. doprowadziło do gwałtownego wzrostu ciśnienia, a to do [...] itd. Może też stwierdzić, że odstępianie od zatamowania krwotoku pozostawało w związku ze śmiercią pacjenta, ponieważ zgodnie z wiedzą medyczną silny krwotok

prowadzi do wstrząsu, a ten – do śmierci, natomiast podjęcie czynności medycznych pozwala na uratowanie pacjenta, przy czym oceniany przypadek nie był na tyle nietypowy, żeby takie powiązanie wykluczyć. I chociaż czyn polegający na niezatamowaniu krwawienia nie jest tu dosłownie przyczyną zgonu pacjenta (nie uruchamia procesów biologicznych), to znajomość praw kauzalnych pozwala na czynienie wstępnych ustaleń mających znaczenie dla odpowiedzialności za śmierć pacjenta. W istocie zatem pytanie o tzw. związek przyczynowy to pytanie o istnienie tego rodzaju potwierdzonej empirycznie prawidłowości – zarówno przy ocenie działania, jak i gdy ocenia się zaniechanie.

Podsumowanie:

W teorii prawa wypracowano wiele teorii przyczynowości, a kwestia związku przyczynowego należy do wyjątkowo spornych. Trudno byłoby jednak zrezygnować z tego pojęcia. Wypowiedź biegłych na temat istnienia takiego związku powinna opierać się na przebiegach przyczynowych znanych fachowcom i empirycznie potwierdzonych: że jedno zdarzenie zawsze lub zazwyczaj skutkuje drugim (bądź pozwala na wykluczenie drugiego).

3. Obiektywne przypisanie skutku

Obecnie w prawie karnym największe uznanie zyskała koncepcja obiektywnego przypisania skutku, zgodnie z którą do powiązania czynu sprawcy ze skutkiem nie wystarczy ustalenie, że bez określonego zachowania do skutku by nie doszło⁵³⁵. Potwierdzenie związku przyczynowego między zachowaniem a skutkiem nie przesądza jeszcze o przypisaniu tego skutku konkretnej osobie⁵³⁶. Konstrukcja obiektywnego przypisania skutku to „zespół przesłanek, jakie należy wykazać, badając realizację znamion przedmiotowych przestępstwa materialnego, w celu wykazania relacji sprawczej pomiędzy zachowaniem podmiotu odpowiedzialności karnej a stanowiącym znamię typu czynu zabronionego skutkiem przestępnym”⁵³⁷. W ramach obiektywnego przypisania formuluje się ocenę kwestii, czy skutek można uznać za „dzieło” określonej osoby⁵³⁸.

Dla przypisania skutku w pierwszej kolejności konieczne jest ustalenie, że sprawca naruszył wymagane w danych okolicznościach reguły postępowania z dobrem

529 J. Giezek, *Znaczenie...*, s. 210, 213.

530 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 40; Wyjaśnienie kauzalne nie ogranicza się do praw przyrody – prawidłowością jest również to, że kierowcy w reguły zatrzymują się na czerwonym świetle (J. Giezek, *Wyjaśnienie...*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 58).

531 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 219.

532 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 56; por. J. Majewski, *Glosa...*, s. 491–492.

533 J. Majewski, *Glosa...*, s. 492.

534 W. Wolter, *O tzw. przyczynowości...*, „Państwo i Prawo” 1954/10–11, s. 534.

535 J. Lachowski [w:] *Kodeks...*, red. V. Konarska-Wrzesek, art. 1, teza 11; R. Dębski, *O zasadności...*, s. 88; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 27; por. J. Majewski, *Koncepcje...*, s. 44; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 131; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 262; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 507; D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 155; J. Kalandyk, *Glosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 179, 181; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 313; por. wyrok SN z dnia 9 maja 2001 r. sygn. V KK 21/02; wyrok SN z dnia 22 listopada 2001 r. sygn. IV KKN 394/97; postanowienie SN z dnia 9 maja 2013 r. sygn. V KK 342/12; wyrok SN z dnia 30 października 2013 r. sygn. II KK 130/13.

536 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 504; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 131; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, „Edukacja Prawnicza” 2009/5, s. 5; D. Tokarczyk, *Spory wokół...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 105; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 164; P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 39.

537 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 504; por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 168.

538 A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 313; M. Królikowski, *Odpowiedzialność...*, „Monitor Prawniczy” 2006/3, s. 155.

prawnym, ponieważ bez tego jego zachowanie w ogóle nie jest bezprawne⁵³⁹. Należy zatem wykazać, czy i jaką regułą ostrożności naruszył sprawca oraz czy swoim zachowaniem zwiększył lub stworzył (nadmierne) niebezpieczeństwo spowodowania przebiegu przyczynowego, prowadzącego do skutku⁵⁴⁰. W sytuacji zaniechania sprawca nie zwiększa ryzyka (np. u chorego pacjenta źródłem ryzyka jest choroba, a nie – brak działań lekarza⁵⁴¹), ale narusza normę nakazującą podjęcie działań zapobiegających lub ograniczających niebezpieczeństwo. Trzeba przy tym ustalić, czy doszło do przekroczenia tej normy, która zakazywała spowodowania skutku⁵⁴², i czy sprawca w ogóle miał możliwość zapobiegnięcia skutkowi⁵⁴³ – prawo nie może wszakże wymagać rzeczy niemożliwych. Od lekarza gwaranta wymaga się takich działań, które chociażby z niewielkim prawdopodobieństwem mogły zapobiec skutkowi⁵⁴⁴. Źródło narażenia musi zatem pozostawać w sferze możliwości oddziaływania gwaranta⁵⁴⁵.

Przesłanką przypisania jest przy tym stwierdzenie, że w negatywnym skutku urzeczywistniło się niebezpieczeństwo spowodowania takiego właśnie przebiegu przyczynowego, stworzone przez sprawcę⁵⁴⁶. Bada się wobec tego, czy przestrzeganie tej reguły, którą sprawca złamał, zapobiegłoby sprowadzeniu skutku. Odpowiedź pozytywna pozwala na przypisanie skutku. Trzeba wykazać, że „oceniane z perspektywy *ex ante*, niedopuszczalne niebezpieczeństwo spowodowania przebiegu przyczynowego prowadzącego do skutku przestępnego, związane z naruszeniem wymaganych w danych okolicznościach reguł postępowania, w istocie, z perspektywy *ex post*, urzeczywistniło się w skutku w związku z zaistnieniem takiego przebiegu przyczynowego, przed którego wystąpieniem miało chronić zachowanie naruszonej reguły postępowania”⁵⁴⁷. Skutek można przypisać, jeśli zrealizował się on w takim przebiegu przyczynowym, przed

którym chroniła reguła naruszona przez sprawcę⁵⁴⁸. W prawie karnym mówi się tu o tzw. celu ochronnym normy⁵⁴⁹. Chodzi o to, że naruszona reguła ma chronić dobro prawne przed naruszeniem i przed zagrożeniem w ten właśnie sposób, w jaki doszło do zniszczenia lub zagrożenia dobra⁵⁵⁰.

Koncepcja obiektywnego przypisania skutku opiera się zatem na elementach ontologicznych i na elementach normatywnych, skoro bierze pod uwagę zarówno powiązania o charakterze czysto kauzalnym (wykazanie, że oceniane zachowanie było „elementem łańcucha powiązań przyczynowych prowadzących do spowodowania skutku przestępnego”⁵⁵¹), jak i powiązania normatywne⁵⁵², „pozwalające za pomocą przesłanek wartościujących zakreślić krąg zachowań karalnych zgodnie z potrzebami kryminalno-politycznymi”⁵⁵³. Za najbardziej przydatny do ustalenia powiązania empirycznego uważa się test warunku empirycznie potwierdzonej prawidłowości (test warunku właściwego)⁵⁵⁴. Przypisać można tylko skutki typowe, ale nie – skutki przypadkowe i nieprzewidywalne⁵⁵⁵. Przy działaniu ustala się powiązanie kauzalne, przy zaniechaniu powiązanie opiera się na hipotetycznym ustaleniu, że w razie powzięcia działania sprawca zapobiegłby powstaniu skutku⁵⁵⁶.

Budzi to czasami wątpliwości biegłych, ponieważ sugeruje, że podstawą ustaleń miałyby być nie faktyczny skutek, ale skutek typowy, adekwatny, czyli taki, jaki zazwyczaj okazuje się następstwem działania. W literaturze zarzucano w związku z tym, że przedmiotem analizy jest w tym wypadku „zdarzenie abstrakcyjne, opisujące zbiór zdarzeń podobnych”⁵⁵⁷, a „opiniowanie przestaje być opiniowaniem w danym wypadku i staje się teoretycznym opiniowaniem o typowości podobnych przypadków”⁵⁵⁸. Nie chodzi jednak o to, że analizie poddajemy jakiś skutek hipotetyczny, który nie nastąpił. Badamy konkretny skutek

539 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 507; M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 78; P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 78; A. Zoll, *Błęd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 19; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 85; J. Giezek, *Przyczynowość hipotetyczna...*, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 44; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 399; por. postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 39/09; wyrok SN z dnia 24 lipca 2019 r. sygn. III KK 471/18.

540 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 507; M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 28; P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 80; M. Małecki, *Kryteria...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2013/3, s. 91; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 24; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 28; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 168; R. Dębski, *O zasadności...*, s. 107; T. Kaczmarek, *Wybrane...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 31; E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 261.

541 W. Wróbel, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 136.

542 P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 79.

543 M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 78; M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 27; W. Wróbel, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 137; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 76; T. Sroka, *Zaniechanie...*, s. 89; por. wyrok SN z dnia 12 października 2016 r. sygn. V KK 153/16.

544 W. Wróbel, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 137.

545 M. Filar, *Głosa...*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2012/5 poz. 49, s. 323.

546 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 507; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 138; R. Dębski, *O zasadności...*, s. 107; C. Roxin, *Problematyka...*, s. 7; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 298; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 333; M. Królikowski, *Odpowiedzialność...*, „Monitor Prawniczy” 2006/3, s. 155; A. Górski, *Głosa...*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2001/6 poz. 94, s. 318; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 316; A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 109; J. Majewski, *Prawnokarne...*, s. 93–94.

547 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 520; J. Giezek, *Głosa...*, (III KKN 231/98), „Państwo i Prawo” 2001/6, s. 109; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 109; P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 80; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 183; D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 170; R.A. Stefański, *Głosa...*, (II KK 206/12), „Państwo i Prawo” 2014/11, s. 138.

548 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 523; A. Zoll, *Błęd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 19; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 412; M. Małecki, *Z problematyki...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 51; A. Górski, *Błęd...*, s. 9; J.M. Iwaniec, *Głosa...*, (III KKN 231/98), „Prokuratura” 2001/4, s. 71.

549 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 201; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 109; M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 28; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 520; E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 98; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 135, 140; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 168; K. Piech, *Włączenie...*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ” 2018/2, s. 97; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 35.

550 A. Zoll, *Ogólne...*, „Państwo i Prawo” 1990/10, s. 35; P. Kardas, *Błęd...*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatryi” 2007/4, s. 94.

551 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 508, 512; por. postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17; R. Dębski, *O zasadności...*, s. 88; M. Małecki, *Kryteria...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2013/3, s. 91.

552 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 220; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 105; P. Kardas, *W poszukiwaniu...*, s. 210; por. A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 49; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 177; P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 39; T. Kaczmarek, *Kryteria...*, s. 180; R. Dębski, *O tzw. negatywnych...*, s. 239; M. Małecki, *Z problematyki...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 51; J. Kalandyk, *Głosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 179; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 85; por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 12 lutego 2009 r. sygn. II AKa 10/09.

553 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 508.

554 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 510–511; M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 26; P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 77; A. Zoll [w:] *Kodeks... Część ogólna...*, red. W. Wróbel, art. 2, teza 11; por. wyrok SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. V KK 85/15.

555 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 135; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 181; por. wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2021 r. sygn. II KKN 521/98.

556 P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 77; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 414; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 334.

557 J. Kunz, *Niektóre... Część I*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/1, s. 51.

558 J. Kunz, *Niektóre... Część II*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/2, s. 118.

(np. śmierć pacjenta), ale dopuszczamy sytuację, w której nie zostanie on sprawcy przypisany, skoro był atypowy i nie do przewidzenia.

Przy przestępstwach z działania bada się rzeczywiste przebiegi przyczynowe, natomiast w sytuacji zaniechania podstawą przypisania stają się „hipotetyczne przebiegi przyczynowe zmierzające do stwierdzenia, czy podjęcie przez gwaranta nienastąpienia skutku wymaganego od niego w danej sytuacji zachowania było zdającym środkiem do zapobieżenia powstaniu skutku przestępnego”⁵⁵⁹.

Kolejnym elementem wymaganym przez koncepcję obiektywnego przypisania skutku jest jego przewidywalność⁵⁶⁰. Skutek można przypisać tylko wtedy, gdy sprawca obiektywnie miał możliwość rozpoznania ryzyka, tj. przewidzenia, że swoim zachowaniem stworzy „nieakceptowane społecznie niebezpieczeństwo rozpoczęcia lub zdynamizowania przebiegu przyczynowego prowadzącego do skutku przestępnego”⁵⁶¹. Innymi słowy: prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnego skutku było na tyle istotne, że możliwe do przewidzenia⁵⁶². Warto zaznaczyć, że nie chodzi o to, czy konkretny sprawca przewidywał skutek, ale o to, czy zachodziła obiektywna przewidywalność tego, że dane zachowanie łączy się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia skutku na tej drodze kauzalnej, na której ostatecznie skutek ten się zrealizował⁵⁶³. Należy zbadać, czy określony przebieg przyczynowy był rozpoznawalny dla modelowego lekarza, wyposażonego w adekwatną wiedzę i w doświadczenie życiowe⁵⁶⁴. Możliwość przypisania sprawcy skutków czynu obejmuje jedynie normalne następstwa jego zachowania, niewykraczające poza możliwość przewidywania⁵⁶⁵.

Obiektywne przypisanie zostało częściowo uregulowane w art. 2 kk⁵⁶⁶ i w art. 9 § 2 kk⁵⁶⁷, a zatem w odniesieniu do przestępstw materialnych z zaniechania i do przestępstw

nieumyślnych⁵⁶⁸. Jednak ten model przypisania dotyczy w istocie wszystkich przestępstw materialnych⁵⁶⁹.

Koncepcję obiektywnego przypisania przyjęto też w orzecznictwie. Zdaniem Sądu Najwyższego „spowodowanie skutku może być tylko wtedy obiektywnie przypisane sprawcy [...], gdy urzeczywistnia się w nim niebezpieczeństwo, któremu zapobiec miałyby przestrzeganie naruszonego obowiązku ostrożności. Akceptowana tutaj koncepcja obiektywnego przypisania opiera się na założeniu, że sprawcy spowodowanego skutku przestępnego można ów skutek obiektywnie przypisać tylko wtedy, gdy zachowanie owego sprawcy stwarzało lub istotnie zwiększyło prawnie nieakceptowane niebezpieczeństwo (ryzyko) dla dobra prawnego stanowiącego przedmiot zamachu i niebezpieczeństwo (ryzyko) to zrealizowało się w postaci nastąpienia danego skutku przestępnego”⁵⁷⁰. O zwiększeniu ryzyka wystąpienia skutku stanowiącego zniamię typu czynu zabronionego najczęściej będzie można wnioskować z faktu istotnego naruszenia reguł ostrożnego postępowania z dobrem prawnym w danych warunkach, ale zdarza się, że pomimo naruszenia owych reguł – z uwagi na specyficzne okoliczności faktyczne – do takiego istotnego zwiększenia ryzyka nie dochodzi⁵⁷¹. Oprócz stwierdzenia bezprawności jako konieczne do przypisania odpowiedzialności za skutek wymienia się: powiązanie – w znaczeniu kauzalnym – zachowania uczestnika zdarzenia z jego skutkiem (1), ustalenie, że sprawca swoim zachowaniem zwiększył ponad społecznie akceptowany poziom prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, którego skutek podlega analizie (2), i potwierdzenie istnienia relacji między naruszeniem zasad ostrożności a skutkiem, a więc ustalenie *ex post*, czy oceniany skutek powstałby również w sytuacji, gdyby uczestnik zdarzenia zachował się w sposób zgodny z prawem (3)⁵⁷². Sąd Najwyższy zaakceptował teorię obiektywnego przypisania skutku, które „wskazuje na konieczność ustalenia na płaszczyźnie normatywnej naruszenia reguł postępowania z dobrem prawnym (reguł ostrożności) wymaganych w danych okolicznościach) oraz tego, by zaistniały przebieg przyczynowy prowadzący do skutku był obiektywnie przewidywalny, tj. aby był rozpoznawalny (przewidywalny lub możliwy do przewidzenia) dla tzw. wzorca

559 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 510.

560 A. Zoll, *Ogólne...*, „Państwo i Prawo” 1990/10, s. 36; A. Zoll, *Bląd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 19; J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 77; M. Malecki, *Kryteria...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2013/3, s. 91; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 104; M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 78; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 399; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 24; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 28; E.M. Guzik-Makaruk E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 92; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za bład...*, s. 102, 140; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 168; P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 44; M. Ruszała, *Przesłanki...*, s. 101; S. Tarapata, *Dobro...*, s. 318; S. Tarapata, *Głos...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 32; D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 163, 170; R.A. Stefański, *Glosa...* (II KK 206/12), „Państwo i Prawo” 2014/11, s. 139; odmiennie w prawie brytyjskim i amerykańskim (I. Jankowska-Prochot, *Określenie...*, „Prokuratura i Prawo” 2021/2, s. 151).

561 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 518; por. A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 44; R. Kokot, M. Banasiewicz, *Z problematyki...*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2009, t. XXIV, s. 111.

562 M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 27.

563 Postanowienie SN z dnia 9 maja 2013 r. sygn. V KK 342/12; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 12 lutego 2009 r. sygn. II Aka 10/09. Zdaniem A. Barczak „w sytuacji, w której mamy do czynienia z dobrami prawnymi takimi jak życie, zdrowie, nawet niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia konkretnego przebiegu przyczynowego skutkującego naruszeniem tych dóbr stanowi uzasadnienie dla wprowadzenia określonego w tych normach (regulach sztuki lekarskiej) zakazu/nakazu postępowania” (A. Barczak, *Glosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2012/4, s. 152–153).

564 P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 85.

565 Postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 39/09; wyrok SN z dnia 29 kwietnia 2021 r. sygn. IV KK 50/20; postanowienie SN z dnia 28 czerwca 2021 r. sygn. IV KK 457/20; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 32; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 28.

566 Art. 2 kk: Odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi.

567 Art. 9 § 2 kk: Czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca[,] nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć.

568 A. Zoll, *Prace nad nowelizacją...*, „Państwo i Prawo” 2012/11, s. 5; J. Majewski, *Koncepcje...*, s. 46; J. Kalandyk, *Glosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 186. Podkreśla się jednak, że kryteria wynikające ze wskazanych przepisów nie są identyczne, ponieważ sprawca może naruszyć szczególny prawny obowiązek, ale jednocześnie jego zachowanie nie zostanie uznane za nadmiernie ryzykowne (J. Giezek, P. Kardas, *O kryteriach...*, s. 31).

569 Por. M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 31; P. Góralski, *Związek...*, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 40.

570 Wyrok SN z dnia 8 marca 2000 r. sygn. III KKN 231/98; wyrok SN z dnia 1 grudnia 2000 r. IV KKN 509/98; wyrok SN z dnia 9 maja 2001 r. sygn. V KK 21/02; wyrok z dnia 24 lutego 2005 r. V KK 375/04; wyrok SN z dnia 3 października 2006 r. sygn. IV KK 290/06; wyrok SN z dnia 27 sierpnia 2008 r. sygn. WA 32/08; wyrok SN z dnia 30 sierpnia 2011 r. sygn. IV KK 187/11; wyrok z dnia 9 stycznia 2012 r. sygn. V KK 121/11; wyrok SN z dnia 4 marca 2015 r. sygn. IV KK 32/15; wyrok SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. V KK 85/15; wyrok SN z dnia 11 października 2016 r. sygn. III KK 123/16; postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17; wyrok SN z dnia 11 stycznia 2018 r. sygn. IV KK 167/17; uchwała SN z dnia 27 czerwca 2023 r. sygn. I ZI 20/23; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 12 lutego 2009 r. sygn. II Aka 10/09; wyrok SA w Krakowie z dnia 1 marca 2016 r. sygn. II Aka 202/15; wyrok SA w Szczecinie z dnia 7 czerwca 2016 r. sygn. I ACa 150/16; wyrok SA w Szczecinie z dnia 19 grudnia 2018 r. sygn. II Aka 190/18; wyrok SA w Gdańsku z dnia 16 grudnia 2020 r. sygn. II Aka 258/20; wyrok SA w Warszawie z dnia 16 grudnia 2021 r. sygn. II Aka 149/21; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II Aka 470/21; kryt. wyrok SA w Gdańsku z dnia 17 grudnia 2013 r. sygn. II Aka 366/13; por. R. Dębski, *O zasadności...*, s. 81.

571 Postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 r. sygn. II KK 193/11.

572 Wyrok SN z dnia 24 lipca 2019 r. sygn. III KK 471/18; por. wyrok SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. V KK 85/15.

normatywnego wyposażonego w adekwatną w danych warunkach wiedzę i doświadczenie życiowe⁵⁷³. Chodzi przy tym o przewidywalność znacznego, a nie – jakiegokolwiek stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia skutku⁵⁷⁴. Podstawę przypisania skutku stanowić będzie ustalenie naruszenia konkretnej reguły postępowania, która miała chronić przed wystąpieniem tego konkretnego skutku, który w rzeczywistości wystąpił⁵⁷⁵ i „na tej drodze, na której w rzeczywistości on nastąpił”⁵⁷⁶. Podkreślono również, że „nieodzownym warunkiem aktualizacji obowiązku podjęcia zachowań zgodnych z wymaganymi w danych okolicznościach regułami postępowania jest przewidywalność skutku”⁵⁷⁷.

Sąd Najwyższy wyraźnie wskazał, że „dla oceny odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe za najbardziej przydatną uznaje się koncepcję obiektywnego przypisania skutku, która oprócz wykazania czysto fizykalnego przepływu informacji bądź energii pomiędzy zachowaniem sprawcy a zaistniałym skutkiem, wymaga także ustalenia na płaszczyźnie normatywnej i wykazania naruszenia reguł postępowania z dobrem prawnym oraz tego, by zaistniały przebieg kauzalny prowadzący do skutku był obiektywnie przewidywalny, tj. by był rozpoznawalny dla tzw. wzorca normatywnego wyposażonego w adekwatną wiedzę i doświadczenie życiowe”⁵⁷⁸. Chodzi przy tym nie o jakiegokolwiek naruszenie owych reguł, ale – ze względu na funkcje i cele prawa karnego – o naruszenie istotne, w sposób karygodny zwiększające ryzyko wystąpienia skutku⁵⁷⁹. W przypadku przestępstw materialnych z działania „do przypisania skutku niezbędne jest – poza ustaleniami ze sfery »przyczynowości« – stwierdzenie występowania normatywnych ku temu przesłanek, co w pełni oddaje tzw. teoria o obiektywnym przypisaniu skutku”⁵⁸⁰.

Przykład nr 21:

Ustalenia: Z powodu patologicznej otyłości pacjent zdecydował się na operację polegającą na częściowej resekcji żołądka. Lekarka A. w przychodni bariatrycznej zleciła wykonanie badań laboratoryjnych oraz gastroskopii i usg jamy brzusznej, a następnie zakwalifikowała pacjenta do operacji. Zabieg wykonał lekarz B., który w drugiej dobie po operacji wypisał pacjenta ze szpitala. Trzy dni później stan pacjenta znacznie się pogorszył: miał on silny ból brzucha, duszności, drętwienia stóp, a potem drgawki. W drodze do szpitala pokrzywdzony zmarł. Przyczyną śmierci było rozlane zapalenie

otrzewnej ze wstrząsem septycznym, które rozwinęło się na podłożu uszkodzenia (rozejścia się) zespolenia chirurgicznego ściany żołądka.

Opinia biegłych: Przed zakwalifikowaniem pacjenta do operacji nie przeprowadzono niezbędnych badań, w tym ekg i rtg klatki piersiowej oraz badania poziomu kortyzolu i albumin. Ponieważ pacjent palił papierosy, konieczne było także wykonanie spirometrii i przesiewowej oceny ryzyka zespołu bezdechu sennego. Należało też zalecić pacjentowi zaprzestanie palenia. Te uchybienia naraziły pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia – prawidłowa diagnostyka dawałaby szansę na uniknięcie niebezpieczeństwa ścian żołądka. Ponadto biegli wskazali na wadliwą antybiotykoterapię przedoperacyjną. Odstąpienie od właściwego przygotowania chorego do operacji przekładało się na zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań w okresie pooperacyjnym, natomiast w razie podjęcia prawidłowych działań istniała realna szansa na uniknięcie skutku w postaci zgonu. Z uwagi na bardzo lakoniczny sposób sporządzenia protokołu operacyjnego biegli nie byli w stanie ocenić przeprowadzenia zabiegu pod kątem poprawności.

Nie ma powodów do kwestionowania opinii w zakresie, w jakim zwraca się w niej uwagę na nieprawidłowości popełnione na etapie diagnostyki. Nie ulega wątpliwości, że w ramach przygotowania do operacji popełniono błędy, nie jest jednak jasne, w jaki sposób przyczyniły się one do zaistnienia stanu bezpośredniego zagrożenia życia i śmierci pokrzywdzonego – skoro bezpośrednim powodem takiego rozwoju zdarzeń była niebezpieczność zespolenia. Zarówno przestępstwo z art. 160 kk, jak i przestępstwo z art. 155 kk mają charakter skutkowy, a sama nieprawidłowość w leczeniu nie oznacza realizacji znamion czynu zabronionego. Już z tego powodu samo stwierdzenie błędu diagnostycznego nie przesądza o realizacji znamion. Należy każdorazowo ustalić, czy prawidłowe przeprowadzenie czynności diagnostycznych doprowadziłoby do właściwej diagnozy oraz czy prawidłowa diagnoza spowodowałaby podjęcie czynności terapeutycznych, które zapobiegłyby negatywnemu skutkowi albo przynajmniej dawały poważną i realną szansę na jego uniknięcie⁵⁸¹.

Biegli nie wyjaśnili, w jaki sposób odstąpienie od wykonania ekg, rtg i spirometrii oraz skontrolowania poziomu kortyzolu i albumin narażało pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. To niebezpieczeństwo polegało wszakże na rozejściu się ścian żołądka – biegli nie wspomnieli, że chodziłoby o jakieś inne niebezpieczeństwo grożące pacjentowi, niezależnie od stanu zespolenia chirurgicznego. Dla organu procesowego jest niejasne, jak nieprawidłowy poziom kortyzolu zwiększa ryzyko rozejścia się szwów ani na jakiej podstawie *ex post* stwierdzono, że pacjent miał podwyższony bądź obniżony poziom kortyzolu. To samo dotyczy poziomu albumin, a także chorób układu oddechowego. Należy dodać, że jeżeli lekarka w przychodni nie zleciła pacjentowi zaprzestania palenia papierosów przez 6 tygodni przed operacją, to

573 Wyrok SN z dnia 12 października 2016 r. sygn. V KK 153/16; wyrok SA w Szczecinie z dnia 6 października 2021 r. sygn. II AKa 58/21.

574 Postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 r. sygn. II KK 193/11; K. Piątkowska, *Wybrane...*, s. 77; odmiennie: wyrok SA w Białymstoku z dnia 10 kwietnia 2012 r. sygn. II AKa 57/12.

575 Postanowienie SN z dnia 5 listopada 2014 r. sygn. V KK 162/14.

576 Postanowienie SN z dnia 20 maja 2010 r. sygn. II KK 306/09.

577 Postanowienie SN z dnia 9 maja 2013 r. sygn. V KK 342/12; wyrok SN z dnia 11 października 2016 r. sygn. III KK 123/16.

578 Wyrok SN z dnia 4 lipca 2013 r. sygn. III KK 33/13; wyrok SN z dnia 11 grudnia 2013 r. sygn. V KK 133/13; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18.

579 Wyrok SN z dnia 4 lipca 2013 r. sygn. III KK 33/13; por. wyrok SN z dnia 3 października 2006 r. sygn. IV KK 290/06; postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 r. sygn. II KK 193/11.

580 Wyrok SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. V KK 85/15.

581 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 117.

taki błąd mógłby przynieść negatywne skutki tylko w sytuacji, gdyby pacjent rzeczywiście palił (a ustalenie tego wymagałoby przeprowadzenia dodatkowych dowodów przez organ procesowy).

Kwestia powiązania między błędem w leczeniu a skutkiem budzi też wątpliwości w odniesieniu do antybiotykoterapii. Można założyć, że celem antybiotykoterapii przedoperacyjnej jest zminimalizowanie ryzyka zakażenia, nie jest nim natomiast wykluczenie wadliwego zespolenia chirurgicznego. Do zgonu pacjenta doszło jednak nie w wyniku zakażenia, ale w następstwie krwawienia, natomiast zapalenie otrzewnej stało się wynikiem rozejścia się zespolenia, a nie – jego przyczyną. Norma nakazująca podanie właściwego antybiotyku chroni pacjenta przed skutkiem w postaci śmierci, ale na innej drodze, niż ten skutek w rzeczywistości nastąpił. To z kolei wyklucza przypisanie skutku. W tej sytuacji niezrozumiałe jest stanowisko biegłych, zgodnie z którym prawidłowe przygotowanie pacjenta do operacji (w tym – zastosowanie właściwej antybiotykoterapii) dawałoby realną szansę na uratowanie jego życia.

