

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2024.01.01.14>

dr Milena GARWOL

<https://orcid.org/0000-0001-8880-8765>

Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

e-mail: m.garwol@ujd.edu.pl

Odpowiedzialność karna sprawców współuczestniczących w procesie leczenia – zarys problematyki obiektywnego przypisania skutku

Streszczenie

Niniejszy artykuł dotyczy problematyki obiektywnego przypisania skutku w procesie leczenia w sytuacjach wieloosobowego podjęcia czynności medycznych. W tekście przedstawiono podstawowe założenia analizowanej koncepcji, które są akceptowane w polskim piśmiennictwie i dogmatyce. Przedstawiono także rodzaje błędów medycznych najczęściej wyróżnianych w piśmiennictwie – organizacyjny, diagnostyczny i terapeutyczny, a także wyodrębniono rodzaje szeroko rozumianego współuczestnictwa w czynnościach medycznych – równoległego i dopełniającego. Rozstrzygając kolizję odpowiedzialności karnej sprawców w najprostszych, dwuosobowych konfiguracjach, dostrzeżono, że jeden zwykle „przejmie” odpowiedzialność za skutek w postaci naruszenia bądź narażenia życia lub zdrowia człowieka, a represja ponoszona przez sprawców ma charakter „zerojedynkowy”. Trudno uznać, by istniała potrzeba opracowania bardziej szczegółowych niż obecne kryteriów przypisania skutku, zaś obecne okazują się wystarczające.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność karna, czyn zabroniony, obiektywne przypisanie skutku, współsprawstwo, przestępstwo, bezprawność, błąd medyczny.

Wstęp

W dzisiejszej, skomplikowanej rzeczywistości, na znaczeniu zyskuje współpraca międzyludzka. Tak też dzieje się w medycynie – coraz częściej w procesie leczenia bierze udział co najmniej dwóch członków personelu. Taka forma współpracy wiąże się ze zwiększonym ryzykiem i rodzi niebezpieczeństwo wystąpienia niepożądanych następstw dla pacjenta.

Celem opracowania jest poszukiwanie kryteriów oceny odpowiedzialności karnej uczestniczących w czynnościach medycznych osób¹, w kontekście obiektywnego przypisania skutku. Należy pokrótce przedstawić podstawowe założenia tej koncepcji, a następnie wyodrębnić dwie konfiguracje współuczestnictwa w leczeniu – pierwszą, „równoległą”, kiedy kilka osób współpracuje w tożsamym czasie, i drugą, „dopełniającą”, gdy prawnokarnie istotne zachowania członków zespołu następują sekwencyjnie.

Wyodrębnienie powyższych płaszczyzn wyraźnie wskazuje, że ujęte w tytule pojęcie „współuczestnictwa” będzie rozumiane szeroko, obejmując kodeksowe formy sprawczego i niesprawczego współdziałania, ale również inne schematy wychodzące poza opisane w ustawie karnej ramy. Bezspornie sprawców wypełniających znamiona czynu zabronionego w ramach współdziałania łączy jakaś więź (np. „wspólnie i w porozumieniu”, „stosunek zależności”) oraz bliski moment popełnienia czynu zabronionego. Jednak wcale nierzadko proces leczenia rozciąga się w czasie, a lekarze wykonują obowiązki zupełnie niezależnie od siebie. Można wręcz przypuszczać, że w drugim przypadku powstanie więcej problemów wymagających rozstrzygnięcia². Zamysłem poczynienia analiz będzie weryfikacja tezy dotyczącej konieczności opracowania kryteriów przypisania skutku w konfiguracjach wieloosobowych³.

Dla oczyszczenia przedpola rozważań wyodrębnia się rodzaje najczęściej występujących w praktyce błędów medycznych. Na potrzeby tekstu przyjmuje się, iż mogą mieć charakter diagnostyczny⁴, techniczny lub organizacyjny⁵. Z kolei

¹ W niniejszych rozważaniach nieistotny pozostaje cel podjętej czynności medycznej – terapeutyczny bądź nieterapeutyczny. Ważniejsze jest przeprowadzenie interwencji, zwykle polegającej na wkroczeniu w integralność cielesną pacjenta. Nie budzi również wątpliwości, że przeprowadzenie zabiegu upełniającego może powodować zupełnie odwrotne skutki na jego ciele, mające znaczenie dla dokonywania prawnokarnych ocen.

² Zastrzec należy, iż problemy pojawiające się w toku oceny odpowiedzialności karnej uczestników procesu leczenia, zwłaszcza w sytuacji upływu czasu pomiędzy zachowaniami poszczególnych członków personelu lekarskiego, mogą mieć zazwyczaj charakter dowodowy, przede wszystkim w razie konieczności przesłuchania świadków, którzy po latach od zdarzenia zwykle nie pamiętają jego szczegółów. Wydaje się, że z perspektywy przypisywalności skutku, a ściślej rzecz ujmując – analizy przebiegów przyczynowych prowadzących do wystąpienia skutku, różnica czasowa będzie miała drugorzędne znaczenie, zaś zbyt opieszale postępowanie sprawy będzie oceniane pod kątem dochowania reguł ostrożności.

³ W. Wróbel, *Kilka uwag o współsprawstwie przestępstw materialnych w perspektywie kryteriów obiektywnego przypisania skutku*, [w:] P. Hofmański, współprac. P. Kardas, P. Wiliński (red.), *Fiat iustitia pereat mundus. Księga jubileuszowa poświęcona Sędziemu Sądu Najwyższego Stanisławowi Zabłockiemu z okazji 40-lecia pracy zawodowej*, Warszawa 2014, s. 641–642.

⁴ Może mieć charakter błędu pozytywnego polegającego na rozpoznaniu choroby, na którą pacjent nie cierpi, negatywnego polegającego na nierozpoznanie faktycznych schorzeń pacjenta bądź mieszanego polegającego na rozpoznaniu innej choroby niż faktycznie istniejąca. Zob. M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 115.

⁵ Szerzej, zwłaszcza o kontrowersjach pojawiających się w systematyce błędów medycznych, wypowiedział się M. Byczyk, *Normy ostrożności w prawie karnym*. Rozprawa doktorska, Poznań 2015, s. 115–120 wraz z powołaną tam literaturą. Wprawdzie autor kwestionował zasadność

współdziałanie w procesie leczenia opiera się na zasadach prawidłowej organizacji udzielania świadczeń, należytego nadzoru, ograniczonego zaufania oraz kolegialnego podejmowania decyzji⁶.

1. Koncepcja obiektywnego przypisania skutku w polskiej dogmatyce

W piśmiennictwie nie budzi wątpliwości potrzeba aplikowania pozakodeksowej konstrukcji obiektywnego przypisania skutku. W judykaturze podkreśla się jej praktyczne znaczenie, funkcję legitymującą i korygującą⁷, słusznie wzbogacając o elementy normatywne, o kryminalnopolitycznym oraz subiektywizującym⁸ znaczeniu. Rozstrzygnięcie o odpowiedzialności karnej, oparte wyłącznie na analizie czysto kauzalnych przebiegów, bywa niesatysfakcjonujące, sprzeczne z zasadą ponoszenia konsekwencji za własny czyn sprawcy, jak również z elementarnym poczuciem sprawiedliwości, zwłaszcza gdy istotne okoliczności zdarzenia nie były sprawcy znane⁹.

Inaczej opisuje się okoliczności przypisania skutku w przypadku popełnienia czynu w formie działania oraz zaniechania. W pierwszym przypadku bada się zarówno płaszczyznę ontologiczną (związek pomiędzy karnoprawnie istotnym rezultatem zachowania sprawczego a nim samym), jak i normatywną. Z kolei tylko tę ostatnią analizuje się przy przestępstwach popełnionych przez zaniechanie, gdyż zaniechanie nie ma charakteru przyczynowego¹⁰. W aspekcie normatyw-

wyróżnienia błędu o charakterze technicznym, jednak z uwagi na odrzucenie koncepcji odróżnienia czynności terapeutycznych i nieterapeutycznych, pod pojęciem tego rodzaju błędu należy rozumieć wadliwe z perspektywy aktualnej wiedzy medycznej przeprowadzanie interwencji medycznej, następujące po etapie wystawienia diagnozy. Na potrzeby tekstu można się zamiennie posługiwać pojęciem „błędu właściwego”.

⁶ Ten podział zasad przyjmują za M. Lipskim, *Kolizja odpowiedzialności za przestępny skutek w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2016, nr 2, s. 114.

⁷ M. Bielski, *O potrzebie teoretycznej, dogmatycznej i kryminalnopolitycznej refleksji nad negatywnymi przesłankami obiektywnego przypisania skutku przestępnego*, [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016, s. 244–245. Wydaje się, że konstrukcja negatywnych przesłanek odpowiada funkcji korygującej.

⁸ Zwraca na to uwagę P. Kardas, *W poszukiwaniu tzw. negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania*, [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016, s. 188.

⁹ Akademyckim przykładem jest przypadek, w którym sprawca uderzający pokrzywdzonego w nos nie wiedział o jego chorobie, tj. hemofilii, a atakowany wykrwawił się. Przyjmuje się, że modelowy obywatel znajdujący się w sytuacji atakującego nie przewidziałby negatywnych następstw postępowania, dlatego przypisuje się mu odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe.

¹⁰ Dla przypomnienia, wedle niektórych przedstawicieli doktryny „zaniechania” nie powinno się postrzegać w ogóle w kategoriach „czynu”. W nowszej literaturze szerzej J. Majewski, *Karnoprawne przypisywanie skutku przy zaniechaniu (zagadnienia węzłowe)*, Kraków 1997, s. 27.

nym podkreśla się, iż sprawca naruszył reguły ostrożności obowiązujące w czasie popełnienia czynu zabronionego, wywołując zagrożenie dla chronionego dobra bądź zwiększając już istniejące, natomiast podmiot ponoszący odpowiedzialność karną ma naruszyć tę regułę ostrożności, która miała faktycznie zapobiec powstaniu skutku na tej drodze, na jakiej rzeczywiście nastąpił¹¹. Powszechnie odnotowuje się, że następstwo niedozwolonego zachowania ma być obiektywnie przewidywalne, co oznacza, że rozsądna osoba posiadająca wiedzę sprawcy byłaby świadoma jego wystąpienia. Zwraca się jeszcze uwagę na znaczenie hipotetycznego przebiegu przyczynowego, a mianowicie odpowiedzi na pytanie, czy dochowanie ostrożności umożliwiłoby uniknięcie skutku na tej drodze, na której rzeczywiście nastąpił, do służy urzeczywistnieniu „celu ochronnego normy”¹².