Być może antybiotykoterapia ma znaczenie dla uniknięcia nieszczelności ścian żołądka (to tylko przypuszczenie), ale chyba tylko wtedy, gdy nieszczelność wynika ze stanu zapalnego powstałego w miejscu szwu. Z opinii nie wynika natomiast, żeby powodem rozejścia się ścian żołądka był stan zapalny, wobec tego stwierdzenie związku przyczynowego między wadliwą antybiotykoterapią a śmiercią pokrzywdzonego jest dla organu procesowego niezrozumiałe.

Przykład nr 22:

Ustalenia: Po załabnięciu pacjentki rozpoznano u niej niedowład połowiczy ciała i wysunięto podejrzenie udaru krwotocznego mózgu. W szpitalu powiatowym nie było możliwości poszerzenia diagnostyki (np. o badanie TK), wobec czego ustalono przyjęcie chorej do kliniki neurochirurgicznej. Dyspozytor PRM odmówił zrealizowania transportu międzyszpitalnego, natomiast spółka, z którą szpital miał podpisaną umowę na tego rodzaju usługi, przysłała karetkę dopiero cztery godziny później. Po stwierdzeniu masywnego udaru niedokrwiennego wobec pacjentki wdrożono farmakoterapię, która jednak okazała się nieskuteczna. Pokrzywdzona zmarła następnego dnia.

Opinia: Biegli przyjęli istnienie związku przyczynowego między nieprawidłowością w procesie leczenia (opóźnienie w transporcie) a zgonem pokrzywdzonej. Jednak stwierdzili przy tym, że początek choroby był nagły i nieprzewidywalny, postępujący pomimo intensywnego leczenia, choroba miała ciężki przebieg, z progresją prowadzącą nieodwołalnie do zgonu.

Opinia uzupełniająca: Na podstawie wiedzy (dostępnej *ex post*), jakiego rodzaju udaru doznała chora, biegli stwierdzili, że nie mogą jednoznacznie powiedzieć, czy natychmiastowe przekazanie jej do kliniki neurochirurgicznej poprawiłoby rokowania. Z pewnością jednak doszło do narażenia pacjentki na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub

wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nie można natomiast stwierdzić, czy niewykorzystanie hipotetycznej możliwości przewiezienia chorej karetką systemową pozostawało w związku przyczynowym z narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz w związku ze śmiercią pokrzywdzonej. Jednak długie oczekiwanie na transport mogło skutkować bezpośrednim niebezpieczeństwem dynamizacji naczyniowego procesu chorobowego w mózgowiu, a tym samym – ryzykiem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zwlekanie z przyjęciem pacjentki do szpitala mogło narażać ją na pogorszenie stanu zdrowia – nie ma jednak gwarancji, że w razie przetransportowania jej wcześniej i wykonania tomografii jej stan nie uległby pogorszeniu.

W pierwszej opinii wątpliwości budzi kategorię potwierdzenie związku przyczynowego (relacji sprawczej) w powiązaniu ze stwierdzeniem, że progresja choroby prowadziła nieodwołalnie do zgonu. Kwestia nieprzewidywalności początku choroby nie ma tu większego znaczenia, ponieważ ocenie podlega zachowanie personelu medycznego już po wystąpieniu objawów. Zatem nie jest istotne, czy obiektywnie wystąpieniu udaru można było zapobiec. Jeśli jednak udar tego typu prowadzi „nieodwołalnie do zgonu”, to oznaczałoby to, że nie było możliwości zapobiegnięcia skutkowi w postaci śmierci pacjentki – a to wyklucza przypisanie sprawstwa. W tej sytuacji powiązanie opóźnienia we wdrożeniu diagnostyki i leczenia ze śmiercią pacjentki musi budzić zastrzeżenia.

Wątpliwości nie wyjaśnia opinia uzupełniająca, która wydaje się nie tylko sprzeczna z opinią pierwotną, lecz także sprzeczna wewnętrznie. Nie jest jasne, dlaczego biegli wycofali się z wcześniejszego kategorię przypisania skutku w postaci zgonu, skoro rodzaj udaru był im znany również podczas opracowywania opinii pierwotnej. O kwestii „gwarancji” powodzenia w razie podjęcia alternatywnego postępowania będzie jeszcze mowa poniżej, natomiast niejasne pozostaje, dlaczego przyjęto spowodowanie skutku z art. 160 kk („doszło do narażenia”), skoro nie ma możliwości wykazania, że natychmiastowe przekazanie chorej do kliniki neurochirurgicznej poprawiłoby rokowania tej osoby. Ustalenie, że spowodowano bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, wymaga wszakże stwierdzenia, że prawidłowe działanie dawało realne szanse na usunięcie lub chociażby na zmniejszenie stanu bezpośredniego zagrożenia życia. W opinii uzupełniającej pojawiają się stwierdzenia, że „doszło do narażenia” (co sugeruje przypisanie sprawstwa) oraz że „nie można stwierdzić, że pozostawało ono w związku przyczynowym z opóźnieniem w transporcie” (co wskazuje na zanegowanie relacji sprawczej), a także teza, że opóźnienie w transporcie „mogło spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo”. Być może chodziło to, że pacjentka znalazła się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia z powodu choroby i niezależnie od opóźnienia w transporcie, ale wtedy rodzi się pytanie, czy ponadczterogodzinne oczekiwanie na właściwą terapię nie pogłębiło tego stanu (w tym znaczeniu, że stan zagrożenia życia uległ pogłębieniu, a można było podjąć kroki mogące zatrzymać ten proces).

Zdaniem biegłych nie ma gwarancji, że w razie przetransportowania pacjentki we właściwym czasie i wdrożenia stosownego leczenia jej stan nie uległby pogorszeniu. To stwierdzenie sugeruje, że istniały jednak szanse (może niewielkie) na uratowanie pacjentki lub chociażby na poprawienie rokowania, a to pozostaje w sprzeczności ze stwierdzeniem, że udar, jakiego doznała, prowadził nieodwołalnie do zgonu. Natomiast przy przypisaniu skutku z art. 160 kk chodzi nie o gwarancję, że stan pokrzywdzonej nie uległby pogorszeniu, ale o realną szansę na poprawę stanu zdrowia lub chociażby rokowania.

Od biegłych nie można wymagać analizowania sprawy w świetle różnych koncepcji związku przyczynowego, ale w opinii – gdy tylko okazuje się to możliwe – odtwarzają oni łańcuch przyczynowo-skutkowy⁵⁸². Biegli udzielają odpowiedzi np. na pytanie, czy czynności diagnostyczne i lecznicze wpłynęły, mogły wpłynąć albo nie wpłynęły na poziom zagrożenia dla zdrowia lub życia pacjenta, a te informacje stają się „podstawą samodzielnego ustalenia i oceny” przez organ procesowy, czy zaistniał związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a skutkiem⁵⁸³. To stwierdzenie odnosi się też do innych elementów obiektywnego przypisania skutku.

Zadania biegłych nie wyczerpują się w prześledzeniu poszczególnych etapów łańcucha przyczyn i skutków na płaszczyźnie ontycznej (procesów biologicznych). Ustalenie normatywnych elementów obiektywnego przypisania skutku nie jest wszakże możliwe bez fachowej wiedzy ekspertów. W sprawach medycznych tylko biegli mogą udzielić odpowiedzi na pytania, czy postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne było prawidłowe, czy lekarz stworzył niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta, czy w konkretnej sytuacji negatywny skutek był obiektywnie przewidywalny, czy w razie podjęcia prawidłowych decyzji i czynności leczniczych (organizacyjnych) nie doszłoby do negatywnego skutku oraz czy w ogóle można było mu zapobiec⁵⁸⁴. Z tego względu przytoczono tu wypowiedzi doktryny i orzecznictwa sądowego na temat obiektywnego przypisania skutku.

Organ procesowy powinien zadać biegłym szczegółowe pytania dotyczące elementów obiektywnego przypisania skutku. Niestety, nie zawsze ma to miejsce. Jednak zazwyczaj pada pytanie o prawidłowość procesu leczniczego oraz o powiązanie przyczynowe między ewentualnymi nieprawidłowościami a skutkiem. Nie ma przeszkód, żeby w uzasadnieniu poszczególnych odpowiedzi zawrzeć elementy opisane powyżej.

Podsumowanie:

Dla przypisania skutku konieczne jest ustalenie, że:

- sprawca naruszył reguły postępowania z dobrem prawnym, wymagane w danych okolicznościach;

- swoim zachowaniem zwiększył lub stworzył nieakceptowane niebezpieczeństwo dla dobra prawnego (w razie zaniechania – nie podjął działań zapobiegających niebezpieczeństwu lub je ograniczających);
- skutek i przebieg przyczynowy prowadzący do niego, były obiektywnie przewidywalne;
- sprawca miał możliwość zapobiegnięcia skutkowi;
- istnieje powiązanie kauzalne (tzw. związek przyczynowy) między wadliwym działaniem a skutkiem;
- bez określonego zachowania do skutku by nie doszło (w razie zaniechania – nie doszłoby do skutku po powzięciu nakazanego działania);
- w negatywnym skutku urzeczywistniło się niebezpieczeństwo stworzone przez sprawcę bądź niebezpieczeństwo, któremu on nie zapobiegł.

4. Test zachowania alternatywnego

Do ustalenia relacji sprawczej służy tzw. test zachowania alternatywnego (ustalenie hipotetycznego związku/przebiegu przyczynowego⁵⁸⁵, innymi słowy: badanie hipotetycznego przebiegu zdarzenia⁵⁸⁶). Związek między czynem a skutkiem zachodzi wtedy, gdy można wykazać, że podjęcie przez sprawcę zachowania zgodnego z zasadami wymaganymi od niego w danych okolicznościach pozwoliłoby uniknąć negatywnego skutku⁵⁸⁷. Nie może natomiast ponieść odpowiedzialności osoba, która wprawdzie wywołała niebezpieczeństwo, ale *ex post* zostanie ustalone, że poprawne zachowanie nie zapobiegłoby skutkowi⁵⁸⁸. W takiej sytuacji można mówić o zerwaniu związku funkcjonalnego między czynem a skutkiem⁵⁸⁹.

W odniesieniu do działania zazwyczaj możliwe okazuje się ustalenie powiązania przyczynowego na płaszczyźnie ontycznej – ponieważ można prześledzić dokładnie procesy biologiczne, fizyczne czy chemiczne⁵⁹⁰, tj. rzeczywiste relacje między określonymi zdarzeniami⁵⁹¹. Będzie to możliwe np. w przypadku ustalenia, że pokrzywdzony zmarł na skutek

585 A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 618; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 520; K. Piech, *Zaniechanie...*, „Zeszyty Prawnicze” 2020/2, s. 149; A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 114.

586 M. Małecki, *Przypisanie...*, „Paragraf na Drodze” 2013/4, s. 17.

587 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 520–521; M. Bielski, *Naruszenie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2004/1, s. 28; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 23; E.M. Guzik-Makaruk E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 96; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 133; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 180; P. Szczerba [w:] A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność...*, s. 123; M. Małecki, *Przypisanie...*, „Paragraf na Drodze” 2013/4, s. 9; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 8; M. Szeroczyńska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2012/4, s. 41; P. Burzyński, *Zaniechanie...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2005/2, s. 66; R. Rabięga, *O zaniechaniu...*, „Ius Novum” 2011/2, s. 30; R. Rabięga, *Związek...*, „Acta Iuris Stetinensis” 2014/8, s. 191; K. Piątkowska, *Wybrane...*, s. 82; por. test prawdopodobieństwa przeżycia (likelihood of survival test) w prawie brytyjskim i amerykańskim (I. Jankowska-Prochot, *Określenie...*, „Prokuratura i Prawo” 2021/2, s. 141–142).

588 D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 109–110; P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 81; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 33.

589 J. Majewski, *Glosa...*, s. 493.

590 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 217 (autor pisze o „teorii faktycznego oddziaływania”). SN przez związek przyczynowy rozumie „łańcuch oddziaływań kauzalnych zachodzących w rzeczywistości przyrodniczej i społecznej” (postanowienie SN z dnia 9 maja 2013 r. V KK 342/12). W doktrymie mówi się też o „fizykalnym związku między zachowaniem i skutkiem” (J. Lachowski [w:] *Kodeks...*, red. V. Konarska-Wrzeska, art. 1, teza 11).

591 K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 241.

582 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 222; por. jednak K. Jaegermann, *Opiniowanie...*, s. 163 („Opiniowanie sądowo-lekarskie o związku przyczynowym może zależeć i zależy od ogólniejszych koncepcji prawnych”).

583 Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11.

584 Por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 252.

zadania mu poważnych ran i wykrwawienia⁵⁹² albo podania żrącej substancji – w takich sytuacjach można stwierdzić, jakie procesy zaszły w organizmie pokrzywdzonego. W literaturze podnosi się czasem, że konstrukcja testu zachowania alternatywnego jest nieprzydatna w przypadku przestępstw polegających na działaniu, ponieważ nie istnieje tam alternatywne zachowanie będące działaniem czy zaniechaniem we właściwym kierunku⁵⁹³. Wydaje się jednak, że w odniesieniu do błędu medycznego mającego postać działania można ustalać, czy zachowanie alternatywne, np. odmienna terapia, pozwoliłoby uniknąć negatywnego skutku. Błąd medyczny to często jednocześnie działanie (błędna terapia) i zaniechanie (właściwej terapii), przy czym to działanie i to zaniechanie mogą pozostawać w różnym stopniu powiązane ze skutkiem⁵⁹⁴. Dlatego również na potrzeby oceny działania istnieje obowiązek sprawdzenia, czy prawidłowe zachowanie mogło skutek odwrócić⁵⁹⁵.

Jak to wyraził Sąd Najwyższy: odpowiedzialność za spowodowanie śmierci „wymaga ustalenia dwóch powiązań: powiązania przyczynowego między zachowaniem lekarza a powstałym skutkiem [...], ustalonego za pomocą testu warunku właściwego, tzn. ustalenia, że według ekspertów zachodzi prawidłowość stwierdzona empirycznie, iż takie zachowanie pociąga za sobą taki właśnie skutek, oraz powiązania normatywnego, tzn. ustalenia: adekwatności przebiegu przyczynowego, naruszenia tej reguły postępowania, która zabezpieczała dobro prawne właśnie przed takim skutkiem, jaki faktycznie nastąpił, zwiększenia nieostrożnym zachowaniem ryzyka wystąpienia skutku w stosunku do zachowania odpowiadającego regułą postępowania”⁵⁹⁶.

W przypadku zaniechania test zachowania alternatywnego okazuje się jedyną metodą wykazania powiązania przy wykorzystaniu wiedzy o typowych przebiegach przyczynowych. Nie bada się tu przyczynowości w znaczeniu empirycznym, ale dla ustalenia hipotetycznego przebiegu przyczynowego konieczna staje się wiedza o zależnościach przyczynowo-skutkowych, tj. o prawidłowościach dotyczących przemian w rzeczywistości⁵⁹⁷. Wiedza na temat przebiegów przyczynowych, występujących w świecie nas otaczającym (w tym – procesów biologicznych zachodzących w organizmie człowieka, znanych w medycynie), okazuje się równie ważna w odniesieniu do przestępstw z działania, jak i do przestępstw z zaniechania⁵⁹⁸. Ustalenie tego rodzaju relacji wymaga zatem wiedzy specjalistycznej, wobec czego rozstrzygnięcie problemów związanych ze związkiem przyczynowym to element codziennej pracy biegłego lekarza⁵⁹⁹. Już tutaj widać,

że tzw. związek przyczynowy (czy przyczynowo-skutkowy), tak często pojawiający się w pytaniach organów procesowych i w odpowiedziach biegłych, to w odniesieniu do zaniechania pewien skrót myślowy. W istocie chodzi o ustalenie obiektywnego powiązania między wadliwym zachowaniem, nieprzeszkodzeniem skutkowi⁶⁰⁰ (naruszeniem reguł ostrożności poprzez zaniechanie wymaganego działania), a skutkiem.

W sprawach medycznych prokuratorzy często zadają biegłym pytania o to, czy zachodzi związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a skutkiem negatywnym dla pacjenta. W istocie nie chodzi tu o związek skutku z jakimkolwiek zachowaniem – ponieważ tylko nieprawidłowe postępowanie może rodzić odpowiedzialność karną. Może się zdarzyć, że między działaniem ocenionym z perspektywy *ex ante* jako prawidłowe a skutkiem negatywnym dla pacjenta będzie można stwierdzić związek przyczynowy⁶⁰¹, ale to nie da podstaw do przypisania odpowiedzialności karnej⁶⁰². Przykładowo: jeżeli po podaniu corhydronu nieprzytomnemu pacjentowi we wstrząsie wystąpi silna reakcja alergiczna, skutkująca śmiercią, to zapewne możliwe będzie ustalenie związku między podaniem leku a zgonem. Istnienie związku przyczynowego nie przesądzi tu jednak o przypisaniu odpowiedzialności karnej. W takim wypadku brak wadliwości postępowania wyklucza przypisanie odpowiedzialności, a kwestia związku przyczynowego staje się irrelevantna. Tego rodzaju zdarzenie mieści się w granicach ryzyka leczniczego: może zostać określone jako powikłanie, a nie – jako błąd medyczny⁶⁰³.

Jak to ujął Sąd Najwyższy: dla prawidłowego rozważenia odpowiedzialności karnej lekarza za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu pacjenta niezbędne jest ustalenie: 1) czy czynności lecznicze zostały wykonane zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej, a więc czy lekarz dopuścił się błędów w sztuce lekarskiej, 2) czy swoim zachowaniem naruszył obiektywny obowiązek ostrożności, a więc nie zachował należytej ostrożności, 3) czy istnieje związek przyczynowy między jego czynem (błędem, błędami) a powstałym skutkiem (ustalenie związku przyczynowego zgodnie z zasadą ekwiwalencji, stwierdzenie obiektywnej przypisywalności skutku)⁶⁰⁴.

592 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 217, z powołaniem się na wyrok SA w Krakowie z dnia 9 października 2008 r. sygn. II AKa 148/08.

593 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 490; J. Giezek, *Zgodne...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 68.

594 A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 116.

595 Por. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna i zawodowa...*, s. 413; W. Radecki, *Przestępstwa przeciwko...*, s. 80.

596 Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2000 r. sygn. V KKN 318/99; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II AKa 470/21.

597 M. Bielski, *Obiektywne...*, „Państwo i Prawo” 2005/10, s. 77; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 510; P. Kardas, *Przypisanie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 79; J. Kochanowski, *O zbędności...*, „Państwo i Prawo” 1967/11, s. 784; por. A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 108.

598 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 509–510.

599 K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 241–242; K. Jaegermann, *Opiniowanie...*,

s. 164; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 252; E. Baran, *Przesłanki...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1996/4, s. 257; T. Jurek, K. Maksymowicz, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005/1, s. 71; Z. Marek, A. Olesiński, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/2, s. 128; W. Nasilowski, J. Szczepański, *Przyczyny...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994/2, s. 247; J. Kunz, *Niektóre... Część I*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/1, s. 40; T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach...*, s. 159; E. Skupień, F. Bolechała, *Odpowiedzialność...*, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 414.

600 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 184; J. Niekrasz, *Konfrontacja...*, „Palestra” 1976/7, s. 15.

601 M. Małecki, *Przypisanie...*, „Paragraf na Drodze” 2013/4, s. 12. Zdaniem tego autora mówienie o związku między naruszeniem reguł postępowania a skutkiem to „pomieszczenie kategoriałne na linii fakty – ocena faktów”.

602 O tym, czy przeprowadzony zabieg lekarski realizuje znamiona czynu zabronionego (popelnionego przez lekarza), decyduje ustalenie, czy zostały naruszone reguły sztuki lekarskiej w kontekście niezachowania ostrożności. Bez naruszenia tych reguł zabieg, którego skutkiem była np. śmierć człowieka, nie stanowi realizacji znamion typu czynu zabronionego z art. 155 k.k. (wyrok SN z dnia 11 października 2016 r. sygn. III KK 123/16); por. J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 62.

603 T. Jurek, K. Maksymowicz, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005/1, s. 71.

604 Wyrok SN z dnia 12 lutego 2013 r. sygn. II KK 124/12; por. wyrok SN z dnia 24 lutego 2005 r. V KK 375/04; postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17.

Test zachowania alternatywnego polega na udzieleniu odpowiedzi na pytanie, czy prawidłowe działanie, którego zaniechano, wyeliminowałoby skutek⁶⁰⁵ w postaci śmierci pacjenta albo uszkodzenia jego ciała lub rozstroju zdrowia. W razie wadliwego działania pytamy o to, czy zaniechanie go pozwoliłoby na uniknięcie skutku oraz czy taki efekt dałoby działanie prawidłowe⁶⁰⁶. Zachowanie lekarza nie musi być wyłączną przyczyną ujemnego skutku – wystarczy, żeby było przynajmniej jedną z przyczyn, bez której skutek by nie nastąpił⁶⁰⁷.

Ten sam test stosuje się w sytuacji przypisania odpowiedzialności za przestępstwo z art. 160 kk. Sąd Najwyższy w wielu judykatach podkreślał, że „warunkiem pociągnięcia oskarżonego do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Jest on spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądanе zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia⁶⁰⁸ bądź gdy „podjęcie wymaganych [...] działań, których ostatecznie zaniechał, pozwoliłoby osiągnąć cel w postaci zmniejszenia konkretnego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pacjenta⁶⁰⁹. Innymi słowy: „warunek ten będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądanе zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciężącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby narażeniu człowieka na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu⁶¹⁰. Konsekwencją ustalenia, że podjęcie pożądanego (według oceny *ex ante*) działania nie dawało szansy na uniknięcie skutku, będzie niemożność przypisania odpowiedzialności. Jak to wyraził Sąd Najwyższy: „lekarz, który przejął opiekę nad pacjentem w sytuacji, gdy ten znajdował się już w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia[,] nie może ponieść odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 lub 3 kk w sytuacji, gdy pożądanе zachowanie alternatywne, tj. zabieg lekarski (operacja), nie stwarzał[o] realnej możliwości nawet na zmniejszenie tego stanu zagrożenia dla życia pacjenta⁶¹¹.

Zdaniem SN dla przypisania skutku z art. 160 kk nie jest wymagane, żeby zaniechane działanie mogło się przełożyć na całkowite odwrócenie niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia (czyli zapobiec śmierci lub naruszeniu zdrowia)⁶¹². Rzeczywiście – skutkiem, którego

605 Wyrok SN z dnia 30 sierpnia 2011 r. sygn. IV KK 187/11; por. wyrok SN z dnia 26 marca 2019 r. sygn. V KK 115/18.

606 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 104; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 135; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, „Edukacja Prawnicza” 2009/5, s. 6; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 182; Powiązanie przyczynowe ustala się zatem zarówno od strony pozytywnej, jak i od negatywnej (por. postanowienie SN z dnia 5 czerwca 2019 r. sygn. III KK 212/18; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 34; M. Syroka-Marczewska, *Odpowiedzialność...*, „Studia Iuridica” 2012, t. LV, s. 96).

607 Postanowienie SN z dnia 2 października 1967 r. sygn. RNw 47/67; postanowienie SN z dnia 21 lutego 2001 r. sygn. IV KKN 189/00; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 32; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 237.

608 Wyrok SN z dnia 19 sierpnia 2008 r. sygn. WA 29/08; wyrok SN z dnia 21 czerwca 2017 r. sygn. II KK 74/17; postanowienie SN z dnia 5 czerwca 2019 r. sygn. III KK 212/18; M. Budyn-Kulik [w:] *Kodeks...*, red. M. Mozgawa, art. 160, teza 2; A. Zoll [w:] *Kodeks... Część szczególna...*, red. W. Wróbel, art. 160, teza 17.

609 Wyrok SN z dnia 21 września 2006 r. sygn. V KK 10/06; postanowienie SN z dnia 27 października 2009 r. sygn. II KK 45/09; por. wyrok SN z dnia 15 września 1972 r. sygn. II KR 163/71; M. Bielski, *Prawnikarne...*, „Przegląd Sądowy” 2005/4, s. 129.

610 Wyrok SN z dnia 1 kwietnia 2008 r. sygn. IV KK 381/07; M. Szwarczyk [w:] *Kodeks...*, red. T. Bojarski, art. 160, teza 3.

611 Postanowienie SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. II KK 236/14.

612 Wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13; wyrok SN z dnia 4 października 2018 r. sygn. III KK 453/17; wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r. sygn. IV KK 221/19; wyrok SN z dnia 8 czerwca 2020 r. sygn. III KK 408/09.

przypisanie się tu rozważa, jest narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jeśli niebezpieczeństwo potencjalnie było całkowicie odwracalne, to sprawcy można przypisać zarówno skutek biologiczny, jak i narażenie na niebezpieczeństwo. Do przypisania skutku z art. 160 kk wystarczy jednak, że prawidłowe działanie dawało realną szansę na zmniejszenie stopnia zagrożenia⁶¹³. Trzeba zaznaczyć, że fakt ciężkiej i śmiertelnej choroby pacjenta nie wyklucza odpowiedzialności za błąd lekarski z art. 160 kk⁶¹⁴. Skutkiem może być przyspieszenie momentu, w którym doszło do zgonu⁶¹⁵.

Przykład nr 23:

Ustalenia: U niemowlęcia z objawami infekcji dróg oddechowych i niedotlenienia lekarz rozpoznał przeziębienie i zapisał lek do inhalacji. Następnego dnia dziecko zmarło. Przyczyną śmierci była ostra niewydolność oddechowa w przebiegu zapalenia płuc.

Opinia: Lekarz dopuścił się błędu diagnostycznego (dziecko powinno zostać skierowane do szpitala), ale nie można stwierdzić związku przyczynowego między odstąpieniem od hospitalizacji a skutkiem śmiertelnym. Poprzez zaniechanie diagnostyki nie postawiono prawidłowego rozpoznania i narażono życie niemowlęcia. Rzetelne, prawidłowe zbadanie dziecka stwarzałoby realne szanse na zmniejszenie zagrożenia dla życia pacjenta, jednak szukanie związku przyczynowego między ewentualnymi zaniechaniami a zgonem ma charakter rozważań czysto hipotetycznych. Nie sposób ponadto wykluczyć koincydencji innych przyczyn, takich jak np. podduszenie, przegrzanie, zachłyst, zespół śmierci łóżeczkowej itd.

Z opinii jednoznacznie wynika, że w przypadku pokrzywdzonego doszło do nieprawidłowości w leczeniu, jest przy tym oczywiste, że lekarz podejmujący decyzję o pogłębieniu diagnostyki lub odstąpieniu od takiego działania ma obowiązek uwzględnić również potencjalne zagrożenia. Wątpliwości budzi jednak kategorię wykluczenie możliwości przypisania skutku w postaci śmierci pacjenta.

Przede wszystkim należy stwierdzić, że w sytuacji zaniechania „szukanie związku przyczynowego” (poszukiwanie potwierdzenia relacji sprawczej) zawsze będzie miało charakter „rozważań czysto hipotetycznych”, ale to nie oznacza jeszcze, że taka relacja nie zachodzi. W przeciwnym razie bezkarne byłyby wszystkie przestępstwa materialne popełnione przez zaniechanie. Ustalenie relacji sprawczej odbywa się tu na podstawie testu zachowania alternatywnego, czyli poprzez udzielenie odpowiedzi na pytanie, „co by było, gdyby lekarz zachował się prawidłowo?”. Zawsze będą to zatem rozważania probabilistyczne, ponieważ w rzeczywistości lekarz zachował się inaczej. Owe rozważania teoretyczne muszą być

613 M. Bielski, *Prawnikarne...*, „Przegląd Sądowy” 2005/4, s. 129; Zdaniem R. Kokota nie można jednak przypisać skutku z art. 160 kk, jeśli sprawca mógł tylko nieznacznie zmniejszyć grożące pokrzywdzonemu niebezpieczeństwo (R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 26).

614 Postanowienie SN z dnia 26 września 2001 r. sygn. IV KKN 395/00; postanowienie SN z dnia 5 czerwca 2019 r. sygn. III KK 212/18; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 331.

615 M. Bielski, *Prawnikarne...*, „Przegląd Sądowy” 2005/4, s. 130; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 332–333.

jednak odniesione do konkretnych realiów sprawy i sytuacji zdrowotnej pokrzywdzonego. Test zachowania alternatywnego jest pewną operacją myślową, więc powiązanie przyczynowe stwierdzone na jego podstawie zawsze będzie miało charakter hipotetyczny⁶¹⁶.

Niejasne pozostaje, dlaczego dzięki prawidłowemu działaniu lekarz mógł zmniejszyć stopień zagrożenia życia dziecka, a jednocześnie nie miał podobnej szansy co do uratowania mu życia. Jeśli hospitalizacja dawała szanse na zdiagnozowanie zapalenia płuc, a leczenie – na zmniejszenie zagrożenia, to rodzi się pytanie: dlaczego nie można stwierdzić, że realne byłoby uratowanie życia dziecka? W takiej sytuacji organ procesowy oczekuje szczegółowego wyjaśnienia, jakie czynności diagnostyczne należało przeprowadzić i jaką terapię wdrożyć, a także – jakie szanse na wyleczenie dawała taka terapia. Jeżeli w przypadku pokrzywdzonego szanse na uratowanie życia były niewielkie, w opinii powinno się znaleźć wyjaśnienie powodów przyjęcia takiej tezy. Bez wiedzy specjalistycznej biegłych prokurator nie jest w stanie udzielić odpowiedzi na pytania, czy – przykładowo – w większości przypadków zapalenia płuc u dzieci jest ono śmiertelne bez względu na podjęte leczenie, czy stan choroby pokrzywdzonego był tak zaawansowany, że nie dawał szans na wyleczenie, czy – z uwagi na inne obciążenia zdrowotne – szanse na uratowanie dziecka były znacznie pomniejszone itd.