Oprócz przesłanek pozytywnych, akcentuje się znaczenie negatywnych¹³, lecz zwykle poprzestaje na dostrzeżeniu potrzeby ich opracowania w polskiej dogmatyce¹⁴. Bez wątplenia „mogą się aktualizować dopiero w sytuacji podjęcia się określonego zachowania (lub zachowań) innej niż potencjalny sprawca osoby (lub osób)”¹⁵. W razie istniejącego dla dobra niebezpieczeństwa spowodowanego działaniem sił przyrody lub zwierzęcia, uwypuklenia doznają okoliczności wyłączające bezprawność lub winę, zwykle stan wyższej konieczności unormowany w art. 26 k.k.¹⁶

Spornie przedstawia się określenie przesłanek uwalniających na poziomie znamion typu, często tożsamy w swej istocie, aczkolwiek różnorodnie określanych w piśmiennictwie. Warto odwołać się do T. Kaczmarka i J. Gieзка, nawiązujących do dorobku C. Roxina, którzy zwracają uwagę na akceptowaną powszechnie autonomię ofiary, włączenie do cudzego zakresu odpowiedzialności, zasadę podziału pracy w zespole współdziałających, zasadę współdziałania przy umyśl-

¹¹ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne*, Kraków 2013, s. 200–201.

¹² A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 141.

¹³ Takim pojęciem posłużył się za C. Roxinem M. Bielski, *Obiektywne przypisanie skutku przestępnego w przypadku kolizji odpowiedzialności za skutek*, „Państwo i Prawo” 2005, nr 10; idem, *Kryteria obiektywnego przypisania skutku na tle współczesnej polskiej dogmatyki prawa karnego*, [w:] P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel (red.), *Księga Jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla*, t. 2, Warszawa 2012, s. 524–526. Odmienne nazewnictwo postuluje R. Dębski, uznający za właściwe posługiwanie się pojęciami „kryteria oceny zbiegu (kumulacji) niebezpiecznych zachowań lub „przesłanki przypisania skutku w warunkach konkurencji wadliwych zachowań”. Zob. R. Dębski, *O tzw. negatywnych przesłankach obiektywnego przypisania*, [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016, s. 214.

¹⁴ Często służy temu odwołanie do literatury anglosaskiej w kontekście *intervening cause*. Przykładowo D. Gruszecka podkreśla przenikanie się płaszczyzny pozytywnych i negatywnych przesłanek w orzecznictwie SN Stanów Zjednoczonych, zob. *Kilka uwag o strukturze i użyteczności współczesnego modelu obiektywnego z perspektywy konstrukcji jego kryteriów negatywnych*, [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016, s. 301 i nn.; podobnie problem ukazuje S. Tarapata, *Przypisanie sprawstwa skutku w sensie dynamicznym*, Kraków 2019, s. 368–379.

¹⁵ Ibidem, s. 380. Podobnie M. Bielski, *Obiektywne przypisanie skutku...*, s. 81.

¹⁶ Dz. U. 2024 poz. 17 – tekst jednolity.

nym samonarażeniu się, przejęcie na siebie ryzyka stworzonego przez inną osobę¹⁷, a za M. Królikowskim szczególne kwalifikacje osoby trzeciej¹⁸ oraz za M. Bielskim kolizję odpowiedzialności za skutek, w wypadku bezprawnych zachowań wszystkich uczestników zdarzenia w dynamicznym układzie sytuacyjnym, z uwzględnieniem stopnia naruszenia reguł przez każdego z nich¹⁹. Z perspektywy odpowiedzialności personelu medycznego znaczące będą okoliczności niezależne od autonomii pokrzywdzonego, przede wszystkim włączenie do cudzego zakresu odpowiedzialności, zasada podziału pracy w zespole współdziałających, przejęcie na siebie ryzyka stworzonego przez inną osobę, szczególne kwalifikacje osoby trzeciej oraz kolizja odpowiedzialności za skutek. Pomimo dostrzeżenia pewnych odrębności w tych koncepcjach zaakcentować trzeba, iż niektóre posiadają wspólne punkty, chociaż są odmiennie nazywane.

2. „Równoległe” współuczestnictwo w procesie leczenia

Rozpatrując problem przypisania skutku w ramach współuczestnictwa „równoległego”²⁰, należy rozstrzygać go w następujących, dalece uproszczonych przypadkach:

- a) dwóch przedstawicieli zawodów medycznych podczas wspólnego organizowania pracy dopuszcza się karnoprawnie istotnego²¹ tzw. błędu organizacyjnego,
- b) dwóch przedstawicieli zawodów medycznych podczas wspólnego diagnozowania dopuszcza się karnoprawnie istotnego błędu medycznego (tzw. diagnostycznego), czy wreszcie
- c) dwóch przedstawicieli zawodów medycznych podczas wspólnego podejmowania czynności leczniczych dopuszcza się karnoprawnie istotnego błędu medycznego (tzw. terapeutycznego).

W opisywanych sytuacjach częściej dojdzie do popełnienia czynu zabronionego przez działanie aniżeli zaniechanie. Wprawdzie nie jest wykluczone, by na

¹⁷ J. Giezek, T. Kaczmarek, *Przeciwko ustawowej regulacji kryteriów obiektywnego przypisania skutku*, „Państwo i Prawo” 2013, nr 5, s. 87.

¹⁸ M. Królikowski, [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Część ogólna*, t. 1: *Komentarz. Art. 1–31*, Warszawa 2017, s. 115.

¹⁹ M. Bielski, *Obiektywne przypisanie skutku...*, s. 81–82. Nieco inaczej J. Giezek, podnoszący że zachowanie pokrzywdzonego nie musi nosić cech sprzeczności z prawem, ale ważne by było nadmiernie ryzykowne, zob. [w:] R. Dębski (red.), *System Prawa Karnego*, t. 3: *Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności*, Warszawa 2013, s. 481. Ze względu na przyjętą formułę pracy, należy zawęzić analizy do karnoprawnie istotnego oddziaływania pokrzywdzonego, przy czym może nosić cechy przestępstwa bądź wykroczenia.

²⁰ Naturalnie pojęcie „współuczestnictwa równoległego” należy odróżnić od istniejącej powszechnie w doktrynie konstrukcji „współsprawstwa równoległego”.

²¹ Oczywiście w znaczeniu ontologicznym rozumiany jako wycinek rzeczywistości badany pod kątem wypełnienia znamion czynu opisanego w ustawie karnej.

obojgu ciążył obowiązek gwaranta nienastąpienia skutku z art. 2 k.k.²², tak wydaje się, że aktualizacja wykonania nakazanej czynności, w przypadku świadczenia usług medycznych, może dotyczyć tylko jednego sprawcy – trudno mówić, by wszyscy zaangażowani w leczenie posiadali tożsamy status, zwłaszcza kompetencje decyzyjne. Wręcz pożądany (i częstszy) będzie podział obowiązków pomiędzy przedstawicielami służb medycznych, wyróżniający osobę o roli kierowniczej, ponoszącej surowszą odpowiedzialność²³. Określenie powiązań pomiędzy wykonującymi czynności, zwłaszcza przyjęcie przez sprawcę obowiązku nadzoru wymaga wyraźnej podstawy prawnej²⁴ służącej określeniu granic obowiązku gwaranta. Zaakceptowanie przeciwnego poglądu, zwłaszcza dopuszczalności swobodnego powzięcia obowiązków gwarancyjnych „rozmywałoby” zakres odpowiedzialności i stało w sprzeczności z zasadą jej indywidualizacji. Warto podkreślić, iż równie sporna w doktrynie pozostaje kwestia tego, czy art. 439 k.c. może stanowić prawną podstawę szczególnego obowiązku gwarancyjnego²⁵. Nie sposób też nie zauważyć, że sprawcy mogą popełnić czyn zabroniony poza ramami form sprawczych opisanych w art. 18 § 1 k.k., a wręcz przeciwnie – nierzadko trudno będzie stwierdzić istnienie więzi, chociażby popełnienia czynu „wspólnie i w porozumieniu”.

Odnosząc się do pierwszego z błędów, tj. o charakterze organizacyjnym, można uznać, iż stanowi przedpole popełnienia błędu diagnostycznego bądź terapeutycznego. Organizacja pracy w placówce medycznej wymaga współpracy personelu medycznego i administracyjnego, a pracujący w odrębnych pionach nierzadko podejmują wspólną decyzję. Podstawowe pozostaje pytanie, czy osoby niebędące lekarzami, pośrednio decydujące o sposobie świadczenia usług medycznych, mogłyby ponosić odpowiedzialność za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu²⁶. Wprawdzie w literaturze padła na nie odpowiedź przecząca²⁷, tak trudno wykluczyć możliwość przypisania popełnienia czynu zabronionego w formie działania. Mogłoby się tak wydarzyć, gdyby do osoby współdecydującej o sposobie zarządzania podmiotem należał „ostateczny” głos w sprawie funkcjonowania jednostki, a jej niewłaściwe rozstrzygnięcia uniemożliwiłyby przyjęcie

²² Tę sytuację dobrze opisuje przykład rodziców małoletniego niepozbawionych władzy rodzicielskiej zobowiązanych do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka, co wynika wprost z art. 95 § 1 k.r.o.

²³ Szerzej w starszej literaturze i krytycznie wobec przesuwania odpowiedzialności na osoby będące bliżej skutku G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe wykonywanie nadzoru w zespołowym działaniu*, Warszawa 1972, s. 63 i nn. wraz z powołaną tam literaturą i orzecnictwem.

²⁴ M. Lipski, op. cit., s. 115.

²⁵ Szerzej W. Wróbel, A. Zoll, op. cit., s. 205.

²⁶ Bezsponna pozostaje możliwość pociągnięcia kierownika, zwłaszcza publicznej jednostki, do odpowiedzialności za przestępstwa urzędnicze. Nie budzi wątpliwości, iż jest „osobą pełniącą funkcję publiczną” z racji dysponowania środkami publicznymi w rozumieniu art. 115 § 19 k.k.

²⁷ M. Filar, op. cit., s. 128.

pacjenta bądź późniejsze przeprowadzenie wymaganego wedle aktualnej wiedzy medycznej zabiegu lekarskiego. Zważywszy na „pojemność” opisanych w Kodeksie znamion typów skutkowych (np. „powoduje”), w podobnych stanach faktycznych wystąpiłoby nieprzerwane powiązanie przyczynowe pomiędzy naganym działaniem administrującego a karnoprawnie istotnym następstwem, przykładowo w postaci narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu określonego w art. 160 § 1 k.k. Wadliwa decyzja organizacyjna wyłączyłaby możliwość podjęcia przez gwaranta odpowiedniego leczenia, co wykluczyłoby odpowiedzialność za przestępstwo materialne popełnione przez zaniechanie. W tym przypadku nie doszłoby do aktualizacji obowiązku powzięcia aktywności pożądanej prawem wobec obiektywnej ku temu niemożliwości. Bardziej interesująca zdaje się konfiguracja, w której zatrudnieni na stanowisku administracyjnym i merytorycznym posiadają wspólne kompetencje do zwierzchniego nadzoru nad funkcjonowaniem jednostki. Te osoby przy podejmowaniu określonych działań nierzadko kierują się zupełnie różnymi kryteriami – finansowymi bądź altruistycznymi. W razie wystąpienia konfliktu wymagane prawnie byłoby zasięgnięcie opinii trzeciej osoby, stojącej wyżej w hierarchii służbowej, a co najważniejsze - kompetentnej do rozstrzygnięcia sporu i przejęcia odpowiedzialność za skutek wobec własnego naruszenia przez nią obowiązujących w chwili czynu reguł ostrożności. Ta osoba zwykle odpowiadałaby za przestępstwo naruszenia dobra prawnego, co też nie stałoby na przeszkodzie, by sprawcy uprzednio podejmujący decyzję mogliby odpowiedzieć karnie za popełnienie któregoś z opisanych w art. 160 k.k. przestępstw, a nawet bardziej prawdopodobne było wypełnienie przez nich znamion określonego w art. 162 § 1 k.k. występku nieudzielenia pomocy. Podkreślić jednak trzeba, że włączenie się osoby trzeciej do akcji świadczyłoby o kwalifikacji „całego” współuczestnictwa jako dopełniającego.