Jeśli biegli wyraźnie wykluczają możliwość uratowania życia dziecka (a zatem – relację sprawczą między uchybieniem w leczeniu a zgonem), ale jednocześnie potwierdzają możliwość zmniejszenia zagrożenia dla życia, to taką tezę należy szczegółowo uargumentować. Jeśli lekarz spowodował niebezpieczeństwo dla życia pacjenta (albo nie dostrzegł niebezpieczeństwa zaistniałego uprzednio i mu nie przeciwdziałał), a potem to samo niebezpieczeństwo „ziściło się w śmiertelnym skutku”, to lekarzowi można, co do zasady, przypisać skutek w postaci zgonu pacjenta, a nie – tylko jego narażenia⁶¹⁷. Słusznie biegli rozważają alternatywne przyczyny śmierci dziecka (zachłyst, przegrzanie itd.), ale nie podają żadnych argumentów za przyjęciem, że do śmierci doszło na tej właśnie drodze. Tymczasem nie powinno się przyjmować teoretycznej możliwości wystąpienia komplikacji, których w sprawie nie stwierdzono, i na tej podstawie ustalać, że skutek „mógł” nastąpić nawet przy prawidłowym przebiegu leczenia⁶¹⁸. Gdyby przyjąć taki sposób rozumowania, to lekarz w zasadzie nigdy nie ponosiłby odpowiedzialności. Błędem opiniodawczym jest „dodawanie hipotetycznych przyczyn, których nie było lub [które] nie zostały udowodnione”⁶¹⁹. Również Sąd Najwyższy stwierdził, że „wydaje się wysoce problematyczne przyjmowanie możliwości do-

znania [...] urazu w sytuacji, gdy żadne dowody tego nie uprawdopodobniły w najmniejszym nawet stopniu”⁶²⁰.

Andrzej Zoll podaje przykład ginekolożki, która przy aborcji pozostawiła w macicy pacjentki część łożyska i prawie cały płód. Pokrzywdzona zmarła z powodu wstrząsu krwotocznego i infekcyjnego. Biegli przyjęli, że nawet po zabiegach przeprowadzonych prawidłowo mogą wystąpić podobne komplikacje i wobec tego nie można stwierdzić, że główną przyczyną zgonu było pozostawianie dużej części płodu w jamie macicy⁶²¹. Zdaniem Andrzeja Zolla błąd w rozumowaniu polega na tym, że czysto teoretycznie przyjęto tu możliwość zaistnienia innych jeszcze (poza niezbitcie ustalonymi) źródeł komplikacji. Tymczasem w tej konkretnej sprawie wystąpiły okoliczności, które jednoznacznie tłumaczyły zaistniałe komplikacje⁶²². Jeżeli zostanie ustalone, że np. podanie starszej osobie określonej substancji może z dużym prawdopodobieństwem wywołać u niej zatrzymanie akcji serca i taki właśnie skutek nastąpił w rozpoznawanej sprawie, to można przypisać ten skutek sprawcy pod warunkiem ustalenia, że nie wystąpiła „inna przyczyna, niezależna, która z niemałym stopniem prawdopodobieństwa mogła do tego skutku doprowadzić”⁶²³.

Podsumowanie:

Związek między czynem (nieprawidłowym działaniem lub zaniechaniem) a skutkiem zachodzi wtedy, gdy można wykazać, że podjęcie przez sprawcę zachowania zgodnego z zasadami wymaganymi od niego w danych okolicznościach pozwoliłoby uniknąć negatywnego skutku. W sytuacji narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu należy odpowiedzieć na pytanie, czy prawidłowe zachowanie alternatywne pozwoliłoby uniknąć bezpośredniego niebezpieczeństwa lub je odwrócić, czy zapobiegłoby wzrostowi poziomu tego niebezpieczeństwa albo pozwoliłoby ten poziom obniżyć.

5. Wynik testu zachowania alternatywnego i stopień jego pewności

Jak już wspomniano, na płaszczyźnie empirycznej nie da się ustalić związku przyczynowego między zaniechaniem a skutkiem, a w odniesieniu do działania nie zawsze da się to zrobić ze stuprocentową pewnością⁶²⁴. Wynika to z ograniczonej wiedzy na temat przebiegów przyczynowych zachodzących w organizmie człowieka i z probabilistycznego

616 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 219; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 110; M. Gałęski, *Narazienie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 334; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 269; R. Rabiega, *Związek...*, „Acta Iuris Stetinensis” 2014/8, s. 179.

617 J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 15; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 271; M. Gałęski, *Narazienie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 332 przypis 6; por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 12 lutego 2009 r. sygn. II AKa 10/09, Lex nr 491193.

618 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 80; por. M. Legień, *O paramedycynie...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. III, s. 187 (autor pisze w tym kontekście o „spekulancie orzecznym przemianym jako wariantowość”).

619 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 238–239.

620 Wyrok SN z dnia 4 października 2018 r. sygn. III KK 453/17.

621 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 80.

622 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 80.

623 S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 138.

624 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 229–230, 233; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 148; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 319; J. Giezek, *Przyczynowość hipotetyczna...*, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 50; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 263; K. Jaegermann, *Kategoryczne...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1978/2, s. 111; Prawa empiryczne mogą być oparte na powiązaniach deterministycznych (gdy dane zdarzenie musi pociągnąć za sobą określony skutek) lub probabilistycznych, statystycznych (gdy istnieje mniejsze lub większe prawdopodobieństwo wywołania skutku – por. M. Bielski, *Kryteria...*, s. 511). Analiza przyczynowości jest oparta na uproszczonym modelu zbliżonym do rzeczywistości (K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 242).

charakteru takich rozważań w odniesieniu do udzielania świadczeń zdrowotnych⁶²⁵. Test zachowania alternatywnego może dać wynik pewny: skutek z całą pewnością (lub z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością) powstałby również w razie prawidłowego zachowania lub z taką samą pewnością właściwe zachowanie alternatywne skutek by wyeliminowało. Jednak nierzadko test zachowania alternatywnego pozwoli wyłącznie na stwierdzenie, że z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem skutku można było uniknąć w razie prawidłowego postępowania⁶²⁶. Rodzi to pytanie, czy taki wynik testu daje podstawy do przypisania skutku.

Ma to szczególne znaczenie w sprawach medycznych, w których stuprocentowe przeświadczenie o powodzeniu lub o porażce leczenia będzie raczej wyjątkiem. Od razu należy zauważyć, że wymaganie tu najwyższego stopnia pewności w istocie doprowadziłoby do niemożności przypisania skutku w ogromnej większości spraw medycznych⁶²⁷, i to nawet w takich, w których z powodu błędu nie podjęto leczenia schorzenia uleczalnego w 95% przypadków.

W literaturze przyjmuje się coraz częściej, że do przypisania skutku wystarczy wysokie (duże, realne, adekwatne) prawdopodobieństwo jego uniknięcia w razie wykonania działań wymaganych w danych okolicznościach⁶²⁸. Skutek może zostać przypisany nie tylko wtedy, gdy w przypadku zgodnego z prawem zachowania alternatywnego do skutku ponad wszelką wątpliwość by nie doszło, lecz także wtedy, gdy prawdopodobieństwo uniknięcia skutku okazałoby się „dostatecznie duże”⁶²⁹, realne, wymierne, znaczne czy istotne⁶³⁰. Wystarczy, że w razie prawidłowego zachowania lekarz miał (duże) szanse na uniknięcie niepomysłnego skutku⁶³¹. Brak pewności co do wartości kauzalnej zachowania nie wyklucza zatem przypi-

sania skutku⁶³². Przecież trudno byłoby przyjąć, że lekarz może zaniechać akcji ratunkowej tylko dlatego, że pożądane uratowanie życia lub zdrowia pacjenta nie jest pewne⁶³³.

Zwolennicy tego rozwiązania uważają, że nie narusza ono zasady *in dubio pro reo*, ponieważ wątpliwości dotyczą tu nie faktów, ale powiązania kauzalnego (a prawidłowość jej wyjaśniająca ma charakter probabilistyczny)⁶³⁴. Jak to ujął Sąd Najwyższy: „rozstrzygnięcie, czy między czynem a powstałym skutkiem zachodzi związek normatywny, a więc [...] czy są podstawy do przypisania tego uszczerbku na skutek istotnego zwiększenia prawnie nieakceptowanego niebezpieczeństwa dla dobra prawnego, należy nie do sfery ustaleń faktycznych, ale do sfery decyzji, czy właściwie zastosowano prawo materialne”⁶³⁵. Wspomnianą zasadę naruszałoby przypisanie odpowiedzialności w razie wątpliwości co do tego, czy faktycznie przedawkowano lek. Jednak gdy jest pewne, że podano zbyt dużą dawkę leku, a wątpliwości dotyczą wyniku testu zachowania alternatywnego, tzn. nie jest całkiem pewne, czy pacjent by przeżył, gdyby podano mu lekarstwo we właściwej dawce, to nie ma przeszkód do przypisania skutku⁶³⁶. Jeżeli wśród specjalistów dane prawo przyczynowe jest sporne, to organ procesowy nie może go przyjąć za podstawę swojego rozstrzygnięcia⁶³⁷.

Ta sama reguła obowiązuje w sytuacji przypisania skutku w postaci stanu bezpośrednio niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W razie zaniechania przyjmuje się, że jeżeli niebezpieczeństwo, istniejące niezależnie od sprawcy, przekładało się na duże prawdopodobieństwo śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjenta, a wykonanie obowiązku ciężącego na gwarancie pozwoliłoby na istotne zmniejszenie tego prawdopodobieństwa, dzięki czemu skutek w postaci naruszenia dobra prawnego znacznie by się oddalił, to sprawcy zaniechania można przypisać narażenie na niebezpieczeństwo. Skutek z art. 160 kk można przypisać, jeśli istniała możliwość poprawy jego sytuacji – „szansa, która została zaprzepaszczona”⁶³⁸. Jeśli poziom niebezpieczeństwa nie zmieniłby się wcale lub tylko nieznacznie, przypisanie skutku, o którym mowa w art. 160 kk, należałoby wykluczyć⁶³⁹. Chodzi zatem o to, czy podjęcie właściwych działań poskutkowało by zmniejszeniem „w sposób uchwytny” prawdopodobieństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu⁶⁴⁰.

Nie wystarczy przy tym ogólne stwierdzenie, że w 90% przypadków podanie danego leku pozwala na wyleczenie. Konieczne okazuje się wszakże ustalenie, czy w przypadku

625 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 567; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 105; J. Giezek, *Przyczynowość hipotetyczna...*, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 48; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 110; R. Rabięga, *O zaniechaniu...*, „Ius Novum” 2011/2, s. 31; B. Ostrzechowski, *Normalność...*, s. 37; K. Krupa-Lipińska, *Związek...*, „Prawo i Medycyna” 2012/3–4, s. 77; M. Szeroczyńska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2012/4, s. 41, 51 (Jak słusznie zauważa autorka: ocena skuteczności metod terapeutycznych w psychoterapii przez pryzmat testu zachowania alternatywnego to już raczej wrożenie z fusów).

626 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 511.

627 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 80; A. Giezek, *Teorie...*, s. 506; J. Giezek, *Zgodne...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 60; M. Nesterowicz, *Kilka...*, „Palestra” 1968/7–8, s. 50; M. Dudzik, *Prawo...*, s. 54; M. Szeremeta, R. Latosiewicz, A. Niemcunowicz-Janica, *Czy odpowiedź...*, s. 300; E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 263; D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 110; M. Gałęski, *Narażenie...*, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 335; por. (odnośnie do spraw cywilnych) M. Sośniak, *Zagadnienie...*, s. 335, 338; K. Krupa-Lipińska, *Związek...*, „Prawo i Medycyna” 2012/3–4, s. 98. 628 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 566–567; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 33; M. Filar, *Lekarskie...*, s. 117; J. Kalandyć, *Glosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 185; M. Nesterowicz, *Kilka...*, „Palestra” 1968/7–8, s. 50; M. Kubica, *Przesłanki...*, s. 32; Z. Marek, *Błąd...*, s. 115 („bardzo duże prawdopodobieństwo”); M. Bielski, *Kryteria...*, s. 521 („z odpowiednio wysokim stopniem prawdopodobieństwa”, „znacząco bardziej prawdopodobne”); M. Dudzik, *Prawo...*, s. 54; K. Piątkowska, *Wybrane...*, s. 83; por. (w procesie cywilnym) M. Sośniak, *Zagadnienie...*, s. 338; K. Krupa-Lipińska, *Związek...*, „Prawo i Medycyna” 2012/3–4, s. 95; P.W. Chelmonska, *Errare...*, s. 14; Z. Rosochacka, *Odpowiedzialność...*, s. 36.

629 J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 265; por. J. Majewski, *Glos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 134–135; J. Giezek, *Zgodne...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 60; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 33. Brak odpowiedzialności przy niepewnej przyczynowości skutkuje brakiem motywacji do przedsięwzięcia środków ostrożności (K. Palka, *Odpowiedzialność...*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2021/1, s. 70 – o odpowiedzialności odszkodowawczej).

630 J. Giezek, *Zgodne...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 67. Zdaniem autora skutek można przypisać już wtedy, gdy stopnie prawdopodobieństwa pozytywnego i negatywnego przebiegu zdarzeń są zbliżone (ibidem, s. 70). Im cenniejsze dobro prawne, tym niższy stopień prawdopodobieństwa można zaakceptować (ibidem, s. 71).

631 Z. Marek, *Błąd...*, s. 115; P. Wiecha, *Opinia...*, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 2021, t. XXV, s. 170.

632 J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 16; E.M. Guzik-Makaruk E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 229; J. Majewski, *Glosa...*, s. 493.

633 J. Giezek, *Zgodne...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 60; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 264. Należy jednak zauważyć, że niemożność przypisania skutku nie oznacza uznania zachowania (tu: odstąpienia od leczenia) za właściwe.

634 J. Giezek, *Wyjaśnienie...*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 59; Jeśli zatem zachodzą wątpliwości co do pozytywnego efektu prawidłowego leczenia, to wadliwe zachowanie lekarza nie może zostać uznane za przyczynę skutku (A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 61).

635 Wyrok SN z dnia 30 sierpnia 2011 r. sygn. IV KK 187/11.

636 J. Giezek, *Zgodne...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 66.

637 J. Giezek, *Wyjaśnienie...*, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 59; Jeśli zatem zachodzą wątpliwości co do pozytywnego efektu prawidłowego leczenia, to wadliwe zachowanie lekarza nie może zostać uznane za przyczynę skutku (A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 61).

638 T. Jurek, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach...*, s. 105.

639 J. Giezek [w:] D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks...*, art. 160, teza 18.

640 Wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12.

konkretnego pacjenta (po uwzględnieniu jego wieku, zaawansowania choroby, chorób współistniejących itd.) zastosowanie leku dawało szanse wyleczenia. Jeśli w 90% konkretne działania pomagają pacjentom w danej sytuacji zdrowotnej, to lekarzowi, który zaniechał działania, można przypisać skutek, chociaż nie można kategorycznie wykluczyć, że pokrzywdzony byłby akurat w grupie tych 10% pacjentów, którym terapia nie pomaga⁶⁴¹. Jeśli medycyna zna kryterium wyróżniające tę 10-procentową grupę, to należy właśnie wedle tego kryterium ocenić konkretny przypadek. Jednak nawet jeśli taki czynnik nie jest znany, 90-procentowa skuteczność leku pozwala na przypisanie skutku w razie śmierci pacjenta, któremu leku nie podano, chociaż istniały ku temu przesłanki. Argument za takim rozwiązaniem ma charakter normatywny: lekarz miał obowiązek podania leku. Norma „nie powoduj stanu rzeczy S” zakazuje działań, z którymi związana jest pewność zaistnienia skutku, ale też działań, z którymi wiąże się określone ryzyko wywołania skutku. Dotyczy to – analogicznie – normy „zapobiegaj powstaniu stanu rzeczy S”⁶⁴². Hipotetyczne powiązanie kauzalne między alternatywnym (nakazanym) zachowaniem osoby zobowiązanej a zapobiegnięciem skutkowi jest zatem oparte na prawdopodobieństwie, a nie – na pewności⁶⁴³. Do przypisania odpowiedzialności lekarzowi, który zaniechał leczenia, wystarczy wykazanie, że podjęcie prawidłowego zachowania alternatywnego stwarzało realną szansę na ratunek⁶⁴⁴.

Jak to ujął Marian Filar: „przewidywalność i przypisywalność relatywizowana jest [...] nie do perspektywy powodzenia w ogóle, lecz do perspektywy powodzenia w danym przypadku, jeśli nawet w oparciu o doświadczenie nie jest ona zbyt duża”⁶⁴⁵. Nie chodzi o to, aby szansa skuteczności poprawnego działania określana była np. na 80 ze 100, lecz o to, aby można było określić ją na 80% z ogólnych 20% szans powodzenia, które – na bazie doświadczenia – daje stosowanie określonej procedury w danym przypadku, przy równoczesnym braku procedur rokujących skuteczniej⁶⁴⁶. Innymi słowy: związek przyczynowy zachodzi, gdy określone zachowanie przekłada się na relatywnie zwiększone prawdopodobieństwo negatywnego skutku „np. o połowę czy dwukrotnie, niezależnie od tego, czy jest to skutek występujący często czy rzadko”⁶⁴⁷. Andrzej Zoll podaje przykład pielęgniarki, która samowolnie zmieniła skład kroplówki (w przekonaniu, że lekarz się pomylił) i spowodowała śmierć pacjenta. Przed podaniem kroplówki istniały poważne szanse na uratowanie pokrzywdzonego⁶⁴⁸. Otóż, nawet gdyby założyć, że pacjenta nie udało się uratować, śmierć nastąpiłaby w innych

641 J. Majewski, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 135; por. E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 264.

642 J. Majewski, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 134–135.

643 A. Zoll [w:] *Kodeks... Część ogólna...*, red. W. Wróbel, art. 2, teza 11; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 263.

644 J. Giezek, *Głos...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 139; J. Giezek, *Zgodne...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 68.

645 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 106.

646 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 106, przypis 25.

647 B. Ostrzechowski, *Normalność...*, s. 42.

648 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 80.

warunkach⁶⁴⁹. Skoro zgodnie z wiedzą medyczną przedawkowanie leku prowadzi do śmierci – to wystarczy to do przyjęcia istnienia związku przyczynowego⁶⁵⁰. Nie inaczej będzie w sytuacji zaniechania. Tu przykładem jest pacjentka, której po operacji nie podano wzmożonej obserwacji, pomimo obserwowanych spadków ciśnienia. Pokrzywdzona zmarła z powodu zatoru mózgu⁶⁵¹. Nie da się powiedzieć z całą pewnością, że w razie wdrożenia prawidłowej opieki pooperacyjnej nie doszłoby do zapaści lub skutecznie zwalczono by skutki powikłania. Jak słusznie zauważa Andrzej Zoll, sam fakt istnienia ryzyka pooperacyjnego nie przeczy twierdzeniu, że w konkretnej sprawie wdrożenie właściwego leczenia, w tym – obserwacji i kontroli ciśnienia, znacznie zmniejszyłoby stopień ryzyka powstania zatoru i śmierci⁶⁵².

Niektórzy autorzy przyjmują nawet, że w razie niemożności wykazania, że skutek powstałby również w przypadku zachowania zgodnego z regułami, wystarczy stwierdzenie, że naruszenie reguł ostrożności istotnie zwiększyło – oceniane *ex post* – ryzyko wystąpienia skutku⁶⁵³. Ma to szczególne znaczenie dla oceny zaniechania⁶⁵⁴. Na przeciwnym biegunie plasują się poglądy wymagające tu „praktycznej pewności”⁶⁵⁵ lub prawdopodobieństwa graniczącego z pewnością⁶⁵⁶. W tym ujęciu „decydującym kryterium uznania zaniechania za warunek konieczny skutku są obiektywne prawidłowości, dostępne naszemu poznaniu, zgodnie z którymi pojęcie zaniechanego działania wykluczałoby z pewnością powstanie skutku”⁶⁵⁷. Związek przyczynowy powinien zostać udowodniony w sposób niewątpliwy⁶⁵⁸, a samo prawdopodobieństwo – bez względu na jego stopień – nie daje podstawy do powiązania określonego zachowania ze skutkiem⁶⁵⁹.

649 Przy ustalaniu wyniku testu zachowania alternatywnego w przypadku śmierci nie pytamy, czy ofiara „kiedyś umrze”, ale – czy zginęłaby w tym samym czasie i miejscu (T. Kaczmarek, *Wybrane...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 15). Skutek należy rozpatrywać w konkretnej postaci – śmierć w wyniku choroby i śmierć po postrzale to odmienne skutki (J. Kochanowski, *O zbędności teorii...*, „Państwo i Prawo” 1967/11, s. 786).

650 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 80–81.

651 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 84.

652 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 84.

653 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 220; J. Giezek, *Przyczynowość hipotetyczna...*, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 48, 53–54; A. Giezek, *Teorie...*, s. 504; J. Giezek, *Zgodne...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 61; J. Giezek, *Glosa...* (III KKN 231/98), „Państwo i Prawo” 2001/6, s. 114; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 138; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, „Edukacja Prawnicza” 2009/5, s. 6; A. Liszewska, *Narażenie...*, s. 621; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 182; M. Dudzik, *Prawo...*, s. 54; por. wyrok SN z dnia 30 sierpnia 2011 r. sygn. IV KK 187/11; wyrok z SN z dnia 9 stycznia 2012 r. sygn. V KK 121/11; D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 157, 161; E. Hryniewicz, *Przestępstwa...*, s. 262; kryt. S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 322; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 522 przypis 48; M. Królikowski, *Odpowiedzialność...*, „Monitor Prawniczy” 2006/3, s. 156.

654 D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 111–112.

655 W. Wolter, *Nauka...*, s. 72; W. Radecki, *Przestępstwa przeciwko...*, s. 80–81; L. Kubicki, *Przestępstwo...*, s. 139; por. T. Konopka, E. Skupień, *Możliwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/1, s. 47; J. Kunz, *Niektóre ... Część I*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992/1, s. 52.

656 K. Buchała, *Przestępstwa...*, s. 126; K. Buchała, *Przypisanie...*, s. 32; S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 138; K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, *Uwagi...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976/3, s. 245; A. Jezusek, *Przyczynowość...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 110–111.

657 L. Kubicki, *Przestępstwo...*, s. 139–140; por. też A. Malicki, *Z problematyki...*, s. 330; A. Malicki, *Specyfika...*, s. 33.

658 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 237; A. Staniek, *Odpowiedzialność...*, s. 100; M. Ruszala, *Przesłanki...*, s. 104.

659 L. Kubicki, *Przestępstwo...*, s. 140.

Oparcie się wyłącznie na prawdopodobieństwie oznaczałoby, że doszło do naruszenia zasady *in dubio pro reo*⁶⁶⁰ i *nullum crimen sine lege*⁶⁶¹.

Zdaniem Szymona Tarapaty, aby przypisać sprawstwo typu skutkowego, trzeba urzeczywistnienie się określonych prawidłowości w konkretnym skutku nie tylko uprawdopodobnić, ale też udowodnić⁶⁶². W przestępstwach z naruszenia skutek może być przypisany tylko wtedy, gdy nie ma wątpliwości, że podjęcie właściwego zachowania alternatywnego pozwoliłoby uniknąć skutku⁶⁶³. Zwiększenie ryzyka wystarczy natomiast do przypisania skutku opisanego w art. 160 kk⁶⁶⁴. Nauce o zwiększonym ryzyku (tzw. *Risikoerhöhungslehre*) zarzucono zacieranie granicy między przestępstwami polegającymi na naruszeniu dobra prawnego a przestępstwami konkretnego narażenia⁶⁶⁵ oraz sprzeczność z art. 9 § 2 kk, który wskazuje na konieczność wykazania związku między naruszeniem reguł ostrożności a skutkiem⁶⁶⁶.

W orzecznictwie przyjęto, że brak stuprocentowej pewności co do wyniku testu zachowania alternatywnego nie wyłącza możliwości przypisania skutku⁶⁶⁷. Przyjmuje się, że przypisanie skutku wymaga ustalenia, że (1) zachowanie sprawcy stworzyło niebezpieczeństwo dla dobra chronionego prawem i że (2) do skutku z dużym prawdopodobieństwem by nie doszło, gdyby sprawca przestrzegał reguł ostrożności, obowiązujących w tej sytuacji⁶⁶⁸. Skutek w postaci śmierci można przypisać w razie ustalenia, że prawidłowe działanie, podjęte o czasie, dawało realną szansę (choć nie – pewność) na uratowanie pacjenta⁶⁶⁹. Wynika to z faktu, że lekarz – jako gwarant życia i zdrowia człowieka – jest zobowiązany do odwrócenia bądź do zminimalizowania niebezpieczeństwa grożącego dobru prawnemu. Ma obowiązek wdrożyć wszystkie działania, które w danych warunkach sytuacyjnych „są według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa pierwotnego, a nie [–] tylko takie, które mogą do tego prowadzić w sposób pewny”⁶⁷⁰. Jeśli pożądane zachowanie alternatywne stwarzało realną możliwość zmniejszenia stanu zagrożenia dla zdrowia pacjenta, lekarzowi można przypisać skutek z art. 160 kk.

660 S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 318–319; S. Zablocki, *Zagadnienie...*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 44.

661 M. Królikowski, *Odpowiedzialność...*, „Monitor Prawniczy” 2006/3, s. 156.

662 S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 318–319.

663 S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 328.

664 S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 330; E. Hryniiewicz, *Przestępstwa...*, s. 268; por. T. Konopka, E. Skupień, *Możliwości...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/1, s. 47. S. Tarapata podaje przykład pacjenta, u którego – pomimo istnienia ku temu przesłanek – nie wykonano badania tomograficznego. Pacjent zmarł dwa dni później z powodu zatoru płucnego. Biegli stwierdzili, że odstąpienie od wykonania badania było błędem, ale jednocześnie nie ma gwarancji, że wykazałoby ono zator. Ponadto w przypadku zatorowości – nawet w razie prawidłowo postawionej diagnozy – istnieje duże prawdopodobieństwo, że leczenie będzie nieskuteczne. Zdaniem S. Tarapaty w takim wypadku lekarz nie odpowiada ani za przestępstwo z art. 160, ani za czyn z art. 155 kk (ibidem, s. 332).

665 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 522; A. Spotowski, *Funkcja...*, s. 322–323.

666 M. Bielski, *Kryteria...*, s. 522.

667 Postanowienie SN z dnia 26 września 2001 r. sygn. IV KKN 395/00; D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 175.

668 Wyrok SN z dnia 19 grudnia 2012 r. sygn. I UK 320/12.

669 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18.

670 Wyrok SN z dnia 3 września 2013 r. sygn. WK 14/13; por. wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13; postanowienie SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. II KK 236/14; wyrok SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. V KK 85/15; wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r. sygn. IV KK 221/19.

W sprawie sygn. WA 26/11⁶⁷¹ Sąd Najwyższy rozpatrywał następującą sytuację: lekarz nie wykonał badania ekg i oceny stężenia elektrolitów u pacjenta, który zgłosił się z objawami nasilenia niewydolności serca. U pacjenta doszło potem do nagłego zatrzymania krążenia. Oskarżony lekarz został uniewinniony od zarzutu popełnienia przestępstwa z art. 160 kk wobec uznania, że nawet wynik badania ekg mógł nie wskazywać na ryzyko wystąpienia u pokrzywdzonego migotania komór serca. W obecnym stanie wiedzy medycznej nie są znane metody jednoznacznie umożliwiające przewidzenie wystąpienia migotania komór i nagłego zatrzymania krążenia. Sąd pierwszej instancji uznał, że w sprawie wystąpiły wątpliwości w rozumieniu art. 5 § 2 kpk, ponieważ „nie można [...] stwierdzić, aby niemożliwa lub nawet mało prawdopodobna była sytuacja, w której badanie ekg lub jakiegokolwiek inne układu krążenia, wykonane w krytycznym dniu u pokrzywdzonego, nie pokazałoby w swoim wyniku ryzyka wystąpienia u [pacjenta] stanu zagrożenia życia. Ryzyko to mogło się ujawnić dopiero po opuszczeniu przez niego gabinetu lekarskiego”.

Zdaniem Sądu Najwyższego opisany – wadliwy – sposób rozumowania sądu I instancji, gdyby je rozciągnąć na narażenie pacjenta przez lekarza (gwaranta) na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, prowadziłby do zakwestionowania celowości diagnostyki w sytuacjach, w których dostępne metody diagnostyczne nie dają całkowitej pewności ani wykrycia konkretnego schorzenia, ani wdrożenia właściwego, skutecznego leczenia. Doświadczenie życiowe, którego zasadami sąd jest obowiązany kierować się w procesie oceny dowodów, wskazuje, że niejednokrotnie diagnostyka okazuje się długa i skomplikowana i nie zawsze prowadzi do osiągnięcia pożądanych rezultatów – co nie oznacza, że należy jej zaniechać w sytuacji braku możliwości jednoznacznego ustalenia jednostki chorobowej i jej przyczyn. Za wadliwe SN uznał również powołanie się na art. 5 § 2 kpk, „ponieważ nieusuwalne wątpliwości muszą dotyczyć faktów, nie zaś ocen, a tym bardziej przypuszczeń”.

W postępowaniu sygn. IV KK 221/19⁶⁷² Sąd Najwyższy rozpatrywał sprawę lekarza, któremu zarzucono, że nie wykonał badania tomograficznego u pacjenta po urazie głowy, zaniechał też obserwacji, przez co nie rozpoznał krwiaka podtwardówkowego nad prawą półkulą mózgu, czym naraził pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Ustalono, że pokrzywdzony, będący pod wpływem alkoholu, przewrócił się, doznał stłuczenia głowy, przez chwilę był nieprzytomny oraz krwawił z okolic oka, ust i nosa. W izbie przyjęć oskarżony lekarz wykonał badanie rtg, które nie wykazało zmian w kościach czaszki. Lekarz stwierdził stłuczenie twarzoczaszki i odesłał pacjenta do domu. Następnego dnia stan pacjenta się pogorszył: miał on ciężki oddech i ból głowy, tracił przytomność i doznał niedowładu lewej części ciała. Został przewieziony do szpitala, gdzie w badaniu tomograficznym stwierdzono

671 Wyrok SN z dnia 21 września 2011 r. sygn. WA 26/11.

672 Wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r. sygn. IV KK 221/19.

krwiak podtwardówkowy, ognisko krwotoczne i warstwę świeżo wynaczynionej krwi. Pomimo przeprowadzenia kraniotomii i usunięcia krwiaka pacjent zmarł.

Biegli uznali postępowanie lekarza z izby przyjęć za nieprawidłowe, ponieważ należało wykonać badanie TK głowy – przy czym nie ma całkowitej pewności, że wykonanie badania bezpośrednio po urazie „pozwoliłoby z całą pewnością na stwierdzenie obrażeń wewnątrzczaszkowych”. Drugi zespół biegłych stwierdził, że niewykonanie badania TK głowy sprawiło, że niemożliwe stało się ustalenie zakresu uchwytanych i pierwotnych obrażeń, jakich doznał pokrzywdzony. Powikłania wewnątrzczaszkowe o charakterze uszkodzeń krwotocznych w postaci narastającego krwiaka podtwardówkowego w badaniu tomograficznym powinny się stopniowo pojawiać w pierwszej godzinie po urazie, jednak nie można jednoznacznie ustalić, jak było w tym konkretnym przypadku. Trzeci zespół opiniujący w sprawie podniósł, że badanie TK mogłoby nie wykazać u pokrzywdzonego obrażeń wewnątrzczaszkowych, nawet mimo ich rzeczywistego istnienia. Nie można z całą pewnością stwierdzić, czy wewnątrzczaszkowe zmiany pourazowe w tamtej chwili były w ogóle obecne. Na 100 pacjentów z krwakiem podtwardówkowym badanie TK pozwoli prawidłowo rozpoznać zmiany wobec 76 do 88 pacjentów, natomiast w przypadku od 12 do 24 pacjentów badanie nie wykryje zmian, pomimo ich istnienia.

Sąd Najwyższy uchylił II-instancyjny wyrok uniewinniający. Na podstawie opinii biegłych stwierdził, że w czasie kontaktu pacjenta z oskarżonym prawdopodobieństwo istnienia uszkodzeń mózgu było wysokie. Natomiast „wysokie prawdopodobieństwo zarówno zaistnienia u pokrzywdzonego zmian w mózgu w niedługim czasie po upadku na klatce schodowej, jak również ich zdiagnozowania w razie przeprowadzenia badania TK nie może być traktowane, tylko z powodu braku pewności w tym zakresie, jako niemogące skutkować, wobec sięgnięcia do normy z art. 5 § 2 kpk, odpowiedzialnością lekarza za czyn z art. 160 § 3 kk”. Zdaniem SN „paradoksalna byłaby sytuacja, kiedy to oskarżenie oparte na niezleceniu przez lekarza wykonania koniecznego badania pacjenta musiałyby upaść tylko dlatego, że brak jest materiału dowodowego z powodu niewykonania badania”.

Ze względu na to za niepełne uznać należy pojawiające się z opiniami stwierdzenia typu: „nie można z pewnością wymaganą w postępowaniu karnym przyjąć, że prawidłowe postępowanie medyczne pozwoliłoby na uratowanie życia”, „istnieje szansa, że wczesne wykrycie krwawienia pozwoliłoby na jego opanowanie i zapobieżenie skutkowi w postaci zgonu, ale jest to tylko pewne prawdopodobieństwo, a nie – pewność”, czy „nie sposób udowodnić, że alternatywne (prawidłowe) postępowanie medyczne wpłynęłoby na dalsze losy pacjenta” albo „zapewne prawidłowe leczenie zmniejszyłoby stopień niebezpieczeństwa dla życia pacjenta”. Biegli nie muszą – oczywiście – przedstawiać wyłącznie wniosków kategorycznych, ponieważ nie zawsze okazuje się to przecież możliwe (zwłaszcza w sprawach medycznych), nie mają też obowiązku rozstrzygnięcia sporów dotyczących poziomu pewności testu zachowania alternatywnego – skoro te wątpliwości

wyjaśnia organ procesowy. Warto natomiast, aby w opiniach znalazło się stwierdzenie, czy prawidłowe postępowanie pozwoliłoby z dużym prawdopodobieństwem uniknąć skutku.

Przykład nr 24:

Ustalenia: W piątek pacjentka z objawami żółtaczki i bólem brzucha zgłosiła się na SOR. W szpitalu stwierdzono, że chora cierpi na zapalenie trzustki, i przyjęto ją na oddział chirurgiczny. We wtorek rano wykonano badanie usg, które wykazało powiększenie pęcherzyka żółciowego. Wdrożono antybiotykoterapię, stan pacjentki uległ jednak znacznemu pogorszeniu, wobec czego tego samego dnia wieczorem usunięto pęcherzyk żółciowy. Tydzień później pacjentka zmarła z powodu niewydolności wielonarządowej i ropnego zapalenia płuc.

Opinia: Późne wykonanie badania usg jamy brzusznej wpłynęło na nierozpoznanie ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Dokumentacja nie potwierdza ostrego zapalenia trzustki. Początkowe wdrożenie leczenia zachowawczego oraz zaniechanie antybiotykoterapii doprowadziło do pogorszenia stanu ogólnego i do rozwinięcia się wstrząsu septycznego. Zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego został technicznie przeprowadzony prawidłowo, ale zbyt późno. Przeprowadzenie leczenia operacyjnego na wcześniejszym etapie hospitalizacji z pewnością stwarzało szansę na zmniejszenie ryzyka powikłań klinicznych i zgonu chorej, jednak nie ma gwarancji, że wdrożenie właściwej diagnostyki i wcześniejsze leczenie operacyjne doprowadziłyby do uratowania życia pacjentki. Nie zachodzi zatem związek przyczynowy między wadliwym leczeniem a zgonem pacjentki.

Stwierdzenie o braku gwarancji co do uratowania życia pacjentki w razie podjęcia prawidłowego leczenia pokazuje, że biegli uważają taką gwarancję za obligatoryjną dla ustalenia relacji sprawczej. Pozostaje to jednak w sprzeczności z poglądami wyrażanymi przez dużą część doktryny i orzecznictwa karnoprawnego. Tymczasem zadanie biegłych polega nie na rozstrzygnięciu sporów doktrynalnych i orzeczniczych, ale jedynie na dostarczeniu materiału do podjęcia w tym zakresie decyzji procesowej przez organ zlecający opinię. Zatem stwierdzenie o braku gwarancji nie okazuje się zbędne, ale powinno zostać uzupełnione o ustalenie, czy prawidłowe leczenie dawało realną szansę na uratowanie życia pacjentki, tj. czy w takim wypadku można było z dużym prawdopodobieństwem uniknąć śmierci. Co więcej, pacjentką zajmowało się najpewniej kilku lekarzy, oceny pod kątem poprawności wymagają zatem ogół działań i zaniechań każdego z nich oraz kwestia przypisania każdemu z nich skutku. Może się przecież okazać, że w piątek istniała jeszcze wymierna szansa na uratowanie pacjentki, ale w którymś momencie uległa ona znacznemu zmniejszeniu. W istocie zatem organ procesowy oczekiwałby ustalenia, jak powinien zachować się lekarz przyjmujący pacjentkę na SOR i na oddział chirurgiczny, jakie decyzje powinni podjąć lekarze dyżurujący w weekend, co powinien zrobić lekarz opiekujący się pacjentką

w poniedziałek, we wtorek itd., czy zachowanie każdego z lekarzy odpowiadało schematowi właściwego postępowania, a jeżeli – nie, to czy prawidłowe działanie (oceniane odrębnie na każdym kolejnym etapie) pozwoliłoby z dużym prawdopodobieństwem uniknąć skutku. Test zachowania alternatywnego przeprowadza się zawsze *in concreto*, a zatem odrębnie wobec każdego – ocenianego odrębnie – zachowania poszczególnych osób. Jeżeli prawdopodobieństwo wyleczenia (zmniejszenia niebezpieczeństwa) z czasem malało i dla kolejnego uczestnika procesu leczenia test zachowania alternatywnego wypadnie negatywnie, będzie to oznaczać uwolnienie danej osoby od odpowiedzialności. Oczywiście, oceny wymaga też, czy każdy z lekarzy mógł przewidzieć, że pacjentka cierpi na zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Jeżeli prawidłowe postępowanie alternatywne „z pewnością stwarzało szansę na zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań klinicznych i zgonu pacjentki”, to rodzi się pytanie, czy stwarzało tym samym realną szansę na uratowanie życia. Przypisanie lekarzowi odpowiedzialności za skutek w postaci narażenia życia, a zanegowanie przypisania skutku w postaci śmierci – w sytuacji gdy śmierć wynikała z tego właśnie niebezpieczeństwa – wymaga szczegółowego uzasadnienia. Jedynie biegli są w stanie stwierdzić, czy niewydolność wielonarządowa i ropne zapalenie płuc były konsekwencją nierozpoznanego wcześniej zapalenia pęcherzyka żółciowego.

Podsumowanie:

Skutek może zostać przypisany nie tylko wtedy, gdy po podjęciu zachowania alternatywnego zgodnego z zasadami nie doszłoby z pewnością do skutku, lecz także wtedy, gdy podjęcie prawidłowego postępowania pozwoliłoby z dużym prawdopodobieństwem uniknąć skutku. Brak stuprocentowej pewności co do wyniku testu zachowania alternatywnego nie wyłącza możliwości przypisania skutku. W opinii nie wystarczy zatem podać, że prawidłowe działanie nie dawało gwarancji powodzenia – biegli powinni dodatkowo wskazać, czy prawidłowe leczenie dawało realną szansę na uniknięcie śmierci pacjenta lub uszczerbku na zdrowiu, czy chociażby na zmniejszenie stanu niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia.

Ocena z perspektywy *ex ante* oraz z perspektywy *ex post*

1. Ocena prawidłowości leczenia

Jak już wspomniano na wstępie niniejszego opracowania, przypisanie odpowiedzialności karnej w sprawie o błąd medyczny wymaga wykazania, że doszło do nieprawidłowości w leczeniu, że nastąpił negatywny dla pacjenta skutek oraz że między stwierdzonym uchybieniem a skutkiem zaistniał związek przyczynowy (relacja sprawcza). Te elementy ocenia się jednak z innej perspektywy: o ile skutki zdrowotne dla pacjenta (w tym również kwestię, czy doszło do narażenia jego życia lub zdrowia) klasyfikuje się z uwzględnieniem wszystkich dostępnych dowodów, w tym – całej historii leczenia i wyników sekcji zwłok, o tyle zakres obowiązków gwaranta i zasadność decyzji podejmowanych przez lekarza ocenia się z wykorzystaniem tej wiedzy, którą lekarz dysponował lub którą mógł uzyskać przed podjęciem decyzji co do diagnozy lub leczenia⁶⁷³. Prawidłowe rozróżnienie elementów ocenianych *ex post* oraz *ex ante* to podstawowy wymóg stawiany opiniom sądowno-lekarskim. Czasami organ procesowy wprost w postanowieniu o zasięgnięciu opinii zadaje pytanie o to, czy postawiona diagnoza oraz zlecona terapia były – według oceny *ex ante* – właściwe, ale nawet jeśli tylko ogólnie zapyta o prawidłowość rozpoznania i leczenia, to nie zwalnia to biegłych z wyboru właściwej perspektywy.

Jak słusznie podkreślono w orzecznictwie, „nie każdy błąd diagnostyczny stwierdzony *ex post* może być uznany *eo ipso* za błąd sztuki lekarskiej⁶⁷⁴, a „z samego faktu nastąpienia skutku nie można wyprowadzać wniosku, że lekarz działał nieracjonalnie⁶⁷⁵. O tym, czy doszło do błędu, należy rozstrzygać „z pozycji *ex ante*, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych przez lekarzy stawiających diagnozę czy dostępnych dla nich przy odpowiednim staraniu⁶⁷⁶. Inaczej mówiąc, „ocena w tym zakresie musi być [...] zrelatywizowana do stanu z chwili konkretyzacji niebezpieczeństwa, nie zaś [dokonywana] *ex post*“⁶⁷⁷. Prawidłowość zachowania ocenia się „z takiego punktu widzenia, z jakiego mógł [dany przypadek] widzieć lekarz⁶⁷⁸, „z uwzględnieniem wiedzy i świadomości podmiotu w chwili wejścia w relację z dobrem prawnym⁶⁷⁹.”

Błąd medyczny to zachowanie sprzeczne z wiedzą i z praktyką medyczną. Ustalenie, że popełniono błąd, „zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili

673 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II Aka 262/18.

674 Wyrok SN z dnia 8 września 1973 r. sygn. I KR 116/72.

675 Wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. sygn. II Aka 59/17; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, art. 160, nr 25.

676 Wyrok SN z dnia 8 września 1973 r. sygn. I KR 116/72; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II Aka 262/18.

677 Wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. sygn. II Aka 59/17; D. Wąsik, *Błędy w sztuce...*, „Prokuratura i Prawo” 2018/5, s. 57.

678 E. Augustyn, *Zarys...*, s. 170; Z. Marek, *Wybrane...*, s. 137; por. E.M. Guzik-Makaruk E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność...*, s. 143; Z. Marek, *Błąd...*, s. 114; E. Plebanek, *Odpowiedzialność...*, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 52; R. Latosiewicz, M. Szeremeta, A. Niemcunowicz-Janica, *Problematyka...*, s. 227; Z. Marek, E. Plac-Bobula, *Klasyfikacja...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994/2, s. 199.

679 D. Tokarczyk, *Spory...*, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 106.

zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi [on] wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej⁶⁸⁰. Przykładowo: o błędzie diagnostycznym można mówić tylko wtedy, gdy naruszony został obowiązujący w danym momencie standard czynności diagnostycznych⁶⁸¹.

Należy dodać, że obowiązki gwaranta „aktualizują się w momencie wystąpienia niebezpieczeństwa, przy czym musi być ono obiektywnie rozpoznawalne *ex ante*”⁶⁸². Zakres obowiązków ciążących na gwarancie „musi być definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego, w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego”⁶⁸³. W orzecznictwie przyjęto, że „w odniesieniu do tego momentu formułowane powinny być wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania”⁶⁸⁴. To sformułowanie może budzić pewne wątpliwości, ale można chyba przyjąć następującą jego interpretację: zakres i treść obowiązków gwaranta (czyli to, jak powinien się on zachować) oceniamy przy uwzględnieniu wiedzy, jaką gwarant miał lub mógł uzyskać. Z tym wzorcem porównujemy faktyczne zachowanie lekarza. Ten sam stan wiedzy jest też podstawą do wnioskowania, czy lekarz mógł przewidzieć niebezpieczeństwa wynikające z zaniechania. Z pewnością „gwarantowi można przypisać skutek będący znamieniem przestępstwa popełnionego z zaniechania tylko wtedy, gdy skutek ten był przewidywalny, a niebezpieczeństwo dla dobra prawnego – rozpoznawalne”⁶⁸⁵, ponieważ „brak obiektywnej przewidywalności skutku [...] wyklucza możliwość podjęcia zachowania zgodnego z regułami postępowania”⁶⁸⁶. Ocenę w tym zakresie formułuje się z perspektywy *ex ante*⁶⁸⁷.

Ocena decyzji podjętych przez lekarza, przeprowadzona pod kątem ich prawidłowości, okazuje się zatem niezależna od dalszych losów pacjenta. Fakt, że nie doszło do skutków negatywnych dla chorego, nie oznacza wcale, że zachowanie personelu medycznego było właściwe. Jeśli pacjent zgłosił się do lekarza po utracie przytomności i z raną na czole, to zaniechanie jakiegokolwiek diagnostyki będzie błędem bez względu na to, czy ostatecznie ustalone zostanie, że przyczyną upadku była poważna choroba mózgu, a pacjent wymagał

dalszego leczenia, czy też okaże się, że powodem upadku było odwodnienie w upalny dzień, więc po wypiciu szklanki wody pacjent wrócił do pełnej sprawności, a rana na czole okazała się powierzchowna i niegroźna. I odwrotnie: nawet śmierć pacjenta w wyniku choroby, której nie rozpoznano, nie oznacza automatycznie, że konkretne decyzje lekarza były błędne.

Przykład nr 25:

Ustalenia: Pacjent trafił do szpitala z powodu zaburzeń mowy i porażenia kończyn dolnych. Badanie TK potwierdziło cechy niedokrwienia mózgu i wykluczyło obecność świeżych zmian krwotocznych. Mężczyzna negował przyjmowanie leków, mimo że w rzeczywistości przyjmował stale lek przeciwzakrzepowy. Został zakwalifikowany do leczenia trombolitycznego. Po podaniu leków doszło do krwotoku mózgowego, pacjent zmarł tydzień później.

Opinia: Leki trombolityczne można podać do około 4 godzin od wystąpienia objawów udaru mózgu, a przeciwwskazaniem jest przyjmowanie wcześniej środków przeciwkrzepliwych. W niniejszej sprawie podanie pacjentowi leków trombolitycznych spowodowało krwotok, który był przyczyną zgonu. Zachodzi zatem związek przyczynowy między podaniem leków a śmiercią chorego. Wybrana metoda leczenia była jednak standardowa w przypadku pacjentów, którzy nie przyjmują innych leków.

Przykład ten pokazuje, jak istotne jest właściwe rozróżnienie stanu wiedzy *ex ante* oraz *ex post*. Po poznaniu wszystkich okoliczności przypadku i dalszego rozwoju choroby można byłoby powiedzieć, że podanie leków trombolitycznych obiektywnie było błędem i zapewne w dużym stopniu przyczyniło się do śmierci pacjenta. Z perspektywy *ex ante* brakuje jednak pierwszego warunku odpowiedzialności: wadliwości działania. Lekarze zaangażowani w proces leczniczy pacjenta wykonali niezbędne badania (TK) i przeprowadzili wywiad (w tym – zadali istotne pytanie o przyjmowane leki), a to wyklucza przypisanie im odpowiedzialności karnej – pomimo wystąpienia skutku, o którym mowa w art. 155 kk, i potwierdzenia zaistnienia związku przyczynowego między zachowaniem lekarzy a śmiercią pacjenta.

Ta kwestia nie budzi też wątpliwości w piśmiennictwie prawniczym. Ocena naruszenia reguł postępowania z dobrem prawnym (czyli w sprawach medycznych: ocena decyzji i działań diagnostyczno-terapeutycznych przeprowadzona pod kątem ich prawidłowości) musi być przeprowadzana „*ex ante*, czyli na chwilę podjęcia określonego czynu przez sprawcę, a nie *ex post*, czyli na chwilę dokonywania osądu zachowania”⁶⁸⁸. Dotyczy to zarówno wiedzy o pacjencie, jak i standardów leczenia opartych na wiedzy medycznej⁶⁸⁹.

680 Wyrok SN z dnia 12 lutego 2013 r. sygn. II KK 124/12; wyrok SN z dnia 10 grudnia 2022 r. sygn. V KK 33/02.

681 Postanowienie SN z dnia 6 października 2016 r. sygn. V KK 94/16.

682 Postanowienie SN z dnia 6 października 2016 r. sygn. V KK 94/16.

683 Postanowienie SN z dnia 19 stycznia 2011 r. sygn. IV KK 356/10; wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12; wyrok SN z dnia 8 czerwca 2020 r. sygn. III KK 408/09; por. A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 45; K. Łukasik, *Odpowiedzialność...*, s. 287; J. Brzozowska, *Odpowiedzialność...*, „Prokuratura i Prawo” 2021/1, s. 73. W orzeczeniach mowa jest o „momencie, w którym działa gwarant”, przy czym owego działania nie należy tu rozumieć jako formy czynu odmiennej od zaniechania. Odpowiedzialność gwaranta wchodzi w grę wówczas, gdy zaniechał on wykonania obowiązków na nim ciążących, ale rzeczywisty zakres czynności, jakie powinien podjąć, ocenia się z uwzględnieniem danych, jakie miał lub mógł poznać przed podjęciem konkretnej decyzji.

684 Postanowienie SN z dnia 19 stycznia 2011 r. sygn. IV KK 356/10; wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12; wyrok SN z dnia 8 czerwca 2020 r. sygn. III KK 408/09; por. wyrok SA w Warszawie z dnia 13 sierpnia 2020 r. sygn. V ACa 754/19.

685 Postanowienie SN z dnia 19 stycznia 2011 r. sygn. IV KK 356/10; por. wyrok SN z dnia 4 lipca 2013 r. sygn. III KK 33/13; wyrok SA w Szczecinie z dnia 19 grudnia 2018 r. sygn. II AKa 190/18.

686 Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18.

687 S. Tarapata, *Przypisanie...*, s. 188; D. Czerwińska, *Nauka...*, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 163; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcie...*, s. 83; M. Małecki, *Kryteria...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2013/3, s. 102.

688 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 259, 264; T. Sroka, *Czasowy...*, s. 327; por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 166, 232; E. Augustyn, *Zarys...*, s. 34.

689 M. Filar, *Lekarskie...*, s. 110; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 120–121; T. Dukiet-Nagórska, *Reguły...*, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 7; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, s. 172; P. Bogacki, *Odpowiedzialność...*, s. 78; J. Sawicki, *Błąd...*, s. 84.

Jak zauważyła Agnieszka Liszewska, „nie można w pełni obiektywnie ustalić, co jest błędem w sztuce, a co nim nie jest, lecz można tylko ustalić, co jest błędem w sztuce w danym momencie”⁶⁹⁰. Lekarzowi nie można czynić zarzutu, że w danej chwili nie postąpił według standardów, które zaczęły obowiązywać dopiero w późniejszym czasie⁶⁹¹. Nie można mu również zarzucić, że nie uwzględnił w pełni stanu pacjenta, jeżeli nie znał go i pomimo zachowania należytej staranności nie mógł poznać. Jak to trafnie i krótko ujął Tomasz Sroka po omówieniu postępowania w sprawie o przestępstwo z art. 155 kk (pacjentka zmarła z powodu dużego owrzodzenia trawiennego): „lekarz – diagnozując pacjentkę w domu – nie mógł dysponować wynikami jej sekcji zwłok, skoro zmarła ona dopiero kilka godzin później”⁶⁹². Po zakończeniu leczenia (w tym – po śmierci pacjenta) wiadomo już, czy np. noworodek miał niedrożność smółkową czy perforację jelita albo czy pogorszenie stanu pacjenta po operacji było konsekwencją krwotoku wewnętrznego, czy – zatoru płucnego. Nie wiedział tego jeszcze lekarz diagnozujący chorego.

Z reguły postępowania z dobrem prawnym wynika treść powinności gwaranta, wobec tego jego obowiązki określa się z pozycji *ex ante*⁶⁹³. Z tej perspektywy powinna zostać oceniona nie tylko kwestia naruszenia przez sprawcę reguły postępowania z dobrem prawnym, lecz także obiektywna możliwość przewidzenia prawdopodobieństwa wystąpienia skutku przestępczego⁶⁹⁴. Przy ocenie prawidłowości działania lekarza bierze się pod uwagę zarówno te informacje o pacjencie, które lekarz uzyskał, jak i te, które łatwo mógł uzyskać, ale od tego odstąpił (np. nie zadał konkretnego pytania, nie wykonał dostępnych badań, nie zapoznał się z wynikami badań). Obiektywna przewidywalność to możliwość rozpoznania grożącego niebezpieczeństwa przez rozsądnego i kompetentnego lekarza, mającego znajomość wszystkich elementów stanu faktycznego w danym momencie: tych, które były rozpoznawalne dla uważnego obserwatora, i tych, które dodatkowo były znane działającemu⁶⁹⁵. Nie można przypisać skutku, który był przypadkowy czy nieprzewidywalny⁶⁹⁶.

Formułowanie oceny z perspektywy *ex ante* nie zawsze okazuje się proste. Biegły musi nie tylko zapamiętać, że dwa lata po zdarzeniu wprowadzono do obrotu nowy skuteczny lek lub opracowano nowe wytyczne postępowania, lecz także pominąć całą wiedzę o późniejszych losach pacjenta. Może opierać się wyłącznie na tych informacjach, które lekarz uzyskał podczas wywiadu lekarskiego, które sam powziął podczas badania przedmiotowego, które wynikały z dostępnych wówczas wyników badań laboratoryjnych itp. Jak słusznie

zauważył Tomasz Sroka: „dokonanie takiej operacji myślowej jest jednak niezwykle trudne”⁶⁹⁷, czego dowodzą niektóre opinie składane w toku postępowań karnych. Rozumowanie według schematu „stało się coś złego (przesłanka) – widać ktoś coś zrobił nie tak, jak trzeba (wniosek), jest [...] z gruntu błędne”⁶⁹⁸, ale się zdarza. Psychologicznie zapewne zrozumiała jest tendencja do surowszego oceniania sprawcy, którego nieostrożne zachowanie spowodowało poważne konsekwencje, od tego, który wprawdzie zachował się równie niewłaściwie, ale takich skutków uniknął⁶⁹⁹. Im poważniejszy skutek, tym silniejsza tendencja do uznania zachowania za nieostrożne⁷⁰⁰. Jak to ujęli Grzegorz Teresiński i Roman Mądro: „znajomość wyników badania pośmiertnego niewątpliwie zwiększa komfort opiniującego, ale zmniejsza jego bezstronność”⁷⁰¹. W postępowaniu karnym prawidłowości zachowania nie można oceniać przez pryzmat jego skutków⁷⁰².

Przykład nr 26:

Ustalenia: Pacjent leczyl się z powodu nadwrażliwości jelita, miewał bóle brzucha, zaparcia i biegunki. Pewnego dnia jego stan się pogorszył – ból brzucha był połączony z uczuciem pęcznienia, pacjent zaobserwował też krew w stolcu i odczuwał osłabienie. Wezwani do domu ratownicy medyczni stwierdzili napięty i bolesny brzuch, wobec czego podali ketonal i no-spę. Odstąpili jednak od przewiezienia pacjenta do szpitala, zalecili jedynie kontrolę w razie pogorszenia. Trzy godziny później pacjent stracił przytomność, a podczas transportu do szpitala doszło do nagłego zatrzymania krążenia. W czasie operacji stwierdzono guz jelita z martwicą oraz zapalenie otrzewnej. Pomimo podjętego leczenia pacjent zmarł.

Opinia: Biegli uznali zachowanie ratowników za wadliwe, a decyzję o zaniechaniu przewiezienia pacjenta do szpitala – za niesłuszną. Zdaniem biegłych guz – z uwagi na jego wielkość i umiejscowienie – mógł być ujawniony w badaniu fizykalnym brzucha. Ponadto ratownicy zlekceważyli informacje o krwawieniu występującym u pacjenta. Jak wynika z opinii, stan pacjenta w czasie interwencji ZRM „można rozpatrywać w kontekście zmian stwierdzanych w godzinach późniejszych, w tym – wyników badań i obserwacji w szpitalu oraz zmian ujawnionych w czasie operacji”. Pacjent wymagał pilnego przewiezienia do szpitala celem dokładniejszej diagnostyki i odpowiedniego leczenia, „co potwierdzają dalsze losy pacjenta w ciągu następných kilku godzin”.

Przy ocenie poprawności zachowania członków ZRM biegli powinni wziąć pod uwagę dolegliwości zgłoszone przez pacjenta (ból, krwawienie, osłabienie, uczucie pęcznienia)

690 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 121; por. Z. Czernicki, *Błąd...*, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 32; D. Wąsik, *Opiniowanie...*, „Prokuratura i Prawo” 2017/7–8, s. 160.

691 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 260.

692 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 267.

693 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 182–183.

694 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 261; S. Tarapata, *Dobro...*, s. 302; M. Małecki, *Z problematyki...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 51.

695 A. Zoll, *Odpowiedzialność...*, s. 44; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd...*, s. 103.

696 M. Małecki, *Kryteria...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2013/3, s. 102; M. Małecki, *Z problematyki...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 52.

697 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 267; por. A. Malicki, *Z problematyki...*, s. 319.

698 M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie...*, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 52.

699 A. Zaremba, *Rola...*, „Prawo i Medycyna” 2007/4, s. 98; T. Sroka, *Czasowy...*, s. 328.

700 J. Giezek, *Przyczynowość oraz...*, s. 73.

701 G. Teresiński, R. Mądro, *Ocena...*, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1997, t. VI, s. 106.

702 P. Daniluk, *Błąd...*, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 55; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku...*, s. 198; T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, *Opiniowanie...*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008/4, s. 231.

oraz obecność guza, bo w razie przeprowadzenia prawidłowo badania fizykalnego można było go ujawnić. Można domniemywać, że były to wystarczające przesłanki do podjęcia decyzji o transporcie pacjenta do szpitala, a pozostawienie chorego w domu należy rozpatrywać w kategoriach błędu medycznego. Niestety odwołanie się przez biegłych do „dalszych losów pacjenta” oraz do „zmian stwierdzanych w godzinach późniejszych” czyni opinię niejasną i niemiarodajną dla czynienia ustaleń w toku postępowania przygotowawczego. Ratownicy zapewne nie mogli w warunkach domowych rozpoznać martwicy jelita (czyli zmiany stwierdzonej później), ale być może i bez tej wiedzy powinni podjąć decyzję o przewiezieniu pacjenta do szpitala. Powinno to jednoznacznie wynikać z opinii.