Powyższe warianty równoległego współuczestnictwa w procesie leczenia ukazują w istocie wspólny zakres odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu lekarskiego, połączony w ramy współsprawstwa opisanego w art. 18 § 1 zd. 2 k.k. Zaznaczyć trzeba, że wyłącznie ta forma sprawcza przestępnego współdziałania może „wchodzić w grę” przy tożsamym czasowo wykonywaniu znamion czynu zabronionego. W innych konfiguracjach, a mianowicie sprawstwa kierowniczego czy polecającego, istnieje różnica czasowa odnosząca się do realizacji elementów typu. Również trudno sobie wyobrazić sytuację, w której współdziałający w procesie leczenia nie są świadomi postępowania „wspólnie i w porozumieniu” czy nie akceptują tej okoliczności. Wobec powszechnie akceptowanej materialno-obiektywnej teorii współdziałania, obie te osoby odpowiadałyby karnie według tożsamej kwalifikacji prawnej, a sprawstwo skutku przypisanoby im obojgu na ogólnych zasadach. Tworzenie odrębnych reguł odpowiedzialności (a ściślej rzecz ujmując, przypisywalności skutku przestępnego) w takim przypadku byłoby potrzebne w razie przyjęcia za powszechnie uznaną

przeciwnej teorii formalno-obiektywnej. To tylko wówczas byłoby wymagane szczegółowe i wyodrębnione opisanie przypisywanych czynów i ich kwalifikowanie pod kątem realizacji znamion któregoś z typów. Trzeba też podkreślić, że w przeciwieństwie do odpowiedzialności cywilnoprawnej, na gruncie prawa karnego trudno byłoby się zgodzić z „częściową” (przykładowo procentową) odpowiedzialnością za powstały w wyniku zachowania sprawczego uszczerbek, zważywszy na wspominaną zasadę indywidualizacji i określoności represji.

3. „Dopełniające” współuczestnictwo w procesie leczenia

Coraz popularniejsze obecnie jest „wielokierunkowe” udzielanie pomocy potrzebującemu, zwykle przez lekarzy reprezentujących różne specjalizacje medyczne. Zdarzyć się może, że wcześniej opiekujący się pacjentem będzie kierował postępowaniem pozostałych, później wykonujących swoje powinności, co rodzi odpowiedzialność za sprawstwo kierownicze w rozumieniu art. 18 § 1 zd. 3 k.k. Na grunt takiej sytuacji należy przełożyć to, co powiedziano odnośnie do zasad odpowiedzialności za przestępstwo popełnione w ramach kodeksowych form sprawczych przestępnego współdziałania = konsekwencji, jakie niesie za sobą aplikacja koncepcji materialno-obiektywnej. Wypełnienie całości znamion określonego typu nakazywałoby pociągnąć do odpowiedzialności z tożsamą kwalifikacją prawnej wszystkich współdziałających. Wydaje się jednak, że w tym przypadku – w porównaniu do współuczestnictwa równoległego – częściej będzie można mówić o różnorodnej stronie podmiotowej przypisanych sprawcom występków. Na odmienną ocenę prawną postępowania tych osób pozwala przecież treść art. 20 k.k., który stanowi, iż każdy ze współdziałających w popełnieniu czynu zabronionego odpowiada w granicach swojej umyślności lub nieumyślności niezależnie od odpowiedzialności pozostałych współdziałających. Większą presję powoduje zwykle postępowanie zgodne z cudzymi, wiążącymi wskazówkami, częściej prowadząc do błędów po stronie wykonawcy bezpośredniego. Bardziej interesująca i trudniejsza pozostaje ocena, czy wcześniejsze i niezależne zachowanie innej osoby może wpłynąć na granice odpowiedzialności drugiego uczestnika za tożsame następstwo.

Oceniając zakres karnoprawnych konsekwencji w razie współuczestnictwa w procesie leczenia, należy wyodrębnić następujące, również uproszczone, konstrukcje²⁸:

²⁸ Trudno wyobrazić sobie, że w wyniku popełnienia błędu organizacyjnego dojdzie bezpośrednio do popełnienia błędu terapeutycznego. Wstępem do podjęcia odpowiedniego leczenia będzie zawsze właściwa diagnoza. Wyodrębniono zatem bezpośrednio występujące rodzaje błędów o charakterze organizacyjnym i diagnostycznym, a także diagnostycznym i terapeutycznym. Podkreślić w tym miejscu trzeba, iż poszczególne kazusy w ramach każdego z rodzajów współuczestnictwa mają charakter przykładowy, w żadnej mierze nie wyczerpując wielości możliwych konfiguracji.