Podany przykład pokazuje też, że na potrzeby oceny zachowania z perspektywy *ex ante* uwzględnia się nie tylko te okoliczności, które były znane pracownikowi medycznemu, lecz także te, które przy zachowaniu należytej staranności mógł poznać. W omawianej sytuacji taka ocena powinna się zatem okazać dwuetapowa i uwzględniać odpowiedzi na pytania: czy przy zgłaszanych dolegliwościach należało palpacyjne zbadać brzuch, a jeżeli – tak, to czy przeprowadzone badanie pozwoliłoby wykryć guz⁷⁰³? Pozytywne odpowiedzi na oba pytania oznaczają, że przy ocenie decyzji o zaniechaniu przetransportowania pacjenta do szpitala należy uwzględnić nie tylko dolegliwości zgłaszane przez chorego, lecz także obecność guza. Gdyby którakolwiek z odpowiedzi była negatywna (np. w określonej sytuacji nie było konieczności zbadania brzucha albo badanie nie pozwoliłoby ujawnić zmiany z uwagi na jej wielkość i umiejscowienie), to przy rozstrzygnięciu kwestii zasadności pozostawienia pacjenta w domu należałoby uwzględnić wyłącznie pozostałe okoliczności (ból, krwawienie, osłabienie itd.). Informację o guzie jelita uzyskano wprawdzie *ex post*, ale przy zachowaniu należytej ostrożności mogła ona być znana już w momencie podejmowania decyzji o transporcie do szpitala, czyli *ex ante*, i dlatego można ją uwzględnić przy ocenie tej decyzji pod kątem jej poprawności – w tym aspekcie opinia nie budzi wątpliwości. Prawdopodobnie ratownikom nie mogły być jednak znane pozostałe okoliczności (np. że doszło do martwicy jelita), a z całą pewnością nie wiedzieli oni, że trzy godziny po ich wizycie dojdzie do nagłego zatrzymania krążenia. Te okoliczności, jako poznane *ex post*, nie mogą stanowić kryterium oceny poprawności decyzji podjętej przez ratowników.

Przykład nr 27:

Ustalenia: Z powodu silnego bólu brzucha pacjent zadzwonił na pogotowie ratunkowe, a w rozmowie z dyspozytorem podał, że od poprzedniego dnia ma dolegliwości bólowe, które nie ustały pomimo zażycia tramalu (100 mg). W dniu zgłoszenia wymiotował żółcią, zwymiotował też po przyjęciu leków rozkurczowych. Dyspozytor polecił skontaktować się z lekarzem POZ i odmówił wysłania karetki. Osiem godzin później podczas wizyty

703 Może się też okazać, że już ze względu na zgłaszane dolegliwości, nawet bez stwierdzenia obecności guza, pacjent wymagał przetransportowania do szpitala. Kwestia odstąpienia od badania palpacyjnego nie ma wtedy znaczenia rozstrzygającego, ale (jeśli zaniechanie badania było błędem) wskazuje na stopień naruszenia reguł postępowania.

domowej lekarz uzyskał informację, że pacjent cierpi na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, dwa lata wcześniej miał zapalenie trzustki, przeszedł wtedy operację tego narządu i usunięcia ropnia na otrzewnej. Pacjenta przewieziono do szpitala, gdzie z powodu ostrego martwiczego zapalenia trzustki zmarł.

Prokurator początkowo przyjął, że dyspozytor przeprowadził wywiad medyczny, na podstawie którego stwierdził, że nie zachodzi stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zdaniem organu procesowego dyspozytor nie mógł wiedzieć, że pacjent cierpi na ostre martwicze zapalenie trzustki.

Opinia: Procedury postępowania dla dyspozytorów medycznych nakazują w przypadku zgłoszenia bólu brzucha lub wymiotów zapytać m.in. o operacje w obrębie jamy brzusznej. W rozpatrywanej sprawie dyspozytor powinien uzyskać informację o zabiegu operacyjnym trzustki, a zaniechanie poszerzenia wywiadu pozbawiło go wiedzy mogącej zadecydować o wysłaniu karetki. Zdaniem biegłych przyjęcie przez dyspozytora, że pacjent nie znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, było błędem.

Dla ustalenia, czy dyspozytor pogotowia popełnił błąd, należy ocenić jego decyzję z pozycji *ex ante*, tj. z uwzględnieniem informacji, które miał (w niniejszej sprawie: silny ból brzucha i wymioty), i tych, które mógł uzyskać (WZW typu C, przebyta operacja trzustki). Biegli słusznie skupili się na zakresie obowiązków dyspozytora i na ocenie, czy zadał on wszystkie pytania niezbędne w takiej sytuacji i czy mógł przypuszczać, że pacjent znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nie jest przy tym istotne, czy dyspozytor mógł przewidzieć, że pacjent cierpi na ostre martwicze zapalenie trzustki – wystarczy, że mógł przewidzieć występowanie poważnej choroby, wymagającej hospitalizacji.

Przykład nr 28:

Ustalenia: W trzy dni po urodzeniu noworodek został poddany zabiegowi korekcji spływu żył płucnych. Dwa miesiące później (10 marca) został przyjęty do szpitala pediatrycznego, gdzie rozpoznano zapalenie płuc. Wykonanie badania echokardiograficznego nie było możliwe z powodu awarii urządzenia, wobec czego następnego dnia – po stwierdzeniu niewydolności krążenia – dziecko przewieziono do kliniki kardiologicznej. Pomimo podjętego leczenia chłopiec zmarł.

Opinia: Wynik badania rtg uwidoczniał zapalenie płuc i stanowił wskazanie do poszerzenia diagnostyki w kierunku problemów kardiologicznych. Początkowo stabilny stan dziecka (wydolne krążeniowo i oddechowo) nie dawał podstaw do pilnego przewiezienia go do placówki specjalistycznej. Po uwzględnieniu zarówno dalszego przebiegu choroby, jak i – zdiagnozowanego później – faktycznego problemu zdrowotnego (pooperacyjne zwężenie w okolicy spływu żył płucnych) można uznać, że 10 marca dziecko prawdopodobnie wymagało pilnej diagnostyki kardiologicznej oraz leczenia kardiochirurgicznego, więc najlepiej, gdyby niezwłocznie zostało przekazane do ośrodka specjalistycznego. Jednak biegli

wyraźnie podkreślili, że „przy ocenie postępowania medycznego należy brać pod uwagę tylko tę wiedzę, którą posiadał i mógł posiadać personel medyczny sprawujący w danym momencie opiekę zdrowotną nad pacjentem, zaś z rozważań opiniodawczych należy odrzucić wszelkie informacje, których w danym momencie personel medyczny nie mógł posiadać, a które zostały ujawnione dopiero w późniejszym czasie w miarę postępu choroby i poszerzenia diagnostyki”. Po przyjęciu takiego założenia uznano, że postępowanie medyczne wdrożone wobec noworodka nie było błędne.

Decyzję podjętą przez lekarzy o (czasowym) pozostawieniu noworodka w szpitalu pediatrycznym biegli ocenili z perspektywy *ex ante* – słusznie. Organ procesowy oczekiwałby też wyraźnego odniesienia się do operacji przebytej przez dziecko zaraz po urodzeniu oraz do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy wiedza o tym zabiegu nie dawała podstaw (nawet 10 marca, gdy stan chłopca był stabilny) do powzięcia podejrzenia komplikacji pooperacyjnych i pilnego przewiezienia do placówki specjalistycznej. Jeżeli zachowanie lekarzy pediatrów było pod tym względem prawidłowe, ich odpowiedzialność zostanie wykluczona bez względu na to, w jakim stopniu opóźnienie operacji kardiologicznej przyczyniło się do śmierci dziecka.

W świetle zasad opiniowania, które przedstawiono powyżej, wątpliwości organu procesowego budzą ekspertyzy, w których biegli stwierdzają przykładowo, że „decyzja o wypisaniu pacjenta do domu była nieprawidłowa, czego dowodzi konieczność powtórnej hospitalizacji po kilku dniach z podobnymi, ale bardziej nasilonymi objawami” albo że „stan pacjenta wymagał pilnego przewiezienia go do szpitala celem dokładniejszej diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia; potwierdzają to dalsze losy pacjenta w następnych dniach”. W jednej ze spraw biegli stwierdzili, że „zaniechanie dalszej diagnostyki i wypisanie pacjenta z SOR było w świetle stanu jego zdrowia (brak jakichkolwiek śladów urazu, pacjent wydolny krążeniowo i oddechowo) oraz przyczyny śmierci pacjenta (ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa) nieprawidłowe i niezgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej”. O ile słusznie odwołano się do stwierdzonego na SOR stanu zdrowia, o tyle uznanie nieprawidłowości zachowania lekarza na podstawie przyczyny śmierci pacjenta (poznanej wszakże już po opuszczeniu przez niego szpitala) nie pozwala na zaakceptowanie tego rodzaju opinii.

Zdarza się, że informacje poznane *ex post* pozwalają na ocenę sytuacji, jaką zastał lekarz w momencie kontaktu z pacjentem. Jednak tak się dzieje tylko w razie możliwości wykazania, że dana okoliczność była znana w momencie podejmowania decyzji albo przynajmniej powinna być znana. Oczywiście, będzie to dotyczyć wyłącznie okoliczności, które nie zmieniają się szybko w czasie, np. pacjent miał świeżą bliznę po przebyciu operacji, wobec czego należało zapytać o powód zabiegu i o jego przebieg. W przykładzie nr 26 biegli np. uznali, że guz stwierdzony w szpitalu – z uwagi na wielkość i umiejscowienie – mógł i powinien zostać zauważony również podczas badania pacjenta w domu przez ratowników medycznych.

Przyjęcie perspektywy *ex ante* nie oznacza, że lekarz ma obowiązek uwzględnić tylko te objawy i dolegliwości, które faktycznie wystąpiły – ponieważ może się okazać, że niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta jeszcze się nie zmanifestowało, ale w danych okolicznościach lekarz powinien je przewidzieć (bo było ono *ex ante* obiektywnie przewidywalne). Przykładem może być osoba, która po wypadku komunikacyjnym ma wprawdzie tylko powierzchowną ranę głowy, ale podaje, że uderzyła się mocno i na chwilę straciła przytomność. Pogorszenie stanu zdrowia można tu przewidzieć, nawet jeśli w chwili kontaktu z lekarzem ono jeszcze się nie zrealizowało. Na lekarzu ciąży „obowiązek udzielenia pomocy również osobie, u której objawy pogorszenia stanu zdrowia dopiero się pojawią w krótkim czasie, bez konieczności straty czasu i opóźnienia udzielenia świadczenia zdrowotnego w oczekiwaniu na pojawienie się tychże objawów”⁷⁰⁴. Jak to ujął Sąd Najwyższy: „gwarant jest zobowiązany do podejmowania działań umożliwiających mu rozpoznanie wystąpienia niebezpieczeństwa dla dóbr, które ma obowiązek chronić. Lekarz jest zobowiązany do przeprowadzenia określonych czynności diagnostycznych, pozwalających mu na ustalenie, czy występuje zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, oraz do podjęcia stosownych czynności terapeutycznych zmniejszających owo zagrożenie (o ile obiektywnie to jest możliwe). Nierozpoznanie niebezpieczeństwa (jeżeli jest wynikiem błędu diagnostycznego) nie zwolni lekarza, będącego gwarantem zdrowia i życia pacjenta, od odpowiedzialności za negatywny skutek. O błędzie diagnostycznym można oczywiście mówić dopiero wówczas, gdy naruszony został obowiązujący w danym momencie standard czynności diagnostycznych”⁷⁰⁵. Z pozycji *ex ante* należy ocenić nie tylko zgłaszane dolegliwości i objawy, lecz także wszelkie istotne informacje o pacjencie i obiektywną przewidywalność dalszego rozwoju choroby czy skutków urazu.

Podsumowanie:

Ocena postępowania personelu medycznego i możliwości przewidzenia skutku negatywnego dla pacjenta powinna zostać przeprowadzona z perspektywy *ex ante*, tj. z uwzględnieniem zarówno przesłanek znanych lekarzowi w momencie działania (lub w chwili aktualizowania się obowiązku działania), jak i okoliczności możliwych do ujawnienia w tym czasie – w razie zachowania należytej staranności. Ta ocena nie może natomiast opierać się na informacjach ujawnionych w toku dalszego przebiegu choroby, a niemożliwych do przewidzenia wcześniej.

2. Ocena skutku i powiązania przyczynowego

Zupełnie inną perspektywę należy przyjąć przy ocenie zaistniałego skutku i przy badaniu powiązania przyczynowego między zachowaniem sprawcy a skutkiem. Te elementy ocenia się z pozycji *ex post*, a zatem po uwzględnieniu wszystkich elementów stanu faktycznego,

⁷⁰⁴ T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 358.

⁷⁰⁵ Postanowienie SN z dnia 6 października 2016 r. sygn. V KK 94/16.

także tych, które nie były znane domniemanemu sprawcy⁷⁰⁶. Ustalenie tego, czy przez konkretne zachowanie realnie zwiększyło się ryzyko nastąpienia skutku oraz czy naruszona reguła chroniła przed danym sposobem nastąpienia skutku, również opiera się na analizie wszystkich dostępnych danych znanych *ex post*⁷⁰⁷, gdy wiadomo już, jaki skutek i jak (w jaki sposób) nastąpił⁷⁰⁸. W istocie zatem niebezpieczeństwo dla dobra prawnego ocenia się z dwóch perspektyw: z perspektywy czynu (czy podjęte zachowanie było prawidłowe, czy też zwiększało zagrożenie dla dobra prawnego, a to zagrożenie było obiektywnie przewidywalne) oraz z perspektywy skutku (czy sprawca *de facto* zwiększył ryzyko dla dobra prawnego, które to ryzyko urzeczywistniło się w skutku). Przy badaniu czynu chodzi zatem o prognozę (czy oceniane *ex ante* zachowanie jest bezprawne i może stać się przyczyną skutku), a przy badaniu skutku i związku przyczynowego – o diagnozę (czy zachowanie faktycznie było przyczyną skutku)⁷⁰⁹. Błędem będzie sformułowanie oceny skutku zaistniałego w sprawie oraz związku między uchybieniem a skutkiem przy przyjęciu perspektywy *ex ante*.

Przykład nr 29:

Ustalenia: U kilkuletniej dziewczynki, obciążonej genetycznie schorzeniami neurologicznymi, metabolicznymi i nefrologicznymi, pojawiły się problemy jelitowe, a następnie – zaburzenia oddychania. Rodzice dziecka wezwali karetkę, a gdy pół godziny później u dziecka doszło do zatrzymania krążenia, rozpoczęli resuscytację. ZRM przyjechał na miejsce po upływie 50 minut od wezwania, a po upływie kolejnej godziny – pomimo wdrożenia czynności ratunkowych – stwierdzono zgon. Jak ustalono w toku śledztwa, powodem opóźnienia stała się nieuzasadniona odmowa wyjazdu przez jednego z ratowników. Przyczyną śmierci dziecka okazało się śródmiąższowe zapalenie płuc.

Opinia: Odmowa wyjazdu była nieuzasadniona, a dodatkowo kierownik ZRM nie zgłosił tego faktu dyspozytorowi. Zdaniem biegłych „rozpatrując sprawę *ex ante* w przypadku dziecka obciążonego chorobami przewlekłymi i biorąc pod uwagę wywiad podany przez [rodziców], opóźnienie w dotarciu do małoletniej pacjentki zdynamizowało przebieg choroby”.

W omawianej sprawie nie budzi wątpliwości, że odmowa wyjazdu do pacjentki oraz zgłoszenie tego dyspozytorowi medycznemu stanowiły poważne uchybienia. Organ procesowy musi natomiast ustalić, jaki skutek spowodowało opóźnienie udzielenia fachowej

pomocy – czy istnieje związek między uchybieniem a skutkiem, a zatem czy w razie prawidłowego zachowania (karetką mogła dotrzeć na miejsce w czasie około 10 minut) istniała realna szansa na uniknięcie zgonu dziecka lub chociażby na zmniejszenie stanu zagrożenia, w jakim to dziecko się znalazło. Tych elementów nie można ocenić *ex ante*. Tu konieczne jest wzięcie pod uwagę wszystkich okoliczności, w tym m.in. schorzeń, na jakie cierpiała dziewczynka (a nie – tylko tych, o których wspomnieli rodzice wzywający karetkę), oraz – ustalonej po otwarciu zwłok – przyczyny śmierci. Twierdzenie, że z perspektywy *ex ante* opóźnienie pogorszyło stan dziecka, musi zostać uznane za niejasne.

Przykład nr 30:

Ustalenia: Z powodu silnego bólu brzucha i uporczywych wymiotów 16-letni pacjent został przyjęty na SOR. Tu chorego osłuchano (nie stwierdzono osłabienia szmeru perystaltycznego ani duszności) i wykonano badania laboratoryjne, które wykazały leukocytozę i podwyższony poziom CRP. Pacjentowi podano pyralginę, no-spę, metoclopramid i sól fizjologiczną, a gdy po trzech godzinach jego stan się poprawił – wypisano go ze szpitala z zaleceniem zgłoszenia się do poradni POZ. Kilka godzin później pacjent przyjechał do szpitala taksówką, a podczas oczekiwania na przyjęcie doszło u niego do nagłego zatrzymania krążenia. Na podstawie badania tomograficznego stwierdzono ubytek w przeponie o długości 5 cm, przemieszczenie trzewi do klatki piersiowej i uciśnięte płuco. Wkrótce pojawiły się objawy niewydolności nerek i wątroby. Pomimo wdrożonego leczenia i przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego pacjent zmarł następnego dnia. Na podstawie obrazu sekcyjnego stwierdzono, że do perforacji przepony doszło najprawdopodobniej w przebiegu urazu mechanicznego. Przesłuchani w toku śledztwa członkowie najbliższej rodziny pokrzywdzonego nie mieli na ten temat żadnej wiedzy.

Opinia: Zgłaszane przez pacjenta dolegliwości i leukocytoza powinny zobligować lekarza na SOR do rozszerzenia zakresu badań diagnostycznych, w tym – co najmniej do zlecenia badania ogólnego moczu i badania radiologicznego klatki piersiowej, którego wynik prawdopodobnie ukazałby przemieszczenie narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej. Zaniechanie podjęcia prawidłowego postępowania narażało pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. O nieprawidłowości świadczy fakt, że kilkanaście godzin później doszło do nagłego zatrzymania krążenia. Nie istniało jednak duże prawdopodobieństwo uniknięcia skutku w postaci śmierci bądź zmniejszenia niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia, w jakim znalazł się pacjent. To, że w kilka godzin po wypisaniu ze szpitala nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia, nie miało znaczenia dla oceny stopnia bezpośredniego niebezpieczeństwa narażenia utraty życia. Omawiany przypadek biegli określili jako niestandardowy, ponieważ rzadko się zdarza, aby pacjent z urazem przepony samodzielnie dotarł na izbę przyjęć.

706 T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe...*, s. 217; T. Sroka, *Czasowy...*, s. 324; M. Bielski, *Kryteria...*, s. 512, 522; J. Kalandyk, *Glosa...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 183; K. Krupa-Lipińska, *Związek...*, „Prawo i Medycyna” 2012/3–4, s. 81 (w procesie cywilnym).

707 J. Giezek, *Przyczynowość hipotetyczna...*, „Przegląd Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1992/7, s. 52; M. Małecki, *Kryteria...*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2013/3, s. 101; M. Małecki, *Przypisanie...*, „Paragraf na Drodze” 2013/4, s. 16.

708 M. Małecki, *Z problematyki...*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 57.

709 J. Giezek, *Przyczynowość hipotetyczna...*, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 53; J. Giezek, *Glosa...* (V KK 37/04), „Palestra” 2005/1–2, s. 263; M. Bielski, *O potrzebie...*, s. 247; J. Majewski, *Prawnikarne...*, s. 95.

Wątpliwości w niniejszej sprawie budzi perspektywa, z jakiej sformułowano – pod kątem prawidłowości – ocenę procesu diagnostyczno-terapeutycznego wdrożonego na SOR i określenia skutku w postaci niebezpieczeństwa dla życia pacjenta. Skoro ocenę działania lekarza formułuje się z perspektywy *ex ante*, to można zakwestionować stwierdzenie, że o nieprawidłowości „świadczy fakt, że kilka godzin później [...]”. Istotne dla oceny kompletności wdrożonej diagnostyki na pewno będą miały objawy podane przez pacjenta oraz wyniki badań laboratoryjnych. Można przy tym założyć, że lekarz nie wiedział o urazie jamy brzusznej, skoro pacjent nie poinformował o nim nawet członków najbliższej rodziny⁷¹⁰. Na pewno znaczenie ma fakt, że pacjent nie prezentował typowych objawów uszkodzenia przepony, które standardowo są znacznie poważniejsze – przypadek należał więc do nietypowych. Rodzi się wobec tego pytanie, czy lekarz w ogóle mógł powziąć przypuszczenie uszkodzenia narządów wewnętrznych, a jeżeli – nie, to czy informacje dostępne *ex ante* same w sobie obliowały do poszerzenia diagnostyki.

Dalsze losy pacjenta, w tym – nagłe zatrzymanie krążenia, nie mają znaczenia dla oceny postępowania diagnostycznego pod kątem jego poprawności. Powinny być natomiast wzięte pod uwagę przy ustalaniu, czy doszło do narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Bez wątpliwości nagłe zatrzymanie krążenia staje się takim niebezpieczeństwem, i to według wszystkich kryteriów bezpośredniości, przyjmowanych w orzecznictwie i piśmiennictwie. Wobec tego niezrozumiałe okazuje się stwierdzenie zawarte w opinii, zgodnie z którym pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w kilka godzin po wypisaniu ze szpitala nie miało znaczenia dla oceny stopnia bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia. Jeszcze raz należy podkreślić, że skutki stanowiące znamiona czynów zabronionych ocenia się z perspektywy *ex post*, a zarówno śmierć pacjenta, jak i poprzedzający ją stan bezpośredniego narażenia życia są takimi właśnie skutkami.

W kontekście kategoriowego ustalenia, że zaniechanie podjęcia prawidłowego postępowania narażało pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, wątpliwości budzi też ustalenie, że nie istniało duże prawdopodobieństwo zmniejszenia niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia. Skoro poprawne działanie nie mogło zmniejszyć niebezpieczeństwa, w jakim znalazł się pacjent, to wykluczone staje się przypisanie sprawcy skutku w postaci narażenia życia pacjenta. Nie jest zresztą jasne, dlaczego w omawianej sytuacji nie można mówić o dużym prawdopodobieństwie zmniejszenia ryzyka dla życia lub zdrowia, skoro badanie radiologiczne (którego nie wykonano) prawdopodobnie ukazałoby, że doszło do przemieszczenia narządów jamy brzusznej. Rodzi się wobec tego pytanie: czy takie ustalenie dawało realną szansę na skuteczną terapię, a jeżeli – nie, to dlaczego?

710 Nie zawsze będzie to oczywiste – nie można przecież wykluczyć, że pacjent padł ofiarą przemocy właśnie ze strony członka rodziny. Należy ustalić, czy lekarz powinien zapytać o ewentualne urazy i czy takie pytanie zadał. Wszelkie wątpliwości dowodowe w tym zakresie będzie musiał rozstrzygnąć organ procesowy.

Przykład nr 31:

Ustalenia: Z powodu odejścia wód płodowych w 8. miesiącu ciąży pacjentka trafiła do szpitala, gdzie podjęto decyzję o kontynuowaniu ciąży i podano sterydy. Następnego dnia pacjentka zgłosiła silny ból, pojawiło się też krwawienie, wobec czego podjęto decyzję o cesarskim cięciu. Po zabiegu rana pooperacyjna się nie goiła, po pobraniu wymazu wyhodowano bakterię *e-coli*. Dwa dni po zabiegu pojawiły się drgawki i przyspieszona akcja serca (150/min.), saturacja wynosiła 86%, CRP 390 mg/l, D-dimery 1790 µg/l, hemoglobina 10,2 g/dl, fibrynogen powyżej 9 g/l. Podano antybiotyki i przetoczono krew, co pozwoliło na ustabilizowanie stanu pacjentki. Lekarz, który podjął wtedy leczenie, zeznał, że nie potrafił ustalić przyczyn pogorszenia stanu pacjentki, natomiast przetoczenie krwi zlecił z uwagi na niskie parametry morfologii.

Opinia: W dwa dni po zabiegu u pacjentki wystąpił rozległy stan zapalny z cechami choroby zatorowo-zakrzepowej. Należało rozważyć przeniesienie pacjentki na oddział intensywnej terapii w celu wzmożonej obserwacji i terapii. Poprawa stanu pacjentki po tak ciężkim incydencie zatorowo-zakrzepowym w uogólnionym masywnym stanie zapalnym świadczy o prawidłowym działaniu lekarzy.

Dla nielekarza nie jest jasne, na jakiej podstawie biegli stwierdzili cechy choroby zatorowo-zakrzepowej, zwłaszcza że takiego rozpoznania nie postawił lekarz prowadzący proces diagnostyczno-terapeutyczny. Na jakiej podstawie stwierdzono, że był to ciężki incydent zatorowo-zakrzepowy? Czy wystarczające były do tego objawy (drgawki, tachykardia) i wyniki badań, czy należało wykonać kolejne badania? Czy prawidłowa była podjęta wtedy terapia (antybiotyk i przetoczenie krwi), czy należało podać inne leki, np. rozpuszczające zakrzepy, a jeżeli – nie, to dlaczego? Jeżeli zasadne było przeniesienie pacjentki na OIT, to w jakim celu – jakie parametry należało monitorować i jaką terapię podjąć? Być może odpowiedzi na te pytania są dla lekarzy oczywiste, ale nie są takie dla organu procesowego. Z perspektywy *ex post* wiadomo, że stan pacjentki się poprawił, ale nie oznacza to automatycznie, że podjęte leczenie było z perspektywy *ex ante* właściwe. Fakt, że pacjentka przeżyła, nie oznacza też, że nie doszło do innego skutku w postaci chociażby narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Poprawa stanu pacjenta może świadczyć o poprawności terapii – i najczęściej tak właśnie jest, np. gdy pacjent cierpi na schorzenie, które nieleczone prowadzi do zgonu. Nie można jednak wykluczyć sytuacji, w której pacjent przeżyje pomimo wadliwego (w tym – spóźnionego) leczenia. Dlatego tak istotne staje się sformułowanie oceny leczenia (pod kątem poprawności) z perspektywy *ex ante*, a skutku – z perspektywy *ex post*.

Podsumowanie:

Skutek ocenia się z perspektywy *ex post*, tj. z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, również tych nieznanymi lekarzowi w momencie kontaktu z pacjentem, i podejmowania

decyzji diagnostyczno-leczniczych. To samo dotyczy testu zachowania alternatywnego i oceny, czy zaistniał związek przyczynowy między nieprawidłowością w leczeniu a skutkiem.

Literatura

1. E. Augustyn, *Zarys metodyki obrony lekarza w postępowaniu karnym w sprawach o błąd medyczny*, Poznań 2010
2. J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1977
3. E. Baran, O wydawaniu opinii w sprawach o błąd lekarski w postępowaniu karno-sądowym, „*Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*” 1998, t. XLVIII (3–4), s. 221 i nast.
4. E. Baran, Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarzy w sprawach o błąd lekarski, „*Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*” 1996, t. XLVI (4), s. 253 i nast.
5. A. Barczak-Oplustil, Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego – Izba Karne z 15 lutego 2012 r. (II KK 193/11), „*Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*” 2012/4, s. 149 i nast.
6. A. Barczak-Oplustil, Sprzeciw wobec podjęcia działań ratujących życie wyrażony względem gwaranta niebędącego lekarzem. Zarys problemu, „*Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*” 2011/4, s. 59 i nast.
7. K. Bączyk-Rozwadowska, Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego, „*Prawo i Medycyna*” 2008/3, s. 26 i nast.
8. L. Bednarski, Rola medyka sądowego w postępowaniach karnych, „*Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*” 2007, t. LVII (4), s. 406 i nast.
9. Biegły w postępowaniu cywilnym i karnym. Komentarz praktyczny, orzecznictwo, wzory pism procesowych, red. K. Flaga-Gieruszyńska, Warszawa 2020
10. A. Bielska-Brodziak, T. Urban, Ile waży słowo? O kosztach złego wyboru biegłych sądowych i sposobach ich minimalizowania, „*Przegląd Prawa Medycznego*” 2019/1, s. 31 i nast.
11. M. Bielski, Kryteria obiektywnego przypisania skutku na tle współczesnej polskiej dogmatyki prawa karnego, [w:] *Państwo prawa i prawo karne. Księga Jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla*, t. II, red. P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel, Warszawa 2012, s. 503 i nast.
12. M. Bielski, Naruszenie reguł ostrożności czy nadmierna ryzykowność zachowania jako właściwe kryterium prawnokarnego przypisania skutku, „*Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*” 2004/1, s. 25 i nast.
13. M. Bielski, Obiektywne przypisanie skutku przestępnego w przypadku kolizji odpowiedzialności za skutek, „*Państwo i Prawo*” 2005/10, s. 75 i nast.
14. M. Bielski, O potrzebie teoretycznej, dogmatycznej i kryminalnopolitycznej refleksji nad negatywnymi przesłankami obiektywnego przypisania skutku przestępnego, [w:] *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, red. J. Giezek, P. Kardas, Warszawa 2016, s. 241 i nast.

15. 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” 2005/4, s. 119 i nast.
16. P. Bogacki, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce medycznej, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 2020/1, s. 73 i nast.
17. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Naruszenie zasad ostrożności jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza, „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 46 i nast.
18. J. Brożek, R. Jaeschke, Czy lekarz powinien się stosować do wytycznych praktyki klinicznej – własna opinia autorów wytycznych, „Medycyna Praktyczna” 2010/5, s. 124 i nast.
19. J. Brzozowska, Odpowiedzialność karna położnej za przestępstwo stypizowane w art. 160 § 2 k.k., „Prokuratura i Prawo” 2021/1, s. 63 i nast.
20. K. Buchała, Przesłanki przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji drogowej, Warszawa 1973
21. K. Buchała, Przypisanie skutku stanowiącego znamię nieumyślnego deliktu w polskim prawie karnym, [w:] Teoretyczne problemy odpowiedzialności karnej w polskim oraz niemieckim prawie karnym, Materiały Polsko-Niemieckiego Sympozjum Prawa Karnego Karpacz maj 1990, red. T. Kaczmarek, Wrocław 1990 s. 25 i nast.
22. M. Burdzik, A. Nowak, M. Frasz, Efekt regresji w pracy biegłego lekarza a (nie) funkcjonowanie wymiaru sprawiedliwości, „Państwo i Prawo” 2022/7, s. 77 i nast.
23. P. Burzyński, Zaniechanie jako zamach na dobro prawem chronione a obrona konieczna, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2005/2, s. 45 i nast.
24. P.W. Chelmonska, Errare humanum est, sed in errare perseverare diabolicum – błąd diagnostyczny jako rodzaj błędu w sztuce lekarskiej, [w:] Hipokrates przed sądem. Odpowiedzialność cywilna, karna i dyscyplinarna osób wykonujących zawody medyczne, t. II, red. D. Klimas, Wrocław 2018, s. 8 i nast.
25. C. Chowaniec, M. Chowaniec, A. Nowak, C. Jabłoński, Ryzyko zagrożenia błędem medycznym w dni wolne od pracy na podstawie analizy materiału aktowego Katedry Medycyny Sądowej w Katowicach w latach 2000–2005, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007, t. LVII (1), s. 95 i nast.
26. C. Chowaniec, C. Jabłoński, M. Kobek, M. Chowaniec, Narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jako konsekwencja błędu organizacyjnego – analiza przypadku, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007, t. LVII (1), s. 78 i nast.
27. D. Chrostowska, Ł. Buczek, Odpowiedzialność karna ratownika medycznego – gwaranta nienastąpienia skutku za zaniechanie udzielenia kwalifikowanej pierwszej pomocy w sytuacji przypominającej stan wyższej konieczności, [w:] Hipokrates przed sądem. Odpowiedzialność cywilna, karna i dyscyplinarna osób wykonujących zawody medyczne, t. I, red. K. Klimas, Wrocław 2018, s. 94 i nast.
28. M. Cieślak, Indywidualne zagrożenie życia, „Nowe Prawo” 1952/4, s. 14 i nast.
29. M. Cieślak, O przyczynowości zaniechania w prawie karnym, [w:] Marian Cieślak. Dzieła wybrane, red. S. Waltoś, Kraków 2011, t. V, s. 383 i nast.
30. M. Cieślak, Pojęcie niebezpieczeństwa w prawie karnym, [w:] Marian Cieślak. Dzieła wybrane, red. S. Waltoś, Kraków 2011, t. V, s. 42 i nast.
31. Z. Czernicki, Błąd medyczny w świetle doświadczenia naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 31 i nast.
32. T. Cyprian, Karna odpowiedzialność lekarza, [w:] T. Cyprian, P. Asłanowicz, Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza, Kraków 1949, s. 9 i nast.
33. Czerwińska, Nauka o obiektywnym przypisaniu skutku w orzecznictwie Sądu Najwyższego i Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu, „Prokuratura i Prawo” 2016/2, s. 155 i nast.
34. P. Daniluk, Błąd w sztuce lekarskiej – wybrane problemy, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 45 i nast.
35. K. Daszkiewicz, Przesłanki przeciwko życiu i zdrowiu. Komentarz, Warszawa 2000
36. A. Dąbek, Odpowiedzialność karna lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego za skutek błędu medycznego, „Medycyna Praktyczna. Onkologia” 2015/5, s. 84 i nast.
37. A. Dąbek, Organizacyjne uwarunkowania błędów popełnianych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, [w:] Hipokrates przed sądem. Współczesne wyzwania prawa medycznego, t. II, red. D. Klimas, Wrocław 2018, s. 44 i nast.
38. A. Dąbek, Rozważania nad przydatnością pojęcia błędu medycznego dla ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w procesie leczenia na gruncie polskiej literatury i orzecznictwa, „Acta Universitatis Lodzianae. Folia Iuridica” 2016, z. 77, s. 73 i nast.
39. R. Dębski, O tzw. negatywnych przesłankach obiektywnego przypisania, [w:] Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej, red. J. Giezek, P. Kardas, Warszawa 2016
40. R. Dębski, O zasadności zamieszczenia w kodeksie karnym ogólnego przepisu nawiązującego do nauki o obiektywnym przypisaniu skutku, [w:] Aktualne problemy i perspektywy prawa karnego, red. M. Mozgawa, P. Poniatowski, K. Wała, Warszawa 2022, s. 79 i nast.
41. A. Domański, Problemy kwalifikacji prawnej tzw. błędów w sztuce lekarskiej na tle kodeksu karnego, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 127 i nast.
42. M. Dudzik, Prawo karne wobec narażenia życia i zdrowia ludzkiego na niebezpieczeństwo, Warszawa 2014
43. T. Dukiet-Nagórska, Esej o szkodliwych i potrzebnych zmianach przepisów wyznaczających odpowiedzialność karną lekarza, „Przegląd Prawa Medycznego” 2020/3, s. 5 i nast.

44. T. Dukiet-Nagórska, Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 5 i nast.
45. E. Dytus, Błąd w sztuce lekarskiej a prawo pacjenta do należytej opieki lekarskiej, [w:] *Lege Artis. Problemy prawa medycznego*, red. J. Haberko, R. Kocyłowski, B. Pawelczyk, Poznań 2008, s. 144 i nast.
46. M. Filar, Glosa do wyroku SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2012/5, poz. 49, s. 321 i nast.
47. M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000
48. M. Filar, Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy), „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 33 i nast.
49. M. Filar, Odpowiedzialność karna lekarza, [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004
50. M. Filar, *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu*, [w:] *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, red. A. Marek, Warszawa 1986, s. 326 i nast.
51. A. Fiutak, Odpowiedzialność karna za błąd medyczny i niepożądane zdarzenie medyczne, [w:] *Nowe medyczne prawo karne*, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, Warszawa 2021, s. 54 i nast.
52. A. Fiutak, Odpowiedzialność lekarza za błąd w sztuce, *Jurysta* 2011/1, s. 17 i nast.
53. A. Fiutak, *Prawo medyczne w orzecznictwie z komentarzem*, Warszawa 2012
54. A. Fiutak, Przestępstwo udaremnienia egzekucji (art. 300 § 2 k.k.) a odpowiedzialność karna lekarza – studium przypadku, „Themis Polska Nova” 2018/1, s. 69 i nast.
55. A. Fiutak, T. Podleśny, M. Kozik, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy – przykłady – orzecznictwo*, Warszawa 2013
56. M. Gałęski, Narażenie osoby nieuleczalnie chorej na niebezpieczeństwo utraty życia – glosa – III KK 212/18, „Monitor Prawniczy” 2020/6, s. 331 i nast.
57. J. Gądzik, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd popełniony w ramach udzielania teleporady w związku z zapobieganiem, rozpoznawaniem lub leczeniem Covid-19, „Zeszyty Prawnicze” 2022/1, s. 171 i nast.
58. J. Giezek, Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r. sygn. V KK 37/04, „Palestra” 2005/1–2, s. 262 i nast.
59. J. Giezek, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 marca 2000 r. sygn. III KKN 231/98, „Państwo i Prawo” 2001/6, s. 109 i nast.
60. J. Giezek, Głos w dyskusji, [w:] *Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe*, red. J. Majewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 138
61. J. Giezek, Narażenie na niebezpieczeństwo oraz jego znaczenie w konstrukcji czynu zabronionego, *Acta Universitatis Wratislaviensis, „Przegląd Prawa i Administracji”* 2002, t. L, s. 113 i nast.
62. J. Giezek, Naruszenie obowiązku ostrożności jako przesłanka urzeczywistnienia znamion przestępstwa nieumyślnego, „Państwo i Prawo” 1992/1, s. 65 i nast.
63. J. Giezek, Przyczynowość hipotetyczna a prawokarne przypisanie skutku, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/7, s. 42 i nast.
64. J. Giezek, Przyczynowość oraz przypisanie skutku w prawie karnym, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo”, t. CCXXIX, Wrocław 1994
65. J. Giezek, Teorie związku przyczynowego oraz koncepcje obiektywnego przypisania, [w:] *System Prawa Karnego*, t. III, Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności, red. R. Dębski, Warszawa 2017
66. J. Giezek, Wyjaśnienie przyczynowe w prawie karnym, „Przegląd Prawa i Administracji” 1995, t. XXXI, s. 45 i nast.
67. J. Giezek, Zgodne z prawem zachowanie alternatywne jako kryterium przypisania skutku, [w:] *Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe*, red. J. Majewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 49 i nast.
68. J. Giezek, Znaczenie testu sine qua non przy wyjaśnianiu przyczynowości. W odpowiedzi Jubilatowi, [w:] *Przestępstwo – kara – polityka kryminalna. Problemy tworzenia i funkcjonowania prawa. Księga jubileuszowa z okazji 70 rocznicy urodzin Profesora Tomasza Kaczmarka*, red. J. Giezek, Kraków 2006, s. 201 i nast.
69. J. Giezek, P. Kardas, O kryteriach obiektywnego oraz subiektywnego przypisania z punktu widzenia podstaw odpowiedzialności karnej – uwagi wprowadzające [w:] *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, red. J. Giezek, P. Kardas, Warszawa 2016, s. 11 i nast.
70. P. Góralski, Związek przyczynowy w prawie karnym na tle orzecznictwa sądowego, „Prokuratura i Prawo” 2009/6, s. 26 i nast.
71. A. Górski, Błąd w sztuce lekarskiej w prawie karnym, [w:] *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć*, red. A. Górski, Warszawa 2012
72. A. Górski, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 marca 2000 r. sygn. III KKN 231/98, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2001/6, poz. 94, s. 317 i nast.
73. D. Gruszecka, Ochrona dobra prawnego na przedpolu jego naruszenia. Analiza karnistyczna, Warszawa 2012
74. D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, J. Giezek, *Kodeks karny. Część szczegółowa. Komentarz*, Warszawa 2021
75. E. Gruza, O błędach i ich przyczynach w opiniach biegłych, [w:] *Doctrina multiplex veritas una. Księga Jubileuszowa ofiarowana Profesorowi Mariuszowi Kulickiemu*, red. A. Bulsiewicz, A. Marek, V. Kwiatkowska-Darul, Toruń 2004, s. 179 i nast.
76. E. Gruza, Ratio est anima legis, czyli jak „biegli” są biegli sądowi, [w:] *Gaudium in literis est. Księga jubileuszowa ofiarowana prof. Genowefie Rejman z okazji osiemdziesiątych urodzin*, red. L. Gardocki, M. Królikowski, A. Walczak-Żochowska, Warszawa 2005, s. 575 i nast.

77. W. Grzeszczyk, Rola opinii biegłego w postępowaniu karnym, „Prokuratura i Prawo” 2005/6, s. 26 i nast.
78. A. Grześkowiak, Okoliczności uchylające bezprawność karną, [w:] Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki, red. A. Marek, Warszawa 1986, s. 119 i nast.
79. A. Grześkowiak, K. Wiak, Kodeks karny. Komentarz, wyd. 7, Warszawa 2021
80. W. Grzywo-Dąbrowski, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej (w zakresie rozpoznawania i leczenia chorób oraz wydawania orzeczeń lekarskich), Warszawa 1958
81. J. Gurgul, Glosa do wyroku SN z dnia 25 lipca 1996r. sygn. V KKN 47/96, „Prokuratura i Prawo” 1997/9, s. 85 i nast.
82. J. Gurgul, Jeszcze w sprawie roli biegłego w postępowaniu karnym, „Prokuratura i Prawo” 2006/2, s. 70 i nast.
83. J. Gurgul, O wadliwości opinii biegłego w procesie karnym, „Prokuratura i Prawo” 2015/4, s. 79 i nast.
84. E.M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, Odpowiedzialność za błędy medyczne w Polsce i w Niemczech – wybrane aspekty, Warszawa 2021
85. T. Hanausek, Element bezpośredniości jako znamię niektórych typów przestępstw, „Państwo i Prawo” 1964/12, s. 905 i nast.
86. T. Hanausek, Uwagi o naturze niebezpieczeństwa jako zjawiska obiektywnego i dynamicznego, [w:] Zagadnienia prawa karnego i teorii prawa. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Władysława Woltera, red. M. Cieślak, Warszawa 1959, s. 69 i nast.
87. J. Hanc, Wzajemne relacje w zespołach ratownictwa medycznego i ich znaczenie dla odpowiedzialności karnej ratownika medycznego – wybrane uwagi, „Prawo i Medycyna” 2015/1, s. 134 i nast.
88. E. Hryniewicz, Przestępstwa abstrakcyjnego i konkretnego zagrożenia dóbr prawnych, Warszawa 2012
89. E. Hryniewicz, Skutek w prawie karnym, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 108 i nast.
90. J.M. Iwaniec, Glosa do wyroku SN z dnia 8 marca 2000 r. sygn. III KKN 231/98, „Prokurator” 2001/4, s. 68 i nast.
91. Inny słownik języka polskiego, red. M. Bańko, Warszawa 2000
92. K. Jaegermann, Kategorie sądowo-lekarskie, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1978, t. XXVIII (2), s. 105 i nast.
93. K. Jaegermann, Opiniowanie sądowo-lekarskie. Eseje o teorii, Warszawa 1991
94. K. Jaegermann, S. Kłys, Rola biegłego w sądowym stosowaniu prawa, „Nowe Prawo” 1980/11–12, s. 76 i nast.
95. K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, Uwagi o ustalaniu związku przyczynowego w opiniach sądowo-lekarskich, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1976, t. XXVI (3), s. 241 i nast.
96. K. Jaegermann, J. Widacki, Zmiana paradygmatu medycyny sądowej i kryminalistyki, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1986, t. XXXVI (2), s. 85 i nast.
97. D. Jagiełło, Współpraca biegłych z organami wymiaru sprawiedliwości karnej a wątpliwości interpretacyjne i ich wpływ na pomyłki sądowe [w:] Zamęt w wymiarze sprawiedliwości karnej, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, P. Herbowski, Warszawa 2016, s. 83 i nast.
98. I. Jankowska-Prochot, Określenie zakresu następstw wynikających z zachowania podmiotu, czyli problematyka przyczynowości w brytyjskim i amerykańskim prawie karnym, „Prokuratura i Prawo” 2021/2, s. 134 i nast.
99. K. Janczukowicz, Sposoby narażenia na niebezpieczeństwo w rozumieniu art. 160 k.k. i związana z nimi kumulatywna kwalifikacja prawna czynu, LEX/el. 2016
100. A. Jezusek, Przyczynowość zaniechania oraz rola powiązań kauzalnych w obiektywnym przypisaniu skutku, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2015/4, s. 85 i nast.
101. T. Jurek, Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu, Warszawa 2010
102. T. Jurek, Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, Wrocław 2013
103. T. Jurek, K. Maksymowicz, Opiniowanie sądowo-lekarskie a ustalanie „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005, t. LV (1), s. 66 i nast.
104. T. Jurek, B. Świątek, R. Drozd, Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach nietrzeźwości personelu medycznego, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2009, t. LIX (2), s. 72 i nast.
105. T. Jurek, B. Świątek, R. Drozd, Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach błędnego rozpoznania zgonu, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007, t. LVII (4), s. 416 i nast.
106. T. Jurek, B. Świątek, M. Rorat, R. Drozd, Prawna i sądowo-lekarska ocena błędów medycznych w położnictwie, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2011, t. LXI (4), s. 343 i nast.
107. T. Kaczmarek, Kryteria obiektywnego przypisania skutku jako problem kodyfikacyjny, [w:] Nauki penalne wobec szybkich przemian socjokulturowych. Księga jubileuszowa Profesora Mariana Filara, t. I, red. A. Adamski, J. Bojarski, P. Chrzczonowicz, M. Leciak, Toruń 2012
108. T. Kaczmarek, O metodologicznej użyteczności testu warunku sine qua non w objaśnianiu przyczynowości, [w:] Prawo, społeczeństwo, jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu, red. A. Łopatka, B. Kunicka-Michalska, S. Kiewlicz, Warszawa 2003, s. 383 i nast.
109. T. Kaczmarek, Spory wokół przyczynowości zaniechania i przypisywania jego

- skutku, [w:] Aktualne problemy prawa karnego. Księga pamiątkowa z okazji Jubileuszu 70. urodzin Profesora Andrzeja J. Szwarca, red. Ł. Pohl, Poznań 2009, s. 195 i nast.
110. T. Kaczmarek, Wybrane aspekty ontologicznych i normatywnych podstaw przypisania skutku, [w:] Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe, red. J. Majewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 7 i nast.
111. J. Kalandyk, Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu – II Wydział Karny z 13 grudnia 2012 r. (II AKa 256/12), „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014/2, s. 179 i nast.
112. D. Karkowska, Zawody medyczne, Warszawa 2012
113. J. Karłowicz, A. Kryński, W. Niedźwiedzki, Słownik języka polskiego, t. I, Warszawa 1900
114. M. Klinowski, Przyczynek do zagadnienia przyczynowości zaniechania, „Diametros” 2009/9, s. 63 i nast.
115. P. Kardas, Błąd w sztuce medycznej a odpowiedzialność karna lekarza, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii” 2007/4, s. 78 i nast.
116. P. Kardas, Normatywny sposób określania znamienia skutku przy niektórych przestępstwach przeciwko życiu i zdrowiu a zagadnienia wydawania opinii przez biegłych lekarzy, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001, t. LI (3), s. 197 i nast.
117. P. Kardas, O osobliwościach przestępstw abstrakcyjnego narażenia na niebezpieczeństwo, „Państwo i Prawo” 2022/11, s. 98 i nast.
118. P. Kardas, Przypisanie skutku przy przestępnym współdziałaniu, [w:] Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe, red. J. Majewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 73 i nast.
119. P. Kardas, W poszukiwaniu tzw. negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania, [w:] J. Giezek, P. Kardas, Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej, Warszawa 2016
120. R. Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa 2009
121. R. Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne nieudzielenie pomocy, „Studia Iuridica Lublinensia” 2006/8, s. 83 i nast.
122. M. Kliś, Źródła obowiązku gwaranta w polskim prawie karnym, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1999/2, s. 169 i nast.
123. J. Kochanowski, O zbędności teorii przyczynowości w prawie karnym, „Państwo i Prawo” 1967/11, s. 780 i nast.
124. Kodeks cywilny. Komentarz aktualizowany, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, LEX/el. 2023
125. Kodeks karny. Art. 1–316. Komentarz, red. B. Gadecki, Legalis 2023
126. Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Część I. Komentarz do art. 1–52, wyd. V, red. W. Wróbel, Warszawa 2016
127. Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117–221, t. I, red. A. Wąsek, Warszawa 2004
128. Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117–277 Kodeksu karnego, red. A. Zoll, Zakamycze 1999
129. Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117–211a, red. W. Wróbel, Warszawa 2017
130. Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do artykułów 117–221, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, wyd. V, Warszawa 2023
131. Kodeks karny. Komentarz, red. T. Bojarski, wyd. VII, Warszawa 2016
132. Kodeks karny. Komentarz, red. M. Filar, wyd. V, Warszawa 2016
133. Kodeks karny. Komentarz, red. V. Konarska-Wrzosek, LEX/el. 2023
134. Kodeks karny. Komentarz, red. R.A. Stefański, wyd. 6, Legalis 2023
135. Kodeks karny. Komentarz aktualizowany, red. M. Mozgawa, Lex 2023 (publikacja elektroniczna)
136. Kodeks karny. Przepisy stosowane w sprawach medycznych. Komentarz, red. R. Tymiński, Warszawa 2023
137. Kodeks postępowania karnego. Komentarz, red. J. Skorupka, Legalis 2023 (publikacja elektroniczna)
138. R. Kokot, M. Banasiewicz, Z problematyki odpowiedzialności karnej za błąd w sztuce lekarskiej, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 2009, t. XXIV, s. 101 i nast.
139. E. Kokot, S. Poździejch, M. Mikos, A. Czupryna, Odpowiedzialność zawodowa farmaceutów, „Prawo i Medycyna” 2004/4, s. 88 i nast.
140. H. KołECKI, Procesowa (sądowa) ocena dowodu z techniczno-kryminalistycznej ekspertyzy (opinii) biegłego. Realna możliwość czy mit, [w:] Współczesny polski proces karny. Księga ofiarowana Profesorowi Tadeuszowi Nowakowi, red. S. Stachowiak, Poznań 2002, s. 137 i nast.
141. A. Komar, P. Szenk, Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej pacjentowi w stanie nietrzeźwym, który odmawia przyjęcia tejże pomocy, a odpowiedzialność karna lekarza z art. 162 § 1 kk, „Prawo i Medycyna” 2012/1, s. 66 i nast.
142. V. Konarska-Wrzosek, Głos w dyskusji, [w:] Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe, red. J. Majewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 148 i nast.
143. V. Konarska-Wrzosek, Uwagi o przestępstwie pozostawienia człowieka w położeniu grożącym niebezpieczeństwem, „Państwo i Prawo” 1997/3, s. 79 i nast.
144. P. Konieczniak, Czyn jako podstawa odpowiedzialności w prawie karnym, Zakamycze 2002
145. T. Konopka, E. Skupień, Możliwości opiniowania lekarskiego w sprawach o „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008 t. LVIII (1), s. 43 i nast.
146. T. Konopka, G. Teresiński, T. Jurek, Opiniowanie lekarskie w sprawach o narażenie

- na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w świetle spostrzeżeń z konferencji naukowej Kraków 11–12 września 2008, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008 t. LVIII (4), s. 228 i nast.
147. K. Kordel, M. Łabęcka, Błędy organizacyjne w zarządzaniu placówkami medycznymi. Wybrane przykłady, „Prawo i Medycyna” 2006/4, s. 103 i nast.
148. K. Kordel, M. Łabęcka, Skutki braku należytej staranności i ukrywania błędów medycznych (oparzenie stóp termoforem u pacjentek ze znieczuleniem zewnątrzoponowym), „Prawo i Medycyna” 1999/3, s. 58 i nast.
149. W. Kotowski, Formułowanie pytań do biegłego, „Palestra” 2012/1–2, s. 188 i nast.
150. J. Kostarczyk-Gryszka, Problemy prawa karnego międzyczasowego, „Nowe Prawo” 1970/9, s. 1245 i nast.
151. P. Kowalski, M. Kłys, Ekspertyza wielodyscyplinarna na podstawie doświadczeń opiniowania toksykologiczno-lekarskiego i wielospecjalistycznego lekarskiego, [w:] Biegły w sądzie. Konferencja w 40. rocznicę śmierci Profesora Jana Sehna, Kraków 2005, s. 151 i nast.
152. M. Kozak, R. Szostak, Odpowiedzialność karna lekarzy za błędy w sztuce medycznej, „Studia Prawnoustrojowe” UWM 2014, t. 23, s. 119 i nast.
153. K. Krupa-Lipińska, Związek przyczynowy w „procesach lekarskich”, „Prawo i Medycyna” 2012/3–4, s. 77 i nast.
154. M. Królikowski, Odpowiedzialność za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie – glosa do wyroku SN sygn. V KK 375/04, „Monitor Prawniczy” 2006/3, s. 4 i nast.
155. L. Kryst, Zdarzenia niepożądane i błędy medyczne w opiece zdrowotnej, „Bezpieczeństwo Pracy” 2011/11, s. 22 i nast.
156. R. Kubiak, Odpowiedzialność karna za błąd medyczny popełniony w zespołowym działaniu, „Medycyna Praktyczna” 2012/2, s. 116 i nast.
157. R. Kubiak, Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych. Zagadnienia teorii i praktyki, Kraków 2012
158. M. Kubica, Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarza, Gdańsk 2011
159. L. Kubicki, Błąd w sztuce w toku interdyscyplinarnego postępowania leczniczego, „Prawo i Medycyna” 2001/9, s. 33 i nast.
160. L. Kubicki, Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwo z art. 192), „Prawo i Medycyna” 2000/8, s. 30
161. L. Kubicki, Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, „Prawo i Medycyna” 2003/13, s. 4 i nast.
162. L. Kubicki, Przestępstwo popełnione przez zaniechanie. Zagadnienia podstawowe, Warszawa 1975
163. H. Kuczyńska, Glosa do postanowienia SN z dnia 19 stycznia 2011 r. sygn. IV KK 356/10, „Palestra” 2012/7–8, s. 130 i nast.
164. J. Kulesza, Granice obowiązku gwaranta w świetle art. 162 k.k., „Prokuratura i Prawo” 2006/7–8, s. 108 i nast.
165. J. Kulesza, O odpowiedzialności karnej gwaranta za nieudzielenie pomocy (art. 162 k.k.), „Państwo i Prawo” 2006/9, s. 44 i nast.
166. J. Kulesza, O pojmowaniu zaniechania w polskiej nauce prawa karnego, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2007/2, s. 19 i nast.
167. J. Kulesza, Źródła obowiązku gwaranta a odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie pomocy, „Prawo i Medycyna” 2008/1, s. 14 i nast.
168. J. Kulesza, Przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2008/2, s. 168 i nast.
169. M. Kulik, Przedawnienie karalności i przedawnienie wykonania kary w polskim prawie karnym, Warszawa 2014
170. I. Kunert, Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot sprawy o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej, „Prokuratura i Prawo” 2019/7–8, s. 164 i nast.
171. J. Kunz, Błąd opiniodawczy w świetle materiału Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w latach 1991–1996, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1998, t. XLVIII (1), s. 35 i nast.
172. J. Kunz, Błąd w opiniach sądowno-lekarskich w sprawach przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, „Prawo i Medycyna” 2004/3, s. 56 i nast.
173. J. Kunz, Niektóre przyczyny rozbieżności stanowisk prawników i biegłych lekarzy w opiniowaniu sądowno-lekarskim. Część I: Problematyka związku przyczynowego, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992, t. XLII (1), s. 38 i nast.
174. J. Kunz, Niektóre przyczyny rozbieżności stanowisk prawników i biegłych lekarzy w opiniowaniu sądowno-lekarskim. Część II: Problematyka art. 157 par. 1 i 2 kk, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992, t. XLII (2), s. 104 i nast.
175. J. Kunz, D. Bajak, Rozbieżności a błąd opiniodawczy w opiniach kompetentnych biegłych z zakresu medycyny sądowej, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1998, t. XLVIII (3–4), s. 215 i nast.
176. V. Kwiatkowska-Darul, Dowodowe znaczenie uzasadniania opinii przez biegłych, [w:] Biegły w sądzie. Konferencja w 40. rocznicę śmierci Profesora Jana Sehna, Kraków 2005, s. 107 i nast.
177. R. Latosiewicz, M. Szeremeta, A. Niemcunowicz-Janica, Problematyka błędu medycznego – spojrzenie klinicysty i medyka sądowego, [w:] Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, red. M. Zdyb, E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, Warszawa 2018, s. 223 i nast.
178. M. Legień, M. Kobek, Problematyka błędu lekarskiego w ocenie sędziów i prokuratorów, „Prawo i Medycyna” 2000/8, s. 67 i nast.
179. M. Legień, Kryminalistyczna ocena wiarygodności dokumentacji medycznej w opiniowaniu sądowno-lekarskim, „Prokuratura i Prawo” 1999/10, s. 109 i nast.