- 1) pierwszy działający dopuszcza się błędowi organizacyjnego, zaś drugi zaniechaniem popełnia błąd o charakterze diagnostycznym,
- 2) pierwszy działający dopuszcza się błędowi organizacyjnego, zaś drugi, działając, błędnie diagnozuje pacjenta,
- 3) pierwszy członek zespołu dopuszcza się zaniechania organizacyjnego, zaś drugi zaniechania o cesze diagnostycznej,
- 4) pierwszy członek zespołu dopuszcza się zaniechania organizacyjnego, zaś drugi dopuszcza błędnej diagnozy,
- 5) pierwszy członek zespołu, działając, dopuszcza się błędowi diagnostycznego, zaś drugi działaniem dopuszcza się błędowi terapeutycznego,
- 6) pierwszy członek zespołu działaniem błędnie diagnozuje pacjenta, a następnie kolejny popełnia błąd terapeutyczny przez zaniechanie,
- 8) pierwszy członek zespołu dopuszcza się błędowi diagnostycznego, a kolejny dopuszcza się błędowi terapeutycznego przez zaniechanie,
- 9) pierwszy członek zespołu dopuszcza się zaniechania w procesie diagnostycznym, a kolejny działaniem popełnia błąd o charakterze terapeutycznym.

Omawiając pierwszy wariant wskazać należy, iż przykładem błędowi organizacyjnego popełnionego przez działanie i błędowi diagnostycznego popełnionego przez zaniechanie będzie sytuacja, w której kierownik podmiotu kieruje pracownika do obowiązków w innej komórce organizacyjnej placówki, a następnie nie rozpoznano właściwej choroby u pacjenta i nie leczono jej, w wyniku czego doszło do uszczerbku na zdrowiu. Warto zadać pytanie, czy sprawca zaniechający właściwej pomocy w ogóle staje się gwarantem w rozumieniu art. 2 k.k. Sądzić należy, iż na lekarzu także wtedy ciąży opisany w art. 30 Ustawy z dnia 5 listopada 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarz dentystry²⁹ obowiązek. Skoro zaś istniało niebezpieczeństwo dla pacjenta i obiektywna potrzeba zdiagnozowania jego schorzeń, a lekarz wykonywał wynikające z zatrudnienia obowiązki względem chorych, był gwarantem nienastąpienia skutku, którego obowiązek pomocy zaktualizował się w chwili, kiedy należało udzielić fachowej opieki. Wymagająca zasięgnięcia wiadomości specjalnych byłaby jednak kwestia naruszenia przez sprawcę reguł postępowania z dobrem prawnym. Zważywszy na różnorodność schorzeń, trzeba by odróżnić te dostrzegalne przez modelowego lekarza, a te faktycznie wymagające szerszej, specjalistycznej wiedzy. Jeśliby uznać, iż możliwa była poprawna diagnoza, lekarzowi przypisano by odpowiedzialność za skutek w postaci narażenia czy naruszenia zdrowia bądź życia, gdyż nawet obiektywnie wadliwa decyzja przełożonego nie zwalnia lekarza z posiadania minimum aktualnych wiadomości medycznych, niezależnie do tego, na jakim poziomie zawodowym znajdował się w chwili realizacji czynu zabronionego. Nie sposób wykluczyć popełnienia przez kierownika przestępstwa urzędniczego z art. 231 § 1 k.k., zwłaszcza gdy przyjmie się jego formalny charakter³⁰. Odpowiedzialność „pier-

²⁹ Dz. U. 2023 poz. 1516 – tekst jednolity.

³⁰ Szerzej o kontrowersjach związanych z charakterem tego występku J. Giezek, [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, Warszawa 2021, teza 13 komentarza do art. 231.

wotnego” sprawcy byłaby otwarta w razie ustalenia, iż lekarz nie dopuścił się naruszenia reguł ostrożności – wobec szerokiego opisu znamion istniałoby powiązanie między negatywnym następstwem dla pokrzywdzonego a błędnym postępowaniem przełożonego, przy przyjęciu fikcji niedopuszczenia się przez lekarza błędu w procesie diagnostycznym. Trudno bowiem przypisać odpowiedzialność za usiłowanie popełnienia przestępstwa, opisane zrębowo w art. 13 § 1 k.k., które przecież wymaga umyślności sprawcy. Z kolei w relacji błędu organizacyjnego popełnionego przez działanie i późniejszego błędnego działania sprawcy ocena prawnokarna jest o tyle łatwiejsza, że wymaga jedynie ustalenia naruszenia reguł ostrożności przez diagnozującego, gdzie kryteria pozostają takie same we wcześniejszej konfiguracji.