- 180.M. Legień, O paramedycynie sądowej, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii”, Wrocław 1997, t. III, s. 185 i nast.
- 181.A. Liszewska, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 kwietnia 1994 r. sygn. WR 70/94, „Palestra” 1995/5–6, s. 236 i nast.
- 182.A. Liszewska, Odpowiedzialność karna i zawodowa za błędy medyczne, [w:] Meritum. Prawo medyczne, red. J. Zajdel, Warszawa 2016, S. 388 i nast.
- 183.A. Liszewska, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce medycznej, „Edukacja Prawnicza” 2009/5, s. 3 i nast.
- 184.A. Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Kraków 1998
- 185.A. Liszewska, Narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, [w:] System Prawa Medycznego, t. III., Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi, red. A. Liszewska, T. Dukiet-Nagórska, Warszawa 2021, s. 605 i nast.
- 186.A. Liszewska, M. Serwach, Pojęcie błędu medycznego (1.3.1.) [w:] System Prawa Medycznego, t. III, Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi, red. A. Liszewska, T. Dukiet-Nagórska, Warszawa 2021, s. 77 i nast.
- 187.G. Łabuda, Przyczynek do koncepcji niebezpieczeństwa w prawie karnym, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004/2, s. 77 i nast.
- 188.K. Łukasik, Odpowiedzialność karna gwaranta za błąd medyczny, [w:] Prawo karne i kryminologia wobec kryzysów XXI wieku, red. E. W. Pływaczewski, D. Dajnowicz-Piesiecka, E. Jurgielewicz-Delegacz, Warszawa 2022, s. 285 i nast.
- 189.K. Makarewicz, Kodeks karny z komentarzem, Lwów 1938
- 190.J. Majewski, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 marca 2000 r. sygn. III KKN 231/98, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2001/10, poz. 146, s. 491 i nast.
- 191.J. Majewski, Głos w dyskusji [w:] Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe, red. J. Majewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 135, 134–138
- 192.J. Majewski, Koncepcje obiektywnej przypisywalności skutku – żywotność i znaczenie we współczesnej polskiej nauce prawa karnego oraz wpływ na praktykę wymiaru sprawiedliwości w Polsce, [w:] Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej, red. J. Giezek, P. Kardas, Warszawa 2016, s. 41 i nast.
- 193.J. Majewski, O pożytkach i szkodach dotyczących dociekań nad problematyką źródeł obowiązku gwaranta, [w:] Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe, red. J. Majewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 113 i nast.
- 194.J. Majewski, Prawnokarne przypisywanie skutku przy zaniechaniu, Kraków 1997
- 195.K. Maksymowicz, M. Krasnowska, Nierozpoznane zatętnienia płucnych – błąd lekarski zmniejszający szansę na uratowanie życia pacjenta czy błąd mający bezpośredni związek przyczynowy ze zgonem, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii”, Wrocław 1997, t. VI, s. 121 i nast.
- 196.A. Malicki, Specyfika sporów medycznych w postępowaniu sądowym, [w:] Spory medyczne, red. A. Wnukiewicz-Kozłowska, Wrocław 2021, s. 19 i nast.
- 197.A. Malicki, Z problematyki wadliwości opinii sądowo-lekarskich, [w:] Spory medyczne, red. A. Wnukiewicz-Kozłowska, Wrocław 2021, s. 313 i nast.
- 198.A. Marek, Kodeks karny. Komentarz, wyd. V, Warszawa 2010
- 199.Z. Marek, Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza, Kraków 2007
- 200.Z. Marek, Klasyfikacja błędu medycznego, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii”, Wrocław 1997, t. VI, s. 111 i nast.
- 201.Z. Marek, „Nie można wykluczyć, że...”. Rozważania o opiniowaniu, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1992, t. XLII (2), s. 98 i nast.
- 202.Z. Marek, Niepowodzenie lecznicze, „Prawo i Medycyna” 2000/8, s. 140 i nast.
- 203.Z. Marek, Wybrane problemy opiniowania sądowo-lekarskiego, Kraków 2004
- 204.Z. Marek, A. Olesiński, Uwagi o biegłych, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2008, t. XXVIII (2), s. 125 i nast.
- 205.Z. Marek, E. Plac-Bobula, Klasyfikacja błędu medycznego, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994, t. XLIV (2), s. 197 i nast.
- 206.M. Małecki, Kryteria przypisania skutku – glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2012 r. sygn. II KK 193/11, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2013/3, s. 89 i nast.
- 207.M. Małecki, Przypisanie skutku na przykładzie nieostrożnego prowadzenia pojazdu w rejonie przejścia dla pieszych, „Paragraf na Drodze” 2013/4, s. 5 i nast.
- 208.M. Małecki, Zbiegi i kolizje przypisania skutku, [w:] Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej, red. J. Giezek, P. Kardas, Warszawa 2016, s. 317 i nast.
- 209.M. Małecki, Z problematyki obiektywnego przypisania skutku (przypadek płonącego anioła), „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 43 i nast.
- 210.Z. Mazak-Łucyk, W. Łucyk, Pułapki terminologii medycznej w obszarze wspólnym medycyny, prawa i techniki, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2005, t. LV (1), s. 25 i nast.
- 211.P. Merks, M. Byliniak, A. Olszewska, K. Słomiak, J. Kaźmierczak, K. Szczęśniak, P. Węgrzyn, K. Krupa, Błędy związane z wydawaniem leków, sytuacja w Polsce i na świecie, „Farmacja Polska” 2014/1, s. 3 i nast.
- 212.B. Michalski, Narażenie życia i zdrowia na niebezpieczeństwo (par. 8) [w:] System Prawa Karnego, t. X, Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym, red. J. Warylewski, Warszawa 2016, s. 278 i nast.
- 213.B. Michalski, Przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu. Nowa kodyfikacja karna. Krótkie komentarze, Warszawa 2000

- 214.Z. Mielnik, Przepięstwa przeciwko życiu i zdrowiu w ujęciu nowego kodeksu karnego, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1997/4, s. 11 i nast.
- 215.D. Mucha, Prawo do obrony a opinie sadowe i prywatne na tle prawa do dostępu do akt postępowania (rozd. I par. 5) [w:] Zamęt w wymiarze sprawiedliwości karnej, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, P. Herbowski, Warszawa 2016, s. 55 i nast.
- 216.W. Nasiłowski, J. Szczepański, Przyczyny kryzysu opiniowania sędowo-lekarskiego, „Archiwum Medycyny Sędowej i Kryminologii” 1994, t. XLIV (2), s. 246 i nast.
- 217.M. Nesterowicz, Kilka uwag o związku przyczynowym na tle procesów lekarskich, „Palestra” 1968/7–8, s. 47 i nast.
- 218.T. Niedziński, Odpowiedzialność karna i cywilna lekarza za bład medyczny, [w:] System Prawa Medycznego, t. III, Organizacja systemu ochrony zdrowia, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020, s. 770 i nast.
- 219.J. Niekrasz, Konfrontacja naukowego pojęcia przyczynowości z przyczynowością stosowaną w prawie karnym, „Palestra” 1976/7, s. 5 i nast.
- 220.M. Nowak, Dopuszczalność prywatnych dowodów w świetle znowelizowanego Kodeksu postępowania karnego (rodz. II par. 4) [w:] Zamęt w wymiarze sprawiedliwości karnej, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, P. Herbowski, Warszawa 2016, s. 106 i nast.
- 221.P. Nowak, O skutkowości przestępstw formalnych, „Zeszyty Prawnicze UJ” 2014/1, s. 158 i nast.
- 222.A. Nowak, C. Chowaniec, M. Chowaniec, K. Rygol, „Całkowita lub znaczna trwała niezdolność do pracy w zawodzie”. Uwagi o możliwości weryfikacji kryteriów w opiniowaniu sędowo-lekarskim w sprawach karnych, „Archiwum Medycyny Sędowej i Kryminologii” 2008, t. LVIII (2–3), s. 96 i nast.
- 223.Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy, Warszawa 1997
- 224.A. Nowosad, Związek przyczynowy w kwalifikowanej bójce lub pobiciu, „Prokuratura i Prawo” 2011/11, s. 76 i nast.
- 225.Odpowiedzialność prawna za bład w sztuce lekarskiej, red. M. Łaszewska-Hellriegel, S. Maciejewski, Zielona Góra 2016
- 226.B. Ostrzechowski, Normalność związku przyczynowego jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza, [w:] Hipokrates przed sądem. Odpowiedzialność cywilna, karna i dyscyplinarna osób wykonujących zawody medyczne, t. I, red. K. Klimas, Wrocław 2018, s. 36 i nast.
- 227.K. Pałka, Odpowiedzialność częściowa jako remedium na niepewną przyczynowość w sprawach tzw. błędów medycznych, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2021/1, s. 59 i nast.
- 228.Z. Parkitna-Cegła, B. Świątek, Trwałe istotne zezpeczenie jako problem orzecznictwa, „Postępy Medycyny Sędowej i Kryminologii”, Wrocław 1997, t. VI, s. 19 i nast.
- 229.R. Patryn, Określenie zasady postępowania lekarza z należytą starannością z płaszczyzny orzecznictwa sędowego, „Prawo i Medycyna” 2012/2, s. 80 i nast.
- 230.W. Patryas, Przyczynek do zagadnienia przyczynowości zaniechania, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1992/3, s. 1 i nast.
- 231.S. Pawelec, Wadliwość opinii biegłego w procesie karnym jako pochodna błędów zawartych w postanowieniu o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego, „Prokuratura i Prawo” 2014/4, s. 149 i nast.
- 232.K. Piątkowska, Wybrane kwestie związane z obowiązkiem gwaranta nienastąpienia skutku z perspektywy art. 2 k.k. na przykładzie osób świadczących usługi zdrowotne, [w:] Hipokrates przed sądem. Odpowiedzialność cywilna, karna i dyscyplinarna osób wykonujących zawody medyczne, t. II, red. D. Klimas, Wrocław 2018, s. 68 i nast.
- 233.K. Piech, Granice obowiązku gwaranta wykonującego zawód lekarza, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2021/3, s. 107 i nast.
- 234.K. Piech, Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia pomocy a brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy – uwagi na płaszczyźnie art. 162 k.k. oraz art. 192 k.k., [w:] Hipokrates przed sądem. Odpowiedzialność cywilna, karna i dyscyplinarna osób wykonujących zawody medyczne, t. II, red. D. Klimas, Wrocław 2018, s. 51 i nast.
- 235.K. Piech, Włączenie się do cudzego zakresu odpowiedzialności jako negatywna przesłanka obiektywnego przypisania skutku za bład w sztuce lekarskiej na tle orzecznictwa polskich sądów karnych, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Społeczne” 2018/2, s. 97 i nast.
- 236.K. Piech, Zaniechanie osoby trzeciej jako negatywna przesłanka obiektywnego przypisania skutku – na przykładzie odpowiedzialności karnej lekarza za bład medyczny, „Zeszyty Prawnicze” 2020/2, s. 141 i nast.
- 237.A. Pilch, W kierunku efektywnej współpracy, [w:] Bezpieczeństwo – policja – kryminalistyka. W poszukiwaniu wiedzy przydatnej praktyce, red. J. Czapska, A. Okrasa, Kraków 2015, s. 44 i nast.
- 238.E. Plebanek, Odpowiedzialność karna lekarza za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w aspekcie leczenia za pomocą nierozpowszechnionych lub nowatorskich metod terapeutycznych, „Prawo i Medycyna” 2010/2, s. 48 i nast.
- 239.E. Plebanek, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 sierpnia 2006 r. sygn. WA 23/06, Lex/el. 2009
- 240.E. Plebanek, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2008 r. sygn. WA 37/08, Lex/el. 2009
- 241.A. Płatkowska-Kułałaj, M. Piasecka-Sobkiewicz, K. Ziemkiewicz, Odpowiedzialność za błędy lekarskie, Warszawa 2001
- 242.Popularny słownik języka polskiego, red. B. Dunaj, Warszawa 1999

243. J. Potulski, Źródła obowiązku ciężącego na lekarzu – glosa do wyroku SN z dnia 1 kwietnia 2008 r. sygn. IV KK 381/07, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2009/1, s. 97 i nast.
244. Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, t. IV, red. H. Zgólkowa, Poznań 1995
245. Prawo medyczne, red. J. Zajdel, Warszawa 2016
246. W. Radecki, Przepięstwa narażenia życia i zdrowia człowieka na niebezpieczeństwo w Kodeksie karnym PRL z 1969 r., „Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo”, t. LXII, Warszawa – Wrocław 1977
247. W. Radecki, Przepięstwa przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową. Rozdział XXVIII Kodeksu karnego. Komentarz, Warszawa 2001
248. S. Raszeja, Zagadnienia prawno-medyczne ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności prawnej lekarza, [w:] S. Raszeja, W. Nasiłowski, J. Markiewicz, Medycyna sądowa. Podręcznik dla studentów, Warszawa 1993, s. 270 i nast.
249. G. Rejman, Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa 1991
250. G. Rejman, Odpowiedzialność karna personelu medycznego działającego w zespole, „Palestra” 1983/10, s. 55 i nast.
251. G. Rejman, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe wykonanie nadzoru w zespołowym działaniu, Warszawa 1972
252. Z. Rosochacka, Odpowiedzialność cywilna lekarza w leczeniu szpitalnym i dochodzenie roszczeń przez pacjenta w przypadku trudności dowodowych, [w:] Hipokrates przed sądem. Odpowiedzialność cywilna, karna i dyscyplinarna osób wykonujących zawody medyczne, t. II, red. D. Klimas, Wrocław 2018, s. 27 i nast.
253. C. Roxin, Problematyka obiektywnego przypisania, [w:] Teoretyczne problemy odpowiedzialności karnej w polskim oraz niemieckim prawie karnym, Materiały Polsko-Niemieckiego Sympozjum Prawa Karnego Karpacz maj 1990, red. T. Kaczmarek, Wrocław 1990, s. 5 i nast.
254. J. Ruff, Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa 1929
255. M. Ruszała, Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarza za błąd medyczny [w:] Wybrane aspekty nauk penalnych, red. K.B. Kalinowska, D. Zawieska, Łódź 2022, s. 97 i nast.
256. S. Rutkowski, Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza, „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 71 i nast.
257. R. Rabiega, O zaniechaniu i usiłowaniu w kontekście mieszanej strony podmiotowej czynu zabronionego pod groźbą kary, „Ius Novum” 2011/2, s. 22 i nast.
258. R. Rabiega, Związek przyczynowy jako podstawowy warunek pozwalający na przypisanie odpowiedzialności sprawcy przestępstwa skutkowego – próba uporządkowania pojęć, „Acta Iuris Stetinensis” 2014/8, s. 175 i nast.
259. K. Rozum, M. Niedźwiecki, Odpowiedzialność cywilna lekarza za błędnie sporządzone lub sfałszowane opinie będące środkiem dowodowym w postępowaniu sądowym – wybrane aspekty, [w:] Hipokrates przed sądem. Odpowiedzialność cywilna, karna i dyscyplinarna osób wykonujących zawody medyczne, t. I, red. K. Klimas, Wrocław 2018, s. 6 i nast.
260. J. Sawicki, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd sztuki lekarskiej, [w:] W. Grzywo-Dąbrowski, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej (w zakresie rozpoznawania i leczenia chorób oraz wydawania orzeczeń lekarskich), Warszawa 1958, s. 103 i nast.
261. J. Sawicki, Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym – doktrynie i orzecznictwie, Warszawa 1965
262. K. Schmoller, Standardowe postacie w prawie karnym jako pomocniczy punkt odniesienia w ocenach prawnych, „Przegląd Prawa Karnego” 1992/5, s. 43 i nast.
263. J. Sehn, Dowód z biegłych w postępowaniu sądowym, „Nowe Prawo” 1956/3, s. 22 i nast.
264. R. Skowronek, C. Chowaniec, Odpowiedzialność karna lekarza w zespołowym działaniu – ocena medyczno-sądowa skrajnie odmiennych przypadków klinicznych zakończonych zgonem pacjentów, „Medycyna Praktyczna” 2016/3, s. 122 i nast.
265. Ż. Skrenty, Odpowiedzialność za błędy w sztuce lekarskiej popełnione przez lekarzy rezydentów, [w:] Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, red. M. Zdyb, E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, Warszawa 2018, s. 231 i nast.
266. E. Skupień, F. Bolechała, Odpowiedzialność lekarza w aspekcie karnym, cywilnym i korporacyjnym, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2007, t. LXXII, s. 404 i nast.
267. Słownik języka polskiego, t. I, red. W. Doroszewski, Warszawa 1958
268. Słownik współczesnego języka polskiego, t. 1, red. Elżbieta Wierzbicka, Warszawa 1998
269. Słownik współczesnego języka polskiego, t. 1, red. A. Sikorska-Michalak i O. Wojniłko, Warszawa 1998, Kraków 2000
270. M. Sośniak, Zagadnienie związku przyczynowego a dowód prima facie w procesach lekarskich, [w:] Księga pamiątkowa ku czci Kamila Stefki, Warszawa – Wrocław 1967, s. 330 i nast.
271. A. Spotowski, Kilka uwag o obowiązku gwaranta w prawie karnym, „Państwo i Prawo” 1987/11, s. 58 i nast.
272. A. Spotowski, Funkcja niebezpieczeństwa w prawie karnym, Warszawa 1990
273. T. Sroka, Czasowy aspekt obiektywnego przypisania skutku, [w:] Czas i jego znaczenie w prawie karnym. Materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej zorganizowanej przez Katedrę Prawa Karnego Materialnego i Wykonawczego oraz Psychiatrii Sądowej Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego, red. J. Warylewski, Gdańsk 2007, s. 323 i nast.
274. T. Sroka, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12, „Prokuratura i Prawo” 2013/7–8, s. 327 i nast.

275. T. Sroka, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, Warszawa 2013
276. T. Sroka, Odpowiedzialność karna za przestępstwa narażania życia lub zdrowia w prawie medycznym, [w:] System Prawa Medycznego, t. VI, Odpowiedzialność publiczno-prawna, red. A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, Warszawa 2023, s. 423 i nast.
277. T. Sroka, Zaniechanie stworzenia warunków umożliwiających wykonanie obowiązku zapobieżenia skutkowi jako podstawa odpowiedzialności karnej lekarza za przestępstwo materialne przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta, [w:] Kiedy lekarz mówi „nie”, czyli prawne aspekty odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Publikacja po-konferencyjna, red. A. Białek, T. Sroka, Kraków 2015, s. 87 i nast.
278. A. Staniek, Odpowiedzialność za błąd medyczny pracowników ochrony zdrowia. Aspekty prawno-karne i dyscyplinarne, Warszawa 2021
279. R.A. Stefański, Glosa do wyroku SN z dnia 8 kwietnia 2013 r. sygn. II KK 206/12, „Państwo i Prawo” 2014/11, s. 137 i nast.
280. R.A. Stefański, Prawo karne materialne. Część szczególna, Warszawa 2009
281. R.A. Stefański, S. Zabłocki, Kodeks postępowania karnego, t. II, komentarz do art. 167–296, Warszawa 2019
282. K. Syroka-Marczewska, Odpowiedzialność karna lekarza – wybrane aspekty, „Studia Iuridica” 2012, t. LV s. 91 i nast.
283. L. Szczepaniak, Błąd medyczny – przyczyny, skutki i odpowiedzialność, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii” 2007/4, s. 97 i nast.
284. M. Szeremeta, R. Latosiewicz, A. Niemcunowicz-Janica, Czy odpowiedź na pytanie dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo i utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 kk) leży w zakresie kompetencji biegłego lekarza?, [w:] Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, red. M. Zdyb, E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, Warszawa 2018
285. M. Szeroczyńska, Odpowiedzialność karna psychoterapeuty w przypadku samobójstwa pacjenta, „Prokuratura i Prawo” 2012/4, s. 32 i nast.
286. K. Szewczyk, Od kultury winy do kultury bezpieczeństwa. Etyczne aspekty błędów medycznych, „Family Medicine & Primary Care Review” 2007/9, s. 963 i nast.
287. A. Ślefarska, Odpowiedzialność farmaceuty za przestępstwo nieudzielenia pomocy, [w:] Hipokrates przed sądem. Współczesne wyzwania prawa medycznego, t. I, red. K. Klimas, Wrocław 2018, s. 89 i nast.
288. M. Śliwka, J. Berent, Przydatność opiniowania sądowno-lekarskiego w sprawach dotyczących błędu medycznego, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii”, Wrocław 1997, t. III, s. 35 i nast.
289. B. Świątek, Błąd medyczny w praktyce medyka sądowego, [w:] Nauka wobec prawdy sądowej: księga pamiątkowa ku czci profesora Zdzisława Kęgla, red. R. Jaworski, M. Szostak, Wrocław 2005, s. 517 i nast.
290. B. Świątek, Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 39 i nast.
291. B. Świątek, Błędy w praktyce lekarza rodzinnego – odpowiedzialność karna, „Polska Medycyna Rodzinna” 2004/3, s. 884 i nast.
292. B. Świątek, Granice zgody biegłego na zakres zleczonych czynności opiniodawczych, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii”, Wrocław 1997, t. III, s. 173 i nast.
293. B. Świątek, Lekarz medycyny jako biegły sądowy, [w:] Biegły w sądzie. Konferencja w 40. rocznicę śmierci Profesora Jana Sehna, Kraków 2005, s. 31 i nast.
294. B. Świątek, Obce ciało w polu operacyjnym, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii”, Wrocław 1997, t. III, s. 91 i nast.
295. B. Świątek, A. Morawski, Problematyka błędu medycznego w Polsce na przykładzie opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1994, t. XLIV (2), s. 230 i nast.
296. S. Tarapata, Dobro prawne w strukturze przestępstwa. Analiza teoretyczna i dogmatyczna, Warszawa 2016
297. S. Tarapata, Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2013 r., sygn. V KK 342/12, „Prokuratura i Prawo” 2014/11–12, s. 172 i nast.
298. S. Tarapata, Głos w sprawie „niebezprawnego naruszenia reguł postępowania z dobrem prawnym” (o przypadku tzw. „płonącego anioła”), „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013/2, s. 25 i nast.
299. S. Tarapata, Przypisanie sprawstwa skutku w sensie dynamicznym w polskim prawie karnym, Kraków 2019
300. G. Teresiński, R. Mądro, Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia I. Problem skutku potencjalnego w opiniowaniu sądowno-lekarskim, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001, t. LI (1), s. 45 i nast.
301. G. Teresiński, R. Mądro, Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia II. Możliwości, warunki i granice lekarskiej oceny narażenia na niebezpieczeństwo życia lub zdrowia ludzkiego oraz kryteria medycznej kwantyfikacji stopnia narażenia, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001, t. LI (2), s. 105 i nast.
302. G. Teresiński, R. Mądro, Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia III. Przykłady opinii, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2001, t. LI (4), s. 347 i nast.
303. G. Teresiński, R. Mądro, Ocena prawidłowości postępowania medycznego w przypadkach, gdy nie wykonano badania pośmiertnego, „Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii”, Wrocław 1997, t. VI, s. 103 i nast.
304. D. Tokarczyk, Spory wokół teorii obiektywnego przypisania w świetle projektu nowelizacji kodeksu karnego, „Państwo i Prawo” 2013/10, s. 101 i nast.

- 305.M. Trybus, Kilka uwag o wybranych skutkach w grupie przestępstw przeciwko zdrowiu, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 2012/3, s. 44 i nast.
- 306.R. Tymiński, Odpowiedzialność karna za działania w zespole medycznym, „Prze-gląd Sądowy” 2021/5, s. 77 i nast.
- 307.R. Tymiński, Prawo medyczne: podręcznik dla lekarzy i studentów wydziałów le-karskich, Warszawa 2014
- 308.W. Wanatowska, W. Kulesza, Odpowiedzialność prawna lekarza, Warszawa 1988
- 309.D. Wąsik, Błędy i nieprawidłowości w wykonywaniu zawodu farmaceuty w ujęciu prawa karnego i prawa medycznego, „Prokuratura i Prawo” 2021/2, s. 46 i nast.
- 310.D. Wąsik, Błędy i uchybienia w ratownictwie medycznym – wybrane uwagi praw-nokarne i prawnomedyczne, „Prokuratura i Prawo” 2021/4, s. 16 i nast.
- 311.D. Wąsik, Błędy w sztuce lekarskiej w praktyce lekarza medycyny rodzinnej – aspekty prawnokarne i prawnomedyczne, „Prokuratura i Prawo” 2018/5, s. 43 i nast.
- 312.D. Wąsik, Metodyka prowadzenia postępowania przygotowawczego w sprawach o błędy medyczne, Warszawa 2021
- 313.D. Wąsik, Odpowiedzialność karna lekarza dentysty za błąd medyczny, „Prokura-tura i Prawo” 2017/3, s. 5 i nast.
- 314.D. Wąsik, Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach karnych dotyczących zgo-nów okołoooperacyjnych, „Prokuratura i Prawo” 2017/7–8, s. 149 i nast.
- 315.J. Węglińska, Realizacja bezpieczeństwa prawnego w instytucji odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny, Warszawa 2022
- 316.T. Widła, Uwagi o przeprowadzaniu dowodu z opinii biegłego, „Palestra” 2002/3–4, s. 66 i nast.
- 317.P. Wiecha, Opinia biegłego w sprawach o błąd medyczny jako podstawa odpowie-dzialności karnej, „Problemy Współczesnej Kryminalistyki” 2021, t. XXV, s. 159 i nast.
- 318.S. Wiśniewska-Momot, Zasada ograniczonego zaufania a odpowiedzialność karna lekarza za błąd popełniony w zespole medycznym, [w:] Praca w zespołach diagno-styczno-terapeutycznych. Teraźniejszość a przyszłość, red. I. Wrześniewska-Wal, D. Cianciara, A. Augustynowicz, Warszawa 2020, s. 125 i nast.
- 319.J. Wojciechowski, Kodeks karny. Komentarz. Orzecznictwo, Warszawa 2002
- 320.M. Wolińska, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej, „Pro-kuratura i Prawo” 2013/5, s. 19 i nast.
- 321.M. Wolska, S. Kwiatkowski, Wybrane aspekty błędu medycznego w świetle prawa i medycyny – case study, [w:] Hipokrates przed sądem. Współczesne wyzwania prawa medycznego, t. I, red. K. Klimas, Wrocław 2018, s. 46 i nast.
- 322.W. Wolter, Błędne koło problematyki przyczynowości w teorii i praktyce prawa karnego, „Państwo i Prawo” 1964/3, s. 377 i nast.
- 323.W. Wolter, Nauka o przestępstwie, Warszawa 1973
- 324.W. Wolter, O tzw. przyczynowości zaniechania, „Państwo i Prawo” 1954/10–11, s. 520 i nast.
- 325.W. Wolter, Z problematyki odpowiedzialności za przestępstwa z zaniechania, „Państwo i Prawo” 1957/6, s. 1107 i nast.
- 326.A. Wróbel, Bezpośrednie niebezpieczeństwo jako element czynu zabronionego, „Ze-szyty Prawnicze” 2012/12, s. 189 i nast.
- 327.A. Wróbel, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13, „Palestra” 2015/3–4, s. 136 i nast.
- 328.A. Wróbel, Wokół problematyki bezpośredniości niebezpieczeństwa w kontekście czy-nów określonych w art. 160 § 1 i art. 220 § 1 k.k. Glosa do postanowienia Sądu Najwyż-szego – Izba Karne z dnia 6 maja 2015 r., IV KK 33/15, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2019/12, s. 56 i nast.
- 329.W. Wróbel, Głos w dyskusji, [w:] Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutko-we, red. J. Majewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 136
- 330.J. Wróblewski, W związku z zagadnieniem przyczynowości zaniechania, „Państwo i Prawo” 1955/7–8, s. 266 i nast.
- 331.J. Wyrembak, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2005 r. sygn. V KK 375/04, „Prawo i Medycyna” 2006/1, s. 125 i nast.
- 332.S. Zabłocki, Zagadnienie przypisywalności skutku w najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego, [w:] Podstawy odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe, red. J. Ma-jewski, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2004/4, s. 33 i nast.
- 333.A. Zaremba, Rola modelowego wzorca osobowego dla przypisania odpowiedzialności karnej za błąd lekarski w prawie polskim i anglo-amerykańskim – analiza prawnopo-równawcza, „Prawo i Medycyna” 2007/4, s. 89 i nast.
- 334.J. Zajdel, Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki lekarskiej, „Me-dycyna Praktyczna” 2010/5, s. 119 i nast.
- 335.J. Zajdel, Prawo w medycynie dla lekarzy specjalności zabiegowych, Łódź 2008
- 336.W. Zalewski, Przestępstwo nieumyślne – czy każde jest przestępstwem z zaniechania?, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2006/1, s. 117 i nast.
- 337.E. Zatyka, Lekarski obowiązek udzielania pomocy, Oficyna 2011
- 338.I. Zduński, Odpowiedzialność zawodowa i karna lekarza w Polsce, Bydgoszcz 2019
- 339.E. Zielińska, Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej, Warszawa 2001
- 340.E. Zielińska, Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpo-wiedzialności karnej i zawodowej, „Prawo i Medycyna” 2001/9, s. 38 i nast.
- 341.A. Zoll, Błąd medyczny a prawa pacjenta, „Folia Medica Cracoviensia” 2004, t. XLV, s. 11 i nast.
- 342.A. Zoll, Narażenie na niebezpieczeństwo, [w:] System Prawa Karnego, t. IV, cz. 1, red.

- I. Andrejew, L. Kubicki, J. Waszczyński, Warszawa 1985, s. 463 i nast.
343. A. Zoll, Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988
344. A. Zoll, Ogólne zasady odpowiedzialności karnej w projekcie kodeksu karnego, Państwo i Prawo 1990/10, s. 30 i nast.
345. A. Zoll, Okoliczności wyłączające bezprawność czynu, Warszawa 1982
346. A. Zoll, Prace nad nowelizacją przepisów części ogólnej kodeksu karnego, „Państwo i Prawo” 2012/11, s. 3 i nast.
347. A. Zoll, Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice, „Prawo i Medycyna” 2003/13, s. 18 i nast.
348. A. Zoll, Zaniechanie leczenia – aspekty prawne, „Prawo i Medycyna” 2000/5, s. 31 i nast.

Wykaz orzeczeń

1. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 lutego 2023 r. 57916/16, Lex nr 3487052
2. Wyrok SN z dnia 20 lutego 1934 r. sygn. II K 4/34, Lex nr 387929
3. Wyrok SN z dnia 26 kwietnia 1934 r. sygn. II K 366/34, Lex nr 388141
4. Wyrok SN z dnia 7 stycznia 1935 r. sygn. III K 1533/34, Lex nr 75759
5. Wyrok SN z dnia 30 grudnia 1937 r. sygn. III K 1326/37, Lex nr 75325
6. Wyrok SN z dnia 28 października 1947 r. sygn. K 1279/47, Lex nr 161991
7. Orzeczenie SN z dnia 10 grudnia 1952 r. sygn. C 584/52, Lex nr 308493
8. Orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r. sygn. IV CR 39/54, Lex nr 118379
9. Wyrok SN z dnia 6 kwietnia 1957 r. sygn. III KRn 274/57, Lex nr 118875
10. Wyrok SN z dnia 18 listopada 1959 r. sygn. IV K 878/59, Lex nr 169576
11. Wyrok SN z dnia 30 września 1960 r. sygn. II K 675/60, Lex nr 170024
12. Uchwała SN z dnia 19 stycznia 1961 r. sygn. VI KO 43/60, Lex nr 170120
13. Postanowienie SN z dnia 15 lipca 1966 r. sygn. Rw 520/66, Lex nr 114937
14. Wyrok SN z dnia 17 lutego 1967 r. sygn. I CR 435/66, Lex nr 573
15. Postanowienie SN z dnia 2 października 1967 r. sygn. RNw 47/67, Lex nr 108372
16. Wyrok SN z dnia 15 stycznia 1970 r. sygn. I CR 522/69, Lex nr 6649
17. Wyrok SN z dnia 12 listopada 1970 r. sygn. I CR 468/70, Lex nr 6819
18. Wyrok SN z dnia 8 grudnia 1970 r. sygn. II CR 543/70, Lex nr 1220
19. Wyrok SN z dnia 10 sierpnia 1972 r. sygn. IV KR 153/72, Lex nr 18529
20. Wyrok SN z dnia 15 września 1972 r. sygn. II KR 163/71, Lex nr 16629
21. Wyrok SN z dnia 14 marca 1973 r. sygn. III KR 11/73, Lex nr 21558
22. Wyrok SN z dnia 12 lipca 1973 r. sygn. V KRN 181/73, Lex nr 21571
23. Wyrok SN z dnia 8 września 1973 r. sygn. I KR 116/72, Legalis nr 17320
24. Wyrok SN z dnia 19 września 1973 r. sygn. III KR 187/73, Legalis nr 17342
25. Wyrok SN z dnia 3 października 1973 r. sygn. IV KR 256/73, Lex nr 21578
26. Wyrok SN z dnia 29 listopada 1973 r. sygn. Rw 902/73, Lex nr 16804
27. Wyrok SN z dnia 14 grudnia 1973 r. sygn. III KR 303/73, Lex nr 18742
28. Wyrok SN z dnia 16 stycznia 1974 r. sygn. III KR 311/73, Lex nr 21606
29. Wyrok SN z dnia 6 marca 1974 r. sygn. V KR 83/74, Lex nr 18806
30. Wyrok SN z dnia 7 lutego 1975 r. sygn. Rw 22/75, Lex nr 18962
31. Postanowienie SN z dnia 1 września 1975 r. sygn. Z 24/75, Lex nr 19059
32. Wyrok SN z dnia 9 lutego 1976 r. sygn. Rw 20/76, Lex nr 19137
33. Wyrok SN z dnia 9 lipca 1977 r. sygn. V KR 210/76, Lex nr 20891
34. Wyrok SN z dnia 21 marca 1978 r. sygn. IV KR 62/78, Lex nr 17078
35. Postanowienie SN z dnia 16 sierpnia 1978 r. sygn. Rw 286/78, Lex nr 19448

36. Wyrok SN z dnia 12 marca 1979 r. sygn. I KR 27/79, Lex nr 17135
37. Wyrok SN z dnia 28 marca 1979 r. sygn. V KRN 16/79, Lex nr 19570
38. Wyrok SN z dnia 26 czerwca 1980 r. sygn. II KR 191/80, Lex nr 17252
39. Wyrok SN z dnia 8 sierpnia 1980 r. sygn. IV KR 152/80, Lex nr 17272
40. Wyrok SN z dnia 9 października 1980 r. sygn. II KR 317/80, Lex nr 21883
41. Wyrok SN z dnia 21 października 1980 r. sygn. Rw 361/80, Lex nr 19684
42. Wyrok SN z dnia 18 stycznia 1982 r. sygn. II KR 308/81, Lex nr 19763
43. Wyrok SN z dnia 6 maja 1983 r. sygn. IV KR 74/83, Legalis nr 23702
44. Wyrok SN z dnia 27 października 1983 r. sygn. II KR 219/83, Lex nr 19934
45. Wyrok SN z dnia 3 lipca 1987 r. sygn. III KR 235/87, Lex nr 20264
46. Wyrok SN z dnia 9 maja 1988 r. sygn. II KR 96/88, Lex nr 20316
47. Wyrok SN z dnia 29 kwietnia 1994 r. sygn. WR 70/94, Lex nr 20697
48. Wyrok SN z dnia 7 grudnia 1994 r. sygn. II URN 43/94, Lex nr 121
49. Wyrok SN z dnia 25 lipca 1996 r. sygn. V KKN 48/96, Lex nr 28758
50. Wyrok SN z dnia 19 maja 1998 r. sygn. II UKN 55/98, Lex nr 35851
51. Wyrok SN z dnia 13 października 1998 r. sygn. II KKN 225/96, Lex nr 35568
52. Wyrok SN z dnia 4 listopada 1998 r. sygn. V KKN 303/97, Lex nr 34242
53. Wyrok SN z dnia 29 lipca 1999 r. sygn. II KKN 60/99, Lex nr 43669
54. Wyrok SN z dnia 3 grudnia 1999 r. sygn. II KKN 377/97, Legalis nr 70522
55. Wyrok SN z dnia 8 marca 2000 r. sygn. III KKN 231/98, Lex nr 40428
56. Wyrok SN z dnia 27 marca 2000 r. sygn. I PKN 150/99, Lex nr 48275
57. Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2000 r. sygn. V KKN 318/99, Lex nr 50985
58. Wyrok SN z dnia 16 czerwca 2000 r. sygn. III KKN 123/98, Lex nr 51434
59. Wyrok SN z dnia 10 sierpnia 2000 r. sygn. WA 23/00, Lex nr 532395
60. Wyrok SN z dnia 6 listopada 2000 r. sygn. IV KKN 477/99, Legalis nr 49469
61. wyrok SN z dnia 1 grudnia 2000 r. IV KKN 509/98, Lex nr 46111
62. Wyrok SN z dnia 15 lutego 2001 r. sygn. WA 2/01, Lex nr 553806
63. Postanowienie SN z dnia 21 lutego 2001 r. sygn. IV KKN 189/00, Lex nr 51087
64. Wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2001 r. sygn. II KKN 430/98, Lex nr 51379
65. Wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2001 r. sygn. II KKN 521/98, Lex nr 51677
66. Wyrok SN z dnia 9 maja 2001 r. sygn. V KK 21/02, Lex nr 54393
67. Wyrok SN z dnia 28 maja 2001 r. sygn. IV KKN 89/01, Legalis nr 58413
68. Postanowienie SN z dnia 26 września 2001 r. sygn. IV KKN 395/00, Lex nr 51401
69. Wyrok SN z dnia 22 listopada 2001 r. sygn. IV KKN 394/97, Lex nr 51590
70. Wyrok SN z dnia 8 stycznia 2002 r. sygn. IV KKN 646/97, Legalis nr 345407
71. Postanowienie SN z dnia 5 lutego 2002 r. sygn. V KKN 473/99, Legalis nr 53030
72. Wyrok SN z dnia 14 czerwca 2002 r. sygn. II KKN 254/00, Lex nr 54400
73. Wyrok SN z dnia 7 października 2002 r. sygn. IV KKN 265/99, Legalis nr 326761
74. Wyrok SN z dnia 5 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 347/99, Lex nr 74394
75. Wyrok SN z dnia 6 listopada 2002 r. sygn. IV KKN 308/99, Legalis nr 326771
76. Wyrok SN z dnia 6 lutego 2003 r. sygn. IV CKN 1763/00, Lex nr 78280
77. Wyrok SN z dnia 3 października 2003 r. sygn. V KK 50/03, Lex nr 152047
78. Wyrok SN z dnia 29 października 2003 r. sygn. III CK 34/02, Lex 145226
79. Wyrok SN z dnia 3 czerwca 2004 r. sygn. V KK 37/04, Lex nr 119762
80. Postanowienie SN z dnia 1 października 2004 r. sygn. III KK 28/04, Lex nr 126705
81. Wyrok SN z dnia 13 stycznia 2005 r. sygn. III CK 143/04, Lex nr 602709
82. Wyrok SN z dnia 24 lutego 2005 r. sygn. V KK 375/04, Lex nr 145155
83. Wyrok SN z dnia 7 listopada 2005 r. sygn. V KK 91/05, Lex nr 164280
84. Wyrok SN z dnia 22 listopada 2005 r. sygn. V KK 100/05, Lex nr 164374
85. Postanowienie SN z dnia 7 lipca 2006 r. sygn. III KK 456/05, Lex nr 197189
86. Postanowienie SN z dnia 26 lipca 2006 r. sygn. III KK 455/05, Lex nr 323229
87. Postanowienie SN z dnia 13 września 2006 r. sygn. IV KK 139/06, Lex nr 325927
88. Wyrok SN z dnia 21 września 2006 r. sygn. V KK 10/06, Lex nr 196961
89. Postanowienie SN z dnia 27 września 2006 r. sygn. IV KK 330/06, Legalis nr 125564
90. Wyrok SN z dnia 3 października 2006 r. sygn. IV KK 290/06, Lex nr 295127
91. Wyrok SN z dnia 12 października 2006 r. sygn. IV KK 236/06, Lex nr 295215
92. Postanowienie SN z dnia 14 listopada 2006 r. sygn. V KK 52/06, Lex nr 202271
93. Wyrok SN z dnia 7 grudnia 2006 r. sygn. V KK 91/06, Lex nr 224627
94. Wyrok SN z dnia 26 marca 2007 r. sygn. WA 17/07, Lex nr 447987
95. Wyrok SN z dnia 3 lipca 2007 r. sygn. II KK 321/06, Lex nr 299187
96. Wyrok SN z dnia 29 sierpnia 2007 r. sygn. II KK 104/07, Lex nr 450548
97. Wyrok SN z dnia 4 grudnia 2007 r. sygn. IV KK 281/07, Lex nr 341867
98. Wyrok SN z dnia 7 stycznia 2008 r. sygn. II KK 250/07, Lex nr 354287
99. Wyrok SN z dnia 4 marca 2008 r. sygn. IV CSK 496/07, Lex nr 465046
100. Postanowienie SN z dnia 26 marca 2008 r. sygn. II KK 19/08, Lex nr 406869
101. Wyrok SN z dnia 1 kwietnia 2008 r. sygn. IV KK 381/07, Lex 404571
102. Postanowienie SN z dnia 26 czerwca 2008 r. sygn. IV KK 206/08, Lex nr 436459
103. Wyrok SN z dnia 19 sierpnia 2008 r. sygn. WA 29/08, Lex nr 531324
104. Wyrok SN z dnia 27 sierpnia 2008 r. sygn. WA 32/08, Lex nr 531328
105. Postanowienie SN z dnia 10 grudnia 2008 r. sygn. IV KK 214/08, Lex nr 486200
106. Wyrok SN z dnia 7 października 2009 r. sygn. III KK 122/09, Lex nr 532391
107. Postanowienie SN z dnia 27 października 2009 r. sygn. II KK 45/09, Lex nr 607837
108. Postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 39/09, Lex nr 5583347
109. Postanowienie SN z dnia 24 listopada 2009 r. sygn. II KK 134/09, Lex nr 550470
110. Wyrok SN z dnia 2 lutego 2010 r. sygn. III KK 17/10, Lex nr 577194
111. Postanowienie SN z dnia 20 maja 2010 r. sygn. II KK 306/09, Lex nr 590219
112. Wyrok SN z dnia 8 czerwca 2010 r. sygn. III KK 409/09, Lex nr 598846
113. Wyrok SN z dnia 27 września 2010 r. sygn. V KK 34/10, Lex nr 612469

114. Wyrok SN z dnia 13 stycznia 2011 r. sygn. II KK 188/10, Lex nr 730483
115. Postanowienie SN z dnia 19 stycznia 2011 r. sygn. IV KK 356/10, Lex nr 730270
116. Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r. sygn. III KK 77/11, Lex nr 1027852
117. Wyrok SN z dnia 30 sierpnia 2011 r. sygn. IV KK 187/11, Lex nr 950442
118. Wyrok SN z dnia 21 września 2011 r. sygn. WA 26/11, Lex nr 1144715
119. Wyrok SN z dnia 9 stycznia 2012 r. sygn. V KK 121/11, Lex nr 1119577
120. Postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 r. sygn. II KK 193/11, Lex nr 1212351
121. Wyrok SN z dnia 29 maja 2012 r. sygn. III KK 87/12, Legalis nr 492200
122. Wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r. sygn. IV KK 42/12, Lex nr 1220930
123. Wyrok SN z dnia 19 grudnia 2012 r. sygn. I UK 320/12, Lex nr 1308047
124. Postanowienie SN z dnia 22 stycznia 2013 r. sygn. V KK 229/12, Lex nr 1277788
125. Wyrok SN z dnia 12 lutego 2013 r. sygn. II KK 124/12, Lex nr 1277697
126. Postanowienie SN z dnia 14 marca 2013 r. sygn. IV KK 420/12, Lex nr 1293833
127. Wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r. sygn. IV KK 43/13, Lex nr 1318212
128. Postanowienie SN z dnia 9 maja 2013 r. sygn. V KK 342/12, Lex nr 1388235
129. Wyrok SN z dnia 4 lipca 2013 r. sygn. III KK 33/13, Lex nr 1391441
130. Wyrok SN z dnia 3 września 2013 r. sygn. WK 14/13, Lex nr 1375270
131. Wyrok SN z dnia 30 października 2013 r. sygn. II KK 130/13, Lex nr 1396511
132. Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2013 r. sygn. V KK 133/13, Lex nr 1415515
133. Wyrok SN z dnia 6 lutego 2014 r. sygn. I UK 318/13, Lex nr 1441185
134. Postanowienie SN z dnia 5 listopada 2014 r. sygn. V KK 162/14, Lex nr 1573978
135. Wyrok SN z dnia 4 marca 2015 r. sygn. IV KK 32/15, Lex nr 1650300
136. Postanowienie SN z dnia 6 maja 2015 r. sygn. IV KK 33/15, Lex nr 1745833
137. Wyrok SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. V KK 85/15, Lex nr 1746427
138. Postanowienie SN z dnia 19 maja 2015 r. sygn. II KK 236/14, Lex nr 1729282
139. Wyrok SN z dnia 19 czerwca 2015 r. sygn. SDI 16/15, Lex nr 1745840
140. Wyrok SN z dnia 24 września 2015 r. sygn. V KK 228/15, Lex nr 1808548
141. Postanowienie SN z dnia 22 października 2015 r. sygn. III KK 239/15, Lex nr 1820402
142. Postanowienie SN z dnia 4 listopada 2015 r. sygn. III KK 122/15, Lex nr 1941895
143. Postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2016 r. sygn. V KK 342/15, Lex nr 1977834
144. Postanowienie SN z dnia 20 kwietnia 2016 r. sygn. III KK 132/16, Legalis nr 1472789
145. Postanowienie SN z dnia 6 października 2016 r. sygn. V KK 94/16, Legalis nr 1533150
146. Wyrok SN z dnia 11 października 2016 r. sygn. III KK 123/16, Lex nr 2177091
147. Wyrok SN z dnia 12 października 2016 r. sygn. V KK 153/16, Lex nr 2151447
148. Postanowienie SN z dnia 20 października 2016 r. sygn. III KK 127/16, Lex nr 2141229
149. Wyrok SN z dnia 14 marca 2017 r. sygn. III KK 375/16, Lex nr 2271446
150. Postanowienie SN z dnia 21 marca 2017 r. sygn. III KK 98/17, Legalis nr 1618179
151. Wyrok SN z dnia 21 kwietnia 2017 r. sygn. SDI 2/17, Legalis nr 1637176
152. Postanowienie SN z dnia 30 maja 2017 r. sygn. IV KK 164/17, Lex nr 2321893

153. Wyrok SN z dnia 21 czerwca 2017 r. sygn. II KK 74/17, Lex nr 2342166
154. Postanowienie SN z dnia 20 września 2017 r. sygn. II KK 254/17, Lex nr 2397598
155. Wyrok SN z dnia 15 listopada 2017 r. sygn. IV KK 293/17, Legalis nr 1692166
156. Postanowienie SN z dnia 8 grudnia 2017 r. sygn. IV KK 104/07, Lex nr 2434465
157. Wyrok SN z dnia 11 stycznia 2018 r. sygn. IV KK 167/17, Lex nr 2434469
158. Postanowienie SN z dnia 18 kwietnia 2018 r. sygn. V KK 99/18, Lex nr 2495993
159. Postanowienie SN z dnia 22 maja 2018 r. sygn. V KK 133/18, Lex nr 2553396
160. Wyrok SN z dnia 4 października 2018 r. sygn. III KK 453/17, Legalis nr 1830798
161. Postanowienie SN z dnia 16 października 2018 r. sygn. IV KK 419/18, Lex nr 2574423
162. Wyrok SN z dnia 24 października 2018 r. sygn. I KK 4/18, Lex nr 2578151
163. Wyrok SN z dnia 26 marca 2019 r. sygn. V KK 115/18, Lex nr 2647164
164. Postanowienie SN z dnia 15 maja 2019 r. sygn. IV KK 167/19, Legalis nr 1919265
165. Postanowienie SN z dnia 5 czerwca 2019 r. sygn. III KK 212/18, Lex nr 2687644
166. Wyrok SN z dnia 24 lipca 2019 r. sygn. III KK 471/18, Lex nr 3363853
167. Postanowienie SN z dnia 11 września 2019 r. sygn. III KK 542/18, Lex nr 3551604
168. Wyrok SN z dnia 5 lutego 2020 r. sygn. III KK 617/19, Legalis nr 2286352
169. Wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r. sygn. IV KK 221/19, Lex nr 3088528
170. Wyrok SN z dnia 8 czerwca 2020 r. sygn. III KK 408/09, Lex nr 598846
171. Postanowienie SN z dnia 12 sierpnia 2020 r. sygn. III KK 41/19, Lex nr 3276469
172. Postanowienie SN z dnia 14 sierpnia 2020 r. sygn. V CSK 5/20, Lex nr 3049217
173. Postanowienie SN z dnia 17 listopada 2020 r. sygn. I KK 17/20, Legalis nr 2496805
174. Postanowienie SN z dnia 27 listopada 2020 r. sygn. II KK 326/20, Legalis nr 2734153
175. Wyrok SN z dnia 5 stycznia 2021 r. sygn. I KK 52/20, Lex nr 3103867
176. Wyrok SN z dnia 4 lutego 2021 r. sygn. II USKP 11/21, Lex nr 3152809
177. Wyrok SN z dnia 9 kwietnia 2021 r. sygn. II KKN 521/98, Lex nr 51677
178. Wyrok SN z dnia 29 kwietnia 2021 r. sygn. IV KK 50/20, Legalis nr 2601373
179. Postanowienie SN z dnia 28 czerwca 2021 r. sygn. IV KK 457/20, Lex nr 3363507
180. Wyrok SN z dnia 21 września 2021 r. sygn. II KK 396/20, Lex nr 3316560
181. Wyrok SN z dnia 17 listopada 2021 r. sygn. I CSKP 2/21, Lex nr 3305396
182. Wyrok SN z dnia 19 listopada 2021 r. sygn. IV KK 332/21, Legalis nr 2688748
183. Wyrok SN z dnia 4 stycznia 2022 r. sygn. III KK 411/21, Lex nr 3287205
184. Wyrok SN z dnia 12 stycznia 2022 r. sygn. II CSKP 53/22, Lex nr 3303301
185. Postanowienie SN z dnia 27 kwietnia 2022 r. sygn. V KK 118/22, Legalis nr 2833853
186. Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2022 r. sygn. II KK 216/21, Lex nr 3408236
187. Postanowienie SN z dnia 14 lipca 2022 r. sygn. III KK 224/22, Lex nr 3480984
188. Wyrok SN z dnia 10 grudnia 2022 r. sygn. V KK 33/02, Legalis nr 304316
189. Wyrok SN z dnia 14 marca 2023 r. sygn. IV KK 398/22, Legalis nr 2937473
190. Uchwała SN z dnia 27 czerwca 2023 r. sygn. I ZI 20/23, Lex nr 3576673
191. Wyrok SN z dnia 24 sierpnia 2023 r. sygn. III KK 461/22, Lex nr 3597414

192. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 10 kwietnia 2012 r. sygn. II AKa 57/12, Lex nr 1213914
193. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 31 grudnia 2012 r. sygn. I ACa 504/11, Lex nr 1278076
194. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 kwietnia 2021 r. sygn. II AKa 62/21, Lex nr 3206621
195. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 21 marca 2022 r. sygn. II AKa 263/21, Lex nr 3343159
196. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 2 lutego 2023 r. sygn. II AKa 163/22, Legalis nr 2903541
197. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 20 września 2012 r. sygn. II AKa 305/12, Lex nr 1236129
198. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 19 kwietnia 2013 r. sygn. II AKa 447/12, Lex nr 1386077
199. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 17 grudnia 2013 r. sygn. II AKa 366/13, Lex nr 1415874
200. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 18 lutego 2015 r. sygn. II AKa 7/15, Lex 1942670
201. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 16 grudnia 2020 r. sygn. II AKa 258/20, Lex nr 3358192
202. Wyrok SA w Katowicach z dnia 11 czerwca 1992 r. sygn. I ACr 225/92, Lex nr 5520
203. Wyrok SA w Katowicach z dnia 20 marca 2003 r. sygn. II AKa 18/03, KZS 2003/7–8, poz. 69
204. Wyrok SA w Katowicach z dnia 12 lutego 2004 r. sygn. II AKa 12/04, Legalis nr 70072
205. Wyrok SA w Katowicach z dnia 2 października 2008 r. sygn. II AKa 276/08, Lex nr 477618
206. Wyrok SA w Katowicach z dnia 23 października 2008 r. sygn. II AKa 302/08, Lex nr 487578
207. Wyrok SA w Katowicach z dnia 3 października 2012 r. sygn. II AKa 220/12, Lex nr 1236410
208. Wyrok SA w Katowicach z dnia 25 kwietnia 2013 r. sygn. II AKa 91/13, Lex nr 1341988
209. Wyrok SA w Katowicach z dnia 29 maja 2014 r. sygn. II AKa 107/14, Legalis nr 993021
210. Wyrok SA w Katowicach z dnia 19 grudnia 2014 r. sygn. II AKa 427/14, Lex nr 1648855
211. Wyrok SA w Katowicach z dnia 4 marca 2016 r. sygn. II AKa 500/15, Lex nr 2023577
212. Wyrok SA w Katowicach z dnia 10 sierpnia 2017 r. sygn. II AKa 307/17, Legalis nr 2026724
213. Wyrok SA w Katowicach z dnia 9 maja 2018 r. sygn. II AKa 74/18, Legalis nr 1883414
214. Wyrok SA w Katowicach z dnia 26 października 2018 r. sygn. II AKa 295/18, Legalis nr 2395856
215. Postanowienie SA w Krakowie z dnia 24 lutego 1994 r. sygn. II AKz 72/94, Lex nr 28079
216. Wyrok SA w Krakowie z dnia 5 maja 1994 r. sygn. II AKr 46/94, Lex nr 28185
217. Wyrok SA w Krakowie z dnia 7 września 2005 r. sygn. II AKa 162/05, Lex nr 164408
218. Wyrok SA w Krakowie z dnia 4 października 2007 r. sygn. II AKa 132/07, KZS 2007/12, poz. 53
219. Wyrok SA w Krakowie z dnia 9 października 2008 r. sygn. II AKa 148/08, Lex nr 484802
220. Wyrok SA w Krakowie z dnia 6 listopada 2008 r. sygn. II AKa 160/08, Lex nr 490997
221. Wyrok SA w Krakowie z dnia 10 maja 2012 r. sygn. II AKa 48/12, Lex nr 1227524

222. Wyrok SA w Krakowie z dnia 7 maja 2015 r. sygn. II AKa 64/15, Legalis nr 1249584
223. Wyrok SA w Krakowie z dnia 1 marca 2016 r. sygn. II AKa 202/15, Lex nr 2044318
224. Wyrok SA w Lublinie z dnia 25 maja 1999 r. sygn. II AKa 78/99, Legalis nr 45290
225. Wyrok SA w Lublinie z dnia 18 lipca 2002 r. sygn. II AKa 51/02, Lex nr 76027
226. Wyrok SA w Lublinie z dnia 1 sierpnia 2012 r. sygn. II AKa 96/12, Lex nr 1237281
227. Wyrok SA w Lublinie z dnia 17 czerwca 2020 r. sygn. III AUa 709/19, Lex nr 3042964
228. Wyrok SA w Łodzi z dnia 29 października 2013 r. sygn. II AKa 129/13, Lex nr 1409169
229. Wyrok SA w Łodzi z dnia 28 sierpnia 2014 r. sygn. III AUa 412/14, Lex nr 1511680
230. Wyrok SA w Łodzi z dnia 19 marca 2015 r. sygn. I ACa 1219/14, Lex nr 1665829
231. Wyrok SA w Łodzi z dnia 10 września 2015 r. sygn. II AKa 162/15, Lex nr 1808686
232. Wyrok SA w Łodzi z dnia 31 maja 2016 r. sygn. II AKa 95/16, Lex nr 2080326
233. Wyrok SA w Łodzi z dnia 7 listopada 2018 r. sygn. I ACa 27/18, Lex nr 2657116
234. Wyrok SA w Poznaniu z dnia 13 grudnia 2012 r. sygn. II AKa 256/12, Lex nr 1307473
235. Wyrok SA w Poznaniu z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. II AKa 152/14, Lex nr 1665123
236. Wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. sygn. II AKa 59/17, Lex nr 2396217
237. Wyrok SA w Poznaniu z dnia 22 grudnia 2021 r. sygn. II AKa 52/21, Lex nr 3307783
238. Wyrok SA w Rzeszowie z dnia 21 lutego 2013 r. sygn. II AKa 7/13, Legalis nr 734849
239. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 23 lutego 2016 r. sygn. II AKa 253/14, Lex nr 2041892
240. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 7 czerwca 2016 r. sygn. I ACa 150/16, Lex nr 2109580
241. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 24 listopada 2016 r. sygn. II AKa 148/16, Lex nr 2225448
242. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 12 kwietnia 2017 r. sygn. ACa 6/17, Lex nr 2317668
243. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 28 grudnia 2017 r. sygn. II AKa 154/17, Lex nr 2532192
244. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 19 grudnia 2018 r. sygn. II AKa 190/18, Lex nr 2758430
245. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 16 stycznia 2019 r. sygn. I ACa 893/17, Lex nr 2668210
246. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 6 października 2021 r. sygn. II AKa 58/21, Lex nr 3399355
247. Wyrok SA w Warszawie z dnia 23 września 2013 r. sygn. II AKa 278/13, Lex nr 1378887
248. Wyrok SA w Warszawie z dnia 25 czerwca 2014 r. sygn. II AKa 155/14, Lex nr 1504517
249. Wyrok SA w Warszawie z dnia 18 grudnia 2015 r. sygn. II AKa 418/15, Lex nr 1992947
250. Wyrok SA w Warszawie z dnia 27 kwietnia 2016 r. sygn. II AKa 108/16, Lex nr 2171291
251. Wyrok SA w Warszawie z dnia 4 października 2017 r. sygn. II AKa 237/17, Legalis nr 1683350
252. Wyrok SA w Warszawie z dnia 20 lipca 2018 r. sygn. II AKa 358/16, Lex nr 2606457
253. Wyrok SA w Warszawie z dnia 3 sierpnia 2020 r. sygn. V ACa 815/19, Lex nr 3102541
254. Wyrok SA w Warszawie z dnia 13 sierpnia 2020 r. sygn. V ACa 754/19, Lex nr 3102549
255. Wyrok SA w Warszawie z dnia 2 czerwca 2021 r. sygn. II AKa 374/20, Legalis nr 2604911
256. Wyrok SA w Warszawie z dnia 16 grudnia 2021 r. sygn. II AKa 149/21, Lex nr 3304529
257. Wyrok SA w Warszawie z dnia 25 lutego 2022 r. II AKa 184/21, Lex nr 3333436
258. Wyrok SA w Warszawie z dnia 13 kwietnia 2023 r. sygn. II AKa 483/21, Legalis nr 2951922

259. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 12 lutego 2009 r. sygn. II AKa 10/09, Lex nr 491193
260. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 19 kwietnia 2012 r. sygn. II AKa 67/12, Lex nr 1710164
261. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 26 sierpnia 2015 r. sygn. II AKa 196/15, Legalis nr 1337324
262. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 6 kwietnia 2016 r. sygn. II AKa 67/16, Lex nr 2023711
263. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 21 listopada 2018 r. sygn. II AKa 332/18, Lex nr 2609065
264. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r. sygn. II AKa 262/18, Lex nr 2724244
265. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 27 lutego 2019 r. sygn. II AKa 292/18, Lex nr 2668949
266. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 czerwca 2022 r. sygn. II AKa 470/21, Lex nr 3451428
267. Wyrok SO w Gliwicach z dnia 12 czerwca 2017 r. sygn. IV K 129/15, Lex nr 2451522
268. Wyrok SO w Kielcach z dnia 23 maja 2013 r. sygn. IX Ka 333/13, Lex nr 1717692
269. Wyrok SO w Piotrkowie Trybunalskim z dnia 22 listopada 2019 r. sygn. IV Ka 256/19, Lex nr 2764040
270. Wyrok SO w Siedlcach z dnia 9 lutego 2017 r. sygn. II Ka 789/16, Lex nr 2244553
271. Wyrok SO w Szczecinie z dnia 12 marca 2013 r. sygn. IV Ka 1674/12, Lex nr 1885332
272. Wyrok SW w Krakowie z dnia 25 listopada 1998 r. sygn. IV Ka 926/98 (za: A. Domański, Problemy..., „Prokuratura i Prawo” 1999/9, s. 130)



IEM



Instytut
Ekspertyz
Medycznych
w Łodzi