Analizując warianty odnoszące się do błędu organizacyjnego popełnionego przez zaniechanie oraz następnie diagnostycznego, należałoby „odwrócić” poprzedni przykład. Wówczas brak aktywności polega na niezapewnieniu opieki lekarskiej przez przełożonego, a błąd diagnostyczny na zaniechaniu prawidłowej diagnostyki czy błędnej diagnostyce. I w tym przypadku ocenę odpowiedzialności należy zacząć od ustalenia bezpośredniej przyczyny skutku, którym będzie postępowanie drugiego współuczestniczącego, z racji świadczenia pracy na terenie placówki w określonym umową czasie pozostającego gwarantem nienastąpienia negatywnego rezultatu u podopiecznego (arg. z art. 2 k.k.). Również podstawowym pytaniem pozostaje, czy doszło do naruszenia reguł ostrożności przez „niespecjalistę” – jeśli tak, można mu przypisać pełną odpowiedzialność za powstały skutek. Jednakże w razie negatywnej odpowiedzi rozstrzygnięcia wymaga istnienie i aktualizacja obowiązku zapewnienia prawidłowego funkcjonowania jednostki, która miałaby spoczywać na popełniającym błąd organizacyjny przez zaniechani, mogącym odpowiadać z typu opisanego w art. 231 § 1 k.k. Pierwsza kwestia nie budzi wątpliwości, gdyż to na kierowniku podmiotu leczniczego ciąży powinność zapewnienia prawidłowego wykonywania zadań. Wynika zwykle z treści umowy o pracę bądź innego aktu o charakterze pracowniczym. Co więcej, ma charakter ciągły, skoro opieka medyczna przysługuje pacjentom całodobowo. Oczywiście nie oznacza to obowiązku stałej dostępności ów przełożonego, ale takiego zorganizowania procesu leczenia, by pomoc lekarska została udzielona w każdej potrzebie – dopiero tak należałoby rozumieć aktualizację obowiązku gwaranta. Sprawca kierujący, niedopełniający obowiązków polegających na odpowiednim doborze kadry, mógłby odpowiadać za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu na osobie pacjenta, ale też pozostające w nim w zbiegu kumulatywnym (art. 11 § 2 k.k.) urzędnicze z art. 231 § 1 k.k. Mógłby się uwolnić od odpowiedzialności za nowo powstałe przestępstwo, wykazując, iż wykonał kroki służące zapewnieniu pełnej obsady kadrowej placówki, a z przyczyn od niego niezależnych (zwykle finansowych) nie mógł poprawnie realizować obowiązków. Wcale niewykluczona jest sytuacja uniknięcia przez oba podmioty represji, a właściwym instrumentem reakcji prawnej pozostałyby przepisy normujące zakres odpowiedzialności odszkodowawczej.

W pozostałych wariantach wyodrębnia się błąd diagnostyczny popełniony przez działanie, a następnie terapeutyczny powstały w wyniku działania sprawcy bezpośredniego. Dobrym przykładem będzie błędne rozpoznanie schorzenia przez lekarza ortopedę, a następnie wykonywanie niewłaściwych ćwiczeń z pacjentem przez fizjoterapeutę powodujących uszczerbek na zdrowiu pacjenta³¹. W tym wypadku odpowiedzialność bezpośredniego wykonawcy nie budzi sporów – istnieje powiązanie energetyczne pomiędzy skutkiem a zachowaniem sprawczym i sprawca sekwencyjny narusza reguły ostrożności. Owa samodzielność w wykonywaniu zawodu nakazuje kontrolę diagnozy lekarskiej i odpowiedni dobór środków zaradczych służących ochronie zdrowia pacjenta. Zachodzi też hipotetyczny przebieg przyczynowy ani nie występuje negatywna przesłanka, wyłączając przypisanie skutku. Z drugiej strony trudno mówić, by diagnozujący odpowiadał za występki stypizowany w art. 160 § 1 k.k., skoro na tym etapie leczenia nie wystąpił jeszcze stan bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pokrzywdzonego. Problematyczna z tożsamesgo powodu pozostaje też represja za przestępstwo z art. 162 § 1 k.k. Naturalnie błędna diagnoza może być poczytana jako przewinienie dyscyplinarne bądź delikt prawa cywilnego. Ciekawiej wygląda przypadek, w którym wykonujący zabieg pozostaje związany służbowo z wydającym polecenie. Wydaje się, że i na tej płaszczyźnie odpowiednie zastosowanie powinna znaleźć koncepcja „ślepych bagnetów”. Sprawca bezpośredni będzie zobowiązany odmówić (lub zaprzestać) wykonywania czynności nieodpowiadającej aktualnej wiedzy medycznej. Obowiązek należytej staranności (dochowania reguł postępowania) nie zawsze musi wynikać wprost z przepisów ustawy, a jego źródła upatruje się także w zasadach doświadczenia życiowego.

Ostatnim elementem pozostaje sytuacja, w której brak odpowiedniej diagnozy powoduje błąd terapeutyczny, polegający na zaniechaniu właściwego leczenia bądź błędnym leczeniu pacjenta. Oba przypadki łączy w istocie to, że przed podjęciem czynności terapeutycznych należałoby zweryfikować postawioną przez poprzednika diagnozę. Ta powinność wynika z zasady ograniczonego zaufania, ale i samodzielności w wykonywaniu zawodu lekarza. Bez wątplenia rozpoczęcie właściwego leczenia wiąże się z właściwym rozpoznaniem schorzenia, odpowiadającym aktualnemu stanowi zdrowia pacjenta. W tym przypadku to późniejszy współuczestniczący „przejmie” odpowiedzialność za wywołanie skutku na zdrowiu lub życiu, naruszając własne reguły ostrożności.

³¹ Zastrzec trzeba, że zgodnie z art. 2 Ustawy z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. 2023 poz. 1213 – tekst jednolity) zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym. Ponadto w myśl art. 6 ust. 2 ustawy w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zleceń lekarza w zakresie fizjoterapii, *fizjoterapeuta* ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania, a także prawo odmowy wykonania określonego świadczenia. Odmowę wykonania świadczenia *fizjoterapeuta* uzasadnia w dokumentacji medycznej i informuje o niej lekarza zlecającego.

Z kolei diagnozujący może uniknąć odpowiedzialności karnej za popełniony błąd, skoro na wczesnym etapie leczenia nie powoduje swoim zachowaniem konkretnego stanu niebezpieczeństwa dla dobra prawnego. Również żaden inny przepis Kodeksu karnego, zwłaszcza art. 162 § 1 k.k. nie daje podstaw przypisania represji karnej.

Podsumowanie

Problematyka obiektywnego przypisania skutku stanowi interesujące zagadnienie prawa karnego. W niniejszym opracowaniu przedstawiono pokrótce najważniejsze punkty tej koncepcji, omawiając następnie warianty przypisania odpowiedzialności karnej. Na potrzeby tekstu odróżniono trzy rodzaje błędów medycznych – organizacyjny, diagnostyczny oraz terapeutyczny, badając ich wystąpienie w różnych konfiguracjach na płaszczyźnie współuczestnictwa równoległego i dopełniającego. Rozstrzygając kolizję odpowiedzialności sprawców w najprostszych konfiguracjach, dostrzeżono, że ma charakter „zerojedynkowy”, bowiem jeden ze sprawców zwykle „przejmie” odpowiedzialność za skutek w postaci naruszenia bądź narażenia życia lub zdrowia człowieka. Stanowi to przeciwieństwo odpowiedzialności odszkodowawczej cywilnej, która w większym zakresie podlega stopniowaniu. Problematyczne nazbyt często okazywało się przypisanie represji za przestępstwa konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo czy formalne skierowane przeciwko opisywanym dobrom prawnym, w obu przypadkach ze względu na interpretację znamienia „bezpośredniości”. Nie wydaje się, by istniała potrzeba opracowania bardziej szczegółowych niż obecne kryteriów przypisania skutku, skoro ukształtowane okazują się wystarczające. Trzeba jednak zastrzec, że w bardziej skomplikowanych wariantach mogą okazać się trudniejsze do zastosowania.

Bibliografia

- Bielski M., *O potrzebie teoretycznej, dogmatycznej i kryminalnopolitycznej refleksji nad negatywnymi przestankami obiektywnego przypisania skutku przestępnego*, [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016.
- Bielski M., *Obiektywne przypisanie skutku przestępnego w przypadku kolizji odpowiedzialności za skutek*, „Państwo i Prawo” 2005, nr 1.
- Bielski M., *Kryteria obiektywnego przypisania skutku na tle współczesnej polskiej dogmatyki prawa karnego*, [w:] P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel (red.), *Księga Jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla*, t. 2, Warszawa 2012.
- Byczyk, *Normy ostrożności w prawie karnym*. Rozprawa doktorska, Poznań 2015.

- Dębski R., *O tzw. negatywnych przesłankach obiektywnego przypisania* [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016.
- Dębski R., [w:] R. Dębski (red.), *System Prawa Karnego*, t. 3: *Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności*, Warszawa 2013.
- Filar, M. *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Giezek J., Kaczmarek T., *Przeciwko ustawowej regulacji kryteriów obiektywnego przypisania skutku*, „Państwo i Prawo” 2013, nr 5.
- Giezek J. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Gruszecka D., *Kilka uwag o strukturze i użyteczności współczesnego modelu obiektywnego z perspektywy konstrukcji jego kryteriów negatywnych* [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016.
- Kardas P., *W poszukiwaniu tzw. negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania*, [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016.
- Królikowski M., Zawłocki R. (red.), *Kodeks karny. Część ogólna*, t. 1: *Komentarz. Art. 1–31*, Warszawa 2017.
- Lipski M., *Kolizja odpowiedzialności za przestępny skutek w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2016, nr 2.
- Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998.
- Majewski J., *Karnoprawne przypisywanie skutku przy zaniechaniu (zagadnienia węzłowe)*, Kraków 1997.
- Rejman G., *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe wykonywanie nadzoru w zespołowym działaniu*, Warszawa 1972.
- Tarapata S., *Przypisanie sprawstwa skutku w sensie dynamicznym*, Kraków 2019.
- Wróbel W., *Kilka uwag o współsprawstwie przestępstw materialnych w perspektywie kryteriów obiektywnego przypisania skutku*, [w:] P. Hofmański, współprac. P. Kardas, P. Wiliński (red.), *Fiat iustitia pereat mundus. Księga jubileuszowa poświęcona Sędziemu Sądu Najwyższego Stanisławowi Zabłockiemu z okazji 40-lecia pracy zawodowej*, Warszawa 2014.
- Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne*, Kraków 2010.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 5 listopada 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarz dentysty (Dz. U. 2023 poz. 1516 – tekst jednolity).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. 2023 poz. 1834).
- Ustawa z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. 2023 poz. 1213 – tekst jednolity).

Penal responsibility of perpetrators taking part in medical treatment – outline of the attribution to a result

Abstract

The article concerns problems that result from treatment in the setting of multifactorial sequelae. In application, the basic assumptions of the analyzed concept, which are accepted in Polish literature and dogmatics. The occurrence of common errors in the literature - organizational, diagnostic and therapeutic - was also presented, as well as specific ones, broadly including co-participation in medical activities - and complementary ones. When resolving the criminal liability of perpetrators in double sets, it was noticed that one usually takes over responsibility for the result in the form of a violation resulting from a person's life or health, and the repression suffered by the perpetrators is of a 'zero-sum' nature. It began to be a cause more detailed than the connection of effects and also to reveal itself.

Keywords: penal responsibility, prohibited act, attribution to a result, complicity, crime, illegality, medical malpractice.